

## **Współczesne kierunki w leczeniu osób chorujących na jadłowstręt psychiczny. „Trzecia fala” terapii poznawczo-behawioralnej**

### **Modern approaches to the treatment of anorexia nervosa. “The third wave” of cognitive behavioral therapy**

Małgorzata Starzomska<sup>1</sup>, Ewelina Wilkos<sup>2</sup>, Katarzyna Kucharska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej,  
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

<sup>2</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Nerwic,  
Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Warszawa

#### **Summary**

Anorexia nervosa (AN) is being considered one of the most difficult mental disorders to treat. The ego-syntonic nature of this mental disorder makes patients particularly reluctant to engage in or consent to treatment with relatively high drop-out rate. For all these reasons the treatment often takes a very long time, and the illness progresses to the chronic form, increasing the suffering of patients. Researchers have been discussing for many years how to provide these patients with measurable aid. Recent years have seen the emergence of a range of new treatment methods for eating disorders, including AN, that provide evidence of their effectiveness, especially in adults. Among them, of special note are those belonging to the third wave of cognitive therapy, mostly offered in the form of training programs. They are discussed in this paper in conjunction with evidence based therapy. This knowledge may help clinicians to decide how to complement traditional forms of treatment in outpatient and inpatient settings.

**Słowa kluczowe:** jadłowstręt psychiczny, trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej

**Key words:** anorexia nervosa, third wave of cognitive behavioral therapy

## Wprowadzenie

Jadłowstręt psychiczny (JP) jest zaburzeniem psychicznym z ciężkimi i czasami nieodwracalnymi powikłaniami medycznymi, zaburzeniami psychospołecznymi i wysoką śmiertelnością, dlatego stanowi duże wyzwanie dla współczesnej służby zdrowia. W leczeniu, zgodnie z *good medical practice*, rekomendowane są standardy leczenia zaburzeń odżywiania przygotowane przez grupy eksperckie w Europie i Stanach Zjednoczonych. Do najbardziej znanych standardów należą wytyczne opublikowane przez American Psychiatric Association (APA) [1] w 2006 roku oraz w Wielkiej Brytanii, pod auspicjami National Institute for Clinical Excellence (NICE) dla terapii zaburzeń odżywiania [2] i rehabilitacji żywieniowej [3] oraz kompleksowej terapii ciężko chorych osób z JP MARSIPAN (*Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*) [4]. Autorzy standardów zwracają uwagę na niewielką liczbę badań *follow-up*, randomizowanych, porównawczych z placebo, podwójnie zaślepionych, przeprowadzonych na dużych grupach pacjentów z zaburzeniami odżywiania.

Do najbardziej skutecznych, potwierdzonych badaniami podejść psychoterapeutycznych w leczeniu JP zalecanych przez NICE [2] należą terapia behawioralno-poznawcza (CBT), poznawczo-analityczna oraz interpersonalna w populacji osób dorosłych. W grupie dzieci i młodzieży NICE zaleca stosowanie terapii rodzinnej. APA (American Psychiatric Association) [1] proponuje wdrażanie w procesie leczenia terapii rodzinnej i behawioralnych programów funkcjonalnego odżywiania, a w zapobieganiu nawrotom: terapii poznawczo-behawioralnej, interpersonalnej i psychodynamicznej. W ostatnich latach można zaobserwować rozwój wielu nowych modeli leczenia osób z zaburzeniami odżywiania, w tym chorujących na JP. Wśród nich coraz większe uznanie zyskują terapie należące do tzw. trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej.

Celem niniejszego artykułu jest przegląd kilku wybranych, najnowszych podejść w leczeniu jadłowstrętu psychicznego w szerokim spektrum wiekowym.

### Terapia Akceptacji i Zaangażowania

Jedną z możliwych przyczyn niepowodzeń w leczeniu pacjentów z JP może być niedostateczna praca nad istotnymi aspektami zaburzenia, tj. wysoki poziom unikania przykrych przeżyć wewnętrznych [5], takich jak odczucia z ciała, uczucia i myśli, słaba świadomość wewnętrznych doznań i brak motywacji. Zmienne te są głównymi celami opracowanej przez Stevena Hayesa i wsp. [6], Terapii Akceptacji i Zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT).

Większość dostępnych danych dotyczących zastosowania ACT w zaburzeniach odżywiania to studia przypadków [7, 8]. Istnieją dowody, że ACT wpływa na poprawę obrazu ciała [9] oraz zmniejszenie objawów JP [7, 8] i subklinicznych zaburzeń odżywiania [10]. W jednym z badań [11] wzięło udział 140 kobiet (średnia wieku – 26,74 lat). Większość pacjentek, poza zaburzeniami odżywiania, spełniała kryteria co najmniej jednej innej diagnozy psychiatrycznej, najczęściej zaburzeń nastroju, uogólnionego zaburzenia lękowego i nadużywania substancji. Grupa kontrolna uczestniczyła w „leczeniu jak zwykle” (*Treatment as Usual* – TAU), które zawierało elementy

psychoterapii: psychodynamicznej, interpersonalnej i poznawczo-behawioralnej i miało na celu normalizację wzorców żywieniowych, stabilizację lub zwiększenie masy ciała i wyeliminowanie zachowań kompensacyjnych. Grupa eksperymentalna, poza standardowym leczeniem, dodatkowo uczestniczyła dwa razy w tygodniu – w zależności od diagnozy – w ACT dla grupy z JP ( $n = 66$ ) lub w ACT dla grupy z rozpoznaniem żarłoczności psychicznej (ŻP) ( $n = 74$ ). Choć u pacjentów uczestniczących w obu rodzajach leczenia (z ACT i bez ACT) doszło do istotnego zmniejszenia psychopatologii jedzenia, lepsze wyniki uzyskały osoby uczestniczące w ACT. U pacjentów tych odnotowano także niższą w porównaniu z pacjentami nieuczestniczącymi w ACT liczbę ponownych hospitalizacji w ciągu 6 miesięcy po wypisie.

Celem innego randomizowanego badania przeprowadzonego przez Parlinga i wsp. [12] było porównanie rezultatów 19 sesji ACT w grupie 24 pacjentów ze standardową terapią (TAU) u 19 pacjentów w warunkach opieki dziennej. Badanie to miało również ocenić poprawę i zmniejszenie ryzyka nawrotu w ciągu kolejnych 5 lat (po 6., 12., 18. i 24. miesiącu po leczeniu oraz po 5 latach obserwacji). Wykazano brak istotnych różnic międzygrupowych we wskaźniku masy ciała BMI oraz w wynikach testów klinicznych, m.in. *The Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q). Jednakże grupa ACT osiągnęła lepsze wyniki we wszystkich dalszych badaniach, z wyjątkiem okresu 12 miesięcy po zakończeniu leczenia. Psychoterapia dostarczona w tym badaniu (19 tygodniowych sesji) była stosunkowo krótka w porównaniu z badaniami przeprowadzanymi w opiece ambulatoryjnej czyli z 40 sesjami w ciągu 10 miesięcy [13] lub 25 sesjami trwającymi ponad rok [14]. Ponadto Fairburn zaproponował protokół 40 sesji dla osób z BMI  $<17,5$  i zbadał rezultaty jego zastosowania [15, 16]. W celu zwiększenia skuteczności leczenia konieczne może być jego przedłużenie z użyciem ACT dla JP. Wstępne wyniki badań wskazują zatem, że ACT stanowi obiecującą opcję leczenia osób z zaburzeniami odżywiania.

### Terapia dialektyczno-behawioralna

Terapia dialektyczno-behawioralna (*Dialectical Behavior Therapy* – DBT), której autorką jest Marsha Linehan, powstała z myślą o pacjentach z zaburzeniem osobowości typu *borderline* (*Borderline Personality Disorder* – BPD) [17]. Obecnie jest uznawana za leczenie z wyboru dla tej grupy pacjentów. Zgodnie z założeniami Linehan istotą DBT jest przede wszystkim równowagę strategii skoncentrowanych na uprawomocnieniu doświadczeń pacjenta oraz strategii konfrontujących doświadczanie bezradności wobec problemów. Terapeuta powinien więc z jednej strony uprawomocnić emocje pacjenta, poszukać obszarów zranienia, zachęcić do zauważenia i akceptacji dyskomfortu psychicznego, z drugiej zaś strony powinien on nauczyć pacjenta umiejętności tolerowania dyskomfortu, co zapobiegnie impulsywnym reakcjom emocjonalnym powodującym kryzysy.

Podstawowym celem tej terapii jest uważność (*mindfulness*), czyli odejście od dysfunkcyjnych nawyków myślowych poprzez koncentrowanie się na „tu i teraz”, akceptację rzeczywistości i własnych ograniczeń, docenianie swojego życia, a jednocześnie pracę nad wprowadzaniem w codzienne życie konstruktywnych sposobów

rozwiązywania problemów emocjonalnych. Ważnym elementem DBT są oparte na otwartości i zaangażowaniu ćwiczenia uważności, takie jak: skanowanie ciała, doświadczenie oddechu, uważna praca z ciałem, świadome przeżywanie obecnej chwili, świadome jedzenie. Terapia ta trwa minimum 12 miesięcy (praca nad redukcją objawów), następnie można ją przedłużyć w celu pracy nad zwiększeniem komfortu życia pacjenta. Standardowa DBT obejmuje dwa spotkania w tygodniu. Jedno ze spotkań to terapia indywidualna, drugie spotkanie – w formie warsztatu – poświęcone jest nauce umiejętności [17]. Większość danych na temat skuteczności DBT pochodzi ze studiów przypadków.

W jednym z badań pilotażowych [18] oceniano efektywność ambulatoryjnej formy DBT zaadaptowanej dla dorosłych pacjentów z JP w dwóch grupach: pacjentów uczestniczących w standardowej DBT i pacjentów, którzy uczestniczyli w DBT wzbogaconej o warsztat umiejętności radzenia sobie z nadmierną kontrolą. W pierwszej grupie u 5 na 6 osób zaobserwowano ustąpienie objawów JP, w tym wzrost BMI, w drugiej zaś grupie u 8 na 9 pacjentów nastąpił wzrost BMI, który utrzymywał się po 6 i 12 miesiącach od zakończenia leczenia. Badanie Chen i wsp. [19] wykazało, że DBT zmodyfikowana tak, aby można ją było zastosować u pacjentów z BPD i z towarzyszącymi zaburzeniami odżywiania, zmniejszyła objawy obu tych zaburzeń. W terapii DBT przeprowadzanej w trybie stacjonarnym wzięły udział 24 pacjentki z BPD – 9 ze współistniejącą JP i 15 – z ŻP, u których nie zaobserwowano poprawy po wcześniejszym szpitalnym leczeniu zaburzeń odżywiania. O ile waga kobiet z diagnozą BPD i JP nie zwiększyła się istotnie po leczeniu, o tyle w trakcie dalszej obserwacji nastąpił znaczący jej przyrost. Z kolei w grupie kobiet z diagnozą BPD i ŻP częstotliwość epizodów bulimicznych zmniejszyła się zarówno podczas leczenia, jak i po 15 miesiącach po jego ukończeniu. W obu grupach istotnie zmniejszyła się liczba skarg dotyczących problemów z jedzeniem i ogólną psychopatologią oraz poprawiło się funkcjonowanie psychospołeczne pacjentek. W kolejnym badaniu [20] adolescenty chorujący na zaburzenia odżywiania, jak i ich rodzice wysoko oceniali DBT. Wyniki badań wskazują, że DBT przystosowana dla osób z JP może stanowić skuteczną metodę leczenia tej grupy pacjentów, jednak niewątpliwie brakuje badań na większych grupach.

### **Treningi usprawniania poznawczego i społecznego poznania**

Trudności społeczne i emocjonalne w populacji osób z JP są powszechnie znane [np. 21]. Najnowsze wyniki badań pokazały, że u pacjentów z JP, pomimo wysokiego IQ [22] i dobrej pamięci roboczej [23], występują deficyty w zakresie abstrakcyjnego i elastycznego myślenia [24, 25], niska inteligencja emocjonalna [26], myślenie emocjonalnie (tzw. gorące) [27], osłabiona pozytywna ekspresja emocjonalna [28], trudności w relacjach z innymi ludźmi [29] oraz wysoki poziom anhedonii społecznej [30]. Ze względu na te charakteryzujące pacjentów z JP deficyty pojawiła się potrzeba wprowadzenia poznawczych i emocjonalnych terapii naprawczych, takich jak np. terapia usprawniania poznawczego (*Cognitive Remediation Therapy* – CRT) [31] i trening

usprawniania poznawczego i umiejętności emocjonalnych (*Cognitive Remediation and Emotion Skills Training* – CREST) [32].

CRT może być zaliczona do grupy terapii neurobehawioralnych, które koncentrują się na biologicznych mechanizmach leżących u podłoża zaburzeń psychicznych [33]. CRT dla JP powstała na bazie systematycznych badań neuropsychologicznych, których wyniki wykazały, że pacjenci ci przejawiają zaburzenia funkcjonowania poznawczego (tj. brak elastyczności poznawczej – trudności z przełączaniem schematu poznawczego) [34] oraz cechuje ich zbyt dokładne przetwarzanie informacji kosztem myślenia holistycznego (tj. słaba centralna koherencja) [35]. Chociaż niedożywienie może intensyfikować te trudności, nie są one wyłącznie konsekwencją niedożywienia i niskiej wagi ciała, ponieważ sam przyrost wagi nie poprawia wykonania tych zadań [36]. CRT daje pacjentom z JP szansę odkrycia w aktywny sposób nowych, bardziej pomocnych strategii myślenia [37]. CRT dla JP składa się z dziesięciu sesji, przy czym klinicysta i pacjent spotykają się dwa razy w tygodniu na 30–45 minut, aby współpracować w wykonywaniu prostych zadań poznawczych i wspólnie formułować wnioski. Głównym celem tych sesji jest zachęcenie pacjentów do refleksji nad ich stylem poznawczym i zachowaniami, które stanowią jego konsekwencję oraz pomaganie im w zastosowaniu nowych, bardziej adaptacyjnych strategii myślenia w codziennym życiu przez wprowadzanie niewielkich zmian w zachowaniu.

Wyniki badań dotyczących CRT wskazują, że może ona skutecznie wspierać proces leczenia osób z JP [38–40]. Tchanturia i wsp. [41] przebadali 23 pacjentów z JP za pomocą baterii testów neuropsychologicznych (włączając w to narzędzia badające poznawczą elastyczność i centralną koherencję) przed 10 sesjami CRT i po ich przeprowadzeniu. Wyniki ujawniły znaczącą poprawę w zakresie większości badanych obszarów, ponadto „listy pożegnalne” pacjentów wskazywały na ich satysfakcję z udziału w tej formie interwencji.

Głównym celem CREST jest poprawa procesów przetwarzania emocjonalnego, w tym umiejętności rozpoznawania, opisywania i wyrażania emocji oraz nauka nowych strategii radzenia sobie z emocjami. CREST poza psychoedukacją obejmującą naturę i funkcję procesów emocjonalnych uczy pacjentów różnego rodzaju umiejętności poprzez odpowiednio dobrane ćwiczenia, np. w ramach jednego z nich zachęca się pacjentów do nazywania swoich uczuć (po wręczeniu im listy słów opisujących emocje zachęca się ich do wyboru jednego z nich, które najlepiej odzwierciedla, jak czują się w danym momencie). W badaniu [42] oceniającym skuteczność tego rodzaju treningu wzięło udział 37 dorosłych osób hospitalizowanych z powodu ciężkiej postaci JP (średnia wieku – 24,5 lat). Wykazano, że u pacjentów istotnie obniżył się poziom anhedonii społecznej, a zwiększeniu uległy: zdolność do określania swoich emocji oraz zaufanie we własne możliwości, potrzebne do zmiany. Zwiększyło się również średnie BMI pacjentów (z 15,1 do 16,4).

Na podstawie treningów pierwotnie skonstruowanych w celu rehabilitacji pacjentów ze schizofrenią – *Social Cognition and Interaction Training* (SCIT) [43] i *Cognitive Remediation Therapy* (CRT) [44] – powstał Trening Społecznego Poznania i Neuropoznania [45], zaadaptowany na potrzeby pacjentów z JP. Był on stosowany eksperymentalnie w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, a obecnie

został wdrożony w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Wyniki badania grupy pilotażowej obejmującej 40 pacjentek z JP wskazują, że jest on obiecującą metodą wspomagającą inne rodzaje oddziaływań terapeutycznych. Trening ten przewiduje łącznie 20 sesji, które odbywają się w formie grupowej dwa razy w tygodniu. Trening Społecznego Poznania (TSP) umożliwia uczestnikom usprawnienie percepcji emocjonalnej (identyfikowanie i różnicowanie emocji u siebie i innych osób oraz adekwatne ich wyrażanie), procesów współodczuwania (empatii) oraz poznanie podstawowych strategii radzenia sobie ze zniekształceniami poznawczymi (przyjmowanie różnych punktów widzenia, zbieranie dowodów). Uczestnicy poznają najbardziej powszechne style atrybucji, które stosują w codziennym życiu i konsekwencje stosowania każdego z nich oraz uczą się aktywnego podejścia do rozwiązywania problemów interpersonalnych. Równoległe wprowadzenie Treningu Neuropoznania (TN) pomaga podnosić skuteczność realizowanych celów terapeutycznych. Podczas TN pacjenci mogą uzyskać wiedzę na temat trudności poznawczych towarzyszących JP lub zaburzeniom współwystępującym, np. depresji. Tematy sesji odpowiadają głównym procesom poznawczym, takim jak: uwaga (głównie przerzutność uwagi), pamięć i uczenie się, percepcja wzrokowo-przestrzenna, myślenie oraz funkcje wykonawcze, w tym umysłowa elastyczność, umiejętność rozwiązywania złożonych problemów, planowanie działań, metapoznanie. Podczas tych zajęć terapeuta zachęca pacjentów do wdrażania niewielkich zmian behawioralnych.

Poprzez poprawę funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego w rezultacie zastosowania treningów usprawniania poznawczego i społecznego poznania pacjenci z JP są lepiej przygotowani do uczestniczenia w pozostałych oddziaływaniach terapeutycznych [45].

### Terapie obrazu ciała

Terapia obrazu ciała (*Body Image Therapy* – BAT) [46] powstała głównie na podstawie poznawczo-behawioralnej terapii opartej na uważności (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – MBCT), a jej istotną częścią jest ekspozycja z użyciem luster (*mirror exposure*). Sesje są prezentowane w następujących modułach: definicja i rozwój obrazu ciała, motywacja i cele do zmiany, odkrywanie swojego mentalnego/psychicznego obrazu ciała, świadomość ciała i zachowania defetystyczne, zniekształcone myślenie i podstawowe przekonania, świadomość ciała a presja otoczenia (w tym mediów) i pozytywny stosunek do własnego ciała. Ponadto sesje obejmują psychoedukację, terapię wzmacniania motywacji, kierowaną samopomoc, terapię poznawczą i ćwiczenia dotyczące uważności. Interwencja zawiera 10 opartych na podejściu poznawczo-behawioralnym 90-minutowych sesji z maksymalnie ośmioma uczestnikami i dwoma prowadzącymi [46]. Morgan i wsp. [47] przeprowadzili ocenę skuteczności dziesięciu sesji BAT wśród 55 dorosłych hospitalizowanych pacjentów z JP (średnia wieku – 28,4 lat, średnia BMI – 18,4). Wyniki badania pokazały, że w krótkim czasie u pacjentów istotnie zmniejszyło się kontrolowanie ciała (sprawdzanie, *body checking*) i unikanie bodźców dotyczących ciała oraz związany z tymi zachowaniami lęk, a ponadto zmniejszeniu uległa koncentracja na kształcie i wadze ciała.

Kolejny program terapii zaburzonego obrazu ciała – *BodyWise* – został opracowany przez Mountford i wsp. [48] w ramach podejścia poznawczo-behawioralnego. Program składa się z ośmiu godzinnych sesji przeprowadzanych raz w tygodniu w grupach maksymalnie ośmiu osób, ukierunkowanych na problematykę obrazu ciała i tożsamości, rolę mediów, zmiany dotychczasowych nawyków utrudniających akceptację siebie oraz nauczenie się technik pomagających wypracować postawy nieoceniające. U pięćdziesięciu osób uczestniczących w tym programie zarejestrowano statystycznie istotną poprawę w zakresie wypełniania skal umożliwiających pomiar zaburzonego obrazu ciała z uwzględnieniem zachowań sprawdzania ciała oraz związanej z nimi jakości życia.

### **Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)**

MANTRA jest poznawczym, interpersonalnym podejściem leczenia opracowanym przez zespół specjalistów z Institute of Psychiatry King's College London, które opiera się na stwierdzeniu, że JP powstaje zwykle u osób z cechami osobowości obsesyjnej i lękliwej/unikającej, które to cechy odpowiadają również za utrzymywanie się tej choroby [49]. Należą do nich m.in.: a) styl myślenia charakteryzujący się sztywnością, nadmierną dbałością o szczegóły i obawą przed popełnianiem błędów, b) deficyty w sferze emocjonalno-społecznej oraz c) pozytywne przekonania dotyczące lepszego zarządzania swoim życiem dzięki chorobie [50]. Celem leczenia MANTRA jest modyfikacja tych cech, która skutkuje zmianami w symptomatologii i wadze. Program leczenia składa się z 20 do 40 sesji w formie cotygodniowej terapii indywidualnej oraz 4–5 wizyt kontrolnych rozłożonych w dłuższym czasie po odbyciu cyklu spotkań terapeutycznych (w ciągu 4 miesięcy). Poza spotkaniami z terapeutą pacjent korzysta z podręcznika, z którego wybiera wraz z terapeutą istotne informacje wymagające przepracowania oraz ma możliwość uczestnictwa w fakultatywnych zajęciach z dietetykiem. Główne moduły terapii to: moje wsparcie w chorobie, moje odżywianie, moja choroba: dlaczego, co i jak?, cele i eksperymenty, zgłębianie stylów myślenia, umysł emocjonalny i społeczny, moja tożsamość/moje ja oraz moduł skoncentrowany na budowaniu nieanorektycznej tożsamości, stworzony specjalnie dla pacjentów chorujących przewlekłe. Chociaż leczenie oparte na manualu ma jasną strukturę i hierarchię procedur terapeutycznych, jest ono niejako „szyte na miarę pacjenta” poprzez elastyczny dobór modułów. Styl terapeutyczny polega głównie na rozmowie motywacyjnej, a stosowanie przez terapeutę strategii odzwierciedlania służy wzbudzeniu u pacjenta refleksji w celu ułatwienia zmian.

W kontrolowanym badaniu z randomizacją [51] porównywano dwa modele leczenia: model MANTRA przeznaczony dla dorosłych pacjentów z JP ze Specjalistycznym Wspomagającym Zarządzaniem Klinicznym (*Specialist Supportive Clinical Management* – SSCM). W badaniu wzięło udział 142 dorosłych pacjentów ambulatoryjnych z JP (BMI < lub = 18,5), z czego 72 z nich objęto leczeniem MANTRA, a 70 – SSCM. Pacjenci z obu grup uczestniczyli w 20 cotygodniowych sesjach terapii indywidualnej i w kilku sesjach kontrolnych w ciągu 4 miesięcy od zakończenia leczenia. U pacjentów z BMI wynoszącym 15 leczenie zostało przedłużone do 30 sesji. W obu grupach

oferowane były dwie dodatkowe sesje z rodziną i bliskimi, uczestnicy mieli również możliwość odbyć 4–5 spotkań z dietetykiem. Okazało się, że oba rodzaje leczenia spowodowały znaczną redukcję typowych objawów zaburzeń odżywiania oraz wzrost BMI i pozytywne zmiany we wskaźnikach neuropsychologicznych oceniających sztywność umysłową podczas wykonywania zadań poznawczych. Odnotowano również zmniejszenie poziomu niepokoju i współwystępujących zaburzeń klinicznych. Podobnie badanie randomizowane MOSAIC (*Controlled Randomised Trial* – CRT) porównujące skuteczność terapii MANTRA (n=72) vs. SSCM (n=40) zostało przeprowadzone dwukrotnie w szóstym i dwunastym miesiącu prowadzonego badania w grupie 142 pacjentek z diagnozą JP leczonych ambulatoryjnie. Po 12 miesiącach pacjenci uczestniczący w terapii MANTRA uzyskali statystycznie istotnie wyższe wyniki w zakresie oceny akceptacji metody i jej wiarygodności w porównaniu do oddziaływań SSCM [52, 53].

### Podsumowanie

Poza głównym nurtem psychoterapii ujętych w standardach APA [1] i NICE [2] w literaturze przedmiotu pojawiają się obiecujące doniesienia na temat skuteczności oddziaływań należących do tzw. trzeciej fali terapii poznawczych, które mogą stanowić ważne uzupełnienie integratywnego modelu psychoterapeutycznego w leczeniu JP ukierunkowanym na poprawę skuteczności leczenia. Obiecującym sposobem leczenia anoreksji i innych zaburzeń odżywiania jest metoda ACT. Pojawia się coraz więcej dowodów na jej skuteczność. Przeprowadzone metaanalizy wykazały, że ACT jest co najmniej tak samo skuteczna jak terapia poznawczo-behawioralna lub terapia behawioralna [54, 55]. Niewątpliwą zaletą ACT i DBT było utrzymywanie się efektów poprawy długi czas po zakończeniu leczenia oraz stosunkowo krótki czas ich trwania w porównaniu ze standardowymi terapiami. Dodatkowym atutem DBT jest ukierunkowanie na problemy osobowościowe, które bardzo często współwystępują z JP [56].

Treningi skoncentrowane na specyficznych umiejętnościach społecznych i poznawczych, takie jak: CREST, CRT, TSPiN, mogą umożliwić chorym z JP skorzystanie w większym zakresie z innych oddziaływań terapeutycznych, m.in. poprzez poprawę regulacji emocjonalnej czy elastyczności w sposobie myślenia i zachowania, co z kolei pozwala im w większym stopniu zaangażować się w inne terapie. Natomiast BAT, dzięki stosowaniu stopniowej ekspozycji na bodźce cielesne, może być skuteczną, możliwą do przeprowadzenia w krótkim czasie i akceptowalną przez pacjentów z JP formą terapii. Bardzo obiecującym podejściem do leczenia JP udokumentowanym naukowo w kontrolowanych badaniach z randomizacją jest także MANTRA, skoncentrowana na cechach osobowości odpowiedzialnych za powstawanie i utrzymywanie się JP.

**Podziękowania:** Praca została przygotowana przy wsparciu grantu NCN No 2014/15/B/HS6/01847.



## Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Eating Disorders, practice guidelines*. Washington, DC: APA; 2006.
2. National Institute for Clinical Excellence. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London; 2004.
3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Nutrition support for adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. Clinical guideline [CG32]; 2006.
4. *MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*. Royal College of Physicians. College Report CR1620; 2010.
5. Watson HJ, Bulik CM. *Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions*. Psychol. Med. 2013; 43: 2477–500.
6. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*. Behav. Res. Ther. 2006; 44(1): 1–25.
7. Heffner M, Sperry J, Eifert GH, Detweiler M. *Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example*. Cogn. Behav. Pract. 2002; 9(3): 232–236.
8. Berman M, Boutelle K, Crow S. *A case series investigating acceptance and commitment therapy as a treatment for previously treated, unremitted patients with anorexia nervosa*. Eur Eat. Disord. Rev. 2009; 17(6): 426–434.
9. Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. *A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes*. Cogn. Behav. Pract. 2012; 19(1): 181–197.
10. Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD. *Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of co-morbid eating pathology*. Behav. Modif. 2010; 34(2): 175–190.
11. Juarascio AS, Shaw JS, Forman EM, Herbert JD, Timko CA, Butryn ML i wsp. *Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation*. Behav. Modif. 2013; 37(4): 459–489.
12. Parling Th, Cernvall M, Ramklint M, Holmgren S, Ghaderi A. *A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up*. BMC Psychiatry. 2016; 16: 272.
13. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich H-C, Teufel M, Schellberg D i wsp. *Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial*. Lancet. 2014; 383: 127–37.
14. Ball J, Mitchell P. *A Randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients*. Eat. Disord. J. Treat. Prev. 2004; 12: 303–314.
15. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle GR. *Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study*. Behav. Res. Ther. 2013; 51: R2–R8.
16. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Publications; 2008.
17. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence*. Am. J. Addiction. 1999; 8(4): 279–292.
18. Kröger C, Schweiger, U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T i wsp. *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. Psy.* 2010; 41(4): 381–388.
19. Chen EY, Segal K, Weissman J, Zeffiro TA, Gallop R, Linehan MM i wsp. *Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa – A pilot study.* *Int. J. Eat. Disorder.* 2015; 48(1): 123–132.
  20. Schneider N, Korte A, Lenz K, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Salbach-Andrae H. *Subjective evaluation of DBT treatment by adolescent patients with eating disorders and the correlation with evaluations by their parents and psychotherapists.* *Z. Kinder. Jug.-Psych.* 2010; 38(1): 51–57.
  21. Harrison A, Mountford V, Tchanturia K. *Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders.* *Psychiat. Res.* 2014; 218(1–2): 187–194.
  22. Lopez C, Stahl D, Tchanturia K. *Estimated intelligence quotient in anorexia: A systematic review of the literature.* *Ann. Gen. Psychiatr.* 2010; 9(1): 40.
  23. Lao-Kaim NP, Giampietro V, Williams SCR, Simmons A, Tchanturia K. *Functional MRI investigation of verbal working memory in adults with anorexia nervosa.* *Eur. Psychiat.* 2013; 29(4): 211–218.
  24. Lang K, Lopez C, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J. *Central coherence in eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis.* *World J. Biol. Psychia.* 2014; 15(8): 586–598.
  25. Tchanturia K, Davies H, Harrison A, Roberts M, Nakazato M, Schmidt U i wsp. *Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task.* *PLoS One.* 2012; 7(1): e28331.
  26. Hambrook D, Brown G, Tchanturia K. *Emotional intelligence in anorexia nervosa: Is anxiety a missing piece of the puzzle?* *Psychiat. Res.* 2012; 200(1): 12–19.
  27. Oldershaw A, Dejong H, Hambrook D, Broadbent H, Tchanturia K, Treasure J i wsp. *Emotional processing following recovery from anorexia nervosa.* *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012; 20(6): 502–509.
  28. Rhind C, Mandy W, Treasure J, Tchanturia K. *An exploratory study of evoked facial affect in adolescents with anorexia nervosa.* *Psychiat. Res.* 2014; 220(1–2): 711–715.
  29. Doris E, Westwood H, Mandy W, Tchanturia K. *Patients with anorexia nervosa show similar friendships difficulties to people with Autism Spectrum Disorders: A qualitative study.* *Psychology.* 2014; 5(11): 1338–1349.
  30. Tchanturia K, Davies H, Harrison A, Fox J, Treasure J, Schmidt U. *Altered social hedonic processing in eating disorders.* *Int. J. Eat. Disorder.* 2012; 45(8): 962–969.
  31. Tchanturia K, Lounes N, Holtum S. *Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: A systematic review.* *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2014; 22(6): 454–462.
  32. Davies H, Fox J, Naumann U, Treasure J, Schmidt U, Tchanturia K. *Cognitive remediation and emotion skills training (CREST) for anorexia nervosa: An observational study using neuropsychological outcomes.* *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012; 20(3): 211–217.
  33. Siegle GJ, Ghinassi F, Thase ME. *Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression.* *Cognitive Ther. Res.* 2007; 31(2): 235–262.
  34. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J. *A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders.* *Psychol. Med.* 2007; 37(8): 1075–1084.
  35. Southgate L, Tchanturia K, Treasure J. *Information processing bias in anorexia nervosa.* *Psychiat. Res.* 2008; 15; 160(2): 221–227.

36. Tchanturia K, Morris R, Brecelj M, Nikolau V, Treasure J. *Set Shifting in Anorexia Nervosa: An examination before and after weight gain, in full recovery and the relationship to childhood and adult OCDP traits*. J. Psychiatr. Res. 2004; 38(5): 545–552.
37. Baldock E, Tchanturia K. *Translating laboratory research into clinical practice: Foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa*. Therapy. 2007; 4(3): 285–293.
38. Davies H, Tchanturia K. *Cognitive Remediation Therapy as an intervention for acute anorexia nervosa: A case report*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2005; 13(5): 311–316.
39. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. *Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa? A case report*. Eat. Weight Disord. 2006; 11(4): 112–117.
40. Tchanturia K, Davies H, Campbell I. *Cognitive remediation for patients with anorexia nervosa: Preliminary findings*. Ann. Gen. Psychiatr. 2007; 6: 14.
41. Tchanturia K, Davies H, Lopez C, Schmidt U, Treasure J, Wykes T. *Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: A pilot case-series*. Psychol. Med. 2008; 38(9): 1371–1373.
42. Tchanturia K, Doris E, Mountford V, Fleming C. *Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST) for anorexia nervosa in individual format: Self-reported outcomes*. BMC Psychiatry. 2015; 15: 53.
43. Horan W, Kern R, Shokat-Fadai K, Sergi M, Wynn J, Green M. *Social Cognitive Skills Training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients*. Schizophr. Res. 2011; 107(1): 47–54.
44. Wykes T, Reeder C, Landau S, Everitt B, Knapp M, Patel A i wsp. *Cognitive remediation therapy in schizophrenia: Randomised controlled trial*. Brit. J. Psychiatr. 2007; 190: 421–427.
45. Kucharska K, Wilkos E, Sawicka M. *Trening społecznego poznania i neuropoznania. Podręcznik terapii*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 2013.
46. Key A, George CL, Beattie D, Stammers K, Lacey H, Waller G. *Body image treatment within an inpatient programme for anorexia nervosa, the role of mirror exposure in the desensitization process*. Int. J. Eat. Disord. 2002; 31(2): 185–190.
47. Morgan JF, Lazarova S, Schelhase M, Saeidi S. *Ten session body image therapy: Efficacy of a manualised body image therapy*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2014; 22(1): 66–71.
48. Mountford VA, Brown A, Bamford B, Saeidi S, Morgan JF, Lacey H. *BodyWise: Evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2015; 23(1): 62–67.
49. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V i wsp. *Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial*. Brit. J. Psychiatr. 2012; 201(5): 392–399.
50. Treasure J, Schmidt U. *The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors*. J. Eat. Disord. 2013; 1: 13.
51. Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H i wsp. *The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial*. J. Consult. Clin. Psych. 2015; 83(4): 796–807.
52. Schmidt U, Renwick B, Lose A, Kenyon M, Dejong H, Broadbent H i wsp. *The MOSAIC study – Comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA)*

- with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: Study protocol for a randomized controlled trial.* *Trials.* 2013; 14: 160. DOI: 10.1186/1745-6215-14-160.
53. Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H i wsp. *The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial.* *J. Consult. Clin. Psych.* 2015; 83(4): 796–807.
54. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes.* *Behav. Res. Ther.* 2006; 44(1): 1–25.
55. Powers MB, Zum Vorde Sive Vording MB, Emmelkamp PM. *Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review.* *Psychother. Psychosom.* 2009; 78(2): 73–80.
56. Ruscitti C, Rufino K, Goodwin N, Wagner R. *Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders.* *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2016; 3: 3. Doi: 10.1186/s40479-016-0037-1. eCollection 2016.

Adres: Katarzyna Kucharska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 9.01.2017

Zrecenzowano: 18.03.2017

Otrzymano po poprawie: 7.06.2017

Przyjęto do druku: 22.06.2017