

Terapia usprawniania poznawczego w młodzieńczym jadłowstręcie psychicznym – opis przypadku

Cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa – case report

Anna Cwojdzńska, Katarzyna Markowska-Regulska,
Filip Rybakowski

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Rajewski

Summary

Aim. The aim of the study and was the assessment of Cognitive Remediation Therapy (CRT) in an adolescent anorexia nervosa patient.

Methods. CRT cognitive training was performed. *Eating Attitudes Test 26* (EAT – 26), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Child Yale – Brown Obsessive – Compulsive Scale* (CY – BOCS), *Eating Disorders Belief Questionnaire* (EDBQ), *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), *Temperament and Character Inventory* (TCI) and also *Child Heath Questionnaire* (CHQ) – assessed by parents, were used before and after the programme.

Results. After CRT completion, an improvement on the level of psychopathological symptoms was observed (especially in the EAT – 26 and BDI scales), in WCST some improvement was noticed. In TCI, no significant changes were found. In comparison to the initial assessment, an increased level of dysfunctional beliefs was observed.

Conclusions. Cognitive Remediation Therapy can be used in adolescent patients with anorexia nervosa. This procedure may be related to cognitive and symptomatological improvement.

Słowa klucze: jadłowstręt psychiczny, funkcjonowanie poznawcze,
terapia usprawniania poznawczego

Key words: anorexia nervosa, cognitive functioning, cognitive remediation therapy

Wprowadzenie

Jadłowstręt psychiczny (JP) jest zaburzeniem o złożonej etiopatogenezie, jednak ostatnio zarówno badacze, jak i klinicyści zwracają coraz większą uwagę na obszar poznawczego funkcjonowania chorych. Niektórzy autorzy proponują, że jednym z głównych deficytów w JP jest zmniejszenie się elastyczności umysłowej [1]. Randomizowane badania wskazują, że skuteczność różnych form terapii JP jest niewielka,

szczególnie w odniesieniu do niespecyficzných form wsparcia [2]. Sugeruje się, że głównym powodem takiej sytuacji mogą być egosyntoniczny charakter zaburzenia i wspomniana sztywność myślenia. Zaobserwowano, że osoby z JP, niezależnie od sytuacji, radzą sobie lepiej niż grupa kontrolna w zadaniach wymagających fragmentarycznego przetwarzania informacji [3, 4]. W zadaniach badających stopień elastyczności procesów poznawczych schemat udzielania odpowiedzi przez osoby z JP często jest sztywny, popełniają one liczne błędy perseweracyjne, mają trudności w tworzeniu nowych reguł [1, 5, 6] – wszystko to wydaje się potwierdzać tezę o sztywności poznawczej chorych na JP. Także badania longitudinalne świadczą, że trudności ze zmianą sposobu myślenia są widoczne u pacjentów zarówno w ostrej fazie choroby, jak i w trakcie odzyskiwania prawidłowej masy ciała [6, 7]. Kwestia ta wymaga jednak dalszych badań w związku z tym, że większość cytowanych doniesień dotyczy badań przeprowadzonych w małych grupach, często niejednorodnych w zakresie takich zmiennych, jak wiek czy charakterystyki kliniczne.

Mimo to podejmowane są obecnie próby aktywnego łagodzenia zaburzeń funkcji poznawczych poprzez oddziaływania terapeutyczne takie, jak terapia usprawniania poznawczego (*cognitive remediation therapy* – CRT [8]), mająca na celu „uplastycznienie” funkcjonowania poznawczego, aby przygotować „system poznawczy” chorej osoby na późniejsze oddziaływania terapeutyczne ukierunkowane bezpośrednio na objawy JP. Trening ten kładzie nacisk na wprowadzenie zmian w sposobie myślenia oraz zakłada zmotywowanie pacjenta do refleksji nad własnym stylem myślenia, pozwala mu dostrzec możliwości i ograniczenia dotychczasowych strategii poznawczych, co zwiększa jego świadomość posiadanych zasobów. Pacjent w trakcie treningu uczy się, przez doświadczenie, nowych strategii poznawczych, samodzielnie podejmuje decyzje i planuje działania.

Założenia i opis terapii usprawniania poznawczego

Terapia usprawniania poznawczego jest zestawem ćwiczeń mających na celu poprawę sposobu myślenia i stosowanych strategii, interwencją ułatwiającą diagnozę tego „jak” myśli pacjentka (zakłada bowiem refleksję nad własnym sposobem myślenia). Jej oddziaływanie jest określone w czasie – jednym z jej celów jest przygotowanie do dalszej terapii. CRT opiera się na dwóch założeniach: 1 – zmiana w zakresie pojedynczych obwodów nerwowych pozwoli na zmianę obszarów w mózgu odpowiedzialnych za wyższe funkcje psychiczne (regularne wykonywanie ćwiczeń utrwala tu nowe wzorce myślenia), 2 – ćwiczenie funkcji myślenia spowoduje aktywację nieaktywnych obszarów mózgu. Moduł zakłada przeprowadzenie 10 sesji w trakcie 5 tygodni, sesja powinna trwać 30–40 minut. Każda obejmuje 9 ćwiczeń, wybranych z następującego zestawu: figury geometryczne, iluzje, zadanie Stroopa, manipulacje, znak nieskończoności, dzielenie linii, wieże, dłonie, mapy, myśl przewodnia, przełączanie uwagi, ukryte słowa. Trzy ostatnie ćwiczenia powinny być włączone do modułu pod koniec terapii, kiedy wykonanie poprzednich ćwiczeń jest na zadowalającym poziomie. Począwszy od 6 sesji terapeuta powinien zachęcać pacjenta do konkretnych działań. Zadania można wymyślać wspólnie lub mogą to być losowo wybrane przez pacjenta propozycje te-

rapeuty. Ważne są informacje zwrotne od pacjenta dotyczące ćwiczeń. Ich wykonanie ocenia się na podstawie arkuszy ewaluacyjnych oraz skal obserwacyjnych. Dodatkowo, trzykrotnie: przed rozpoczęciem terapii, po jej zakończeniu i 6 miesięcy od zakończenia, należy dokonać oceny neuropsychologicznej, wypełnić kwestionariusz osobowy oraz przeprowadzić krótki wywiad kliniczny, zawarty w podręczniku terapii.

CRT zmniejsza natężenie lęku wynikającego z występowania zniekształceń poznawczych, wzmacnia poczucie pewności siebie i samoocenę, ponadto w trakcie treningu pacjent systematycznie uczy się pozostawania w relacji z terapeutą oraz współpracy. Niezwykle istotny jest fakt, iż trening sam w sobie nie dotyczy tematów związanych z wagą, wyglądem ciała czy odżywianiem się.

Cel

Postępowanie eksperymentalne i jego ewaluacja miały na celu ocenę zestawu ćwiczeń, jakim jest terapia usprawniania poznawczego, oraz jego ewentualnej przydatności w terapii osób z JP w wieku adolescencyjnym.

Narzędzia diagnostyczne

Osobą poddaną procedurze diagnostycznej i eksperymentalnej była 15-letnia pacjentka S.U.¹ z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego o podtypie restrykcyjnym (JP – R), hospitalizowana w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Zarówno ona, jak i jej prawni opiekunowie wyrazili świadomą zgodę na udział w procedurze badawczej.

Przeprowadzono cykl treningu poznawczego metodą CRT. Oceny funkcjonowania pacjentki dokonano na początku i pod koniec hospitalizacji (trwała ona 6 miesięcy). Procedura zakładała badanie za pomocą Eating Attitudes Test 26 (EAT-26), Skali Depresji Becka (Beck Depression Inventory, BDI), Kwestionariusza Przekonań w Zaburzeniach Odżywiania (Eating Disorders Belief Questionnaire, EDBQ), Testu Sortowania Kart Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test, WCST) i Inwentarza Charakteru i Temperamentu (Temperament and Character Inventory, TCI) Cloningera. Wykorzystano także Kwestionariusz Zdrowia Dziecka (Child Health Questionnaire, CHQ), wypełniany przez rodziców pacjentki, oraz Dziecięcą Skalę Zaburzenia Obsesyjno-Kompulsyjnego Yale–Brown (Child Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY-BOCS). Przeprowadzono także dokładny wywiad ciężowy i okołoporodowy oraz rodzinny.

Opis przypadku

Pacjentka S.U., lat 15, przyjęta została na Oddział Dziecięco-Młodzieżowy Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego o podtypie restrykcyjnym (JP – R; dane antropometryczne przedstawia tab. 1.). Choruje od lipca 2006 roku, opisywana hospitalizacja była jej pierwszym po-

¹Inicjały zmieniono.

bytem w szpitalu psychiatrycznym. Najwyższa waga przed zachorowaniem wynosiła 51 kg, najniższa w trakcie choroby – 41 kg.

Tabela 1. Dane antropometryczne pacjentki

Wzrost 1,7 m	Waga na początku hospitalizacji 41,4 kg	Waga wypisowa 52,0 kg
BMI	14,3	18

Rodzina pacjentki – pełna, warunki materialne – dobre.

Matka, lat 44 (BMI 24,2), wykształcenie wyższe, pracuje; w wywiadzie brak chorób psychicznych i somatycznych (także w najbliższej rodzinie). Nie stosuje używek, sporadycznie zażywa leki uspokajające.

Ojciec, lat 49 (BMI 34,0), wykształcenie zasadnicze, jest na rencie. Uzależniony od alkoholu, somatycznie zdrowy. Zaburzenia psychiczne wśród krewnych pierwszego stopnia (siostra i brat ojca leczeni z powodu epizodów depresji).

Matka podaje, że przebieg ciąży był ogólnie prawidłowy; ok. 4 miesiąca jednorazowo pojawił się krwotok z dróg rodnych (leczony szpitalnie). Podczas całego okresu ciąży odczuwała silny stres związany z sytuacją rodzinną (alkoholizm męża i konflikty wynikające z faktu uzależnienia). Sama nie piła alkoholu, paliła jednak papierosy (mniej niż 10 dziennie), przyjmowała witaminy zapisane przez lekarza. Poród odbył się przez cesarskie cięcie (zabieg planowany). Masa urodzeniowa dziecka 3450 g, 10 punktów w skali Apgar.

Wywiad nie ujawnił nieprawidłowości rozwojowych, dopiero w okresie szkolnym pojawiły się anomalie w zaspokajaniu potrzeb pokarmowych (zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów). Wśród przebytych chorób, obok typowych chorób zakaźnych wieku dziecięcego oraz infekcji dróg oddechowych, pojawia się zapalenie błony śluzowej żołądka. Zarówno w okresie niemowlęcym, jak i przedszkolnym i szkolnym bardzo często występowały infekcje, leczone ambulatoryjnie. Brak w wywiadzie zaburzeń i chorób psychicznych. Adaptacja do warunków środowiska przedszkolnego i szkolnego – prawidłowa. Chora nie miała żadnych trudności szkolnych, przeciwnie – zawsze uzyskiwała bardzo dobre wyniki w nauce.

Rodzice, w CHQ, aktualny stan córki oceniają jako dobry – ich zdaniem choroba ma niewielki wpływ na podejmowane przez nią aktywności, choć obserwują nieznaczną izolację od środowiska rówieśniczego (spadek częstotliwości spotkań towarzyskich) i znaczną utratę zdolności samoobsługi w zakresie przyjmowania pokarmów. W obszarze zachowań rodzice wymienili jako dość częstą „kłótniowość” oraz „napady złego humoru lub złości”, ich zdaniem córce często towarzyszy uczucie osamotnienia oraz nerwowość, rzadko natomiast występują „zachowania radosne”. Mimo to w porównaniu z rówieśnikami oceniają jej zachowanie jako „bardzo dobre”. Samoocena córki określana jest przez nich jako średnio pozytywna – jest zadowolona z wyników w szkole oraz raczej zadowolona z przyjaźni, więzi rodzinnych i życia w ogóle. Zgodnie z obrazem psychopatologicznym JP zaobserwowano skrajne niezadowolenie z własnego wyglądu. Rodzice wpływ choroby córki na własne samopoczucie i zachowanie określają jako znaczny.

W trakcie pobytu na oddziale szpitalnym pacjentka brała udział w psychoterapii indywidualnej, grupowej oraz treningu relaksacyjnym, miała możliwość uczestniczenia w terapii zajęciowej. Zastosowano także farmakoterapię (podawano olanzapinę 5 mg/d oraz sertalinę 50 mg/d).

Przebieg terapii usprawniania poznawczego

Na początku hospitalizacji pacjentka wykazywała nasilone objawy JP w sferze zachowań (zarówno pod względem ich treści, jak i nasilenia) oraz w ramach funkcjonowania poznawczego (w obszarze specyficznych dla tego typu psychopatologii przekonań, tab. 2).

Tabela 2. Poziom badanych zmiennych prezentowanych przez pacjentkę na początku i pod koniec hospitalizacji

Zmienna		Na początku	Pod koniec
Waga		41,4 kg	52,0 kg
BMI		14,3	18
BDI		16	12
CY-BOCS	Obsesje	11	8
	Kompulsje	7	7
EAT-26	Dieta	21	14
	Bulimia i zaabsorbowanie jedzeniem	4	1
Kontrola oralna		11	5
EDBQ	Negatywne przekonania o sobie	30	43
	Wpływ sylwetki na akceptację przez innych	70	48
	Wpływ sylwetki na samoakceptację	78,33	85
	Kontrola nad jedzeniem	40	38,33
TCI	Poszukiwanie nowości	21	19
	Unikanie szkody	20	21
	Zależność od nagrody	15	15
	Wytrwałość	5	7
	Samosterowanie	20	23
	Współpraca	33	35
Autotranscendencja		12	8
WCST	Procent błędów	13	9
	Procent odp. perseweracyjnych	8	6
	Procent bł. perseweracyjnych	8	6
	Procent bł. nieperseweracyjnych	5	3
	Procent odp. pojęciowych	82	91
	LZK	6	6
	PPMZ	11	11
	PUN	0	0
Uczenie się uczenia		- 1,52	0,15

LZK – liczba zaliczonych kategorii

PPMZ – próby przeprowadzone do momentu zaliczenia pierwszej kategorii

PUN – porażka w utrzymaniu nastawienia

Mimo dobrego poziomu wykonania WCST (tab. 2), w czasie pierwszych sesji CRT prezentowała dość wysoki poziom sztywności poznawczej – miała trudności w spostrzeganiu i interpretacji figur dwuznacznych. W zadaniu polegającym na oznaczeniu środka odcinków zareagowała silną frustracją, że nie może zastosować linijki w tym celu – próbowała odmierzać odległości długopisem. Na modyfikacje w przebiegu kolejnych sesji również reagowała napięciem – mówiła: „Lubię, jak coś znam, umiem, bo jak jest coś nowego, to się boję, że długo będę się musiała uczyć”.

Począwszy od piątego spotkania następowała jednak stopniowa poprawa – coraz więcej ćwiczeń było wykonywanych bezbłędnie. Pojawiały się także odniesienia do świadczeń z sesji do rzeczywistości. Zadanie z rozpoznawaniem figur dwuznacznych skomentowała, że „na wszystko można spojrzeć z dwóch punktów widzenia”. Wykonując zadanie polegające na tworzeniu drogi na podstawie mapy, zauważyła: „Można pokierować kimś na kilka sposobów, a osiąga się jeden cel, tylko droga jest inna... Mogłabym wyzdrowieć też w domu”. A na kolejnej sesji – „Skoro do tego samego miejsca można dojść różnymi drogami, to dlaczego ktoś mi mówi, która droga jest lepsza?”. W związku z – dostrzeganą także przez nią – poprawą poziomu wykonywania zwiększała się tolerancja na niepowodzenie, rzadziej pojawiały się napięcie i frustracja, co zwrotnie wpływało na polepszenie się funkcjonowania w sytuacji eksperymentalnej (aż do wykonywania zadań bezbłędnie).

Prezentowany przez pacjentkę poziom psychopatologii pod koniec hospitalizacji uległ obniżeniu. Prócz zwiększenia się wagi i redukcji objawów depresyjnych, znacząco obniżeniu uległ wynik w EAT-26, niewielką poprawę zanotowano także w funkcjonowaniu poznawczym, badanym za pomocą WCST (tab. 2). W obszarze osobowościowym znaczących zmian nie zanotowano. Zaobserwowano podwyższony w stosunku do stanu wyjściowego poziom nieadaptacyjnych przekonań.

Omówienie wyników

Zanotowany pod koniec hospitalizacji poziom psychopatologii u opisywanej pacjentki uległ obniżeniu (niższe wyniki na skalach EAT-26 i BDI), również w WCST zaobserwowano poprawę poziomu wykonywania ćwiczeń. W tym ostatnim przypadku zwraca uwagę zwłaszcza duża różnica w liczbie udzielanych przez pacjentkę odpowiedzi pojęciowych, co można uznać za potwierdzenie rozluźnienia i uelastyczenia stylu myślenia.

Względną niezmiennąść wyników TCI, jak się wydaje, można tłumaczyć stałością cech osobowości – 6 miesięcy wydaje się bowiem czasem zbyt krótkim, by można było zaobserwować znaczne zmiany w tym obszarze funkcjonowania.

Zastanawia podwyższony w stosunku do stanu wyjściowego poziom nieadaptacyjnych przekonań. Jak się wydaje, można go jednak interpretować jako reakcję pacjentki na zmiany masy ciała i sylwetki, które mimo poprawy ogólnego stanu zdrowia mogły być przez nią interpretowane zgodnie z systemem wartości charakterystycznym dla JP (stąd np. niższa samoocena jako reakcja na „bycie grubą”). Można przypuszczać, że zmiany wagi i cech formalnych funkcjonowania poznawczego wyprzedziły zmiany w zakresie posiadanych przez nią schematów poznawczych. Okres 6 miesięcy może być zbyt krótki, by zaobserwować trwałe zmiany w całościowym sposobie funkcyjono-

wania poznawczego osoby badanej – zmiana sposobu myślenia i leczenie przewlekłego zaburzenia, jakim jest JP, jest procesem długotrwałym. Dostrzeżona zmiana w obrębie badanych obszarów może wynikać także z poprawy stanu ogólnomedycznego pacjentki (m.in. zwiększenia się masy ciała) oraz zmniejszenia nasilenia objawów zarówno samego JP, jak i towarzyszących mu objawów depresyjnych czy lękowych – a więc, pośrednio, procedur leczniczych (innych niż CRT, jak psychoterapia indywidualna, grupowa, trening relaksacyjny), którym pacjentka była poddawana w czasie hospitalizacji. Zapewne istotny udział w redukcji wspomnianych symptomów miała także zastosowana farmakoterapia (podawano olanzapinę 5 mg/d oraz sertalinę 50 mg/d). Należy jednak zaznaczyć, że istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, by zaobserwowana w czasie spotkań jakościowa różnica poziomu wykonywania zadań mogła być przypisana efektowi wyuczenia się, z uwagi na zmiany materiału ćwiczeniowego między sesjami.

Warto zwrócić uwagę na młody wiek pacjentki (15 lat). Wszystkie dotychczasowe doniesienia o skuteczności CRT [8, 9, 10] dotyczyły osób dorosłych (po 20 r.ż.) i pojawiały się w nich znacznie większe różnice w poziomie wykonywania zadań podczas oceny neuropsychologicznej niż u prezentowanej tutaj chorej. Istnieją dwie możliwe interpretacje powyższej różnicy.

Można założyć, że poziom trudności niektórych ćwiczeń oraz kwestia zapoznawania pacjentki z pojęciem „stylu poznawczego”, które na początku terapii wydawało się jej niezrozumiałe, mogło wpłynąć na poziom motywacji do pracy w czasie pierwszych spotkań i w dalszej perspektywie – na poziom zmiany. Oznaczałoby to, że sposób funkcjonowania poznawczego adolescentów nie jest wystarczająco dojrzały do stosowania u nich CRT.

Inne wyjaśnienie to fakt, że zmiany funkcjonowania poznawczego związane z JP u adolescentów (z krótkim czasem trwania choroby) nie są na tyle nasilone, aby obserwować u nich znaczącą poprawę po przeprowadzeniu CRT. Mogłyby to potwierdzać wyniki uzyskane w większej grupie pacjentów w wieku młodzieńczym [7].

Dotychczasowe wyniki badań wskazują, że sztywność poznawcza może być cechą predysponującą do zachorowania na JP, może nasilać się wraz ze spadkiem wagi, ale także może nasilać się wraz z czasem trwania choroby. Pośrednim potwierdzeniem tego zjawiska może być gorsze rokowanie u pacjentek z dłuższym czasem trwania choroby [11].

Układ nerwowy u dzieci i adolescentów jest bardziej plastyczny ze względu na toczące się procesy rozwojowe. Zastosowanie CRT u pacjentek z krótkim okresem choroby może zapobiegać utrwalaniu się u nich sztywnych schematów myślowych. Wydaje się, że metoda ta może być stosowana u adolescentów, należałoby jednak część edukacyjną i niektóre instrukcje dostosować do ich poziomu wiedzy i etapu rozwoju. Do oceny skuteczności takiego postępowania konieczne jest przeprowadzenie badań kontrolowanych obejmujących większą liczbę chorych.

Wnioski

1. Pacjentki z JP wykazują pewną sztywność poznawczą, która może przyczyniać się do trwania zaburzenia. Ten obszar funkcjonowania może być jednak poddany oddziaływaniom o charakterze terapeutycznym.

2. CRT to zestaw ćwiczeń poznawczych mających na celu uelastycznienie myślenia i przygotowanie struktur poznawczych pacjentek do innych form terapii.
3. Po przeprowadzeniu modułu CRT u opisywanej pacjentki nastąpiła poprawa funkcjonowania poznawczego, którą przynajmniej w części można przypisać wymienionemu wyżej oddziaływaniu.
4. W przypadku stosowania terapii usprawniania poznawczego u adolescentów konieczne jest dostosowanie treści edukacyjnych i instrukcji do ich poziomu rozwojowego.

Терапия улучшения гнозии при молодежной психической анорексии.

Описание наблюдения

Содержание

Задание. Проведение оценки возможности применения Терапии улучшения гнозии (Cognitive Remediation Therapy – CRT) у пациентки с психической анорексией в молодежном возрасте.

Методы. Проведен цикл тренировки гнозии методом CRT. Перед и после проведения программы использованы: Тест отношения к еде – Eating Attitudes 26 (EAT – 26), Шкала депрессии Бекка (Beck Depression Inventory BDI) Детская шкала обсессивно-компульсивного нарушения Yale–Brown (Child Yale–Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY–BOCS), Глоссарий уверенности при нарушениях питания (Eating Disorders Belief Questionnaire EDBQ, Тест сортировки карт Висконсин Wisconsin Card Sorting WCST) и Глоссарий характера и темперамента (Temperament and Character Inv. ТСТ Клонингера. Использован также Глоссарий здоровья ребенка (Child Health Questionnaire EDBQ), заполняемый родителями ребенка.

Результаты. После проведения программы утяжеление психопатологических симптомов подверглось уменьшению – результаты в шкалах EAT – 26 и BDI в WCST отмечено улучшение уровня исполнения. В СТГ существенных изменений не отмечено. По отношению к исходному состоянию отмечен повышенный уровень неадаптационных уверенностей.

Выводы. Терапия реабилитации гнозии (CRT) может применяться у

АдоlesцентоB с психической анорексией. Такое воздействие может быть связано с улучшением гностического функционирования, уменьшением тяжести психопатологических симптомов.

Therapie der kognitiven Remediation in der jugendlichen Anorexia nervosa – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war die Beurteilung der Möglichkeit der Anwendung der “Cognitive Remediation Therapy” – CRT – bei der Patientin mit Anorexia nervosa in der Adoleszenzzeit.

Methoden. Es wurde der kognitive Training mit der CRT – Methode durchgeführt. Vor und nach der Durchführung des Programms wurden angewendet: Test der Einstellungen zum Essen – Eating Attitudes Test 26 (EAT – 26), das Beck – Depression – Inventar (Beck Depression Inventory, BDI), Kinderskala der obsessiv – compulsiven Störung Yale – Brown (Child – Yale – Brown Obsessive – Compulsive Scale, CY-BOCS), Fragebogen zu persönlichen Überzeugungen bei Essstörungen (Eating Disorders Belief Questionnaire, EDBQ), der Wisconsin – Test (Wisconsin Card Sorting Test, WCST) und Inventar zur Erfassung des Charakters und Temperaments (Temperament und Character Inventory, TCI) von Cloninger. Es wurde auch der Fragebogen zur Erfassung der Gesundheit des Kindes (Child Health Questionnaire, CHQ) benutzt, ausgefüllt durch die Eltern der Patientin.

Ergebnisse. Nach der Durchführung des Programms sank die Intensität der psychopathologischen Symptome (Ergebnisse in den Skalen EAT – 26 und BDI), im WCST beobachtete man die

Verbesserung des Ausführungslevels. Im TCI wurden keine Veränderungen notiert. Im Hinblick auf den Ausgangszustand wurde der erhöhte Level der nicht – adaptativen Überzeugungen beobachtet.

Schlussfolgerungen. Die CRT – Therapie kann bei Adoleszenten mit Anorexia nervosa angewendet werden. Eine solche Auswirkung kann mit der Verbesserung des kognitiven Funktionierens und Senkung der Intensität der psychopathologischen Symptome verbunden werden.

La TRC (la thérapie de remédiation cognitive = CRT-Cognitive Remediation Therapy) de l'anorexie nerveuse juvénile – description d'un cas

Résumé

Objectif. Estimer la possibilité d'application de la thérapie TRC chez une patiente souffrant de l'anorexie nerveuse juvénile.

Méthode. On applique la TRC chez une patiente. Avant cette thérapie et après on l'examine avec les testes suivants : Eating Attitudes Test 26 (EAT-26), Beck Depression Inventory (BDI), Child Yale – Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS), Eating Disorder Belief Questionnaire (EDBQ), Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Temperament and Character Inventory (TCI) de Cloninger et enfin Child Heath Questionnaire (CHQ) adressé aux parents de la patiente.

Résultats. Après la TRC l'intensité des symptômes psychopathologiques diminue (les résultats d'EAT-26 et BDI), on observe l'amélioration de WCST. On n'observe pas de changement de TRC. On note aussi le niveau plus élevé des convictions dysfonctionnelles en comparaison avec l'état d'avant la TRC.

Conclusion. La TRC peut être appliquée chez les adolescents souffrant de l'anorexie nerveuse. Cette thérapie peut améliorer le fonctionnement cognitif et diminuer l'intensité des symptômes psychopathologiques.

Piśmiennictwo

1. Wilsdon A, Wade TD. *Executive functioning in anorexia nervosa: Exploration of the role of obsessiveness, depression and starvation.* J. Psychiatr. Res. 2006; 40: 746–754.
2. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, Frampton CM, Joyce PR. *Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial.* Am. J. Psychiatry 2005;162 (4): 741–747.
3. Gillberg C., Gillberg C., Rastam M. *The cognitive profile of anorexia nervosa: A comparative study including a community based sample.* Compr. Psychiatry 1996; 37, 1: 23–30.
4. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Booth R, Holliday J, Treasure J. *An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa.* Int. J. Eat. Disord. 41: 2, s.143–152 (opublikowano on-line 15.10.2007).
5. Tchanturia K, Serpell L, Troop N, Treasure J. *Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles.* J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2001; 32: 107–115.
6. Tchanturia K, Morris RG, Breceľj Anderluh M, Collier DA, Nikolaou V, Treasure J. *Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits.* J. Psychiatr. Res. 2004; 38: 545–552.
7. Cwojdzńska A, Rybakowski F. *Zmiany w funkcjonowaniu poznawczym u hospitalizowanych pacjentek z jadłowstręciem psychicznym.* Wiad. Psychiatr. 2007; 10 (3): 151–155.
8. Davies H, Tchanturia K. *Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa: A case report.* Eur. Eat. Disord. Rev. 2005; 13: 311–316.
9. Tchanturia K, Whitney J, Treasure J. *Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa?* Eat. Weight Disord. 2006; 11: 112–116.

-
10. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. *Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings*. Ann. Gen. Psychiatry 2007; 6: 14 (za: <http://www.annals-general-psychiatry.com/content/6/1/14>).
 11. Steinhausen HC. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. Am. J. Psychiatry 2002; 159 (8): 1284–1293.

Adres: Katarzyna Markowska-Regulska
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
UM w Poznaniu
60-572 Poznań, ul. Szpitalna 27/33

Otrzymano: 12.12.2007
Zrecenzowano: 06.05.2008
Otrzymano po poprawie: 27.06.2008
Przyjęto do druku: 30.09.2008