

12. Tulburările datorate utilizării de substanțe și tulburările de comportament alimentar

În acest capitol, iau în discuție două categorii diagnostice care implică simptome autodistructive distincte. *Abuzul de substanță* este definit prin ingestia de substanțe chimice care poate să ducă la adicție, la probleme fizice care să amenințe viața și la o mulțime de probleme emoționale. *Tulburările de comportament alimentar* sunt definite prin supraalimentare, eliminare voluntară a alimentelor și înfometare. Ambele grupuri de tulburări prezintă o problemă complexă pentru clinicienii psihodinamici: care este rolul abordărilor dinamice în tulburări care necesită controlul simptomului ca un pas major al efortului terapeutic? În unele locuri, înțelegerea psihodinamică este considerată irelevantă pentru managementul adicției și al tulburărilor de comportament alimentar. Totuși un volum considerabil de literatură clinică și de cercetare sugerează altceva.

12.1 Tulburările datorate utilizării de substanțe

Deoarece psihiatrii psihodinamici se simt deseori frustrați în eforturile lor de a trata pacienți alcoolici, ei pot să abandoneze sau să evite astfel de eforturi. Recăderea este obișnuită, și interpretările motivațiilor inconștiente par a avea frecvent puțin impact asupra comportamentului însuși de consum de alcool. Modelele psihodinamice ale alcoolismului sunt privite cu scepticism atât de profesioniștii sănătății mintale, cât și de societate în general.

Alte două modele — modelul moral și modelul de boală — beneficiază de mult mai mult sprijin (Cooper, 1987). Modelul moral îi vede pe indivizii alcoolici ca purtând responsabilitatea completă pentru

alcoolismul lor. Din acest punct de vedere, persoanele alcoolice sunt indivizi hedoniști interesați doar de propria lor plăcere, fără nici o considerare pentru sentimentele altora. Acest model își are rădăcinile în credința religioasă fundamentalistă conform căreia alcoolismul este un semn de josnicie morală. Eșecurile voinței sunt legate strâns de noțiunea de păcat, și pedeapsa prin sistemul legal este privită frecvent ca modul apropiat de a trata cu indivizii alcoolici. Eliminarea comportamentului de consum de alcool este o problemă care ține de învingerea voinței slabe, pentru ieșirea din această situație dificilă prin efort propriu.

Succesul Alcoolicilor Anonimi (AA) și al altor programe cu douăsprezece trepte au dus la popularitatea crescândă a modelului de boală a abuzului de substanță. Spre deosebire de modelul moral, această paradigmă eliberează persoana dependentă de substanță de responsabilitatea pentru boala ei. Așa cum o persoană diabetică nu este considerată responsabilă pentru diabetul său, individul alcoolic nu este considerat responsabil pentru alcoolism. Persoanele dependente de substanță sunt văzute ca având o dispoziție inerentă la adicția la substanțe exogene; factorii psihologici sunt irelevanți. Deși acest model a apărut ca răspuns la reacțiile moralizatoare și la tratamentul inuman al persoanelor alcoolice, el a câștigat recent sprijin din studiile genetice ale tulburărilor corelate cu utilizarea de substanță. Chiar când sunt crescuți separat de părinții lor alcoolici, acești copii au un risc crescut de a deveni alcoolici ca adulți (Goodwin, 1979; Schuckit, 1985). Studiile pe gemeni la perechile de sex atât masculin, cât și feminin (Kendler et al., 1992; Prescott și Kendler, 1999) sugerează că factorii genetici joacă un rol major în dezvoltarea alcoolismului, cu influențe similare pentru abuzul de alcool și dependența de alcool. Cercetările din ce în ce mai sofisticate asupra factorilor genetici și de mediu sugerează că există riscuri genetice specifice pentru tulburările datorate utilizării de substanță în plus față de influențele de mediu (Kendler et al., 2003; Rhee et al. 2003).

Un sprijin suplimentar pentru modelul de boală a venit de la studiul prospectiv al lui Vaillant (1983) asupra pacienților alcoolici de sex masculin de-a lungul întregului curs al vieții lor adulte. El a găsit că dezvoltarea eventuală a alcoolismului nu poate fi prezisă din experiențele adverse din copilărie sau chiar din profilurile psihologice ale acestor subiecți ca adulți tineri. Singurul factor de încredere de predicție al alcoolismului la adult a fost comportamentul antisocial. Vaillant a tras concluzia că depresia, anxietatea și alte caracteristici psihologice frecvent asociate cu persoanele alcoolice erau mai mult consecințe decât cauze ale tulburării.

Modelul moral este aplicat mai mult consumatorilor de drog decât persoanelor alcoolice, în mare parte totuși din cauza suprapunerii

extinse dintre comiterea de delikte și abuzul de drog. Mult din controversa asupra răspunsului apropiat la problema națională a drogurilor se referă la întrebarea dacă persoanele dependente sunt controlate mai bine prin abordările punitive orientate legal sau prin abordările terapeutice orientate medical. Modelul de boală și grupurile de auto-ajutor asociate lui au avut mai puțin succes cu consumatorii de droguri, așa cum a evidențiat Vaillant însuși (1988), din cauza diferențelor aparente fundamentale între persoanele alcoolice și consumatorii de multiple droguri care necesită abordări diferențiate. Având în vedere aceste diferențe esențiale, secțiunea următoare examinează pe rând înțelegerea psihodinamică a persoanelor alcoolice și a consumatorilor de droguri.

12.1.1 Abordări psihodinamice ale alcoolismului

Abordarea AA a problemei alcoolismului a fost foarte eficientă în tratamentul multor cazuri individuale. Deși organizația AA însăși promovează modelul de boală, metodele sale se adresează nevoilor psihologice și facilitează modificări durabile ale structurii personalității (Mack, 1981). Abținerea este obținută într-un context interpersonal în care persoanele alcoolice pot avea experiența unei comunități de colegi de suferință interesați și plini de grijă. Aceste figuri grijiului pot fi internalizate în aceeași manieră în care este internalizat un psihoterapeut, și ele o pot asista pe persoana acoolică în managementul afectului, controlul impulsului și în alte funcții ale Eului, așa cum ar face și un psihoterapeut. Prin urmare, modelul psihodinamic poate să faciliteze înțelegerea unora dintre schimbările aduse de abordarea AA (Mack, 1981).

Pentru multe persoane, schimbările psihologice încurajate de AA și abținerea asociată cu angajarea față de idealurile ei și participarea regulată la întâlniri reprezintă un tratament suficient. Clinicianul sensibil psihodinamic, înțelegând valoarea acestei abordări, trebuie să aibă buna judecată de a lăsa lucrurile așa. Experiența clinică a arătat totuși, în mod repetat, că AA nu este potrivită pentru toți pacienții cu alcoolism. Se pare că este mai bună pentru cei care pot accepta ideea că ei nu au control asupra consumului lor de alcool și au deci nevoie să se predea unei „puteri mai mari” și pentru cei care nu suferă de o altă tulburare psihiatrică. Frances et al. (2004) au subliniat că unii pacienți cu fobie socială, evitare generală, dezgust la adresa spiritualității și reacții negative puternice la grupuri în general pot opta pentru psihoterapie psihodinamică individuală ca o alternativă.

Majoritatea experților în alcoolism ar fi de acord că alcoolismul este o tulburare eterogenă cu o etiologie multifactorială (Donovan, 1986).

Ceea ce merge pentru un pacient poate să nu meargă pentru un altul, și toate tratamentele sunt înconjurate de controverse. O trecere în revistă a studiilor tratamentului (McCrary și Langenbucher, 1996) a sugerat că tratamentele specifice par a avea o eficiență diferențiată cu diferite grupuri de pacienți. Nici un tip de terapie nu e considerabil mai bun decât alt tip de terapie. Într-un proiect național sponsorizat de Institutul Național de Studiu al Abuzului de Alcool și al Alcoolismului (Proiectul Grupului de Cercetare MATCH 1997), au fost comparate trei tipuri de terapie: terapia cognitiv-comportamentală, terapia de facilitare în 12 trepte pentru pregătirea subiecților pentru angajamentul față de AA și terapia de creștere a motivației având drept scop ameliorarea capacității și voinței de schimbare a comportamentului de consum de alcool. În ansamblu, toate cele trei tratamente au avut rezultate rezonabil de bune, și nici unul nu a avut mai mult succes decât altul. Este clar că nici un tratament nu este definitiv, iar clinicienii trebuie să abordeze individual fiecare pacient și să facă o evaluare psihiatrică atentă înainte de a dezvolta un plan de tratament croit individual.

Din păcate, modelul de boală a promulgat „depsihologizarea” alcoolismului. Concluziile trase de Vaillant (1983) sunt în conflict cu cele bazate pe alte studii longitudinale care sugerează că factorii de personalitate pot fi importanți pentru o înțelegere a vulnerabilității la alcoolism (Sutker și Allain, 1988). Mai mult, concluziile lui Vaillant sunt valabile atât cât sunt valabile și instrumentele sale de măsură. Dodes (1988) a observat că metodele lui Vaillant nu sunt capabile să identifice o trăsătură critică a pacienților alcoolici — și anume tulburarea auto-stimei, așa cum o arată inabilitatea lor de a avea grijă de ei înșiși.

Poate că cea mai mare dificultate a abordării tratamentului sugerată de Vaillant și de alți aderenți stricți la modelul de boală este aceea că ea ignoră eterogenitatea tulburării. Alcoolismul nu este o entitate monolitică. De fapt, putem să ne referim cu mai multă acuratețe la „alcoolisme” (Donovan, 1986). Numeroase studii atestă că nu există o unică „personalitate alcoolică” care să predisună la alcoolism (Donovan, 1986; Mulder, 2002; Nathan, 1988; Sutker și Allain, 1988). Deși numeroase studii leagă comportamentul antisocial și hiperactivitatea de alcoolismul ulterior, nu s-a găsit nici o dimensiune a personalității care să fie specifică pentru vulnerabilitatea la dependența alcoolică ulterioară (Mulder, 2002). Totuși, când lucrezi cu un pacient individual, variabilele de personalitate și problemele psihologice pot fi foarte relevante. O interpretare îngustă a modelului de boală poate să-i facă pe clinicieni să ignore cum contribuie acești factori la recădere în cursul bolii.

Deși nici o trăsătură specifică de personalitate nu este predictivă pentru alcoolism, observatorii psihanalitici au notat în mod repetat defecte structurale, cum ar fi slăbiciunea Eului și dificultatea în

menținerea autostimei (Donovan, 1986). Atât Kohut (1971), cât și Balint (1979) au observat că alcoolul are funcția de a înlocui structuri psihologice care lipsesc și restaurează astfel o anumită senzație de autorespect și de armonie interioară. Din păcate, aceste efecte durează doar cât ține intoxicația. Khantzian (1982) a observat, de asemenea, că pacienții alcoolici au probleme cu autostima, modularea afectului și capacitatea de autoîngrijire. O trecere în revistă a 12 studii de pacienți alcoolici la care s-a făcut o încercare specifică de a diagnostica o tulburare de personalitate a arătat că prevalența comorbidității tulburărilor de pe Axa II a variat de la 14% la 78% (Gorton și Akhtar, 1994). Recentul Studiu Epidemiologic Național asupra Alcoolului și Stărilor Corelate a realizat investigații față-n-față a 43 093 de indivizi care aveau vârsta de 18 ani și mai mult (Grant et al., 2004). Printre cei cu tulburare actuală cauzată de consumul de alcool, 28,6% aveau cel puțin o tulburare de personalitate, pe când 47,7% dintre cei cu o tulburare actuală datorată consumului de drog aveau cel puțin o tulburare de personalitate. Asocierea dintre tulburările datorate consumului de alcool sau de drog și tulburările de personalitate era coplesitor de pozitivă și de relevantă. Atât tulburările cauzate de consumul de alcool, cât și cele cauzate de drog au fost mai puternic legate de tulburările de personalitate antisocială, histrionică și dependentă.

Aceste studii sunt citate nu pentru a-i convinge pe cititori că toate persoanele alcoolice au tulburări psihiatrice coexistente sau deficite intrapsihice preexistente, ci mai mult ca să reliefeze faptul evident că adicția la alcool apare la o persoană. Un individ poate să dezvolte alcoolismul ca o cale comună finală a unei interacțiuni complexe între deficite structurale, predispoziție genetică, influențe familiale, contribuții culturale și alte variabile de mediu. O evaluare psihodinamică atentă a pacientului va considera alcoolismul și toți factorii contributivi în contextul întregii persoane. Este de mai mare interes pentru cercetători decât pentru clinicieni dacă depresia, de exemplu, este o cauză sau o consecință a alcoolismului sau este o stare de boală complet separată. Când indivizii alcoolici încetează să mai bea și privesc înapoi la distrugerea cauzată de existența lor alcoolică, ei se confruntă frecvent cu o mare doză de depresie. Această depresie își are originea în recunoașterea dureroasă că i-au rănit pe alții (frecvent, pe cei mai importanți pentru ei). Ei trebuie și să facă doliul lucrurilor (relații, posesiuni materiale) pe care le-au pierdut sau le-au distrus ca rezultat al comportamentului lor adictiv. Pe când medicația antidepresivă poate să ușureze depresia, psihoterapia poate să sprijine în procesul de perlaborare a acestor probleme dureroase. De asemenea, evaluarea și tratamentul riscului suicidar trebuie să fie parte a abordării globale a tratamentului pacienților alcoolici. Douăzeci și cinci la sută dintre toate sinuciderile apar la indivizi alcoolici și riscul suicidar al unei persoane alcoolice este

între 60 și 120 de ori mai mare față de al unei persoane care nu este bolnavă psihic (Murphy și Wetzel, 1990). Când depresia și alcoolismul sunt găsite împreună, ele au un efect sinergic sau aditiv care determină un nivel disproporționat de înalt al suicidalității acute (Cornelius et al., 1995; Pages et al., 1997).

O altă implicație a observației că alcoolismul apare la un individ este că fiecare persoană va prefera și va accepta diferite opțiuni de tratament. Dodes (1988) nota: „Unii pacienți sunt în stare să folosească doar psihoterapia, alții pot folosi doar AA și sunt și cei care vor fi mai bine tratați cu o combinație din amândouă. Prescrierea cu acuratețe a tratamentului necesită o judecată clinică individuală” (pp. 283–284). Deși Vaillant (1981) a declarat psihoterapia ca zadarnică în tratamentul alcoolismului, unii pacienți sunt în stare să-și mențină sobrietatea doar cu psihoterapie (Dodes, 1984; Khantzian, 1985a). Un stereotip nefericit de „om de paie” aplicat frecvent psihoterapiei dinamice a pacienților alcoolici este acela că terapeutul descoperă motivațiile inconștiente pentru consumul de alcool în timp ce ignoră comportamentul efectiv de consum de alcool al pacientului. Faptul că psihoterapia poate fi folosită greșit de unii pacienți și de unii terapeuți nu înseamnă totuși că trebuie declarată inutilă ca tratament (Dodes, 1988).

Pacienții implicați în AA sunt frecvent și în psihoterapie. Într-un studiu, mai mult de 90% dintre alcoolicii abștinenți implicați în AA care au făcut psihoterapie au găsit că le-a fost de folos (Brown, 1985). Psihoterapia și AA lucrează frecvent sinergic. Dodes (1988) a observat că pacienții alcoolici pot dezvolta, în termeni de psihologie a Sinelui, un transfer idealizant sau în oglindă față de organizația AA. Ei o văd, în viața lor, ca pe o figură plină de grijă, idealizată, care îi susține și le oferă suport. Acest transfer poate fi clivat de transferul psihoterapeutic, și este înțelept dacă psihoterapeutul amână analiza lui. În cele din urmă, funcțiile de obiect al Sinelui ale AA pot fi internalizate suficient, încât să amelioreze autoîngrijirea și să crească autostima. După un anumit grad de internalizare, psihoterapeuții pot să facă trecerea în terapie de la accentul suportiv la unul mai expresiv.

Majoritatea terapeuților care lucrează cu pacienți alcoolici argumentează că abștinența este necesară pentru ca psihoterapia să fie eficientă (Frances et al., 2004). Totuși terapeuții recunosc, de asemenea, că recăderea este probabilă și că majoritatea terapeuților vor încerca să lucreze cu pacientul motivat să înțeleagă care sunt stresurile care produc recădere și cum să evite situațiile viitoare la risc înalt. Dar când pacienții continuă să bea masiv fără motivație sau interes să exploreze cauzele pentru consumul de alcool, ei pot să necesite trimiterea către un tratament într-o clinică. Scopul terapiei psihodinamice este să schimbe nevoia de substanțe înapoi la o nevoie de oameni, care include un terapeut (Frances et al., 2004).

Psihoterapia de grup este, de asemenea, frecvent folosită atât în tratamentul intraspitalicesc, cât și în cel în ambulatoriu al alcoolismului. Într-un studiu controlat randomizat al terapiei psihodinamice de grup și al terapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienții dependenți de alcool (Sandahl et al., 1998), pacienții din ambele grupuri de tratament și-au ameliorat starea cu 15 ședințe săptămânale de grup de 90 de minute. Majoritatea pacienților din grupul de psihoterapie psihodinamică au fost în stare să mențină un model de consum de alcool pozitiv în timpul perioadei de urmărire de 15 luni după terapie, în contrast cu pacienții în tratament cognitiv-comportamental, care au recăzut în timp.

Alți terapeuți (de ex. Khantzian, 1986) au prevenit împotriva unei abordări de tip confruntare. Din cauza dificultății pe care o au mulți pacienți alcoolici în reglarea afectelor cum ar fi anxietatea, depresia și mânia, confruntarea într-un cadru de grup poate fi contraproductivă sau chiar nocivă. Cooper (1987) a împărtășit punctul de vedere al lui Khantzian conform căruia confruntarea trebuie să fie folosită judicios. El credea că terapeutul trebuie să empatizeze cu nevoia defensivă a individului alcoolic de a evita afectul dureros. Cooper a promovat grupurile intraspitalicești care se concentrează pe aici și acum, dar care sunt mai puțin orientate spre confruntare. El a raportat o rată de abținere de 55% la pacienții din astfel de grupuri comparativ cu 16% pentru pacienții dintr-un program de grup intraspitalicesc fără psihoterapie de grup. Acei pacienți care rămân în terapia de grup cel puțin 25 de ore au arătat și o complianță mai mare cu alte aspecte ale programului.

12.1.2 Abordări psihodinamice ale consumului de drog

Deși modelul de boală este popular în multe programe de reabilitare de drog, abordările psihodinamice sunt mai larg acceptate și valorizate în tratamentul consumatorilor de drog decât în tratamentul persoanelor alcoolice. Vaillant (1988), de exemplu, a observat că consumatorii de multiple droguri, în contrast cu indivizii alcoolici, sunt mai susceptibili să fi avut copilării instabile, mai susceptibili să folosească droguri ca „automedicație” pentru simptome psihiatrice și mai susceptibili să beneficieze de pe urma eforturilor psihoterapeutice care să abordeze simptomatologia și patologia lor de caracter subiacente.

O cantitate considerabilă de literatură de cercetare sprijină asocierea dintre tulburarea de personalitate și depresia pe de-o parte, și dezvoltarea adicției la drog, pe de altă parte (Blatt et al., 1984a; Gorton și Akhtar, 1994; Grant et al., 2004; Kandel et al., 1978; Paton et al., 1997; Treece, 1984; Treece și Khantzian, 1986). Într-adevăr, o parte din asocierea dintre tulburările de personalitate din Grupa B și tulburările

cauzate de consumul de substanță pot fi explicate prin trăsăturile de personalitate subiacente comune, cum ar fi autodistructivitatea și impulsivitatea (Casillas și Clark, 2002).

În comparație cu persoanele alcoolice, consumatorii de drog au o probabilitate mult mai mare să aibă tulburări psihiatrice coexistente semnificative. Într-un studiu epidemiologic mare, care a implicat interviuri cu 20 291 de persoane (Regier et al., 1990), consumatorii de drog au avut o rată de comorbiditate de 53%, comparativ cu doar 37% pentru indivizii alcoolici. Studiile pe indivizii cu dependență la narcotice au găsit alte diagnostice psihiatrice în 80%–93% (Khantzian și Treece, 1985; Rounsaville et al., 1982). Rata de comorbiditate este mare și printre consumatorii de cocaină. 73% dintre cei care cer tratament întrunesc criteriile pe viață pentru altă tulburare psihiatrică, iar tulburările de anxietate, tulburarea de personalitate antisocială și tulburarea de deficit de atenție precedă de obicei începutul abuzului de cocaină, iar tulburările afective și abuzul de alcool urmează de obicei după începutul abuzului de cocaină (Rounsaville et al., 1991). Acest nivel înalt de comorbiditate creează probleme variate în orice cadru de tratament pentru indivizii dependenți, și majoritatea experților sunt de acord că prezența altor tulburări psihiatrice în contextul unei probleme majore de abuz de drog constituie o indicație pentru psihoterapie ca parte a programului de tratament (Mercer și Woody 2005).

Interpretarea analitică timpurie a oricărui abuz de substanță ca regresie la stadiul oral al dezvoltării psihosexuale a fost înlocuită de o înțelegere a abuzului de drog ca fiind mai degrabă *defensiv și adaptativ* decât regresiv (Khantzian, 1985b, 1986, 1997; Wurmser, 1974). Consumul de drog poate, de fapt, să producă o anulare a stărilor regresive prin reîntărirea apărărilor defectuale ale Eului împotriva afectelor puternice cum ar fi furia, rușinea și depresia. Formulările psihanalitice timpurii au descris frecvent persoanele cu dependență de drog ca pe niște hedoniști căutători de plăceri, înclinați spre autodistrugere. Investigatorii psihanalitici contemporani înțeleg comportamentul adictiv mai mult ca pe o reflectare a unui deficit în capacitatea de a-și purta de grijă decât ca pe un impuls autodistructiv (Khantzian, 1997). Această alterare a capacității de a-și purta de grijă rezultă din tulburări de dezvoltare timpurii care duc la o internalizare inadecvată a figurilor parentale, lăsând persoana dependentă fără capacitatea de autoprotecție. Prin urmare, majoritatea indivizilor cu dependență cronică de drog prezintă o alterare fundamentală a judecății despre pericolele abuzului de drog.

La fel de importantă în patogenia dependenței de drog este alterarea funcției de reglare a afectului și a impulsului și de menținere a auto-stimei (Treece și Khantzian 1986). Aceste deficite creează probleme corespunzătoare în relațiile de obiect. Abuzul masiv de droguri multiple a fost corelat direct cu incapacitatea persoanei dependente de a tolera

apropierea interpersonală (Nicholson și Treece, 1981; Treece, 1984). Ceea ce contribuie la aceste probleme de relație sunt vulnerabilitatea narcisică inerentă când există riscuri interpersonale și inabilitatea de modulare a afectelor asociate cu apropierea. Dodes (1990) a notat că indivizii dependenți se apără de un sentiment de lipsă de putere sau de neputință, controlându-și și reglându-și stările afective. Ingestia unui drog poate atunci să fie văzută ca o încercare disperată de a compensa deficite în funcționarea Eului, o autostimă slabă și probleme interpersonale corelate.

Mulți pacienți cu dependență de drog își perpetuează cu bună știință durerea și suferința continuând să folosească droguri. Khantzian (1997) a privit acest aspect de perpetuare a durerii al abuzului de substanță ca pe o manifestare a unei compulsii la repetiție a unei traume timpurii. În anumite cazuri, provocarea repetată de durere sieși reprezintă o încercare de a rezolva stări traumatice pe care persoanele respective nu și le pot aminti. Aceste stări există sub forma unor configurații pre-simbolice și inconștiente. Astfel, motivul pentru consumul de drog poate fi văzut ca fiind controlul suferinței mai mult decât eliberarea de ea.

Noțiunea că indivizii dependenți de drog practică automedicația duce direct la altă observație a investigatorilor psihodinamici contemporani — și anume, că substanțe specifice sunt alese pentru efecte psihologice și farmacologice specifice conform cu nevoile fiecăruia dintre ei. Afectul cel mai dureros este probabil cel care determină alegerea drogului. Khantzian (1997) a notat că cocaina pare a ușura suferința asociată cu depresia, hiperactivitatea și hipomania, pe când narcoticele par a scădea sentimentele de furie.

Un studiu în profunzime al indivizilor cu adicție la narcotice i-a condus pe Blatt et al. (1984a, 1984b) să conchidă că dependența de heroină este determinată multiplu de: 1) nevoia de a conține agresivitatea; 2) o nevoie de gratificare a dorințelor pentru o relație simbiotică cu o figură maternă și 3) o dorință de a diminua afectele depresive. Deși datele din cercetare indică faptul că un subgrup mic de indivizi cu dependență de narcotice suferă și de tulburare de personalitate anti-socială (Rounsaville et al., 1982), Blatt și colegii săi au identificat un grup mai mare de persoane cu nevroză severă și cu dependență de opiacee care ar putea reprezenta majoritatea. Acești indivizi se luptă cu sentimente de lipsă de valoare, de vinovăție, de autocritică și de rușine. Depresia lor pare a se intensifica atunci când încearcă să devină apropiați de alții, astfel încât se retrag în „extazul” izolat provocat de heroină sau de alte narcotice, care are atât dimensiuni regresive, cât și de apărare. Nucleul depresiv al individului cu dependență de opiacee a fost și mai mult evidențiat de un studiu comparativ (Blatt et al., 1984a, 1984b) care a găsit că persoanele cu dependență de opiacee sunt semnificativ mai deprimare decât consumatorii de droguri multiple.

Studiul a identificat, de asemenea, autocritica drept o componentă principală a depresiei lor.

Descoperirea lui Blatt și a colegilor săi a unei corelații înalte între trăsăturile de personalitate de autocritică, dominate de Supraeu și care predispun la depresie, și dependența de opiacee a primit sprijin din partea muncii psihanalitice a lui Wurmser (1974, 1987a, 1987b) cu pacienți cu adicții. Wurmser a argumentat că acei indivizi cu adicție care pot beneficia de terapia psihanalitică nu au Supraeuri subdezvoltate, așa cum au persoanele antisociale cu adicții, ci au mai degrabă o conștiință excesiv de aspră. Substanța toxică este căutată ca o scăpare de un Supraeu chinuitor. Mulți consumatori de drog folosesc apărarea reprezentată de clivaj pentru a nega o reprezentare de sine drept consumator de drog, care alternează cu o reprezentare de sine ca neconsumator de drog. Acești indivizi se simt frecvent ca și cum altcineva i-ar conduce pentru o perioadă scurtă de timp. Wurmser a identificat succesul ca fiind un factor declanșator proeminent pentru un episod de abuz de drog. Sentimentele pozitive asociate cu realizarea de succes par a produce o stare alterată a conștiinței caracterizată prin sentimente de vinovăție și rușine. Consumul impulsiv de drog este văzut ca soluția la aceste afecte dureroase. Crize repetate de acest fel sunt caracterizate de o conștiință supraapăsătoare care devine atât de intolerabilă, încât sfidarea temporară pare a fi singurul mijloc de ușurare.

Investigatori psihanalitici recenți au căutat să lege o înțelegere a dependenței de drog de dezvoltările recente din neuroștiințe. Johnson (1999, 2001) a sugerat că trei forțe contribuie la tendințele adictive: 1) dificultatea de a tolera afectul, 2) probleme cu constanța obiectului care-l conduc pe consumator să vadă o substanță ca pe un substitut de obiect intern liniștitor și 3) o nevoie de drog cu baze biologice rezultată din schimbări în funcționarea cerebrală. El a sugerat calea tegmentală ventrală ca fiind de o importanță critică în înțelegerea acestui ultim fenomen, deoarece este calea pulsională care le conduce pe animale și pe ființele umane să caute apă, mâncare și sex. Johnson a observat că această cale este controlată de drogurile care provoacă adicție via expunerea episodică și neregulată la drog. Prin urmare, nevoia de drog devine o modalitate de expresie a pulsuni. Psihoterapia psihodinamică ar trebui să se focalizeze pe a-i ajuta pe pacienți să reziste la acea dorință în timp ce examinează consecințele gratificării ei. Calea tegmentală ventrală activează și visul, și Johnson a observat că nevoia de droguri persistă în vise mult timp după ce dependența a fost rezolvată. Berridge și Robinson (1995) s-au referit la acest sistem de „dorință” ca rezultând dintr-o sensibilizare a unei căi nervoase specifice în creier. Ei au subliniat că el acționează inconștient și irațional, astfel încât să conducă organismul să satisfacă „dorința”. În această formulare, noțiunea

psihanalitică fundamentală de pulsione este legată de experiența consumatorului de drog.

Un număr de rapoarte din Studiul Administrației Penn a veteranilor (Woody et al., 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1995) au demonstrat într-un mod convingător cu metodologie riguroasă că a adăuga psihoterapia la planul de tratament global al pacienților cu dependență de narcotice aduce beneficii clare. Pacienții cu dependență de narcotice aflați într-un program de întreținere cu metadonă au fost desemnați prin randomizare să fie tratați printr-una dintre cele trei scheme: 1) doar consiliere referitoare la drog cu paraprofioniști, 2) psihoterapie expresiv-suportivă plus consiliere referitoare la drog sau 3) psihoterapie cognitiv-comportamentală plus consiliere. Din 110 pacienți care au parcurs programul complet de tratament, cei care au urmat psihoterapia și-au ameliorat considerabil mai mult starea decât cei care au primit doar consiliere. Psihoterapia expresiv-suportivă bazată pe principii dinamice a avut drept rezultat o ameliorare mai mare a simptomelor psihiatrice și mai mult succes în găsirea și păstrarea unei slujbe decât psihoterapia cognitiv-comportamentală (Woody et al., 1983). Acei pacienți care erau deprimați au arătat cea mai mare ameliorare, urmați de pacienții care sufereau de adicție la opiacee, dar care nu prezentau nici o altă tulburare psihiatrică. Aceia doar cu tulburare de personalitate antisocială nu au avut beneficii din psihoterapie (Woody et al., 1985). Pacienții cu tulburare de personalitate antisocială și-au ameliorat starea doar când depresia a fost și ea un simptom.

Când cercetătorii au împărțit cei 110 pacienți care urmaseră o psihoterapie în grupuri după severitatea simptomelor lor psihiatrice, ei au observat că pacienții din grupul cu severitate redusă au făcut progrese egale cu consiliere sau cu psihoterapie, pe când pacienții cu un grad mediu de severitate au avut un rezultat mai bun cu planurile de tratament ce au combinat ambele abordări (deși unii și-au ameliorat starea doar prin consiliere). Totuși grupul cu simptome psihiatrice extrem de severe a realizat puține progrese doar cu consiliere, dar a făcut progrese considerabile când s-a adăugat psihoterapia: după 7 luni, acei pacienți din grup care au făcut psihoterapie au folosit atât droguri licite, cât și ilicite mult mai puțin des decât cei care nu au făcut psihoterapie. Aceste schimbări au fost menținute după 12 luni (Woody et al., 1987), chiar dacă subiecții nu mai erau în psihoterapie (durata tratamentului psihoterapeutic a fost de 6 luni).

Într-un studiu parțial de replicare (Woody et al., 1995), ambele grupuri au prezentat câștiguri semnificative într-o lună; la 6 luni, multe dintre câștigurile obținute de pacienții care urmaseră consilierea referitoare la drog începuseră să scadă. Pe de altă parte, majoritatea câștigurilor obținute de pacienții ce urmaseră terapia expresiv-suportivă au persistat sau erau încă evidente. Toate diferențele semnificative au favorizat grupul

cu psihoterapie expresiv-suportivă. Această abordare comprehensivă de tratament este, de asemenea, foarte eficientă și în ceea ce privește costul (Gabbard et al., 1997). McLellan et al. (1993) au găsit că adăugarea psihoterapiei la tratamentul standard de întreținere cu metadonă a dus la o capacitate de câștig mai mare, la o solicitare mai mică de ajutor social și la rate de spitalizare izbitoare mai mici pentru pacienți.

Deși terapia de grup este larg folosită, datele care confirmă valoarea sa au apărut abia recent. Studiul în colaborare asupra abuzului de cocaină al Institutului Național de Studiu al Abuzului de Drog (Crits-Christoph et al., 1999) a examinat tratamentele în ambulatoriu ale unor persoane dependente de cocaină. Ei au găsit combinația terapiei de grup cu terapia individuală sau cu consilierea ca fiind de mare succes în a reduce sau a elimina consumul de cocaină. Terapia de grup s-a desfășurat o dată pe săptămână, pe când terapia individuală a început cu o frecvență de două ori pe săptămână pentru a fi redusă treptat la o dată pe săptămână. În această populație, riscul HIV trebuie să fie o problemă majoră de luat în considerare de către toți terapeuții. Un alt beneficiu al psihoterapiei în acest studiu a fost asocierea sa cu o scădere de 49% a riscului HIV pe tot parcursul tratamentului și în toate grupurile etnice și de gen, bazată primar pe schimbările de practică sexuală care implică mai puține episoade de sex neprotejat și mai puțini parteneri (Woody et al., 2003).

Terapeuții trebuie să se adreseze credinței apărute cu tenacitate a pacientului că folosirea drogului este o soluție adaptativă la problemele de viață. Terapeutul trebuie să identifice problemele subiacente ale modulării afectelor, ale reglării autostimei și ale relaționării cu ceilalți pentru a ajuta persoana dependentă să descopere răspunsuri alternative la aceste probleme. Un studiu efectuat pe 240 de pacienți aflați în tratament de întreținere cu metadonă și care au completat autoevaluarea dată de Inventarul Bell de testare a realității relațiilor de obiect a găsit că acești pacienți au prezentat afectări specifice ale relațiilor de obiect (Rutherford et al., 1996). Scorurile au fost mai joase pentru cei cu tulburări pe Axa II în asociere cu adicția.

O dificultate pe care este cel mai probabil ca psihoterapeuții să o întâmpine este alexitimia frecventă la mulți pacienți cu adicție (Krystal, 1982–1983). Cu alte cuvinte, majoritatea acestor pacienți nu sunt în stare să-și recunoască și să-și identifice stările afective interne. În faza timpurie a terapiei, trebuie să aibă loc o muncă importantă de educație, terapeutul explicând cum experiența sentimentelor neplăcute duce inițial la abuz de drog. Acești pacienți trebuie să fie ajutați să-și conțină și să-și tolereze afectele, astfel încât să poată substitui acțiunilor cum ar fi ingestia unui drog cuvinte care să descrie stările lor interioare. Terapeutul poate să-i asiste pe pacienți în acest sens prin identificarea sentimentelor care apar în timpul orei de terapie.

Un proces de psihoterapie individuală este mult mai probabil să aibă succes în contextul unui program comprehensiv. Khantzian (1986) a sugerat conceptul de terapeut de îngrijire primară — un individ care facilitează implicarea pacientului cu adicție în toate modalitățile de tratament. Terapeutul de îngrijire primară analizează rezistența pacientului în a accepta alte forme de tratament, cum ar fi Narcoticii Anonimi (NA) sau terapia de grup, dar asigură și un mediu conținător pentru a face față afectelor puternice mobilizate în procesul de tratament. El sau ea trebuie să participe și la deciziile de tratament care implică alte modalități. În acest model, accentul este mai mult suportiv decât expresiv la începutul tratamentului, și rolul terapeutului este similar cu cel al unui medic de spital care lucrează cu un pacient spitalizat.

Treece și Khantzian (1986) au identificat patru componente esențiale ale programului de tratament pentru stăpânirea dependenței de drog: 1) un substitut pentru dependența de substanțe chimice (adică, NA, un sistem alternativ de credințe sau o dependență benignă de o persoană sau de o instituție religioasă); 2) un tratament adecvat pentru alte tulburări psihiatrice care să includă medicație psihotropă adecvată și psihoterapie; 3) o abținere întărită (adică antagoniști ai drogului, supravegherea urinei, perioadă de probă, substitute de drog ca metadona, sisteme de suport extern) în timpul unui proces de maturizare psihologică; și 4) promovarea creșterii și a schimbării structurale de personalitate prin psihoterapie.

În rezumat, indicațiile pentru psihoterapia expresiv-suportivă pot fi conceptualizate după cum urmează: 1) psihopatologia serioasă, alta decât abuzul de drog; 2) angajarea într-un program de tratament global care include NA sau alt grup de suport, abținere întărită, posibil un substitut de drog cum ar fi metadona, și medicație psihotropă adecvată; 3) fără diagnostic de tulburare de personalitate antisocială (cu excepția cazului în care este prezentă și depresia); și 4) motivație suficientă pentru a respecta programările la ședințe și a se angaja în proces. Indicațiile pentru o accentuare expresivă sau suportivă după ce procesul este bine lansat sunt determinate în mare parte de aceiași factori care determină accentuarea în orice alt proces psihoterapeutic (vezi Tabelul 4-1 în Capitolul 4).

12.2 Tulburările de comportament alimentar

Tulburările de comportament alimentar par a fi probleme ale timpului nostru. Mijloacele electronice mediatice ne bombardează zilnic cu imagini de femei slabe care „le au pe toate”. Pacientul tipic cu

tulburare de comportament alimentar este alb, educat, de sex feminin, avantajat din punct de vedere economic și un produs al culturii vestice (Johnson et al., 1989). Deși tulburările de comportament alimentar sunt împărțite în mod obișnuit în anorexia nervoasă și bulimia nervoasă, cele două grupuri de simptome se suprapun frecvent în prezentarea lor clinică. În plus, tulburările de comportament alimentar în accese sunt recunoscute din ce în ce mai mult ca o entitate semnificativă de sine stătătoare. În general, indivizii anorexici sunt mai puțin susceptibili să ceară tratament sau să urmeze programele de tratament. Prin urmare, anorexia și bulimia nervoase pot fi deosebite, într-o anumită măsură, prin gradul în care schimbarea este căutată și realizată (Vitousek și Gray, 2005). Într-un studiu a 103 psihiatri și psihologi experimentați care au folosit un procedeu de tip k-sort [clasificarea unor itemi prin prioritate cu respectarea distribuției lor posibile — *n.t.*], Westen și Harden-Fischer (2001) au evaluat modul de funcționare a personalității la pacienți care erau sub tratament pentru bulimie sau anorexie. În acest studiu, s-au evidențiat trei categorii de pacienți: un grup dereglat/slab controlat emoțional, un grup reținut/supracontrolat și un grup cu grad înalt de funcționare/perfecționist. Aceste categorii par a fi relevante pentru etiologie, prognostic și tratament, și investigatorii au sugerat că simptomele de pe Axa I sunt doar o componentă a înțelegerii și a tratamentului pacienților cu probleme de comportament alimentar. Datele au sugerat, de asemenea, că simptomele tulburării de comportament alimentar pot fi doar o expresie a unui pattern al impulsului și al reglării afectului mai general. Cu alte cuvinte, pentru pacienții din grupul dereglat/slab controlat emoțional, simptomele de bulimie pot reprezenta o problemă generală de impulsivitate, pe când la tipul cu perfecționism înalt și cu grad înalt de funcționare, ele pot să nu aibă această semnificație. În orice caz, în acest capitol, discuțiile sunt împărțite în categoriile tradiționale ale anorexiei nervoase și bulimiei nervoase, deoarece principiile de tratament și înțelegerea psihodinamică au evoluat în general separat. Cititorii trebuie să păstreze totuși în minte că, în practică, cineva trebuie să combine principii aparținând celor două entități diferite în tratamentul unei tulburări particulare de comportament alimentar și să se ghideze și după trăsăturile majore ale personalității.

12.2.1 Anorexia nervoasă

Denumirea *anorexie nervoasă* poate fi înșelătoare, deoarece cuvântul *anorexie* implică faptul că pierderea apetitului este problema centrală. Pecetea diagnostică a anorexiei nervoase este de fapt urmărirea fanatică a slăbiciunii legată de o teamă copleșitoare de a nu deveni grasă. Este

frecvent folosită pentru a pune diagnosticul o reducere arbitrară de mai puțin de 85% din greutatea corporală minimă normală pentru o anumită vârstă și greutate. Amenoreea este o trăsătură proeminentă a anorexiei nervoase la femei. Deși 5%–10% dintre indivizii afectați sunt bărbați, trăsăturile lor clinice și psihodinamice sunt remarcabil de similare cu cele ale femeilor.

Înțelegere psihodinamică

În ultimele câteva decade, studiile fructuoase ale lui Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) au funcționat ca un far în întuneric pentru clinicienii care tratează pacienți anorexici. Ea a observat că preocuparea cu mâncarea și greutatea este o manifestare relativ tardivă, emblematică pentru o tulburare mai fundamentală a concepției despre sine. Majoritatea pacienților cu anorexie nervoasă au o puternică convingere că ei sunt neputincioși și ineficienți în mod evident. Boala apare frecvent la „fetele bune” care și-au petrecut viața încercând să-și mulțumească părinții, pentru ca să devină dintr-o dată încăpățănate și negativiste în adolescență. Corpul este resimțit frecvent ca fiind separat de sine, ca și cum ar aparține părinților. Acestor paciente le lipsește orice sens al autonomiei într-atât, încât ele nici măcar nu simt că au controlul funcțiilor lor corporale. Postura de apărare premorbidă de a fi o fetiță perfectă apără de obicei împotriva unui sentiment subiacent de lipsă de valoare.

Bruch a urmărit originile în dezvoltare ale anorexiei nervoase până la o relație perturbată între sugar și mama lui. Mai specific, mama pare a se ocupa de copil în funcție de propriile ei nevoi mai mult decât de cele ale copilului. Când semnalele inițiate de copil nu primesc răspunsuri de confirmare și de validare, copilul nu poate dezvolta un sens sănătos al Sinelui. În schimb, copilul se simte pe sine doar ca pe o extensie a mamei sale, nu ca pe un centru autonom cu drepturi proprii. Bruch a înțeles comportamentul pacientului anorexic ca pe un efort frenetic de a câștiga admirație și validare ca persoană unică și specială cu atribute extraordinare.

Terapeuții de familie, ca Selvini Palazzoli (1978) și Minuchin (Minuchin et al., 1978), au confirmat și au elaborat câteva dintre conceptele dinamice ale lui Bruch. Minuchin și colegii săi au descris un model de nediferențiere în familiile pacienților anorexici unde există o absență generală a limitelor generaționale și personale. Fiecare membru al familiei este suprainplicat în viața fiecărui alt membru al familiei, astfel încât nimeni nu are un sens al identității separate de cel al matricei familiale. Selvini Palazzoli (1978) a notat, de asemenea, că pacienții cu anorexie nervoasă au fost incapabili să se separe psihologic de mama

lor, ceea ce a avut drept rezultat un eșec de a dobândi orice sens stabil al propriilor lor corpuri. Corpul este adesea perceput ca și cum ar fi locuit de un introiect matern rău și înfometarea poate fi o încercare de a opri creșterea acestui obiect intern intruziv, ostil. Williams (1997) a subliniat în mod similar că părinții unui pacient anorexich tind să-și proiecteze anxietatea pe copilul lor în loc să o conțină. Aceste proiecții pot fi resimțite drept corpuri străine ostile în interiorul copilului. Pentru a se proteja pe sine de sentimentele și fantasmele nemetabolizate proiectate în ea de părinții săi, tânăra fată poate să dezvolte un sistem de apărări „nu se intră”, concretizat prin a nu mânca.

Postura de apărare extremă a anorexiei nervoase sugerează că un impuls subiacent puternic garantează o asemenea strategie. Într-adevăr, Boris (1984b) a notat că lăcomia intensă reprezintă nucleul anorexiei nervoase. Dorințele orale sunt totuși atât de inacceptabile, încât trebuie tratate într-un mod proiectiv. Prin identificare proiectivă, reprezentarea unui Sine lacom și plin de nevoi este transferată părinților. Ca răspuns la refuzul pacientei de a mânca, părinții devin obsedați dacă pacienta mănâncă sau nu; ei devin cei care au dorințe. Într-o formulare influențată de gândirea kleiniană, Boris conceptualizează anorexia nervoasă ca pe o inabilitate de a primi lucruri bune de la alții din cauza unei dorințe disproporționate de a poseda. Orice act de a primi mâncare sau iubire îi confruntă direct pe acești pacienți cu faptul că nu pot poseda ceea ce vor. Soluția lor este de a nu primi nimic de la nimeni. Invidia și lăcomia sunt frecvent strâns legate în inconștient. Pacienta invidiază lucrurile bune pe care le posedă mama — iubire, compasiune, capacitate de a crește pe cineva —, dar a le primi crește pur și simplu invidia. A renunța la ele sprijină fantasma inconștientă de a strica ceea ce este invidiat, nu departe de vulpea din fabula lui Esop care a conchis că strugurii pe care nu i-a putut atinge sunt acri. Pacienta transmite următorul mesaj: „Nu există nimic bun pentru mine pentru a fi posedat, așa încât voi renunța simplu la toate dorințele mele”. O asemenea renunțare face din pacienta anorexich obiectul dorinței altora și, în fantasma sa, obiectul invidiei și al admirației lor, deoarece ei sunt „impresionați” de autocontrolul ei. Mâncarea simbolizează calitățile lor pozitive pe care ea și le dorește în ea însăși; a fi înrobă de foame este preferabil față de a dori să posede figura maternă.

Construind pe concepțiile lui Boris, Bromberg (2001) a sugerat că pacientele cu anorexie nervoasă transformă dorința în renunțare prin mecanismul de disociere. Văzându-le pe aceste paciente ca și cum cresc cu lipsa unei forme de relație umană care să le permită să dezvolte autoreglarea stărilor afective, Bromberg a sugerat că pacienta se disociază în stări separate ale Sinelui ca o modalitate de a izola experiențe traumatice și de a funcționa la maximum fără a fi contaminată cu afecte intense. Ca și Boris, el a văzut pacientele anorexice ca fiind

înrobite de inabilitatea lor de a conține dorința ca pe un afect ce poate fi reglat. Ele simt că nu pot ține dorința destul de mult astfel încât să facă alegeri rezonabile. De aceea, problema legată de cine ține dorința în diada terapeutică devine o problemă majoră în tratament.

Majoritatea formulărilor din teoria dezvoltării asupra originilor anorexiei nervoase se concentrează pe diada mamă-fiică. Bemporad și Ratey (1985) totuși au observat un model caracteristic al implicării paterne cu fiicele anorexice. Tatăl tipic era grijuliu și suportiv în mod superficial, dar o abandona emoțional pe fiica sa ori de câte ori ea avea nevoie de el cu adevărat. În plus, mulți tați de paciente anorexice mai degrabă caută să obțină suport de la fiicele lor în loc să-l ofere. Ambii părinți suferă frecvent dezamăgiri serioase în căsătoria lor, acestea determinându-l pe fiecare dintre ei să caute susținere emoțională la fiica lor.

În termeni de psihologie a Sinelui, fiica poate fi tratată ca un obiect al Sinelui care oferă oglindire și are funcții de validare pentru fiecare părinte, dar căruia îi este negat sentimentul propriu al Sinelui. Copila, în schimb, nu se poate baza pe ființe umane care să-i mulțumească nevoia proprie de obiect al Sinelui. Copila anorexică se îndoiește serios că părinții sau orice altă figură semnificativă din viața ei va renunța fie chiar și temporar la propriile interese și nevoi pentru a-i împlini nevoile ei de liniștire, de afirmare și de oglindire (Bachar et al., 1999). Copila poate să persiste în înfometare și restricție într-o încercare disperată de a-i forța pe părinții ei să acorde atenție suferinței ei și să-i recunoască nevoia ei de ajutor.

Pentru a rezuma înțelegerea noastră psihodinamică a anorexiei nervoase, comportamentul de autoînfometare pe față este un simptom cu determinări multiple. Este 1) o încercare disperată de a fi special și unic, 2) un atac asupra sentimentului fals al Sinelui creat de expectațiile parentale, 3) o expresie a unui Sine adevărat în stare născândă, 4) un atac asupra unui întroiect matern ostil văzut ca echivalent al corpului, 5) o apărare împotriva lăcomiei și invidiei, 6) un efort pentru a-i face pe ceilalți — mai degrabă decât pe pacientă — să se simtă lacomi și neputincioși, 7) o încercare defensivă de a împiedica ca proiecții nemetabolizate ale părinților să intre în pacientă, 8) un tipăt crescând de ajutor pentru a-i scutura pe părinți să iasă din absorbția în ei înșiși și să-i facă conștienți de suferințele copilului și 9) în unele cazuri, o apărare disociativă în stări ale Sinelui separate ca o modalitate de reglare a afectului intens.

Acești factori psihodinamici sunt însoțiți, de asemenea, de unele trăsături cognitive caracteristice, care includ percepția greșită a imaginii propriului corp, gândirea „tot sau nimic”, gândirea magică și gândurile și ritualurile obsesiv-compulsive. Prezența simptomelor obsesiv-compulsive i-a făcut pe unii dintre cercetători să se întrebe dacă tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă coexistă cu anorexia nervoasă.

Această presupunere este combătută de nonfiabilitatea notorie a diagnosticilor de tulburare de personalitate în prezența înfometării (Kaplan și Woodsite, 1987; Powers, 1984). Multe simptome, inclusiv comportamentul obsesiv-compulsiv, apar secundar înfometării. De asemenea, caracteristicile premorbide ale personalității se accentuează în stări de deficit nutrițional. În final, dacă există cu adevărat o prevalență crescută a tulburărilor de personalitate la pacienții care au anorexie nervoasă și bulimie nervoasă nu este în mod necesar confirmat de studiile de urmărire longitudinală ale tulburărilor de personalitate (Grilo et al., 2003).

Abordări terapeutice

Clinicienii care tratează pacientele cu anorexie nervoasă sunt în consens asupra faptului că scopurile tratamentului nu trebuie să se concentreze în mod îngust pe câștigul în greutate (Boris, 1984a, 1984b; Bruch, 1973, 1978, 1982, 1987; Chessick, 1985; Dare, 1995; Hsu, 1986; Hughes, 1997; Powers, 1984). O abordare pe „două căi”, susținută de Garner et al. (1986), cuprinde o primă treaptă de restaurare a alimentării pentru câștigul în greutate. O dată ce această treaptă este îndeplinită, poate începe cea de a doua treaptă a intervenției psihoterapeutice. Pacientele anorexice își ameliorează mult mai mult starea atunci când sunt tratate printr-un amestec de terapie familială și psihoterapie dinamică individuală decât când sunt tratate simplu prin măsuri educaționale menite să controleze greutatea (Dare, 1995; Hall și Crisp, 1983). Psihoterapia expresiv-suportivă individuală pe termen lung este piatra unghiulară a tratamentului. Dacă nu ne adresăm tulburării de Sine subiacente a pacientei și distorsiunilor relațiilor de obiect interne asociate, pacienta va avea o evoluție cu recăderi și internări în spital repetate (Bruch, 1982). Pentru acele paciente care trăiesc acasă, terapia familială poate fi un adjuvant valoros la terapia individuală. Deși unele paciente par a beneficia de terapia de grup (Lieb și Thompson, 1984; Polivy, 1981), datele limitate sugerează că dintre cei care beneficiază, cei mai mulți nu au tulburări de personalitate asociate (Maher, 1984).

Majoritatea clinicienilor psihodinamici combină tratamentul anorexiei nervoase cu tehnici împrumutate de la alte modele pentru a aborda falsele credințe, problemele de nutriție și dificultățile familiale (Vitousek și Gray, 2005). Salvarea vieții pacientei depășește în importanță orice fidelitate față de o abordare teoretică favorită. Astfel, spitalizarea este folosită frecvent în timpul psihoterapiei individuale. Deși nu există nici un acord universal asupra indicațiilor pentru tratamentul în spital, o pierdere de 30% din greutatea normală a corpului este o regulă neoficială bună pentru a determina dacă este necesară

spitalizarea (Garfinkel și Garner, 1982). Aproximativ 80% dintre toate pacientele anorexice vor câștiga în greutate cu tratamentul din spital (Hsu, 1986), dat fiind că personalul din spital poate crea un mediu specific. Așa cum am descris în Capitolul 6, membrii personalului din spital trebuie să fie conștienți de eforturile inconștiente ale pacientei de a repune în act lupta familială în mediul spitalicesc. Ei trebuie să transmită interesul lor de a o ajuta pe pacientă să-și recapete greutatea fără să devină excesiv de preocupată de aceasta și fără să formuleze cereri similare cu cele pe care le-ar formula părinții. Pacienta poate fi ajutată să facă față fricii de a pierde controlul prin aranjarea unui plan de alimentație cu mese frecvente, dar mici cu un membru al personalului de îngrijire care este disponibil să discute despre anxietatea pacientei în legătură cu a mânca. Orice câștig în greutate trebuie raportat pacientei cu aprecieri pozitive concomitente. Orice vomă sau purgație ascunsă trebuie adusă în discuție și controlată prin măsuri structurale, cum ar fi închiderea cu cheia a ușii de la baie. Se poate să fie nevoie ca membrii echipei terapeutice să asigure pacienta că nu vor permite o creștere prea mare în greutate, ajutând-o astfel să capete încredere în ei.

Spitalizările scurte sunt rareori curative, așa cum nu sunt nici programele de tratament care cer o greutate medie normală și care apoi ignoră anxietatea intensă provocată de o astfel de cerere (Bruch, 1982). Cel puțin 50% dintre pacientele care își controlează cu succes anorexia nervoasă cu tratament spitalicesc vor recădea într-un an (Hsu, 1980). Pentru cele 20% care nu răspund la spitalizarea scurtă, este indicată spitalizarea pe termen lung.

Psihoterapia expresiv-suportivă necesită de multe ori câțiva ani de muncă dificilă din cauza rezistenței formidabile opuse de pacienta anorexică. Sunt utile patru principii tehnice de orientare (Tabel 12-1).

Tabel 12-1. Ghid tehnic în psihoterapia pacientelor anorexice.

Evitarea investiției excesive în încercarea de a schimba comportamentul alimentar
 Evitarea interpretărilor timpurii în terapie
 Monitorizarea atentă a contratransferului
 Examinarea distorsiunilor cognitive

1. *Evitarea investiției excesive în încercarea de a schimba comportamentul alimentar.* Așa cum a observat Boris (1984b), „ceea ce noi numim simptomele lor ele numesc salvarea lor” (p. 315). Pacienta vede anorexia nervoasă ca fiind soluția unei probleme interne. Psihoterapeuții care o definesc imediat ca pe o problemă care trebuie să sufere o schimbare își reduc șansele de a forma o alianță terapeutică viabilă. Comportamentul asociat cu anorexia nervoasă provoacă cereri și expectații de schimbare din partea părinților pacientei. Prin

identificare proiectivă, este probabil ca terapeutul să simtă o presiune puternică spre a se identifica cu obiectele interne proiectate ale pacientei care sunt asociate cu părinții. În loc să acționeze conform acelei presiuni și să devină o figură parentală, terapeutul trebuie să încerce să înțeleagă lumea internă a pacientei. O formă a acestei repunerii în act este echivalarea mâncării cu vorbitul. Așa cum pacienta își provoacă părinții prin refuzul de a mânca, ea va încerca să-și provoace terapeutul prin refuzul de a vorbi (Mintz, 1988). La începutul terapiei, poate astfel să fie util să clarificăm că scopul primar al tratamentului este de a înțelege mai degrabă tulburarea emoțională subiacentă decât problema refuzului de a mânca (Bruch, 1982; Chessick, 1985). Terapeuții trebuie să admită experiența pacientei conform căreia autodisciplina asociată cu anorexia nervoasă este într-un fel o realizare (Bromberg, 2001) și în același timp să evidențieze ameliorarea capacității de a gândi și de a comunica o dată cu ameliorarea nutrițională.

2. *Evitarea interpretărilor timpurii în terapie.* Interpretările unor dorințe sau frici inconștiente vor fi resimțite de pacienta anorexica ca pe o repetiție a istoriei ei de viață. Altcineva îi spune ei ce simte ea în realitate, în timp ce experiența ei conștientă este minimalizată și invalidată. Mai mult, sarcina terapeutului ar fi să valideze și să empatizeze cu experiența internă a pacientei (Bruch, 1987; Chessick, 1985). Terapeutul trebuie să arate un interes activ în ceea ce pacienta gândește și simte, transmițând mesajul că pacienta este o persoană autonomă îndreptățită să aibă propriile idei despre boala ei. Este de o importanță majoră să ajutăm pacienta să-și definească propriile stări afective. Acțiunile și deciziile care-și au originea în aceste stări trebuie legitimate și respectate. Terapeutul poate să o ajute pe pacientă să exploreze diferite opțiuni, dar ar trebui să se abțină să-i spună ce să facă (Chessick, 1985). Această abordare suportivă, empatică, de construcție a Eului va facilita introiecția terapeutului ca pe un obiect benign. Bruch (1987) a sugerat evidențierea pozitivului și conceptualizarea terapiei ca pe o experiență în care pacientele își vor descoperi calitățile pozitive. Ea a recunoscut că abordarea ei are multe similitudini cu abordarea de tip psihologie a Sinelui a lui Kohut (1984). Chessick (1985) a împărtășit acest punct de vedere conform căruia este improbabil ca insight-ul asupra conflictului inconștient să fie curativ la aceste paciente. Deși puțin mai optimist în ceea ce privește utilizarea interpretărilor, Boris (1984a) a recomandat abținerea de la interpretări până când pacienta se regăsește. Chiar și atunci, el a susținut vorbitul „în aer” în loc de adresarea directă către pacientă, introducând astfel o anumită distanță în relație și respectând limitele pacientei. Asemenea interpretări trebuie prezentate doar ca ipoteze, așa cum ai vorbi cu un coleg imaginar

mai degrabă decât cum ai exprima o concluzie definitivă către pacientă.

3. *Monitorizarea atentă a contratransferului.* Pacientele anorexice cred în mod curent că părinții lor vor ca ele să câștige în greutate, astfel încât ceilalți să nu-i considere pe ei ca pe niște oameni care au eșuat (Powers, 1984). Este probabil ca terapeutul să devină anxios cu privire la lucruri similare. În special terapeuții care lucrează în cadrul unei echipe terapeutice organizate pot să înceapă să simtă că alții judecă negativ munca lor dacă pacientele lor eșuează în a lua în greutate. Această teamă contratransferențială poate să-l conducă pe terapeut să cadă în capcana identificării cu părinții pacientei. Situația ideală pentru psihoterapia individuală este ca o altă persoană să fie abilitată să monitorizeze câștigul în greutate, lăsându-l pe terapeut liber să exploreze problemele psihologice subiacente ale pacientei. Când spitalizarea este necesară pentru controlul greutății, psihiatrul care internează pacienta poate să se ocupe de aportul de alimente, în timp ce psihoterapeutul continuă munca de psihoterapie în spital. În acest cadru, psihoterapeutul poate lucra în mod productiv cu echipa.

Hughes (1997) a descris frumos câteva dintre dilemele contratransferențiale tipice întâlnite în tratamentul pacienților cu anorexie nervoasă. Așa cum pacienta îi ține pe părinți implicați în încercarea de a ajuta, dar care eșuează întotdeauna, ea îl angajează și pe terapeut în acel rol. Frecvent, pacienta se prezintă pe sine ca încercând să coopereze cu tratamentul și apoi sabotează ajutorul acordat de terapeut. Cu pacientele anorexice, alianța terapeutică este în mod tipic mult mai slabă decât pare și terapeutul trebuie să facă față frustrării de a se simți înșelat de pacientă. În mânuirea contratransferului, este util să ne amintim că pacienta înțelege progresul ca echivalent cu creșterea și separarea de familie, ambele fiind resimțite ca foarte amenințătoare. Anxietatea este provocată în terapeut de faptul că pacienta flirtează cu moartea, ceea ce este și mai frustrant din cauza negării frecvente de către pacientă a dorințelor suicidare. Așa cum familiile pot să se epuizeze și să se înfurie și chiar să dezvolte dorințe inconștiente criminale față de pacienta anorexică, terapeutul poate și el să simtă disperare, furie ucigașă și senzația că nimeni altcineva nu apreciază bine potențialul letal al pacientei.

4. *Examinarea distorsiunilor cognitive.* Percepțiile greșite ale mărimii corpului și credințele cognitive ilogice trebuie explorate împreună cu pacienta fără a fi judecate. Vitousek și Gray (2005) au subliniat similaritatea dintre abordarea lui Bruch care pune sub semnul întrebării concluziile ilogice și presupunerile false și principiile terapiei cognitive acceptate în mod curent. În mod clar, psihoterapeutul trebuie să-și asume un rol educativ cu aceste paciente, ajutân-

du-le să înțeleagă efectele înfometării asupra cogniției. Totuși, el trebuie să caute să educe fără să formuleze o cerere pentru schimbare. Alternativ, terapeutul poate doar să exploreze consecințele alegerilor pacientei.

Acest ghid tehnic, deși util, nu trebuie luat drept o formulă tip „carte de bucate” pentru psihoterapia pacienților anorexice. Terapeuții trebuie să fie flexibili, perseverenți și stabili în fața tendinței pacientei de a „amâna” procesul terapeutic până când va putea fi lăsată din nou singură. Distorsiunile imaginii corporale, care se apropie frecvent de proporțiile delirante, pot fi deosebit de refractare la eforturile educaționale și terapeutice. Terapeuții trebuie să fie conștienți de disperarea și frustrarea din contratransfer care pot să-i ducă la încercarea de a o forța pe pacientă să „vadă lucrurile așa cum sunt în realitate”.

Deși anorexia nervoasă poate să pară ca fiind foarte rezistentă la tratament pe termen scurt, multe paciente își ameliorează starea în final. Pe un studiu de urmărire pe termen lung (Sullivan et al., 1998), doar 10% dintre pacientele urmărite în medie 12 ani după trimiterea inițială la tratament prezintă încă criteriile pentru anorexia nervoasă. Totuși multe încă se luptă cu unele dintre trăsăturile bolii, inclusiv perfecționismul și o greutate corporală relativ scăzută. Pe de altă parte, într-o trecere în revistă a 300 de paciente în patru serii diferite, Hsu (1991) a calculat că una din șapte sau 14% dintre paciente au murit ulterior prin suicid sau prin complicațiile bolii. Într-un studiu pe 5 ani de urmărire prin comparație a terapiei familiale și a terapiei suportive individuale (Eisler et al., 1997), ambele tratamente au produs ameliorări semnificative. Pacientele cu debut timpuriu și un istoric scurt de anorexie nervoasă par a evolua mai bine cu terapie familială, pe când cele cu debut tardiv par a evolua mai bine cu terapie suportivă individuală. Într-o trecere în revistă a tuturor studiilor terapeutice, Vitousek și Gray (2005) au tras concluzia că nici o formă de psihoterapie nu a fost dovedită a lucra mai bine decât alta pentru pacientele anorexice adulte, și ei au observat că nici o intervenție de nici un fel, medicație sau psihoterapie, nu este foarte eficientă la pacientele care suferă de această tulburare înalt rezistentă la tratament.

12.2.2 Bulimia nervoasă

Pacientele cu bulimie nervoasă se disting în general de cele cu anorexie nervoasă pe baza greutății relativ normale și prezența acceselor de supraalimentare și a eliminării alimentelor. Pacientele emaciate care prezintă și accese de supraalimentare și de eliminare sunt frecvent clasificate ca anorexice, subgrupul bulimic (Hsu, 1986). Datele care se

acumulează sugerează o legătură considerabilă între cele două tulburări (Garner, et al. 1986). Cel puțin 40%–50% dintre toate pacientele anorexice au și bulimie (Garfinkel et al., 1980; Hall et al., 1984; Hsu et al., 1979). Datele de urmărire pe termen lung sugerează că într-o perioadă lungă de timp, anorexia nervoasă poate să se transforme în bulimie nervoasă, dar modelul invers este mult mai rar (Hsu, 1991). De asemenea, bulimia nervoasă poate să varieze în funcție de dimensiunile personalității care implică controlul impulsului și reglarea afectului identificate de Westen și Harnden-Fischer (2001). Comorbiditatea poate și ea să aibă un impact profund.

Așa cum a observat cu elocință Yager (1984),

Bulimia nu este o boală. Nici nu este un simplu obicei. Bulimia este eterogenă și, precum pneumonia, poate să rezulte dintr-o varietate de cauze. Am găsit util să conceptualizez bulimia ca pe un obicei sau un model de comportament înrădăcinat într-o personalitate, care la rândul său este înrădăcinată într-un substrat biologic, și toate acestea înrădăcinate într-o cultură în care bulimia pare a se dezvolta într-un ritm crescut (p. 63).

Înțelegere psihodinamică

Când iau în considerare psihodinamica bulimiei, terapeutii trebuie să păstreze în minte această eterogenitate. Variatele contribuții la înțelegerea noastră dinamică a bulimiei par a fi analoage cu acei proverbiali oameni orbi care-și raportează percepțiile asupra unui elefant bazate pe punctele lor de vedere particulare. Ca întotdeauna, înțelegerea psihodinamică trebuie să fie individualizată. Un tablou clinic de bulimie poate fi observat la pacienți cu structuri de caracter foarte diferite, de la cea psihotică trecând prin borderline până la cea nevrotică (Wilson, 1983). Anorexia și bulimia sunt părți esențial opuse ale aceleiași monede (Mintz, 1988). Pe când pacienta anorexică se caracterizează atât prin tărie a Eului mai mare, cât și prin control al Supraeului mai mare, unele paciente bulimice pot să aibă o inabilitate generalizată în a amâna descărcarea impulsului bazată pe un Eu slăbit și un Supraeu lax. Accesele de supraalimentare și eliminarea nu sunt neapărat probleme izolate legate de impuls; ele pot mai degrabă să coexiste cu relații sexuale impulsive, autodistructive și cu abuzul de droguri multiple.

Unele dovezi empirice sugerează care factori psihodinamici ar putea fi activi la pacientele cu bulimie nervoasă. Într-o analiză genetică multivariată, Kendler et al. (1995) au găsit că familia și factorii de mediu joacă roluri-cheie în dezvoltarea tulburării. Într-un studiu cu cazuri control bazat pe comunitate și care a implicat 102 subiecți cu bulimie nervoasă și 204 subiecți sănătoși de control (Fairburn et al., 1997),

problemele parentale, sexuale sau abuzul fizic și autoevaluarea negativă au fost toate asociate cu dezvoltarea bolii. Investigatorii au sugerat că autoevaluarea negativă ar putea încuraja ținerea dietei prin distorsionarea viziunilor fetelor despre înfățișarea lor. Aceste descoperiri empirice sunt sprijinite de observațiile izvorâte din tratamentul psihodinamic. Reich și Cierpka (1998) au găsit tulburări în dialogul emoțional dintre paciențele bulimice și părinții lor și un model consistent de conflict între părți contradictorii ale Sinelui care a fost influențat fără dubiu de identificări conflictuale cu părinții. Acești autori au sugerat, de asemenea, că multe paciențe bulimice au experiența unei lipse de respect pentru limite și a unei intruziuni lipsite de tact în intimitatea lor, ceea ce s-ar aplica atât abuzului sexual, cât și celui psihologic. Reich și Cierpka au observat că aceste paciențe au folosit frecvent apărări care implică inversiunea afectelor și transformarea din activ în pasiv și că ele au avut și experiența unor cereri contradictorii ale Supraeului.

Acei autori care au studiat originile în dezvoltare ale bulimiei au identificat o dificultate pe termen lung în ceea ce privește separarea atât la părinți, cât și la pacienta individuală. O temă comună în istoria dezvoltării pacientelor bulimice este absența unui obiect tranzițional, cum ar fi suzeta sau pătura, pentru a o ajuta pe copilă să se separe psihologic de mama ei (Goodsitt, 1983). Această luptă în cursul dezvoltării pentru a se separa poate fi purtată în schimb în afară prin utilizarea corpului însuși ca pe un obiect tranzițional (Sugarman și Kurash, 1982), ingestia de mâncare reprezentând o dorință pentru o fuziune simbiotică cu mama, iar expulzia de mâncare un efort pentru separarea de ea. Ca și mamele pacientelor anorexice, părinții copilelor care devin bulimice se referă frecvent la copiii lor ca la extensii ale lor (Humphrey și Stern, 1988; Strober și Humphrey, 1987). Acești copii sunt folosiți ca obiecte ale Sinelui pentru a valida Sinele părintelui. Fiecare membru al familiei depinde de toți ceilalți membri pentru a menține un sens al coeziunii. Deși acest model caracterizează familiile pacientelor anorexice, un mod particular de a mânui calitățile „rele” inacceptabile predomină în familiile bulimicelor. Sistemul familiei bulimice implică aparent o nevoie puternică pentru ca fiecare să se vadă pe sine ca „integral bun”. Trăsăturile inacceptabile ale părinților sunt proiectate frecvent în copila bulimică, ea devenind depozitul întregii „răutăți”. Prin identificarea inconștientă cu aceste proiecții, ea devine purtătorul întregii lăcomii și impulsivității a familiei. Balanța homeostatică rezultată păstrează atenția asupra copilei „bolnave” mai degrabă decât asupra conflictelor din sau dintre părinți.

Observațiile psihodinamice cu privire la dificultățile cu separarea la paciențele bulimice au fost confirmate de cercetarea empirică (Patton, 1992). Patruzeci de paciențe cu tulburări ale comportamentului alimentar au fost comparate cu un grup de control de 40 de femei cu

modele de alimentare normale pentru a vedea cum ar răspunde ele la stimuli subliminali sau supraliminali. Fiecărui grup i s-a arătat un stimul de abandon sau de control cu durate de expunere care erau fie subliminale, fie supraliminale. După expunerea la un stimul de abandon, grupul cu tulburări de comportament alimentar a mâncat semnificativ mai mulți biscuiți decât au făcut-o subiecții din grupul de control. Investigatorii au tras concluzia că accesele de supraalimentare erau într-adevăr o apărare împotriva unei frici inconștiente de abandon.

În multe cazuri, astfel, pacientele bulimice concretizează mecanismele de introiecție și de proiecție din relațiile de obiect. Ingestia și expulzia de hrană pot reflecta direct introiecția și proiecția unor introiecte agresive sau „rele”. În multe cazuri, acest proces de clivaj este concretizat mai departe de pacientă. Ea poate privi proteina ca fiind hrană „bună”, care este așadar reținută mai degrabă decât eliminată, iar carbohidrații sau mâncarea de tip junk ca pe hrana „rea”, care este consumată în cantități enorme, doar pentru a fi regurgitată. La suprafață, această strategie de a trata agresivitatea poate fi compulsivă — expulzia răutății sub forma vomei o face pe pacientă să se simtă bine. Totuși sentimentul rezidual de „bunătate” este instabil deoarece se bazează pe clivaj, negare și pe proiecția agresivității mai degrabă decât pe integrarea binelui cu răul.

Considerații asupra tratamentului

Cel mai important principiu în tratamentul bulimiei este individualizarea planului de tratament. Tulburările psihiatrice concomitente, cum ar fi depresia, tulburările de personalitate și abuzul de drog, vor fi tratate ca parte a planului global de tratament. „Programele de tratament cu scheme de ansamblu” (Yager, 1984) care le tratează pe toate pacientele bulimice la fel vor ajuta doar o fracțiune dintre ele din cauza incapacității de a recunoaște și a aprecia eterogenitatea inerentă a populației bulimice. Aproximativ o treime dintre toate pacientele bulimice reprezintă un subgrup relativ sănătos care va răspunde bine la o abordare limitată în timp care să implice terapia cognitiv-comportamentală și un program de psihoeducație (Johnson și Connors, 1987; Johnson et al., 1989). Grupurile de suport precum Gurmanzii Anonimi (GA) pot, de asemenea, să susțină acest subgrup de paciente fără alt tratament.

Studiile de urmărire sugerează că stabilitatea în timp a simptomelor bulimice poate fi o problemă pentru multe paciente (Joiner et al., 1997). Într-o trecere în revistă a 88 de studii care au făcut evaluări ale evoluției unor paciente bulimice, Keel și Mitchell (1997) au constatat că aproximativ 50% dintre femei se vindecaseră complet la 5–10 ani după

prezentarea la tratament. Totuși 20% au continuat să împlinească criteriile complete pentru bulimia nervoasă și aproximativ 30% au recăzut, prezentând din nou simptome de bulimie. Paciente care ajung la abținerea completă în ceea ce privește accesele de supraalimentare și de eliminare a hranei cu un program de 16 săptămâni de terapie cognitiv-comportamentală au fost urmărite 4 luni după tratament și investigatorii au determinat că 44% dintre paciente recăzuseră (Halmi et al., 2002). O trecere în revistă a studiilor care au folosit terapia cognitiv-comportamentală pentru bulimia nervoasă reflectă cât de greu este să tratezi aceste paciente. La jumătate sau mai mult dintre pacientele care nu ajung la vindecare completă prin această abordare, rezultatele sugerează că accesele de supraalimentare continuă cu o rată medie de 2,6 pe săptămână, iar eliminarea hranei cu o rată de 3,3 pe săptămână, la terminarea tratamentului (Thompson-Brenner et al., 2003).

Deși abordările dinamice pot să nu fie indicate sau necesare pentru toate pacientele, majoritatea dintre ele pot totuși să beneficieze de ele. Printre cele care nu răspund s-ar putea ca două treimi să sufere de o tulburare de personalitate borderline (Johnson et al., 1989), pe când altele s-ar putea să sufere de alte tulburări de personalitate sau de depresie semnificativă. Aceste paciente pot necesita psihoterapie expresiv-suportivă pe termen lung și au frecvent nevoie și de intervenție psihofarmacologică. Multe paciente pot să nutrească un resentiment franc față de abordarea comportamentală a simptomelor de bulimie (Yager, 1984). Focalizarea pe comportamentul exterior al pacientei în timp ce lumea ei internă este neglijată poate să repete experiența pacientei de a crește cu niște părinți care sunt interesați mai mult de suprafață decât de substanță. Yager (1984) a sugerat că 50% dintre toate pacientele bulimice sunt nesatisfăcute de tehnicile de modificare comportamentală. Unele paciente vor resimți chiar sarcina de a scrie un jurnal zilnic despre obiceiurile lor alimentare ca fiind umilitoare, deoarece ele pot să-și considere problemele de alimentare ca fiind simptomatice pentru tulburări mai fundamentale. Tratamentul care nu se potrivește cu interesele și sistemul de credințe al pacientei este sortit eșecului (Yager, 1984).

Bulimia nervoasă poate pune viața în pericol. Se știe că pacientele își pot altera balanța electrolitică suficient de mult încât să precipite oprirea cordului. Monitorizarea biochimiei sanguine trebuie, așadar, să fie parte a îngrijirii în ambulatoriu a acestor paciente, cu spitalizarea ca strategie de rezervă. Deoarece multe paciente au și o tulburare de personalitate borderline sau tulburări afective majore, spitalizarea poate fi necesară în fața unei tentative de suicid sau a unei automutilări severe. Tratamentul intraspitalicesc trebuie să urmărească un plan care să cuprindă toate aspectele și să fie individualizat și care, în plus de sarcina de a câștiga controlul simptomului prin încuierea băilor, să implementeze

un orar de mese normal, să ofere asistență psihoeducațională de către un dietetician și să încurajeze ținerea unui jurnal. Spitalizarea îi oferă frecvent terapeutului o oportunitate pentru a înțelege mai bine relațiile interne de obiect ale pacientei; facilitează astfel o înțelegere diagnostică mai sofisticată și un plan de tratament mai precis:

Dra W era o studentă de 19 ani cu un amestec de simptome de bulimie și anorexie. Ea a fost spitalizată după ce „l-a concediat” pe psihoterapeutul său și a pierdut complet controlul acceselor sale de supraalimentare și de eliminare a hranei. Părinții ei, care erau destul de exasperați de comportamentul ei, au adus-o la spital, nesimțindu-se în stare să o facă vreodată să mănânce normal. În timpul primei săptămâni de spitalizare, dra W l-a informat pe medicul ei din spital că plănuia să rămână detașată și distantă, deoarece nu voia să se atașeze de un doctor doar ca să fie dezamăgită din nou. S-au implementat imediat mese regulate și întâlniri de grup, dar pacienta a refuzat să se ducă la masă sau să participe la întâlniri. A insistat că era capabilă să țină o dietă doar mâncând când voia și ceea ce voia. I-a atras atenția doctorului că greutatea ei rămânea constantă, așa că nu era o cauză de îngrijorare.

Echipa de îngrijire a devenit din ce în ce mai supărată pe dra W din cauza lipsei ei totale de cooperare. Cu cât pacienta devenea mai încăpățânată și mai rezistentă, cu atât echipa insista mai mult ca ea să urmeze structura programului din spital. Într-o întrunire a echipei, doctorul a remarcat că pacienta reușise să repete situația sa din familie. Afirmând că trebuie să aibă controlul asupra dietei ei, ea i-a provocat pe alții să încerce să preia controlul asupra alimentării ei. S-a putut apoi simți victimizată de forțele de control din jurul său, așa cum s-a simțit victimizată de părinții săi.

Doctorița trei W s-a întâlnit cu ea și i-a atras atenția că încerca să provoace echipa intraspitalicească într-o repunere în act a situației sale familiale. Ea a rugat-o pe pacientă să reflecteze asupra a ceea ce ar putea câștiga în urma acestei repuneri în act. Dra W a răspuns indicându-i doctoriței sale că nu era interesată să vorbească. Trei zile mai târziu, ea i-a spus doctoriței că ascunsese medicamente și obiecte ascuțite într-un sertar închis din camera sa de spital, astfel încât să poată încerca să se sinucidă. A spus că decisese să-i spună doctoriței, deoarece într-adevăr nu voia să moară. A indicat și că îi era foarte greu să-i comunice sentimente doctoriței sale, întrucât credea că ar deveni dependentă într-un mod incontrollabil și că își va pierde orice sens al propriului Sine. Era sigură că dependența de doctor ar face ca ea să fie exploatată și maltrată în funcție de nevoile doctorului mai degrabă decât să-i fie respectate propriile nevoi de a fi tratată.

Această informație a ajutat echipa intraspitalicească să înțeleagă rezistența trei W la structura de tratament. Prin refuzul de a coopera, această pacientă încerca să capete un sentiment al Sinelui independent de cererile și expectațiile altora. Cooperarea cu echipa de îngrijire și colaborarea cu doctorul său din spital purtau riscul ca ea să devină o simplă extensie a altora, așa cum i se întâmplase în familie. O dată ce această anxietate subiacentă a ieșit la suprafață, membrii echipei i-au permis trei W să aibă mai multe de spus în programul său de alimentare. Împreună

cu un membru al echipei, ea a fost în stare să colaboreze în această privință și apoi să urmeze un program care a fost acceptabil pentru amândoi.

Totuși, exact când dra W părea a-și fi ameliorat starea, doctorița ei din spital a primit un telefon acasă în dimineața de Crăciun în timp ce familia sa deschidea darurile. O asistentă din spital suna pentru a o informa că dra W introdusese pe ascuns în spital și apoi ingerase un număr mare de laxative și avusese diaree severă toată dimineața. Asistenta se temea că dra W ar putea avea nevoie de tratament medical de urgență, așa încât doctorița s-a simțit obligată să se ducă la spital să vadă pacienta. Două zile mai târziu, când dra W era stabilă din punct de vedere medical, doctorița a confruntat-o cu ostilitatea de transfer implicată în purgația ei, apoi a sugerat că poate dra W a dorit să-i strice dimineața de Crăciun. Deși pacienta a negat pe un ton plat orice astfel de posibilitate, doctorița a trebuit să-și suprime mânia intensă la adresa d-nei W pentru momentul trecerii sale la act. Doctorița și-a dat seama treptat că actul de purgație o făcuse capabilă pe pacientă să-și expulzeze propria agresivitate. Ca urmare, ea nu putea înțelege interpretarea de către doctoriță a actului său ca fiind unul ostil; doctorița a servit inconștient ca un container pentru mânia proiectată a pacientei.

Deși acest caz ilustrează o pacientă mai refractară cu tulburare de personalitate borderline ca parte a tabloului clinic, luptele transferențiale și contratransferențiale nu sunt atipice pentru ceea ce terapeuții individuali întâlnesc frecvent în munca lor cu pacientele bulimice. Terapeuții pot să se trezească provocați în mod repetat să accepte „răutatea” pe care pacienta încearcă să o expulzeze. Ei pot să simtă și că „se vomită asupra lor” când pacienta le scuipă înapoi toate eforturile lor terapeutice. Repetarea modelului familial în cursul tratamentului în spital sau în psihoterapia individuală îl ajută pe clinician să înțeleagă rolul pacientei în interiorul sistemului familial. Deoarece bulimia este atât de frecvent parte a unei balanțe homeostatice în familie, terapia familială sau intervenția familială în asociere cu terapia individuală este frecvent necesară. Prin ignorarea sistemului familial, terapeutul poate să riște ca ameliorarea pacientei să fie teribil de amenințătoare pentru alți membri ai familiei. Printre reacțiile de apărare la această amenințare se poate număra o subminare insidioasă a tratamentului pacientei bulimice sau dezvoltarea unei disfuncții serioase la un alt membru al familiei. Nevoia familiei pentru boala pacientei bulimice trebuie respectată, iar părinții trebuie să se simtă „susținuți” și validați astfel încât să nu saboteze tratamentul (Humphrey și Stern, 1988).

Din cauza ambivalenței lor intense și a temerii de a nu tulbura echilibrul familial, multe paciente bulimice vor încerca să evite terapia psihodinamică intensivă. Ele pot să se considere pe sine deficiente, și explorarea psihoterapeutică implică un risc ca această deficiență să fie expusă (Reich și Cierpka, 1998). Introducerea unui orar de alimentare și evidențierea asocierii dintre unele obiceiuri de alimentare și unele

stări emoționale pot fi o cale extrem de eficientă pentru a construi o alianță terapeutică cu pacienta. Una dintre dificultățile de contratransfer obișnuite care se întâlnesc este dorința de a vindeca repede pacienta, ceea ce-l face pe terapeut să înceapă să o „supraalimenteze” pe pacientă prin introducerea prea multor intervenții interpretative prea devreme. Așa cum au avertizat Reich și Cierpka (1998), interpretările și confruntările pot fi mânuite într-un mod bulimic prin consumul lor lacom, dar fără a fi apoi digerate într-un mod adecvat. Deși în majoritatea locurilor, terapia cognitiv-comportamentală a devenit abordarea psihoterapeutică preferată pentru bulimia nervoasă, terapia psihodinamică încă are un rol de jucat. Într-un studiu atent conceput și care compară terapia cognitiv-comportamentală și terapia dinamică, rezultatele inițiale au favorizat-o pe prima, dar într-o perioadă mai lungă de urmărire ambele forme de terapie au fost aproximativ egale ca eficacitate (Fairburn et al., 1995).

Psihoterapia dinamică de grup poate fi și un tratament adjuvant folositor. O literatură empirică din ce în ce mai amplă aduce mărturie despre eficacitatea psihoterapiei de grup pentru pacientele cu bulimie nervoasă (Harper-Guiffre et al., 1992; Liedtke et al., 1991; Mitchell et al., 1990). Într-o trecere în revistă a 18 rapoarte diferite asupra acestei modalități cu paciente bulimice tratate în ambulatoriu, Oesterheld et al. (1987) au găsit motive pentru un optimism prudent. Consensul a fost că psihoterapia de grup reduce în mod eficient simptomele bulimice într-o proporție medie de 70%. Totuși aceste cifre par exagerate, deoarece majoritatea studiilor au exclus abandonurile din calculele lor. Ratele de abandon au tins să fie mari chiar dacă majoritatea grupurilor excluseseră pacientele cu tulburare de personalitate borderline și altă patologie severă de caracter. Datele de urmărire pe termen lung lipseau și ele. Terapeuții de grup au apărut ca fiind de acord, la fel de mult ca și terapeuții individuali, cu ideea că o remisie stabilă necesită atât insight, cât și controlul simptomului. Într-un studiu controlat randomizat al terapiei de grup psihanalitice și al psihoeducației pentru un grup de paciente cu tulburare cu accese de supraalimentare, majoritatea pacientelor nu mai prezentau tulburări ale comportamentului alimentar și au avut o rată mai mică a episoadelor de supraalimentare (Ciano et al., 2002). În grupul de paciente cu terapie analitică, aceste câștiguri au fost mai susținute după o urmărire de 6 și de 12 luni.

În rezumat, indicația pentru o abordare dinamică a bulimiei nervoase este o lipsă de răspuns la metodele cognitiv-comportamentale și psihoeducaționale limitate în timp. Intervențiile familiale sub forma suportului, educației și posibil terapie familială sunt, de asemenea, necesare în general. O formă de control a simptomului este necesară în asociație cu celelalte abordări. Spitalizarea scurtă, grupurile de suport cum ar fi GA și psihoterapia de grup pot toate să o ajute pe pacientă în

cea ce privește controlul simptomului. Unii psihoterapeuți individuali consideră și ei controlul simptomului ca parte a procesului de tratament. Un subgrup substanțial de pacienți bulimici cu patologie severă de caracter asociată, tendințe suicidare și risc de tulburări electrolitice care pun viața în pericol va necesita psihoterapie în contextul spitalizării pe termen lung. Aceste pacienți sfidează cele mai mari eforturi făcute de cei care le îngrijesc pentru a le structura viața. Ele par a fi înclinată către o evoluție autodistructivă care poate într-adevăr să le fie fatală fără un tratament intraspitalicesc pe termen lung.