

Chronicznie chory pacjent z jadłowstrętem psychicznym i jego leczenie

Chronic anorexia nervosa: Patient characteristics and treatment approaches

Małgorzata Starzomska, Paulina Rosińska, Jan Bielecki

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej,
Instytut Psychologii

Summary

Anorexia nervosa constitutes a major challenge to medical practitioners, especially clinicians, due to a high rate of chronicity and a very serious risk of relapse. One of the underlying causes of this state of affairs is the ego-syntonicity of the disorder, which differentiates it from similar conditions, and which is responsible for the patient's denial and lack of motivation for treatment (resulting in frequent instances of therapy refusal or drop-out). The paper outlines different approaches to defining chronic anorexia nervosa. This form of anorexia and its therapeutic implications are discussed through the lens of clinicians and other medical professionals. Furthermore, the patients' experiences of chronic anorexia nervosa are described. The dilemmas concerning palliative care for this group of patients are addressed and treatment options and relapse prevention strategies are recommended, with a focus on the latest developments in this respect. The paper is concluded with an optimistic report of complete recovery from this diagnosis, including an analysis of the factors underlying the positive therapeutic outcome.

Słowa kluczowe: chroniczny jadłowstręt psychiczny, motywacja, psychoterapia

Key words: chronic anorexia nervosa, motivation, psychotherapy

Wprowadzenie

Artykuł został oparty na analizie 52 prac naukowych. 23 z nich pochodziły z własnych zasobów autorki. 29 artykułów znaleziono na portalu NCBI, przy czym poszukując tekstów w tej bazie, zastosowano następujące słowa kluczowe: *chronic, enduring anorexia nervosa*. Pierwotnie wzięto pod uwagę 130 opracowań, jednak ze względu na tematykę wykraczającą poza niniejszy artykuł (ujęcie biologiczne, skrajnie feministyczne, metodologia, relacja terapeutyczna, jakość życia, studium

przypadku, inne niż zaburzenia odżywiania choroby) z dalszych analiz usunięto 101 tekstów.

Definiowanie chronicznego jadłowstrętu psychicznego

Jadłowstręt psychiczny (JP) jest związany z wysokimi wskaźnikami chroniczności i ryzykiem nawrotów, z tego względu stanowi poważne wyzwanie dla terapeutów [1]. Według Bulik [2] jedynie połowa pacjentów z jadłowstrętem psychicznym dochodzi do pełni zdrowia (biorąc pod uwagę okres 21 lat po zachorowaniu), zaś u drugiej połowy choroba staje się chroniczna bądź kończy się śmiercią. Z kolei Treasure i wsp. [3] piszą, że u ponad 50% pacjentów z JP choroba ma ostry przebieg i jest chroniczna, zaś Borson i Katon [4] podkreślają, że wbrew społecznemu wizerunkowi osoby z JP jako młodej kobiety cierpiącej na ostrą chorobę o dramatycznym przebiegu, w późniejszym czasie u 30%–50% osób z JP występuje nawrót.

Bauwens i wsp. [5] zwracają uwagę, że pomimo tego, iż większość pacjentów z JP stawia czoła długiemu procesowi nie zawsze pozytywnie zakończonego leczenia, nadal nie istnieje konsensus co do definicji chronicznego i/lub uporczywego (opornego na leczenie) JP. U około 20% pacjentów z JP choroba staje się chroniczna, co oznacza, że nie zostaje ona wyleczona w ciągu 10 lat lub nawet dłuższego okresu [6], chociaż niekiedy krótszy czas trwania choroby, na przykład powyżej 3 lat, traktuje się jako wskaźnik jej chroniczności [7]. Generalnie poza długim czasem trwania do kryteriów koniecznych do stwierdzenia chronicznego JP zalicza się: uporczywe utrzymywanie się objawów oraz niepowodzenia w leczeniu [8].

Zaskakujące okazały się wyniki badań Wildesa i wsp. [9]. Badacze ci, w celu stworzenia definicji ciężkiego i uporczywego jadłowstrętu psychicznego (*severe and enduring anorexia nervosa*, SE-AN), przebadali 355 pacjentów obu płci z JP w momencie przyjęcia ich do kliniki oraz wypisu. Autorzy poddali weryfikacji empirycznej mieszane modele równań strukturalnych, aby zbadać, czy udział potencjalnych wskaźników SE-AN (długość trwania choroby, historia leczenia, BMI, epizody napadowego objadania się i przeczyszczenia, jakość życia) stanowi podstawę do utworzenia podgrup pacjentów (w tym podgrupy pacjentów z SE-AN). Najlepiej dopasowany do danych zebranych od pacjentów okazał się trójwymiarowy, dwuprofilowy model mieszany. Pierwszy wymiar obejmował zachowania związane z zaburzeniami odżywiania się, wymiar drugi – jakość życia, zaś wymiar trzeci – długość trwania choroby, liczbę hospitalizacji oraz BMI podczas przyjęcia do kliniki. Profile różniły się pod względem zachowań związanych z zaburzeniem odżywiania się i jakości życia, lecz nie pod względem chroniczności lub BMI. Uzyskane wyniki pokazują, że pacjentów z JP można różnicować na podstawie zaburzeń odżywiania się i jakości życia, lecz nie odkryto dowodów na istnienie podgrupy osób z chronicznym JP. Biorąc pod uwagę, że funkcjonujące definicje SE-AN opierają się na czasie trwania choroby, to odkrycie ma ważne implikacje dla badań naukowych i praktyki klinicznej.

Pacjent z chronicznym JP z perspektywy klinicysty – implikacje terapeutyczne

Bauwens i wsp. [5] twierdzą, że wiele przeprowadzonych u danego pacjenta terapii nierzadko prowadzi klinicystę do słusznego wniosku, że można mówić o totalnej oporności na leczenie w tej grupie chorych. Żaden doświadczony specjalista nie powinien oczekiwać, że osoba z JP rozpocznie leczenie bez wahania. Pacjenci nie przyjmują do wiadomości gorących apeli rodziny i przyjaciół oraz ostrzeżeń lekarzy o ryzyku, jakie wiąże się ze niedożywieniem i wyniszczeniem organizmu. Należy przyjąć, że JP jest wyjątkowo trudny do leczenia, gdyż jest to choroba „chciana”, a symptomy są rozmyślnie wywoływane przez chorego, co odróżnia JP od innych zaburzeń. Zdrowienie utrudnia lęk przed cierpieniem, które w mniemaniu pacjenta zagraża mu, gdy zaniedbuje dietę lub wykonywanie ćwiczeń fizycznych. Relacja z osobą z chronicznym JP nie przypomina relacji w przebiegu psychoterapii innych chorych. Opieka nad pacjentami, którzy są tak bardzo negatywnie nastawieni do zmiany, może wydawać się paradoksalna, zwłaszcza że wraz z czasem trwania choroby, perspektywa całkowitego wyzdrowienia maleje [10–13].

W przypadku pacjentów z chronicznym JP nie można rozpoczynać leczenia „na siłę”, a terapeuta powinien umieć zaakceptować fakt, że czeka go żmudna praca psychoterapeutyczna [14]. Planowanie relacji między terapeutą a pacjentem wymaga fundamentalnie odmiennego podejścia terapeuty, w ramach którego należy formułować minimalistyczne oczekiwania i wyznaczać cele bardzo ostrożnie. Czynniki utrzymujące chorobę jednocześnie zapewniają pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, klinicysta powinien mieć zatem świadomość, że jakkolwiek wysiłek mający na celu pozbawienie chorego rytuałów związanych z dietą byłby równoznaczny z żądaniem od niego, aby bez sprzeciwu, „na ślepo” zaakceptował niebezpieczną według niego podróż w kierunku pragnień i instynktów [14]. Stałoby się tak bez względu na to, jak bardzo życzliwe, refleksyjne i empatyczne podejście prezentowałby terapeuta.

Pacjenci z chroniczną postacią JP traktują chorobę jak „przyjaciela”, który zapewnia komfort psychiczny, dlatego podczas terapii interwencje, uznane przez terapeuta za etyczne, moralne i klinicznie dopracowane, mogą powodować u pacjenta poczucie rozstrojenia, a jedyną metodą poradzenia sobie z tym uczuciem jest dalszy opór i dalsza odmowa jedzenia. Warto, aby terapeuta formułował proste cele, a jego postępowanie powinno charakteryzować ciepło i ostrożność i łagodzenie cierpienia. Przy takim zmodyfikowanym podejściu pomoc w redukowaniu symptomów z zasady nie może być znacząca, jednak nie oznacza to, że tego typu interwencje są łatwe w zastosowaniu [14].

Niewątpliwie praca z chronicznie chorym pacjentem z JP nie może być dla terapeuty sama w sobie wzmocnieniem. Może go zniechęcać rutyna w życiu pacjenta, a jego opór wobec zmian powoduje u specjalisty poczucie wypalenia, w najlepszym razie – niewykorzystanego czasu. Dialog z pacjentem jest na tyle uciążliwy, że nierzadko przyjmowanie kilku chorych w jednym dniu nie jest dobrym rozwiązaniem, rażącym błędem byłoby także niekorzystanie z superwizji. Praca z tak poważnie zaburzonymi osobami może wydawać się beznadziejna i nużąca, a ich czasami wyglądające na małosłowne narzekania terapeuty odczuwa jako ogromne, przygniatające „góry”, natomiast pragnienie uwolnienia się od pacjenta, jak twierdzi Strober [14], „pulsuje

pod skórą”. Ważne jest, aby terapeuta potrafił akceptować wrażenie monotonii przy jednoczesnym głębokim współczuciu dla ludzkiego cierpienia i zdolności do konfrontacji z własnym kryzysem, bez poczucia zniechęcenia i lęku (pomimo tego, że takie odczucia pojawiają się często podczas terapii), utrzymywaniu uważności w obliczu życia, które „flirtuje” ze śmiercią, oraz zdolności do głębokiej i szczerzej, pełnej refleksji rozmowy o smutku życia, które nie jest doświadczane w pełni. Angażowanie pacjenta w bolesne rozważania jest ryzykowne i powinno być podejmowane z dużą ostrożnością, i tylko w momencie, który terapeuta uzna intuicyjnie za odpowiedni. Jedyne wówczas taka rozmowa przyniesie pacjentowi, ale i klinicyście ulgę. Warto podkreślić, że stawianie czoła przez terapeutę trudowi pracy z tym typem pacjentów jest bardzo ważnym zadaniem. Warto, aby był on świadomy tego, z jakimi emocjami ze strony pacjenta będzie musiał się konfrontować, co pozwoli na rozważenie, które działania podejmowane podczas terapii spotkają się z akceptacją tego ostatniego.

Praca z pacjentem z chroniczną postacią JP to odrębny obszar badań nad terapią w przypadku tej choroby. Taka terapia jest wyzwaniem i wymaga od terapeuty tolerancji, autentyczności, a także profesjonalizmu, który powinien przekładać się nie tylko na postępy w terapii, ale i na poszanowanie odrębności chorego, zdolność do rozumienia wrażliwości i głębokiego cierpienia, której towarzyszy intencja odkrywania deprywacji i ran. Terapeuta powinien sprawiać, pomimo wysiłku, wrażenie, jakby pracował z pacjentem z niewymuszoną swobodą. Cele terapii z zasady są dość ograniczone, odzwierciedlając naturę chronicznej choroby. Zasadniczo jest to praca w wrażliwością pacjenta, wymagająca pogodzenia się z faktem, że postępy są czynione z dużym trudem [14].

Pacjent z chronicznym JP a personel medyczny

Należy pamiętać, że osoby z chronicznym JP o ostrym przebiegu powinny być leczone przez interdyscyplinarny zespół złożony z doświadczonych specjalistów [15]. Warto dowiedzieć się, co członkowie personelu sądzą o leczeniu tej postaci JP. Celem badania, które przeprowadzili Tierney i Fox [16], było poznanie poglądów pracowników służby zdrowia na temat specyfiki i leczenia osób z chronicznym JP. Badanie miało trzy etapy: w pierwszym etapie posłużono się otwartymi pytaniami na temat specyfiki zaburzenia i jego leczenia, które przesłano drogą e-mailową 23 profesjonalistom: ośmiu pielęgniarkom, siedmiu psychologom, czterem dietetykom, trzem lekarzom i jednemu terapeutce zajęciowemu. Podczas drugiego etapu, posługując się odpowiedziami z etapu poprzedniego, przesłano tym samym badanym twierdzenia (11 zdań dotyczyło definiowania chronicznego JP, a 24 – jego optymalnego leczenia) z prośbą o ocenę na skali Likerta (od 1 – całkowicie się nie zgadzam, do 7 – całkowicie się zgadzam). Uzupełnione kwestionariusze przesłało 21 osób. W ramach trzeciego etapu badania skróconą wersję kwestionariusza, składającą się z tych zdań, które ponad połowa uczestników drugiego etapu badania oceniła, zaznaczając na skali punkt 6 lub 7, przekazano delegatom na konferencję na temat chronicznego JP, organizowaną przez BEAT (Beating Eating Disorders) – organizację należącą do Eating Disorders Association. Ankiety przekazano 68 delegatom, jednak otrzymano z powrotem jedynie

32 ankiety. Wyniki pokazały, że badani są zgodni, jeśli chodzi o takie aspekty JP, jak: waga, zachowania (m.in. ograniczanie jedzenia), egosyntoniczność i funkcjonowanie poznawcze, lecz nie byli zgodni co do zaburzeń hormonalnych, funkcjonowania społecznego oraz długości trwania choroby wymaganego, aby móc stwierdzić chroniczny JP. Ciekawe jest to, że niektórzy badani podczas oceny chroniczności choroby stosowali kryterium braku motywacji do leczenia, a nie czasu trwania choroby. Badani nie byli także zgodni co do liczby podejmowanych prób leczenia, wskazujących, że mamy do czynienia z chronicznym JP, np. niektórzy badani twierdzili, że leczenie może trwać wiele lat albo że w krótkim czasie może być podejmowanych wiele różnych prób leczenia, ponadto pacjent bywa niezdiagnozowany przez wiele lat, a co za tym idzie, nie jest poddawany leczeniu.

Pacjent z chroniczną anoreksją a leczenie paliatywne

Poważnym wyzwaniem dla personelu medycznego zajmującego się osobą z JP jest poczucie, że jedyne, co można zrobić dla tej grupy chorych, to łagodzenie konsekwencji medycznych i opieka paliatywna [17]. Warto wspomnieć tutaj o pojęciu psychiatrii paliatywnej. Jest to podejście podnoszące jakość życia pacjentów i ich rodzin oraz pomocne w stawianiu czoła problemom, które są związane z zagrażającym życiu chronicznym zaburzeniem psychicznym. Psychiatria paliatywna oddziałuje poprzez zapobieganie cierpieniu oraz przynoszenie ulgi w jego doświadczaniu oraz dzięki oszacowaniu i leczeniu jego aspektów: fizycznych, psychospołecznych i duchowych [18–20]. Westmoreland i Mehler [17] twierdzą, że wielu pacjentów z ciężkimi i uporczywymi zaburzeniami odżywiania się (*severe and enduring eating disorders*, SEED) zazwyczaj cechuje cykliczne przeplatanie się przyrostu i utraty wagi. Wielu z tych pacjentów kwestionuje wartość leczenia, zwłaszcza wówczas, gdy niewiele jest (o ile w ogóle) okresów remisji choroby. Pacjenci z SEED mogą rozmyślać nad tym, czy śmierć w wyniku motywowanego współczuciem zaniechania przez personel medyczny leczenia, nie byłaby lepsza niż trwające niemal całe życie ciągle cierpienie. W takich sytuacjach pacjenci, ich rodziny i lekarze koncentrują się na łagodzeniu konsekwencji medycznych i opiece paliatywnej. Bauwens i wsp. [5] sugerują, że w przypadku, gdy przymusowe leczenie pacjentów przebiega niepomyślnie, personel medyczny powinien ograniczyć się do wsparcia i opieki paliatywnej, która może stanowić alternatywę wobec standardowego leczenia w przypadku chronicznego i opornego na leczenie JP. Wówczas celem opieki medycznej powinno być zapewnienie psychicznego komfortu i lepszej jakości życia chorym [21–25]. Podobnie Lopez i wsp. [26] twierdzą, że opieka paliatywna może być stosowana w celu łagodzenia długotrwałego cierpienia u pacjentów, których stan fizyczny i psychiczny pogarsza się pomimo zastosowanego leczenia. W takich sytuacjach opieka paliatywna w hospicjum może stanowić humanitarną alternatywę dla leczenia.

Czy jednak rzeczywiście leczenie paliatywne to jedyne wyjście w przypadku opornego na leczenie chronicznego JP? Williams i wsp. [15] twierdzą, że mając do czynienia z chorobą chroniczną, w tym z chronicznym JP, lekarze powinni wykazywać się tolerancją na stres i umiejętnością pokonywania negatywizmu, gdyż tylko wówczas

mogą zaoferować choremu wsparcie i efektywne leczenie. Taki chory może wymagać stałej opieki przez lata i pozytywnego nastawienia terapeuty. Autorzy [15] zauważają też, że należy zapobiegać sytuacjom, w których pacjent jest w tak złym stanie fizycznym i emocjonalnym, iż zaniechanie leczenia i czekanie na śmierć wydaje się być dla niego samego, jego rodziny i lekarzy jedynym wyjściem. Według autorów pesymizm pacjentów i ich krewnych podczas zaostrzenia choroby nie powinien utrudniać aktywnego leczenia, gdyż decyzje motywowane chęcią przyniesienia ulgi pacjentowi mogą przyczynić się do niepowodzenia w oferowaniu mu adekwatnej opieki.

Co czują pacjenci z chronicznym JP?

Fox i Diab [27] przeprowadzili badanie na sześciu pacjentach z chroniczną postacią JP (średnia wieku wynosiła 27 lat, a średni czas trwania choroby – 7 lat). Badanie polegało na zebraniu wywiadu w oparciu o następujące pytania: Czy możesz powiedzieć, jak pojawił się u ciebie jadłowstręt psychiczny? Jak myślisz, jakie były przyczyny tego, że choroba stała się dominująca w twoim życiu? Jakie są twoje doświadczenia odnośnie do leczenia/terapii? Jak myślisz, jak profesjonalści postrzegają jadłowstręt psychiczny? Jakie są twoje relacje z innymi osobami chorymi na jadłowstręt psychiczny? Jak postrzeżasz swoją przyszłość? Na podstawie interpretacyjno-fenomenologicznej analizy treści wywiadów wyłoniono pięć następujących tematów: nadawanie sensu JP, doświadczenia związane z leczeniem/terapią, relacje interpersonalne, walka z JP, pesymizm personelu medycznego podczas leczenia osób z JP. Rezultaty analizy ujawniły, jak silny związek łączy chorobę z tożsamością osoby chorej i jak niezwykle trudno jest wyobrazić sobie takiej osobie życie bez choroby. Badanie wykazało, że osoby z chroniczną postacią JP definiują swoją tożsamość przez pryzmat choroby, oraz ujawniło, jak czują się one, gdy tkwią w stanie ciągłej walki z chorobą. Chorzy postrzegają członków personelu medycznego jako sprzymierzeńców w zwalczaniu choroby, jednak często niestety mają poczucie deficytu wiedzy na temat JP u klinicystów, co sprawia, że są oni pesymistyczni, pozbawieni nadziei podczas udzielania pomocy chorym [24, 28].

Przeciwdziałanie nawrotom w procesie leczenia pacjentów z chronicznym JP

Treasure i wsp. [3] piszą, że po pięciu latach od zakończenia leczenia u 39% kobiet i 59% mężczyzn występuje remisja JP. Jest to problem bardzo często pojawiający się w trakcie leczenia tej grupy chorych.

Celem badania, które przeprowadzili Mander i wsp. [1] było zbadanie związku między stadiami zmiany w ujęciu Prochaski i DiClemente¹ (*Transtheoretical Model of*

¹ Są to następujące stadia: prekontemplacja – pacjent uczestniczy w terapii, ale nie myśli, że ma problem, albo nie wie, że chce zmiany; kontemplacja – pacjent zaczyna być świadomy, że ma problem lub że jest w nim coś, co go niepokoi; przygotowanie – pacjent stwierdza, że jest gotowy do zmiany i kosztów, które może ponieść z tego tytułu, jednak jeszcze nie rozpoczął pracy z problemem (czyli pracy nad zmianą swojego zachowania lub środowiska); działanie – pacjent rozpoczyna aktywnie zmianę siebie lub środowiska, jednak potrzebuje pomocy, gdyż sam nie jest zbyt skuteczny w tym zakresie; utrzymywanie się – pacjent jest już odmieniony, jednak odkrywa, jak trudno jest utrzymać te zmiany, poszukuje pomocy, aby zapobiegać nawrotowi problemu.

Change, TMC) [29, 30] i wynikiem leczenia ze szczególną koncentracją na przeciwdziałaniu nawrotowi w stadium utrzymywania się u pacjentów z chroniczną postacią JP. W następnej kolejności badano etapy zmiany i znaczenie relacji terapeutycznej. Aby zmierzyć przeciwdziałanie nawrotowi w fazie utrzymywania się, u 39 pacjentów z chroniczną postacią JP na początkowym, środkowym i późnym etapie psychoterapii w warunkach szpitalnych zastosowano krótką wersję *The University of Rhode Island Change Assessment–Short* (URICA–S). Ogólną psychopatologię badano za pomocą *The Symptom Checklist–90–R* (SCL–90–R) oraz sprawdzano masę ciała badanych. Ryzyko nawrotu operacjonalizowane jako utrzymywanie się (symptomu) w URICA–S było ważnym predyktorem ogólnej psychopatologii, BMI natomiast nie stanowiło predyktora dla stadium zmiany. Według autorów skala utrzymywania się należąca do narzędzia URICA–S może być stosowana w celu oszacowania ryzyka nawrotu. Wysokie wyniki na tej skali mogą być traktowane jako jeden z ważnych aspektów, który mógłby być rozpatrywany w programach zapobiegania nawrotom po zakończeniu leczenia.

Leczenie pacjenta z chronicznym JP

Jak podkreślają Long i wsp. [31], mimo iż badania długofalowe dotyczące JP pokazują, że niemal 50% pacjentów można uznać za całkowicie wyleczonych, to brakuje kontrolowanych badań dotyczących psychoterapii tych osób. Chorzy z JP chronicznym lub z JP o ostrym przebiegu stanowią wyzwanie dla terapeutów.

Hay i wsp. [32] twierdzą, że w leczeniu chronicznego JP potencjalnie korzystne mogą okazać się: terapia poznawczo-behawioralna, terapia usprawniania poznawczego połączona z treningiem sprawności emocjonalnych, terapia rodzinna oparta na modelu Maudsley, program wsparcia opartego na pomocy społeczności, specjalistyczne, wspierające postępowanie kliniczne oraz podejście Strobera, koncentrujące się na relacji terapeutycznej i elastycznych celach.

Najwięcej doniesień na temat skuteczności leczenia osób z chronicznym JP dotyczy terapii poznawczo-behawioralnej [33] i jej lepszej skuteczności w porównaniu ze specjalistycznym, wspierającym postępowaniem klinicznym [34–36], przy czym gorsze rokowania dotyczą podtypu przyczyszczającego tego zaburzenia. Jedno z badań nie potwierdziło pozytywnego wpływu terapii poznawczo-behawioralnej na poprawę stanu pacjentów z chronicznym JP [37]. Udowodniono natomiast pomyślne rezultaty zastosowania zarządzania przypadkiem w leczeniu chronicznego JP [38].

Dobre wyniki w przypadku chronicznego JP daje terapia oparta na paradoksie [39] oraz leczenie światłem [40]. Ponadto potwierdzono skuteczność grup wsparcia w przypadku leczenia tego zaburzenia [41]. Warto także wspomnieć, że udowodniono skuteczność stosowania Dronabinolu – syntetycznego tetrahydrokannabinolu [42]. Podejmowano również próby leczenia chronicznego JP za pomocą blokera receptorów opioidowych w połączeniu z karmieniem pozajelitowym [43] w oparciu o model autouzależnienia w chronicznym JP [44], jednakże wyniki okazały się niejednoznaczne. Badacze piszą także o potencjalnie pozytywnych skutkach stosowania olanzapiny [45].

Strober [46] wskazuje na potrzebę stosowania unikalnego podejścia, które minimalizuje ryzyko jatrogennych efektów szybkiego przyrostu wagi i szkodliwego wpływu źle przepracowanego przeciwwprzeniesienia.

Niewątpliwie pacjenci z chronicznym JP wysoko cenią sobie leczenie oparte na współpracy z pacjentem i normalizacji jego stanu psychofizycznego, wspierający kontakt z innymi pacjentami oraz doświadczonych i rozumiejących specjalistów, zaś negatywnie oceniają zagrożenie przymusowym leczeniem, nietypowe metody leczenia, kontakt z innymi pacjentami, który cechuje rywalizacja, oraz niedoświadczonych i w niewielkim stopniu zainteresowanych stanem pacjenta klinicystów [6].

Ciekawe zestawienie metod leczenia JP, który cechuje ciężki przebieg i uporczywość, proponują Treasure i wsp. [3]. Przede wszystkim autorzy uważają, że celem terapii powinna być zmiana czynników utrzymujących chorobę.

Autorzy wymieniają:

- Z zakresu interwencji dotyczących funkcjonowania poznawczego – terapię usprawniania poznawczego (*cognitive remediation therapy*, CRT), która jest dla pacjentów z JP swoistym „laboratorium”, gdzie mogą odkrywać w sposób aktywny nowe, bardziej pomocne strategie myślenia. Na CRT składają się różnorodne zadania i ćwiczenia umysłowe, których celem jest praca nad rozwinięciem elastyczności poznawczej i holistycznego przetwarzania informacji [47].
- Z zakresu interwencji ukierunkowanych na trudności emocjonalne – krótkie wideoklipy, zawierające przyjemne obrazy i teksty, którym towarzyszy relaksacyjna muzyka. Stosuje się je, aby wywołać pozytywny nastrój oraz zwiększyć motywację do wyleczenia u pacjentów z JP.
- Z zakresu interwencji ukierunkowanych na trudności społeczne – trening tendencyjności uwagi (*cognitive bias modification*, CBM), który powstał w oparciu o zadanie „dot probe”. Podczas wykonywania tego zadania przez badanych na początku prezentowana jest sonda w centrum komputerowego ekranu, następnie pojawiają się jednocześnie dwa bodźce: emocjonalny i neutralny. Mogą być to słowa lub obrazki, po lewej/po prawej stronie lub na górze/na dole ekranu. Następnie, natychmiast po ich zniknięciu, pojawia się sonda w lokalizacji jednego z nich. Zadaniem badanych jest jak najszybsza i jak najdokładniejsza zarazem reakcja na pozycję sondy polegająca na naciśnięciu odpowiedniego (lewego lub prawego, górnego lub dolnego) przycisku na klawiaturze komputera. Zmodyfikowana wersja zadania, służąca do korekty tendencyjności uwagi, jest podobna do wyżej opisanej, z tą różnicą, że w ramach określonego treningu, za pośrednictwem zadania „dot probe”, manipuluje się lokalizacją bodźców docelowych w ten sposób, że zwiększa się proporcję prób, w których bodźce ukazują się w określonej lokalizacji stosownie do celu treningu, np. w celu zaindukowania i przećwiczenia przez badanych błędu polegającego na odwracaniu uwagi od zagrożenia i kierowaniu jej ku bodźcom neutralnym. Bodźce docelowe zaś ukazują się częściej w lokalizacji neutralnego bodźca niż w lokalizacji bodźca zagrażającego. Badacze założyli, że powtarzanie dziesiątek lub nawet stu prób indukujących ten błąd uwagi spowoduje, że uczestnik treningu nauczy się odwracać uwagę od zagrożenia i kierować ją tam, gdzie tego zagrożenia nie ma. Metoda ta jest coraz częściej stosowana u pacjentów z zaburze-

- niami odżywiania się, w ich wypadku stosuje się najczęściej trening odwracania uwagi od zagrażających bodźców związanych z jedzeniem, kształtem i wagą ciała.
- Z zakresu interwencji biologicznych – neuromodulacja, która polega na głębokiej stymulacji mózgu, przezczaszkowej stymulacji magnetycznej czy bezpośredniej przezczaszkowej stymulacji prądowej. Metoda ta okazała się niedestrukcyjnym, dostosowanym do pacjenta i odwracalnym (jeśli chodzi o konsekwencje) sposobem zmiany funkcjonowania obwodów mózgowych. W przypadku osób z zaburzeniami odżywiania się neuromodulacji podlegają obwody mózgowie należące do układu nagrody, a także obwody mózgowie zaangażowane w regulację nastroju oraz w hamowanie reakcji. Nierzadko takie oddziaływania łączy się multimodalnym neuroobrazowaniem [48]. Badacze zajmujący się tzw. neuroetyką [34] podkreślają, że takie oddziaływania są bardziej moralnie uzasadnione niż operacje mózgu (por. pojęcie „neuroetyka” [49]).
 - Z zakresu farmakologii – w ostatnich latach trwają intensywne badania nad znaczeniem oksytocyny w leczeniu JP. Rola tego hormonu w procesach społecznych była wielokrotnie udowodniana. Wykazano, że oksytocyna zwiększa zaufanie, usprawnia społeczną emocjonalną komunikację oraz zmniejsza błąd negatywnej interpretacji i tendencyjność uwagi w kierunku negatywnych emocji i bodźców związanych z jedzeniem i obrazem ciała.

Podsumowanie – Nadzieja w podejściu do leczenia pacjentów z chronicznym JP

Pomimo tego, że chroniczna postać JP jest bardzo trudna do wyleczenia, nie jest to niemożliwe. Dawson i wsp. [50] przebadali osiem kobiet, które opowiedziały swoje historie dotyczące tego, jak wyzdrowiały z chronicznego JP. Do analizy zebranych danych zastosowano metodę jakościową – narracyjną. Na jej podstawie badacze wysunęli wniosek, że proces zdrowienia z chronicznego JP jest długi, skomplikowany i obejmuje cztery fazy: od stanu bycia niezdolnym lub niegotowym do zmiany poprzez doświadczenie punktu krytycznego i aktywne dążenie aż do odzyskania zdrowia i rehabilitacji połączonej z refleksją. Badanie pokazało, że możliwe jest pełne wyzdrowienie z chronicznego JP, a jednocześnie zaakcentowało znaczenie nadziei, motywacji, poczucia własnej skuteczności i wsparcia ze strony innych w procesie zdrowienia. Zgodnie z modelem TMC [29, 30] interwencje oparte na motywacji stosowane w leczeniu JP obejmują model równowagi decyzyjnej (rozważanie argumentów za i przeciw zmianie) z mniejszym naciskiem położonym na występujące u chorych poczucie bezradności i beznadziei co do perspektywy wyzdrowienia. To ostatnie, a także niska samoocena i poczucie nieefektywności stanowią w tej grupie chorych główne przeszkody na drodze do wyzdrowienia. Dla pacjentów, którzy chorują od lat i często przeszli przez wiele nieudanych prób leczenia, terapeutyczne interwencje zwiększające nadzieję, że wyzdrowienie jest możliwe, mogłyby również zwiększyć szanse na poprawę. Nadzieja i poczucie własnej skuteczności byłyby z kolei wspierane przez wzajemną wymianę informacji między tymi, którzy już wyzdrowieli, a tymi, którzy nadal chorują. Wyniki jednego z badań [51] uwypuklają również znaczenie poczucia wewnętrznej kontroli (por. teoria autodeterminacji, *self-determination theo-*

ry, SDT), co oznacza, że zmiana jest możliwa wówczas, gdy jednostka przypisuje aktywności osobiste znaczenie.

Opisywane badanie ujawniło szereg czynników, które pomagają chorym zinternalizować wartość zmiany, co prowadzi do opartego na autodeterminacji działania w kierunku wyzdrowienia. Są to następujące czynniki: dewaluacja choroby, zwiększenie wglądu, eksternalizacja choroby oraz poczucie bycia zrozumianym przez innych i łączności z innymi. Zatem leczenie powinno obejmować te czynniki, ale także ważne są czynniki związane z relacjami interpersonalnymi (z profesjonalistami i rodziną). Ostatnio zaproponowana terapia *Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults* (MANTRA) [52] spełnia te kryteria, koncentrując się na: pracy intrapersonalnej, pracy ze znaczącymi innymi, rozwinięciu tożsamości, która nie jest oparta na JP, kwestionowaniu wartości JP i wreszcie na eksternalizacji JP.

Podziękowania: artykuł został sfinansowany ze środków Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego przeznaczonych na utrzymanie potencjału badawczego, numer umowy PBF-23/17.

Piśmiennictwo

1. Mander J, Teufel M, Keifenheim K, Zipfel S, Giel KE. *Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa*. BMC Psychiatry 2013; 9(13): 111.
2. Bulik C. *One half of patients with anorexia nervosa fully recovered after 21 years but the other half had a chronic or lethal course*. Evid. Based Ment. Health 2002; 5(2): 59.
3. Treasure J, Cardi V, Leppanen J, Turton R. *New treatment approaches for severe and enduring eating disorders*. Physiol. Behav. 2015; 152(Pt B): 456–465.
4. Borson S, Katon W. *Chronic Anorexia Nervosa: Medical Mimic*. West. J. Med. 1981; 135(4): 257–265.
5. Bauwens I, Cottencin O, Rolland B, Bonord A, Guardia D. *Supportive care in the management of treatment-resistant and chronic anorexia nervosa*. Presse Med. 2014; 43(3): 263–269.
6. Sullivan V. *Evaluating services for patients with chronic anorexia nervosa*. https://www.researchgate.net/scientific-contributions/57350494_Victoria_Sullivan. dostęp: 15.07.2018.
7. Hay P, Touyz S. *Classification challenges in the field of eating disorders: can severe and enduring anorexia nervosa be better defined?* J. Eat. Disord. 2018; 6: 41.
8. Broomfield C, Stedal K, Touyz S, Rhodes P. *Labeling and defining severe and enduring anorexia nervosa: A systematic review and critical analysis*. Int. J. Eat. Disord. 2017; 50(6): 611–623.
9. Wildes JE, Forbush KT, Hagan KE, Marcus MD, Attia E, Gianini LM i wsp. *Characterizing severe and enduring anorexia nervosa: An empirical approach*. Int. J. Eat. Disord. 2017; 50(4): 389–397.
10. Strober M, Freeman R, Morrell W. *The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study*. Int. J. Eat. Disord. 1997; 22(4): 339–360.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (NICE Clinical Guideline No. 9)*; 2004. www.nice.org.uk. dostęp: 15.07.2018.

12. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. *Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials*. Int. J. Eat. Disord. 2007; 40(4): 310–320.
13. Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. *Psychological treatment of eating disorders*. Am. Psychol. 2007; 62(3): 199–216.
14. Strober M. *The chronically ill patient with anorexia nervosa: development, phenomenology, and therapeutic considerations*. W: Grilo CM, Mitchell JE. red. *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*. New York: The Guilford Press; 2010. s. 225–237.
15. Williams CJ, Pieri L, Sims A. *We should strive to keep patients alive*. BMJ 1998; 317(7152): 195–197.
16. Tierney S, Fox JR. *Chronic anorexia nervosa: a Delphi study to explore practitioners' views*. Int. J. Eat. Disord. 2009; 42(1): 62–67.
17. Westmoreland P, Mehler PS. *Caring for patients With Severe and Enduring Eating Disorders (SEED): Certification, harm reduction, palliative care, and the question of futility*. J. Psychiatr. Pract. 2016; 22(4): 313–320.
18. Trachsel M, Wild V, Biller-Andorno N, Krones T. *Compulsory treatment in chronic anorexia nervosa by all means? Searching for a middle ground between a curative and a palliative approach*. Am. J. Bioeth. 2015; 15(7): 55–56.
19. Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F. *Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks*. BMC Psychiatry 2016; 16: 260.
20. Trachsel M, Hodel MA, Irwin SA, Hoff P, Biller-Andorno N, Riese F. *Acceptability of palliative care approaches for patients with severe and persistent mental illness: a survey of psychiatrists in Switzerland*. BMC Psychiatry 2019; 19(1): 111.
21. Draper H. *Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification*. Bioethics. 2000; 14(2): 120–133.
22. Manley RS, Leichner P. *Anguish and despair in adolescents with eating disorders: Helping to manage suicidal ideation and impulses*. Crisis 2003; 24(1): 32–36.
23. Gans M, Gunn WB. *End stage anorexia: criteria for competence to refuse treatment*. Int. J. Law. Psychiatry 2003; 26(6): 677–695.
24. Lemma-Wright A. *Starving to live. The paradox of anorexia nervosa*. London: Central Book Publishing; 1994.
25. Starzomska M. *A Concept of Palliative Care of Anorexic Patients vs. Their Quality of Life*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 12(4): 49–59.
26. Lopez A, Yager J, Feinstein RE. *Medical futility and psychiatry: palliative care and hospice care as a last resort in the treatment of refractory anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2010; 43(4): 372–377.
27. Fox JR, Diab P. *An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study*. J. Health Psychol. 2015; 20(1): 27–36.
28. Tan J, Hope T, Steward A. *Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents*. Int. J. Law Psychiatry 2003; 26 (5): 533–548.
29. Prochaska JO, DiClemente CC. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychother. Theor. Res. Pract. 1982; 19(3): 276–288.
30. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. *Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles*. Psychother. Theor. Res. Pract. 1983; 20(3): 368–375.

31. Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR. *Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting*. Clin. Psychol. Psychoth. 2012; 19(1): 1–13.
32. Hay PJ, Touyz S, Sud R. *Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2012; 46(12): 1136–1144.
33. Calugi S, El Ghoch M, Dalle Grave R. *Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study*. Behav. Res. Ther. 2017; 89: 41–48.
34. Abd Elbaky GB, Hay PJ, le Grange D, Lacey H, Crosby RD, Touyz S. *Pre-treatment predictors of attrition in a randomised controlled trial of psychological therapy for severe and enduring anorexia nervosa*. BMC Psychiatry 2014; 14: 69.
35. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S i wsp. *Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial*. Psychol. Med. 2013; 43(12): 2501–2511.
36. Le Grange D, Fitzsimmons-Craft EE, Crosby RD, Hay P, Lacey H, Bamford B i wsp. *Predictors and moderators of outcome for severe and enduring anorexia nervosa*. Behav. Res. Ther. 2014; 56: 91–98.
37. Raykos BC, Erceg-Hurn DM, McEvoy PM, Fursland A, Waller G. *Severe and enduring anorexia nervosa? Illness severity and duration are unrelated to outcomes from cognitive behaviour therapy*. J. Consult. Clin. Psychol. 2018; 86(8): 702–709.
38. Molin M, von Hausswolff-Juhlin Y, Norring C, Hagberg L, Gustafsson SA. *Case management at an outpatient unit for severe and enduring eating disorder patients at Stockholm Centre for Eating Disorders – a study protocol*. J. Eat. Disord. 2016; 4: 24.
39. Hsu LKG, Lieberman S. *Paradoxical intention in the treatment of chronic anorexia nervosa*. Am. J. Psychiatry 1982; 139(5): 650–653.
40. Daansen PJ, Haffmans J. *Reducing symptoms in women with chronic anorexia nervosa. A pilot study on the effects of bright light therapy*. Neuro Endocrinol. Lett. 2010; 31(3): 290–296.
41. Litchfield H. *Touching Base: support group for Individuals living with a severe and enduring eating disorder*. J. Eat. Disord. 2014; 2(Suppl 1): O61.
42. Andries A, Frystyk J, Flyvbjerg A, Støving RK. *Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial*. Int. J. Eat. Disord. 2014; 47(1): 18–23.
43. Luby ED, Marrazzi MA, Kinzie J. *Treatment of chronic anorexia nervosa with opiate blockade*. J. Clin. Psychopharmacol. 1987; 7(1): 52–53.
44. Marrazzi MA, Luby ED. *An auto-addiction opioid model of chronic anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 1986; 5(2): 191–208.
45. Mehler C, Wewetzer C, Schulze U, Warnke A, Theisen F, Dittmann RW. *Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2001; 10(2): 151–157.
46. Strober M. *Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2004; 36(3): 245–255.
47. Tchanturia K, Hambrook D. *Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa*. W: Grilo C, Mitchell J. red. *The treatment of eating disorders*. New York: Guilford Press; 2010. s. 130–149.
48. Park RJ, Scaife JC, Aziz TZ. *Study protocol: using deep-brain stimulation, multimodal neuroimaging and neuroethics to understand and treat severe enduring anorexia nervosa*. Front. Psychiatry 2018; 9: 24.
49. Pugh J, Tan J, Aziz T, Park RJ. *The moral obligation to prioritize research into deep brain stimulation over brain lesioning procedures for severe enduring anorexia nervosa*. Front. Psychiatry 2018; 9: 523.

50. Dawson L, Rhodes P, Touyz S. *“Doing the impossible”*: the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qual. Health Res.* 2004; 24(4): 494–505.
51. Deci EL, Ryan RM. *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior.* *Psychol. Inq.* 2000; 11(4): 227–268.
52. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Startup H, McIntosh V, Jordan J i wsp. *Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial.* *Br. J. Psychiatry* 2012; 201(5): 392–399.

Adres: Małgorzata Starzomska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3
e-mail: m.starzomska@uksw.edu.pl

Otrzymano: 2.10.2018

Zrecenzowano: 7.05.2019

Otrzymano po poprawie: 19.01.2020

Przyjęto do druku: 1.03.2020