

## „Trzecia fala” terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń odżywiania “Third wave” cognitive-behavioural therapy for eating disorders

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

Adres do korespondencji: Mgr Anna Bartosiewicz, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: +48 42 675 72 25,

e-mail: annabartosiewicz.psycholog@gmail.com

### Streszczenie

Do zaburzeń odżywiania, zgodnie z kryteriami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10), zaliczamy: jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczną, atypowe postacie tych zaburzeń, przejadanie się oraz wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi. Obok monitorowania stanu somatycznego, realimentacji, edukacji pacjenta i rodziny, a niekiedy farmakoterapii i uczestnictwa w grupach samopomocowych ważną rolę w leczeniu wymienionych zaburzeń odgrywa psychoterapia. Standardy leczenia wskazują na skuteczność m.in. terapii poznawczo-behawioralnej – zwłaszcza w przypadku żarłoczności psychicznej i przejadania się. Zastosowanie znajduje tu transdiagnostyczny model zaburzeń odżywiania autorstwa Fairburna. Ma on jednak ograniczoną skuteczność względem pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, z zaburzeniami współwystępującymi czy chronicznym przebiegiem zaburzeń. W artykule przedstawiono propozycje terapeutyczne tzw. „trzeciej fali” terapii poznawczo-behawioralnej, które w projektach pilotażowych i nielicznych badaniach randomizowanych dają obiecujące rezultaty. Kolejno omówiono dialektyczną terapię behawioralną (*dialectical behaviour therapy*, DBT), terapię akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT) i terapię schematów (*schema therapy*, ST). Krótko scharakteryzowano też przesłanki leżące u podstaw stosowania wymienionych nurtów w leczeniu zaburzeń odżywiania, przytoczono przykłady protokołów oraz dostępne dane dotyczące ich skuteczności. Z dokonanego przeglądu wynika konieczność prowadzenia pogłębionych badań skupiających się na efektywności poszczególnych nurtów. Z pewnością należy wziąć pod uwagę indywidualną konceptualizację problemu pacjenta, która każdorazowo będzie wyznaczała najważniejsze obszary problemowe oraz pomagała w doborze najskuteczniejszych interwencji.

**Słowa kluczowe:** „trzecia fala” terapii poznawczo-behawioralnej, model transdiagnostyczny Fairburna, dialektyczna terapia behawioralna, terapia akceptacji i zaangażowania, terapia schematów

### Abstract

According to International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) criteria, the following are recognised as eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa, atypical forms of these two disorders, binge-eating disorder and vomiting associated with other psychological disturbances. Apart from monitoring health condition, refeeding, education of patient and family, sometimes pharmacotherapy or attending a self-help programme or psychotherapy plays an important role during the curing of eating disorders. Treatment recommendations indicate efficacy of the cognitive-behavioural therapy – especially among bulimia nervosa and binge-eating disorder patients. Fairburn’s transdiagnostic model is applicative here. However, it has limited efficacy for anorexia nervosa patients and patients with comorbid diagnosis or chronicity. In this article therapeutic suggestions of “third wave” cognitive-behavioural therapy, which got promising results in pilot studies, are presented. Consecutively, dialectical behaviour therapy (DBT), acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy (ST) are discussed. Reasons for applying the above-mentioned interventions as methods of treatment of eating disorders are described briefly, and some examples of treatment protocols and information about their efficacy are given. On the basis of this review, it is necessary to conduct further research on efficacy of particular interventions. Certainly, we should keep in mind individual problem conceptualisation, which shows the most important issues and helps in choosing the most effective intervention every time.

**Keywords:** “third wave” cognitive-behavioural therapy, Fairburn’s transdiagnostic model, dialectical behaviour therapy, acceptance and commitment therapy, schema therapy

## WSTĘP

Zaburzenia odżywiania stanowią grupę zaburzeń, do której zgodnie z kryteriami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) zaliczamy: jadłowstręt psychiczny (JP), żarłoczność psychiczną (*bulimia nervosa*, BN), atypowe postacie tych zaburzeń, przejadanie się (*binge-eating disorder*, BED) oraz wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi. Standardy leczenia zaburzeń odżywiania – według m.in. Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association, 2006) czy Narodowego Instytutu Zdrowia i Doskonałości Klinicznej w Wielkiej Brytanii (National Institute for Health and Care Excellence, 2017) – zawierają ogólne wskazówki dotyczące udzielania pomocy pacjentom. Jednak ostateczna decyzja zależy od obrazu klinicznego zaburzeń (stanu somatycznego i psychicznego pacjenta) oraz uwarunkowań społecznych, które decydują o dostępności procedur diagnostycznych i terapeutycznych (Yager *et al.*, 2014).

Oprócz monitorowania stanu somatycznego, realimentacji, edukacji pacjenta i rodziny, niekiedy farmakoterapii czy uczestniczenia w grupach samopomocowych konieczną składową leczenia są interwencje psychologiczne. W wypadku dorosłych pacjentów z JP wskazuje się na skuteczność terapii poznawczo-behavioralnej (*cognitive-behavioural therapy*, CBT), podejścia MANTRA (*Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults*) i specjalistycznego wspomagającego zarządzania klinicznego (*specialist supportive clinical management*, SSCM). Dla BN i BED rekomendowane są programy samopomocowe, a w sytuacji ich nieskuteczności – CBT. W przypadku dzieci i adolescentów z JP i BN zaleca się terapię rodzinną, a w BED – te same interwencje co u pacjentów dorosłych.

W ramach przytoczonych standardów dla wszystkich podtypów zaburzeń odżywiania zalecaną formą jest m.in. CBT. Podwaliny rozumienia psychopatologii pacjentów i ich leczenia w nurcie poznawczo-behavioralnym stworzyli Garner i Vitousek (Garner i Bemis, 1982). Na ich podstawie powstał udoskonalony protokół Fairburna (Fairburn *et al.*, 2003) wzmocnionej terapii poznawczo-behavioralnej (*“enhanced” cognitive-behavioural therapy*, CBT-E), traktujący zaburzenia odżywiania z perspektywy transdiagnostycznej. Zgodnie z nią pacjenci z JP, BN i BED charakteryzują się wieloma cechami wspólnymi (np. przykładają nadmierną wagę do figury, masy ciała i ich kontroli) i mają tendencję do migrowania pomiędzy tymi kategoriami, co wzmacnia przekonanie o wspólnych mechanizmach podtrzymujących psychopatologię.

Protokół Fairburna stosuje się w leczeniu pacjentów dorosłych (kobiet i mężczyzn), z możliwością adaptacji dla adolescentów. Jego wdrażanie oparte jest na indywidualnej

konceptualizacji przypadku, uzupełnianej w toku całej terapii. Przewidziano dwie wersje leczenia:

- skoncentrowane, dotyczące wyłącznie pracy nad zaburzeniami odżywiania;
- rozszerzone o trzy dodatkowe moduły, odnoszące się do: klinicznego perfekcjonizmu, niskiego poczucia własnej wartości oraz trudności interpersonalnych.

Ostatni moduł, obejmujący trudności interpersonalne, stworzono na bazie terapii interpersonalnej (*interpersonal therapy*, IPT).

W protokole wyróżniono też dwie formy terapii w zależności od wskaźnika masy ciała (*body mass index*, BMI):

- złożoną z 20 sesji dla pacjentów z BMI powyżej 17,5 kg/m<sup>2</sup>;
- złożoną z 40 sesji dla pacjentów z BMI pomiędzy 15 kg/m<sup>2</sup> a 17,5 kg/m<sup>2</sup>.

Przewidziano również wersję intensywną – dla pacjentów hospitalizowanych lub poddanych intensywnej opiece ambulatoryjnej – oraz wersję grupową.

Powyższy protokół wykazuje jednak ograniczoną skuteczność, zwłaszcza względem osób z rozpoznaniem JP. Wskazuje się, że nawet do 50% pacjentów nie kończy terapii, natomiast wśród pozostałych o satysfakcjonujących jej wynikach (tj. o odzyskaniu i utrzymaniu bezpiecznej masy ciała) można mówić u około 40% dorosłych i 60% pacjentów młodzieżowych. U niemalże połowy dorosłych i około 1/5 adolescentów kończących terapię utrzymują się resztkowe objawy psychopatologiczne (Dalle Grave *et al.*, 2016). W odpowiedzi na niewystarczającą efektywność oddziaływań zaczęto więc podejmować próby leczenia zaburzeń odżywiania w ramach innych procedur terapeutycznych opartych na dowodach, tj. w ramach dialektycznej terapii behavioralnej (*dialectical behaviour therapy*, DBT), terapii akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT) czy terapii schematów (*schema therapy*, ST). Wielu teoretyków zalicza je do tzw. trzeciej fali CBT (Dimidjian *et al.*, 2016).

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przesłanek teoretycznych leżących u podstaw stosowania wymienionych interwencji, dokonanie krótkiej ich charakterystyki oraz przytoczenie dostępnych danych na temat ich skuteczności.

## DIALEKTYCZNA TERAPIA BEHAWIORALNA

DBT została stworzona na podstawie teorii biospołecznej dysfunkcji systemu regulacji emocji Marshy Linehan i pierwotnie była stosowana w leczeniu pacjentów z przewlekłe występującymi myślami samobójczymi (głównie z rozpoznaniem zaburzeń osobowości typu borderline) (Linehan, 2010). Objawy prezentowane przez pacjentów z zaburzeniami odżywiania (np. restrykcyjna dieta, wymioty czy przejadanie się) mogą być również traktowane jako dezadaptacyjne sposoby regulowania emocji – stąd pomysł zaadaptowania DBT do ich potrzeb (Wisniewski i Kelly, 2003). Co więcej, zachowania te wprost zagrażają życiu i zdrowiu pacjentów, co jest przedmiotem pierwszorzędowej koncentracji DBT i stanowi kolejną przesłankę do jej stosowania (Wisniewski

i Ben-Porath, 2015). Zwraca się uwagę na częste współwystępowanie zaburzeń odżywiania z innymi zaburzeniami psychicznymi (w tym osobowości) oraz powiązanie ich z dokonywaniem samouszkodzeń i podejmowaniem prób samobójczych, co dodatkowo uzasadnia stosowanie DBT w tej grupie pacjentów.

Ważną cechą DBT w leczeniu zaburzeń odżywiania jest dążenie do osiągnięcia równowagi pomiędzy zmianą a akceptacją, co jest nieodłącznym elementem procesu zdrowienia w kontekście wyglądu czy masy ciała (Wisniewski *et al.*, 2012). Jako pomocne uznaje się też konsultacje udzielane pacjentowi i terapeutce czy unikanie osądzania i deprecjonowania określonych zachowań pacjenta (m.in. podawania nieprawdziwych danych dotyczących liczby spożywanych posiłków czy wysiłku fizycznego).

W leczeniu przewidziano trzy zmodyfikowane wersje terapii:

- kompleksowa DBT dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania się (dla BN i BED) i zaburzeniami osobowości typu borderline (oparta na cotygodniowej terapii indywidualnej, grupowym treningu umiejętności, spotkaniach zespołu konsultacyjnego dla terapeutów i konsultacjach telefonicznych dla pacjentów);
- DBT dla osób z poważnymi i złożonymi zaburzeniami odżywiania się, obejmująca też empirycznie zweryfikowane elementy CBT (dla JP, BN i BED w trakcie hospitalizacji lub intensywnego leczenia ambulatoryjnego);
- DBT w leczeniu BN i BED złożona z 20 sesji (prowadzona w trybie ambulatoryjnym dla pacjentów dość dobrze funkcjonujących i bez tendencji samobójczych, zawierająca m.in. trening umiejętności) (Wisniewski *et al.*, 2012).

Cele DBT w leczeniu zaburzeń odżywiania opierają się na osiągnięciu kolejnych stadiów przewidzianych w klasycznej DBT. Zawierają się w czterech grupach: 1) praca nad zachowaniami bezpośrednio zagrażającymi życiu, 2) praca nad zachowaniami kolidującymi z terapią, 3) praca nad zachowaniami kolidującymi z jakością życia i 4) rozwijanie umiejętności behawioralnych (Federici *et al.*, 2012).

Przeprowadzono kilka randomizowanych badań klinicznych oceniających skuteczność DBT w leczeniu pacjentów z zaburzeniami odżywiania. W dwóch z nich (Hill *et al.*, 2011; Safer *et al.*, 2001) dowiedziono, że stosowanie DBT u pacjentów z BN jest istotnie bardziej skuteczne w porównaniu z brakiem interwencji wśród oczekujących na terapię. Poprawę zauważono w zakresie zarówno liczby epizodów objadania się i wymiotów, jak i innych objawów zaburzeń odżywiania, ocenianych za pomocą kwestionariusza badania zaburzeń odżywiania (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q). Nie prowadzono dalszej oceny, a analizowane próby były stosunkowo niewielkie (każda grupa liczyła około 30 pacjentów).

Podobne porównania z osobami oczekującymi na terapię dokonano w kolejnych dwóch badaniach wśród pacjentów z BED. W jednym z nich (Masson *et al.*, 2013) wykorzystano samopomocowy poradnik DBT. Po wizycie instruktażowej pacjenci korzystali z niego przez 13 tygodni, mając do dyspozycji sześć 20-minutowych wspierających

rozmów telefonicznych. W grupie stosującej ten rodzaj interwencji zaobserwowano statystycznie mniejsze nasilenie występowania napadów objadania się i niższy wynik w kwestionariuszu EDE-Q. Rezultat ten potwierdzono w badaniu przeprowadzonym po 6 miesiącach. W ramach kolejnej analizy (Telch *et al.*, 2001) dowiedziono, iż w grupie uczestniczącej w terapii DBT prowadzonej przez terapeutę ( $n = 18$ ) odsetek osób, które zaprzestały napadowego objadania się, jest znacząco wyższy (tj. 89%) w porównaniu z grupą oczekujących na terapię ( $n = 16$ ; 12,5%). Poprawę zaobserwowano też w zakresie wyników uzyskanych w kwestionariuszu EDE-Q w podskalach dotyczących koncentracji na wadze, kształcie ciała i jedzeniu. W badaniu przeprowadzonym po 6 miesiącach brak napadów utrzymywał się u 56% pacjentów. Trzecie randomizowane badanie dotyczące pacjentów z BED (Safer *et al.*, 2010) polegało na porównaniu grupy korzystającej z terapii DBT ( $n = 50$ ) z osobami poddanymi niespecyficznemu grupowej aktywnej terapii porównawczej (*active comparison group therapy*, ACGT) ( $n = 51$ ). W grupie stosującej DBT wykazano znacząco mniejszy odsetek pacjentów, którzy nie ukończyli terapii (4%), w porównaniu z osobami na ACGT (33,3%). Grupa ta charakteryzowała się też znacząco szybszym spadkiem częstotliwości epizodów napadowego objadania się. Po ukończonej terapii DBT 64% osób deklarowało brak napadów, a po ACGT – 36% badanych, przy czym różnica ta nie utrzymała się na poziomie istotnym statystycznie w badaniach *follow-up* przeprowadzonych po 3, 6 i 12 miesiącach od ukończenia terapii (po 12 miesiącach w grupie DBT było to 64% badanych, w grupie ACGT – 56%).

Przeprowadzono też badania z udziałem pacjentów z BN i BED. W jednym z nich (Klein *et al.*, 2012) porównywano grupę poddaną interwencjom opartym na DBT z pacjentami korzystającymi z kart automonitoringu. Wykazano, iż grupa DBT doświadczała istotnie większego obniżenia częstości występowania napadów objadania się w porównaniu z grupą z automonitoringiem i znacząco częściej w wyniku leczenia przestała spełniać kryteria rozpoznania zaburzeń odżywiania. W drugim z badań (Chen *et al.*, 2017) porównywano pacjentów, którzy dobrze reagowali na 4-tygodniowy program samopomocowy oparty na CBT, z grupą gorzej reagującą, w ramach której wyróżniono dwie podgrupy – kontynuujących terapię w modelu DBT i CBT. Okazało się, że w grupach korzystających z DBT i CBT spadek częstości występowania dni z napadowym objadaniem się był znacząco wolniejszy niż w przypadku pacjentów kontynuujących model samopomocowy. Nie odnotowano różnicy pomiędzy grupami korzystającymi z CBT i DBT. W badaniach *follow-up* wykonanych po 6 i 12 miesiącach poprawa się utrzymywała i nie wykazano różnicy pomiędzy żadną z grup w zakresie stopnia remisji objawów i obniżenia częstości występowania napadów objadania. Wyniki te wspierają pogląd, iż wczesną słabą odpowiedź na leczenie można modyfikować, wdrażając dodatkowo intensywniejszy program terapii. Brak jest randomizowanych badań dotyczących zastosowania DBT u pacjentów z JP. Na obiecujące rezultaty wskazuje

badanie pilotażowe, w którym uczestniczyło 9 pacjentów z JP i 15 z BN ze współwystępującymi zaburzeniami osobowości typu borderline i z doświadczeniem nieskutecznego leczenia szpitalnego (Kröger *et al.*, 2010). Pacjenci byli poddani terapii DBT uzupełnionej o moduł CBT. Ocena przeprowadzona po zakończeniu 3-miesięcznego programu wskazała na ustąpienie objawów u 54% pacjentów z BN i 33% pacjentów z JP. Nie odnotowano znaczącego wzrostu masy ciała u pacjentek z JP, co udało się odnotować w badaniu *follow-up* przeprowadzonym po 15 miesiącach. W przypadku pacjentów z BN zmalała częstotliwość napadów objadania się zarówno tuż po terapii, jak i w badaniu późniejszym. W obu punktach czasowych poprawę zaobserwowano również w zakresie obniżenia nasilenia objawów psychopatologicznych (w tym związanych z jedzeniem) i funkcjonowania psychospołecznego.

## TERAPIA AKCEPTACJI I ZAANGAŻOWANIA

ACT powstała na bazie teorii ram relacyjnych dotyczącej ludzkiego języka i poznania (Hayes *et al.*, 2013a). Zgodnie z założeniami jej twórców najważniejsza dla zdrowia psychicznego jest elastyczność psychologiczna, rozumiana jako zdolność do utrzymania bądź zmiany zachowania na drodze do osiągnięcia celów zgodnych z indywidualnymi wartościami jednostki (nawet wówczas, gdy wiąże się to z doświadczaniem subiektywnie odczuwanego cierpienia) (Hayes *et al.*, 2013b).

Liczne prace teoretyczne dają podstawę, by twierdzić, że ACT może przynieść korzystne rezultaty w leczeniu zaburzeń odżywiania (Juarascio *et al.*, 2013b). W nurcie tym zaburzenia odżywiania są definiowane przez pryzmat roli, jaką odgrywają w życiu jednostki, oraz kontekstu, w jakim się pojawiają. Wymagają leczenia nie z powodu negatywnych konsekwencji fizycznych czy odstawania od normy, ale z powodu uniemożliwiania pacjentowi działania zgodnego z jego celami i wartościami. Symptomy prezentowane przez chorego (np. koncentracja uwagi na składzie posiłków) są traktowane jako rodzaj ucieczki od nieprzyjemnych myśli, emocji czy objawów fizjologicznych (Dudek *et al.*, 2014).

W ramach leczenia pacjent jest zachęcany do skupienia się na działaniu zgodnym z jego systemem wartości, co niejednokrotnie wiąże się ze zmianą myślenia i emocji. Propozycje terapii dla osób z zaburzeniami odżywiania (m.in. Heffner i Eifert, 2004) opierają się na pracy nad szczęścioma opisanymi poniżej procesami psychologicznymi postulowanymi w klasycznym modelu ACT. Ma to na celu zwiększenie psychologicznej elastyczności pacjenta i sprowadza się do udoskonalania trzech stylów reagowania: bycia otwartym, skupionym i zaangażowanym.

Pierwszym z procesów jest akceptacja, polegająca na doświadczeniu myśli i uczuć takimi, jakie są, bez próby unikania ich. Drugi, zwany defuzją, sprowadza się do nabycia umiejętności dystansowania się od dezadaptacyjnych myśli czy odczuć. W ramach trzeciego procesu – świadomości

chwili obecnej – pacjent jest uczony obserwowania tego, co dzieje się w jego umyśle i ciele, często przy pomocy ćwiczeń uważności. Czwarty proces – osoba jako kontekst – odwołuje się do świadomości siebie i perspektywy, z której odbierane jest życie. Dwa ostatnie procesy, tj. wartości i zaangażowane działanie, sprowadzają się do podejmowania zachowań zgodnych z własnym systemem wartości i wyznaczonymi celami (Juarascio *et al.*, 2013b).

W praktyce w ramach ACT stosuje się więc techniki, które pozwalają przeprowadzić pacjenta przez powyższe procesy (Hayes *et al.*, 2013a). W pracy z osobami z zaburzeniami odżywiania podejście tego typu daje im szansę zauważenia, że dążenie do uzyskania szczuplejszej sylwetki czy nadmierne skupianie uwagi na posiłkach jest nieefektywną strategią kontroli i najczęściej nie prowadzi do realizowania cenionych przez nich wartości (Heffner i Eifert, 2004).

We wstępnym badaniu oceniającym skuteczność interwencji ACT (Juarascio *et al.*, 2013a) porównywano grupę poddaną typowemu intensywnemu leczeniu stacjonarnejmu ( $n = 74$ ) z pacjentami leczonymi typowo z dołączonym modulem ACT (w wersji dla osób z JP lub z BN;  $n = 66$ ). W obu grupach odnotowano poprawę w zakresie obniżenia nasilenia objawów, ocenianą kwestionariuszem samoopisowym EDE-Q, przy czym w grupie z ACT obserwowana poprawa była bardziej znacząca. W badaniu kontrolnym wykonanym po 6 miesiącach w grupie tej odnotowano też mniejszy odsetek osób (tj. 3,5%) wymagających kolejnych hospitalizacji w porównaniu z grupą leczoną typowo (18%,  $\chi^2 = 3,19$ ,  $p = 0,07$ ).

Dotychczas przeprowadzono jedno randomizowane badanie (Parling *et al.*, 2016), w którym porównywano grupę pacjentów z JP uczestniczących w 19 sesjach ACT ( $n = 24$ ) z grupą leczoną tradycyjnym programem opieki dziennej ( $n = 19$ ). Nie zaobserwowano różnic pomiędzy grupami ani pod względem odsetka badanych, którzy powrócili do zdrowia (dla których BMI  $\geq 19$  i ogólny wynik w EDE-Q  $\leq 2,8$ ), ani w przypadku odsetka nawrotów ocenianego w badaniu *follow-up* 5 lat później. Ograniczeniami badania są niska liczebność prób i fakt, iż około 1/3 badanych nie uczestniczyła w badaniu kontrolnym.

## TERAPIA SCHEMATÓW

ST, autorstwa Jeffrey E. Younga, stanowi integracyjne podejście terapeutyczne, bazujące na elementach CBT. Zawiera w sobie odwołania do teorii przywiązania, terapii Gestalt, relacji z obiektem oraz terapii psychodynamicznej. Dedykowana jest przede wszystkim pacjentom z chronicznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym z zaburzeniami osobowości (Young *et al.*, 2013).

Elementarnym pojęciem ST jest wczesny dezadaptacyjny schemat (*early maladaptive schema*, EMS), definiowany jako „ogólny, wszechogarniający motyw, który składa się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz wrażeń cielesnych, dotyczący jednostki i relacji z innymi, wykształcony w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania, rozwijany przez całe

życie, w znacznym stopniu dysfunkcyjny” (Young *et al.*, 2013). Celem terapii jest więc zidentyfikowanie EMS, zwiększenie świadomej kontroli nad nimi i osłabienie powiązanych z nimi wspomnień, emocji, doznań cielesnych, myśli i zachowań.

Do przesłanek stosowania ST w przypadku pacjentów z zaburzeniami odżywiania należy fakt, iż nawet 69% z nich spełnia jednocześnie kryteria zaburzeń osobowości. Uzasadnia to potrzebę wdrożenia interwencji obejmujących wczesne doświadczenia związane z wykształcaniem utrwalonych, dysfunkcyjnych wzorców myślenia, działania czy odczuwania, zawierających się w pojęciu schematu. Wyniki badań wskazują, że osoby z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania rzeczywiście częściej niż w grupie kontrolnej stosowały EMS oraz rzadziej korzystały ze schematów adaptacyjnych (Talbot *et al.*, 2015). Różnica ta była jeszcze większa, gdy porównaniom poddano osoby z zaburzeniami odżywiania, które dokonywały samookaleceń, co jednocześnie potwierdza fakt, że ST mogłaby znaleźć szczególne zastosowanie w tej grupie pacjentów (Pauwels *et al.*, 2016). Na podstawie ST próbuje się również wyjaśnić różnicę pomiędzy restrykcyjnymi a bulimicznymi zachowaniami, zwracając uwagę na różnice w podejmowanych przez obie grupy nieadaptacyjnych stylach radzenia sobie. Patologia restrykcyjna wiąże się z nadmierną kompensacją (czyli myśleniem lub zachowaniem przeciwnym do dominującego dysfunkcyjnego schematu, wdrażanym po to, by uniknąć uruchomienia tego schematu), natomiast bulimiczna – z unikaniem (czyli blokowaniem myśli, emocji i zachowań związanych z dysfunkcyjnym schematem poprzez angażowanie się w inne aktywności, np. nadużywanie alkoholu czy objadanie się). Wniosek ten wspiera próby stworzenia nowego modelu zaburzeń odżywiania, który będzie oparty na ST (Luck *et al.*, 2005).

Podejmowano próby wdrażania ST do pracy z pacjentami z zaburzeniami odżywiania. Przykładem jest terapia grupowa oparta na programie van Vreeswijka i Broersen (Simpson *et al.*, 2010). Pierwsza jej część polegała na identyfikacji schematów uczestników. Terapeuta postępował zgodnie z rolą przewidzianą dla ograniczonego powtórnego rodzicielstwa (*limited reparenting*), polegającą na odpowiedaniu na potrzeby, które kiedyś nie zostały zaspokojone. W drugiej części terapii kładziono nacisk na zmianę behawioralną, posługując się różnymi technikami (np. analizą zysków i strat, wykresem kołowym, oceną schematów na kontynuach, odgrywaniem ról z tzw. Zdrowym Dorosłym). Wśród celów znalazła się również restrukturyzacja podejścia do obrazu własnego ciała, z wykorzystaniem współczującego Zdrowego Dorosłego.

Jedyną jak dotąd randomizowaną badanie (McIntosh *et al.*, 2016) objęło transdiagnostyczne grono pacjentów ( $n = 112$ ) z zaburzeniami odżywiania. Wyróżniono w nim trzy grupy badane: osób objętych ST, klasyczną CBT i CBT skoncentrowaną na poczuciu głodu. Dowiedziono, że w przypadku wszystkich tych pacjentów skuteczność leczenia jest porównywalna – zarówno na koniec terapii, jak i w badaniu

kontrolnym przeprowadzonym 12 miesięcy po jej ukończeniu. U 49% badanych zarejestrowano brak napadów objadania się, u 47% – brak wymiotów. Obniżeniu uległ też wynik w kwestionariuszu EDE-Q, utrzymujący się na poziomie jednego odchylenia standardowego od wyników uzyskiwanych przez kobiety w populacji ogólnej. Zostało to również potwierdzone w badaniu kontrolnym. Ważne byłoby dokonanie replikacji tych badań i sprawdzenie skuteczności ST w grupach jednorodnych pod względem rozpoznania.

## PODSUMOWANIE

Zaburzenia odżywiania stanowią wyzwanie dla badaczy i praktyków – w związku ze swoją skomplikowaną, dotychczas nie do końca poznaną etiologią, wysokim odsetkiem zaburzeń współwystępujących (w tym zaburzeń osobowości) czy niejednokrotnie chronicznym przebiegiem. Są jednak przede wszystkim zaburzeniami o wyjątkowo poważnych konsekwencjach dla pacjentów – utrudniających im funkcjonowanie i prowadzących do degradacji zdrowia, a nierzadko nawet do śmierci [o czym świadczy najwyższy wskaźnik śmiertelności dla JP spośród wszystkich zaburzeń psychicznych – od około 10% (Birmingham *et al.*, 2005) do 23,8% (Engel *et al.*, 1992)]. Okoliczności te sprawiają, że niezbędne jest prowadzenie badań dotyczących leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania, co mogłoby zaowocować ustaleniem standardów pomocy o możliwie największej skuteczności.

Rola psychoterapii w leczeniu osób z zaburzeniami odżywiania jest niepodważalna. Dla pacjentów dotkniętych BN i BED skuteczny okazał się protokół transdiagnostyczny Fairburna. Względem osób z BED można też mówić o udowodnionej efektywności w odniesieniu do DBT. Nadal jednak brakuje danych potwierdzających skuteczność określonych interwencji terapeutycznych w pomocy pacjentom z JP. Takiemu wyzwaniu (w kontekście zarówno opracowywania protokołów leczenia, jak i weryfikowania ich skuteczności w badaniach) próbują sprostać nurty z tzw. trzeciej fali CBT. Podejmuje się liczne próby tworzenia protokołów dedykowanych zaburzeniom odżywiania – zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej – oraz prowadzone są badania mające na celu weryfikację ich skuteczności. Wyniki najczęściej potwierdzają efektywność tych działań terapeutycznych, jednak ze względu na trudności metodologiczne (m.in. mało liczne próby, brak grup kontrolnych, duży odsetek osób rezygnujących z terapii, trudny do skontrolowania wpływ innych zmiennych czy zaburzenia współwystępujące) niewiele konkluzji można ekstrapolować na populację generalną.

Konieczne jest więc kontynuowanie badań – najlepiej randomizowanych – nad skutecznością poszczególnych protokołów. Być może warto byłoby iść w kierunku programów integrujących przedstawione interwencje, na co wskazują wyniki badań pilotażowych.

Należy nadmienić, że w praktyce niezbędne jest dokładne zrozumienie psychopatologii pacjenta, z którym mamy

do czynienia, w czym może być pomocna konceptualizacja problemu, postulowana w protokole Fairburna. Na jej podstawie można dostosować interwencję do głównych obszarów problemowych. Należy przy tym jednak pamiętać o ograniczeniach wynikających z dostępnych procedur diagnostycznych i klinicznych oraz o specyficznych kompetencjach terapeuty, koniecznych do prowadzenia interwencji zgodnie z określonym protokołem.

### Konflikt interesów

*Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji.*

### Piśmiennictwo

American Psychiatric Association: Practice guidelines for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 3<sup>rd</sup> ed., Washington, DC 2006.

Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA et al.: The mortality rate from anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 143–146.

Chen EY, Cacioppo J, Fattich K et al.: An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychol Med* 2017; 47: 703–717.

Dalle Grave R, El Ghoch M, Sartirana M et al.: Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: an update. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 2.

Dimidjian S, Arch JJ, Schneider RL et al.: Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: a systematic review and critical examination of “third wave” cognitive and behavioral therapies. *Behav Ther* 2016; 47: 886–905.

Dudek J, Ostaszewski P, Malicki S: Transdiagnostic models of eating disorders and therapeutic methods: the example of Fairburn’s cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. *Roczniki Psychologiczne* 2014; 17: 25–39.

Engel K, Meyer AE, Hentze M et al.: Long-term outcome in anorexia nervosa inpatients. In: Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (eds.): *The Course of Eating Disorders. Long-Term Follow-up Studies of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Springer, Berlin, Heidelberg 1992: 118–132.

Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R: Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41: 509–528.

Federici A, Wisniewski L, Ben-Porath D: Description of an intensive dialectical behavior therapy program for multidisorder clients with eating disorders. *J Couns Dev* 2012; 90: 330–338.

Garner DM, Bemis KM: A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognit Ther Res* 1982; 6: 123–150.

Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J et al.: Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther* 2013a; 44: 180–198.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG: *Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka uważnej zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013b.

Heffner M, Eifert GH: *The Anorexia Workbook: How to Accept Yourself, Heal Your Suffering, and Reclaim Your Life*. New Harbinger, Oakland, CA 2004.

Hill DM, Craighead LW, Safer DL: Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. *Int J Eat Disord* 2011; 44: 249–261.

Juarascio A, Shaw J, Forman E et al.: Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behav Modif* 2013a; 37: 459–489.

Juarascio A, Shaw J, Forman EM et al.: Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: clinical applications of a group treatment. *J Contextual Behav Sci* 2013b; 2: 85–94.

Klein AS, Skinner JB, Hawley KM: Adapted group-based dialectical behavior therapy for binge eating in a practicing clinic: clinical outcomes and attrition. *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20: e148–e153.

Kröger C, Schweiger U, Sipos V et al.: Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41: 381–388.

Linehan MM: *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behavioralna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.

Luck A, Waller G, Meyer C et al.: The role of schema processes in the eating disorders. *Cognit Ther Res* 2005; 29: 717–732.

Masson PC, von Ranson KM, Wallace LM et al.: A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2013; 51: 723–728.

McIntosh VVW, Jordan J, Carter JD et al.: Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: a randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Res* 2016; 240: 412–420.

National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guideline NG69: Eating disorders: recognition and treatment. 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813> [cited: 9 May 2019].

Parling T, Cernvall M, Ramklint M et al.: A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after day-care treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 272.

Pauwels E, Dierckx E, Schoevaerts K et al.: Early maladaptive schemas in eating disordered patients with or without non-suicidal self-injury. *Eur Eat Disord Rev* 2016; 24: 399–405.

Safer DL, Robinson AH, Jo B: Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010; 41: 106–120.

Safer DL, Telch CF, Agras WS: Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 632–634.

Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M et al.: Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol* 2010; 1: 182.

Talbot D, Smith E, Tomkins A et al.: Schema modes in eating disorders compared to a community sample. *J Eat Disord* 2015; 3: 41.

Telch CF, Agras WS, Linehan MM: Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1061–1065.

Wisniewski L, Ben-Porath DD: Dialectical behavior therapy and eating disorders: the use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *Am J Psychother* 2015; 69: 129–140.

Wisniewski L, Kelly E: The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cogn Behav Pract* 2003; 10: 131–138.

Wisniewski L, Safer D, Chen E: Dialektyczna terapia behawioralna w leczeniu zaburzeń odżywiania. In: Dimeff LA, Koerner K (eds.): *Dialektyczna terapia behawioralna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012: 223–280.

Yager J, Devlin MJ, Halmi KA et al.: *Guideline watch (August 2012): practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition*. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2014; 12: 416–431.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2013: 26.