

Czynniki wpływające na długość hospitalizacji u pacjentów z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego – przegląd badań

Factors affecting the length of hospitalization in people diagnosed with anorexia nervosa – study review

Dorota Chmyłko-Terlikowska, Kamil Lucci, Agnieszka Pęska,
Anita Bryńska

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

Summary

Anorexia nervosa is a physical and mental health condition with high mortality and long-term history. Its most characteristic symptom is a significant underweight caused and maintained by a patient who is perceived as an obese person and sets a low weight limit. The course of treatment is usually long-term, involving a large group of specialists, and, depending on the patient's condition, outpatient care, day care or – in the event of high weight loss or malnutrition complications – hospitalization for several months is necessary. Currently, there is a tendency to shorten the length of stay in the inpatient ward of patients with AN in favor of other forms of care. The aim of this article is to collect and present the results of a small number of studies on factors affecting the length of hospitalization in the treatment of anorexia nervosa. Based on the currently available tests, the body mass index at admission should be considered as a factor significantly affecting the length of hospitalization. However, the discussion remains open and further research in this area is advisable. Clarification of the above issue may provide the basis for a more patient-oriented determination of the duration of hospital treatment. Further research on factors identified in individual studies and their relationships will also be needed.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, czas hospitalizacji, predyktory

Key words: anorexia nervosa, length of stay, predictors

Wprowadzenie

Zaburzenia odżywiania należą do schorzeń o skomplikowanych i złożonych mechanizmach, a w ich etiologię może być zaangażowanych wiele różnorodnych czyn-

ników, w tym podatność genetyczna oraz czynniki społeczno-kulturowe i rodzinne. Wśród tej grupy zaburzeń jadłowstręt psychiczny (*Anorexia Nervosa* – AN) wyróżnia się wieloletnim przebiegiem i wysoką śmiertelnością. Najczęściej dotyczy on osób w okresie dorastania, z przewagą płci żeńskiej, jego rozpowszechnienie zaś szacuje się na 0,51 do 3,7% w ciągu całego życia. W kryteriach diagnostycznych według ICD-10 [1] oraz DSM-5 [2] w definicji zaburzenia podkreślono przede wszystkim znaczenie niedostatecznej masy ciała, do której doprowadziła narzucona przez pacjenta niewystarczająca podaż energii w związku z postrzeganiem siebie jako osoby otyłej. Proces leczenia AN najczęściej jest długotrwały i zazwyczaj obejmuje szeroki zakres oddziaływań terapeutycznych, a dyskusja co do wyboru najodpowiedniejszej kombinacji czynników terapeutycznych i idealnego czasu trwania leczenia pozostaje otwarta. W pewnych okolicznościach, np. w razie zagrażających życiu powikłań somatycznych lub przy niewystarczającej opiece ambulatoryjnej, konieczna jest hospitalizacja. Jednocześnie leczenie w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego jest powszechnie uważane za jeden z bardziej kosztownych i czasochłonnych rodzajów opieki medycznej [3].

W wielu krajach obserwuje się tendencję do skracania czasu hospitalizacji pacjentów z AN na rzecz innych form opieki, które uważane są za mniej kosztowne [4, 5]. Przy czym podkreśla się, że krótszy pobyt w szpitalu obniża koszty tylko aktualnego leczenia, długoterminowo jest jednak nieopłacalny z finansowego punktu widzenia [4, 6]. Analizując dane dotyczące długości hospitalizacji, nie można nie zauważyć zjawiska przedterminowego zakończenia leczenia szpitalnego (*drop out*) wśród pacjentów z zaburzeniami odżywiania [7]. Pacjenci z AN niejednokrotnie są negatywnie nastawieni do leczenia i równie często z niego rezygnują (od 20 do 51% pacjentów); z badań wynika także, że ten odsetek rośnie [8].

W świetle przedstawionych wyżej informacji przewidywana długość hospitalizacji rysuje się jako interesujący cel badań. Rozpoznanie czynników wpływających na długość hospitalizacji może pozwolić na stworzenie strategii terapeutycznych, dzięki którym faza choroby wymagająca leczenia szpitalnego w bezpieczny sposób ulegnie skróceniu.

Do przeglądu piśmiennictwa z lat 1950–2019 wykorzystano bazy PubMed, Wiley Online Library, Embase oraz Scopus z użyciem słów kluczowych: *anorexia nervosa* (AN), *inpatient*, *hospitalization*, *length of stay* (LOS), *drop out*, *predictors*. Zidentyfikowano dziewięć badań [3, 9–16] oceniających wpływ różnych czynników na długość hospitalizacji pacjentów z jadłowstrętem psychicznym oraz jedno [17], którego celem było zidentyfikowanie predyktorów całkowitych kosztów hospitalizacji pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. Autorzy ostatniego badania podkreślają, że przewidywane koszty hospitalizacji są ściśle powiązane z LOS. W artykule nie odniesiono się do badań analizujących czynniki wpływające na przedwczesne zakończenie hospitalizacji. Przegląd ustaleń ma charakter opisowy w związku ze znaczną różnorodnością analizowanych grup, podejść do leczenia oraz rozważanych jako predykatory czynników.

Długość hospitalizacji (*Length of Stay* – LOS)

Prognozowanie czasu pobytu w szpitalu pacjentów z rozpoznaniem AN było przedmiotem niewielkiej liczby badań biorących pod uwagę wiele zmiennych. Według Huntleya i wsp. [18] czynniki wpływające na czas stacjonarnego leczenia jadłowstrętu można podzielić na trzy grupy: (1) związane z systemem opieki zdrowotnej, (2) związane z pacjentem oraz (3) związane z samym leczeniem. Inne badania klasyfikują zmienne w zależności od momentu podjęcia leczenia na: (1) znane przed rozpoczęciem pobytu w szpitalu, (2) poznane na początku hospitalizacji oraz (3) te, które wyłaniają się w trakcie jej trwania.

Odmienności metodologiczne w analizowanych badaniach

Poddane analizie prace cechują się różną metodologią prowadzonych badań. Najważniejsze różnice dotyczą liczebności ocenianych grup, wieku pacjentów w momencie przyjęcia do szpitala, wskaźnika masy ciała BMI lub %IBW (% *Ideal Body Weight* – % idealna masa ciała, czyli procentowy nadmiar lub deficyt idealnej masy ciała, przy założeniu, że 100% jest idealne), a także czasu trwania choroby.

Z dziesięciu analizowanych badań cztery były badaniami wielośrodkowymi [10, 11, 14, 16], podczas gdy pozostałe były projektami jednośrodkowymi. Liczba włączonych pacjentów wahała się od 55 [9] do 1112 [11], przy czym w tym ostatnim badaniu liczba pacjentów z AN wyniosła 338, z bulimią (BN) 605, łącznie z AN oraz BN – 169. Jest to jedno z dwóch badań [11, 14], w których do analiz włączono pacjentów z diagnozą inną niż AN. Ponadto do jednego z badań włączono tylko pacjentów z podtypem restrykcyjnym AN [17]. Ze względu na to, że o mocy statystycznej testu decyduje liczba osób badanych, wyniki prac ze zbyt małą liczbą uczestników mogą nie być wiarygodne. W czterech badaniach włączono pacjentów obydwu płci [9, 11, 14, 17], w pozostałych tylko kobiety.

Wiek pacjentów przy rozpoczęciu hospitalizacji także był zróżnicowany, nie we wszystkich badaniach podano jego średnią wielkość. Warto zauważyć, że czynniki wpływające na czas hospitalizacji mogą się różnić w zależności od wieku. Może to być szczególnie istotne w wypadku pacjentów niepełnoletnich, którzy nie mogą samodzielnie podejmować decyzji odnośnie do hospitalizacji. Ostatecznie dwa badania dotyczyły tylko pacjentów młodzieżowych [12, 15], pięć tylko pacjentów dorosłych, trzy badania [3, 9, 14] zarówno pacjentów dorosłych, jak i nastoletnich.

Wskaźnik masy ciała BMI lub % idealnej masy ciała (%IBW) przy przyjęciu również były różne w wypadku poszczególnych badań. Średnie BMI na początku hospitalizacji wynosiło od 13,1 kg/m² (*SD* = 1,71 kg/m²) [14] do 15,8 kg/m² (*SD* = 1,3 kg/m²) [17]. W dwóch badaniach posłużono się %IBW [9, 11]. Zakres BMI przy przyjęciu sugeruje różne nasilenie objawów u pacjentów, stąd można wnioskować, że inne czynniki mogą wpływać na długość leczenia szpitalnego u pacjentów o różnych profilach klinicznych i nasileniu objawów. Pacjenci, którzy na początku leczenia mają mniejszą masę ciała, mogą potrzebować dłuższej hospitalizacji. Z drugiej jednak strony należy zauważyć, że niższy średni wiek pacjentów

przy przyjęciu może być częściowo odpowiedzialny za niższe średnie wartości BMI na początku hospitalizacji.

Różnice w badaniach dotyczyły także czasu trwania objawów jadłowstrętu psychicznego w momencie przyjęcia do oddziału. Na przykład w badaniu Morris i wsp. [14] średni czas trwania choroby w wypadku nastolatków wynosił 15,1 miesiąca (zakres 0–36 miesięcy), a w wypadku dorosłych 9,7 roku (zakres od 6 miesięcy do 35 lat). W pozostałych badaniach wartości te wahały się od 20,3 miesiąca ($SD = 17,2$) [3] do 9,3 roku [16] (nie podano odchylenia standardowego). Czas trwania objawów najprawdopodobniej jest związany zarówno z nasileniem zaburzenia, jak i wiekiem pacjentów (młodszy pacjenci chorują krócej). Dłuższy czas trwania AN przy przyjęciu do szpitala sugeruje również, że tacy pacjenci nie odpowiadali na inne formy leczenia lub też byli już hospitalizowani, ale bez trwałego efektu terapeutycznego.

W pierwszym badaniu poświęconym omawianemu zagadnieniu, przeprowadzonym przez Nozoe i wsp. [9], diagnozy ustalano retrospektywnie, zgodnie z kryteriami diagnostycznymi DSM-III-R, w pozostałych korzystano z klasyfikacji DSM-IV lub ICD-10 [14]. Czas włączania do badania różnił się także w zależności od badania: od 24 miesięcy w badaniu wieloośrodkowym [14] do 16 lat w badaniu Nozoe i wsp. [9]. Dokonanie porównań w odniesieniu do badań z tak różnym czasem włączania uczestników jest problematyczne, gdyż długi czas rekrutacji zwiększa prawdopodobieństwo istotnego wpływu czynników związanych z protokołem leczenia i jego zmianami na wyniki terapeutyczne. W badaniach zastosowano ponadto różne kryteria włączenia i wyłączenia z badania oraz różne kryteria wypisu. Średni czas leczenia wynosił w zależności od badania od 28 dni ($SD = 24,6$) [17] i 28,5 dni ($SD = 12,3$) [12] do 141,4 dni ($SD = 125,7$) [14].

Największe różnice między badaniami dotyczyły jednak przede wszystkim rodzaju leczenia oferowanego pacjentom. W sześciu badaniach dokładnie opisano zastosowany program terapeutyczny [3, 9, 12, 13, 15, 16], przy czym w 4 ośrodkach [9, 13, 15, 16] stosowano zasady terapii poznawczo-behawioralnej, a w 2 [3, 11] program leczenia w podejściu psychodynamicznym. W trzech pracach podano oczekiwane tempo przyrostu masy ciała pacjentów: 500 g/tydzień (przy kaloryczności początkowo 1000/1200 kcal/dobę, a następnie 1800–2000 kcal/dzień) [9], 700–1000 g/tydzień [15] oraz 600–1000 g/tydzień [16] – w wypadku dwóch ostatnich badań nie zaprezentowano zasad odnośnie do kaloryczności spożywanych posiłków).

Analizowane czynniki i ich związki z długością hospitalizacji

We wszystkich omawianych badaniach oceniano potencjalny związek długości hospitalizacji (*Length of Stay* – LOS) ze wskaźnikami masy ciała (BMI lub %IBW) oraz wiekiem pacjenta przy przyjęciu. Co ciekawe, tylko w jednym [9] wykazano, że wiek pacjenta w momencie hospitalizacji był czynnikiem istotnie statystycznie związanym z wydłużeniem czasu hospitalizacji – starszy wiek w momencie przyjęcia do szpitala odpowiadał dłuższemu pobytowi. W trzech badaniach [10, 16, 17] stwierdzono istotną zależność między długością hospitalizacji a BMI – niższemu BMI przy przyjęciu odpowiadała dłuższa hospitalizacja. Także w trzech badaniach [11, 13, 15]

wykazano, że dłuższy czas pobytu w szpitalu był istotnie związany z odnotowanym większym zakresem zmiany w zakresie BMI pacjentów.

W kilku badaniach [3, 10, 13, 15, 16] analizowano znaczenie rozpoznanego podtypu zaburzeń odżywiania (restrykcyjny/przeczyszczający lub atypowy/typowy), a także obecność w obrazie klinicznym napadów objadania się i/lub prowokowania wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających i/lub moczopędnych [9] lub nadużywania środków dietetycznych [10]. Tylko w jednym badaniu [16] wykazano, że podtyp przeczyszczający AN wiązał się znacznie z dłuższym czasem trwania leczenia. Niejednoznacznych wyników dostarczają też badania, w których oceniano związek długości czasu hospitalizacji z nasileniem objawów zaburzeń odżywiania, mierzonym metodami kwestionariuszowymi [11–16]. Tylko w 2 badaniach wykazano, że większe nasilenie objawów przy przyjęciu wiązało się znacznie z dłuższym czasem trwania leczenia [11, 16], a w jednym, że krótszy pobyt był związany z istotną zmianą nasilenia objawów mierzoną za pomocą *Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania* EDI-2 [15].

W sześciu badaniach [3, 9, 11, 13–15] oceniono czas, który upłynął od pojawienia się pierwszych objawów do momentu hospitalizacji, a w jednym [15] także fakt podjęcia wcześniejszego leczenia ambulatoryjnego. Tylko w jednym [3] stwierdzono, że czas hospitalizacji był istotnie dłuższy w wypadku dłuższego czasu trwania objawów AN. Co więcej, minimalna masa ciała odnotowana w czasie trwania choroby (określona jako wskaźnik %IBW) [3, 9, 10] okazała się czynnikiem istotnie statystycznie związanym z wydłużeniem czasu hospitalizacji tylko w jednej z przeprowadzonych obserwacji [9]. W pięciu badaniach [3, 9, 10, 13, 16] analizowano wiek pacjentów w momencie pojawienia się objawów zaburzenia, natomiast ich wyniki nie wskazują na istotne statystycznie związki.

Analizowanymi czynnikami łączącymi się z przebiegiem i leczeniem jądłowstrętu psychicznego były także: obecność menstruacji [3, 10], konieczność zastosowania farmakoterapii [13, 15], obecność nieprawidłowości w badaniach dodatkowych (m.in. jonogram, ocena czynności nerek i wątroby, EKG) [10], czas, jaki upłynął między pierwszymi objawami choroby a pierwszą konsultacją, konieczność przeniesienia pacjenta do oddziału intensywnej terapii w trakcie hospitalizacji, amplituda kontraktu terapeutycznego i jego realizacja [3] oraz żywienie za pomocą zgłębnika nosowo-żołądkowego podczas hospitalizacji [3, 14]. W tym ostatnim wypadku stwierdzono związek z czasem hospitalizacji – pacjenci, którzy wymagali karmienia przez zgłębnik, mieli znacznie dłuższy czas hospitalizacji w porównaniu z tymi, którzy takiego postępowania nie wymagali.

We wszystkich omawianych badaniach [3, 9, 10-17] oceniano znaczenie współwystępowania innych zaburzeń lub objawów zaburzeń psychicznych, przy czym w pięciu [11–14, 16] oceny dokonywano za pomocą metod kwestionariuszowych. Tylko w jednym badaniu [3] wykazano dłuższy czas hospitalizacji w związku ze współwystępowaniem zaburzeń nastroju, lękowych lub osobowości (bez istotnych różnic między nimi). W kolejnym [17] obecność zaburzeń osobowości i zachowania wieku dorosłego (w tym diagnoz według ICD-10: schizofrenia innego rodzaju F20.8, osobowość chwiejna emocjonalnie F60.3, inne zaburzenia osobowości F60.8, mieszane zaburzenia osobowości F61, inne oznaki i objawy dotyczące stanu emocjonalnego

R45.8, inne problemy związane ze stylem życia Z72.8) powiązано ze znacznym wzrostem kosztów leczenia, co może oznaczać dłuższy czas hospitalizacji.

Inne spośród analizowanych czynników to poziom współpracy pacjenta i realizowanie zaleceń (*compliance*) oraz gotowość do zmiany i motywacja [3, 10, 11, 12, 15, 16]. Tylko w jednym badaniu [3] czas pobytu w szpitalu był istotnie krótszy w wypadku dobrej współpracy z pacjentem (definiowanej jako wypełnianie kontraktu zawartego między pacjentem, jego rodziną i personelem odnośnie kontaktu ze światem zewnętrznym podczas hospitalizacji oraz odnośnie docelowej masy ciała). W jednym badaniu [12] stwierdzono, że uczestnicy z wyższym poziomem gotowości na zmianę byli hospitalizowani znacznie krócej.

Poza jednym badaniem [17] we wszystkich omawianych oceniano ewentualny wpływ liczby wcześniejszych hospitalizacji psychiatrycznych na długość aktualnego pobytu. Tylko w jednym [10] w odniesieniu do osób hospitalizowanych po raz drugi lub trzeci stwierdzono istotnie dłuższy czas pobytu w porównaniu z tymi, które były hospitalizowane po raz pierwszy lub więcej niż trzy razy. Rodzaj szpitala, w którym był hospitalizowany pacjent (kryteria to sposób finansowania i program oddziaływań terapeutycznych), oceniany jako potencjalny czynnik w trzech badaniach [10, 11, 14], tylko w jednym wypadku [11] okazał się mieć znaczenie – pacjenci w szpitalach z osobnym oddziałem zaburzeń odżywiania byli leczeni średnio dłużej o 7 tygodni w porównaniu ze szpitalem specjalizującym się w zaburzeniach odżywiania. Ponadto w wypadku pacjentów kierowanych na leczenie przymusowo odnotowano istotnie dłuższy czas pobytu na oddziale w porównaniu z pacjentami leczonymi dobrowolnie [14].

Czynniki takie jak poziom wykształcenia pacjenta [3, 10, 16], jego status społeczno-ekonomiczny [3], relacja między pacjentem i innymi członkami rodziny [9, 11, 13], problemy psychiczne w wywiadzie rodzinnym [13], mieszkanie samotnie lub daleko od rodziny [3, 9, 12, 13, 16], posiadanie partnera [16], zawód pacjenta [10, 13], jego stan cywilny [10, 13], odległość od miejsca zamieszkania od szpitala [3, 10], dokonywanie kradzieży w wywiadzie [3, 9], słaba adaptacja społeczna definiowana jako odmowa chodzenia do szkoły lub pracy, albo bycie bezrobotnym przed początkiem choroby [9] w przytoczonych badaniach nie miały istotnego wpływu na czas hospitalizacji.

Wnioski płynące z badań

Na podstawie przedstawionych powyżej analiz można przyjąć, że uzyskane w omawianych badaniach wyniki nie są spójne i jednoznaczne, co można tłumaczyć zależnością długości hospitalizacji od wielu zmiennych, a także różnicami metodologicznymi prowadzonych badań. Warto jednak podkreślić, że dane dotyczące predyktorów, które udałoby się wiarygodnie replikować, mogłyby mieć ogromne znaczenie kliniczne bez względu na zmienne odnoszące się do systemu lub zasad opieki zdrowotnej.

Obecna analiza wykazała, że pacjenci z dłuższym czasem hospitalizacji charakteryzowali się niższym wskaźnikiem masy ciała przy przyjęciu, co wydaje się klinicznie wiarygodne, ponieważ ci pacjenci prawdopodobnie prezentują grupę z większym nasileniem objawów. Natomiast wiek pacjenta przy przyjęciu istotnie prognozował LOS tylko w jednym badaniu [9].

Istotny związek między niższym wskaźnikiem BMI przy przyjęciu a długością hospitalizacji jest dość oczywisty. Podstawowym celem szpitalnych procedur w AN jest przyrost masy ciała, a pacjenci z niskim BMI mogą być zachęcani do dłuższego pobytu, co znajduje swoje potwierdzenie również w pierwszym badaniu poświęconym omawianej tematyce [9], gdzie zaobserwowano, że na wydłużenie LOS miała wpływ niższa masa ciała przy przyjęciu do szpitala. Z kolei jak wiadomo masa ciała przy przyjęciu do szpitala jest ściśle związana z podejmowanymi procedurami leczniczymi (np. realimentacja przeprowadzana jest w taki sposób, żeby wartość kaloryczna posiłków wzrastała w miarę pobytu w szpitalu, co oznacza, że w wypadku pacjentów z większą utratą masy ciała potrzeba więcej czasu, by osiągnąć masę docelową). Nie wszystkie jednak badania potwierdzają te obserwacje. Na przykład w badaniu Strik Lievers i wsp. [3] minimalne BMI od momentu zachorowania, BMI przy przyjęciu i amplituda masy ciała nie łączyły się w sposób istotny z długością hospitalizacji. Być może różnice te można wyjaśnić stosowaniem różnych procedur terapeutycznych. Z kolei Nozoe i wsp. [9] badali pacjentów poddanych terapii behawioralnej, w których wypadku czas pobytu zależał ściśle od tygodniowych przyrostów masy ciała (stąd można przyjąć, że pacjent z niższym BMI przy przyjęciu prawdopodobnie potrzebował dłuższej hospitalizacji). Z kolei w badaniu Strik Lievers i wsp. [3] docelowa masa ciała była określana poprzez uwzględnienie należnej masy ciała pacjenta, maksymalnej masy ciała pacjenta w przeszłości oraz pragnień pacjenta i jego rodziców, a czas hospitalizacji nie był określany przy przyjęciu i zależał od pacjenta, który zostawał wypisany po osiągnięciu ostatecznej wagi docelowej.

Zwiększenie masy ciała jest często kryterium wypisu z oddziałów szpitalnych. Należy jednak zaznaczyć, że obecnie pacjenci są często wypisywani znacznie szybciej i przy niższej masie ciała. Na przykład Wiseman i wsp. [4] zaobserwowali zmniejszenie średniej długości pobytu z powodu zaburzeń odżywiania pacjentów hospitalizowanych w okresie 14 lat ze 149,5 dni w 1984 roku do 23,7 dni w 1998 roku. Towarzyszyło temu równoległe obniżenie wartości BMI u osób z jadłowstrętem psychicznym przy wypisie od 19 do 20 przed 1995 rokiem do średnio 17,7 w 1998 roku. Średnie BMI dla tych ostatnich pacjentów przy przyjęciu nie uległo zmianie. Ci sami autorzy wykazali, że prawdopodobieństwo nawrotu i readmisji wzrasta wraz ze zmniejszeniem % idealnej masy ciała przy wypisie [4].

W obliczu zjawiska skracania długości pobytów szpitalnych warto zwrócić uwagę na liczne niebezpieczeństwa wynikające z tendencji do przyspieszania przyrostu masy ciała podczas hospitalizacji. Powolne zwiększanie kaloryczności posiłków (zaczynając od około 1200 kcal/dzień lub mniej) ma na celu zminimalizowanie ryzyka powikłań, ale jest związane z powolnym przyrostem masy ciała, co przyczyniło się do zmiany praktyki klinicznej oraz badań w kierunku wyższego spożycia kalorii podczas hospitalizacji. Zmiany te znajdują odzwierciedlenie w wynikach systematycznego przeglądu badań dotyczących rehabilitacji masy ciała pacjentów hospitalizowanych z powodu jadłowstrętu psychicznego dokonanego przez Garber i wsp. [19], w którym przeanalizowano literaturę z lat 1960–2015 (łącznie 22 publikacje). Autorzy zaobserwowali, że od 2010 roku w 10 z analizowanych badań realimentację rozpoczynano od wartości kalorycznej posiłków rzędu 1400 kcal/dzień. Tylko w 2 badaniach stosowano metody

o niskiej kaloryczności posiłków, także u pacjentów poważnie niedożywionych (BMI < 15 kg/m² u osób dorosłych lub BMI < 70% mediany BMI oczekiwanej w stosunku do wzrostu u młodzieży). Jednocześnie klinicyści i badacze przypominają o zarówno fizycznych, jak i psychicznych powikłaniach związanych z szybkim przywróceniem masy ciała. Nozoe i wsp. [9] opowiadają się za dłuższym leczeniem szpitalnym osób z dużym nasileniem objawów jadłowstrętu psychicznego, podkreślając, że tacy pacjenci mają zdecydowanie większe trudności z zaakceptowaniem docelowej masy ciała i wykazują wyższy poziom niepokoju w miarę zbliżania się czasu wypisu. Commerford i wsp. [20] zalecają, by pacjenci z jadłowstrętem psychicznym utrzymywali docelową masę ciała przez co najmniej dwa tygodnie przed zakończeniem hospitalizacji.

Garber i wsp. [19] zaznaczają jednak, że programy leczenia z niższą wartością kaloryczną posiłków i powolnym jej zwiększaniem mogą odgrywać większą rolę u pacjentów poważnie niedożywionych (BMI < 15 kg/m²) i przewlekle chorych, natomiast wyższa wartość kaloryczna posiłków może przynieść szybszy efekt w wypadku znacznego odsetka pacjentów z umiarkowanym niedożywieniem (BMI na poziomie 75–85% normy) i z krótszym przebiegiem AN. Ponadto we wnioskach zaakcentowali, że rehabilitacja masy ciała oparta na żywieniu doustnym oraz z wykorzystaniem dodatkowych metod, takich jak karmienie dożołądkowe, skutkuje podobnym przyrostem masy ciała. Należy w tym miejscu przypomnieć, że w przytoczonych wcześniej badaniach [3, 14] zaobserwowano, że zastosowanie zgłębnika dożołądkowego istotnie wydłuża czas hospitalizacji. Ostatecznie jednak, mimo że zastosowanie żywienia za pomocą sondy prowadzi do szybszego przyrostu masy ciała, to sama potrzeba wdrożenia takiej interwencji sugeruje poważniejszy przebieg schorzenia oraz niemożność uzyskania satysfakcjonującego fizjologicznego przyrostu masy ciała. Odkrycie to jest dość oczywiste, gdyż należy przyjąć, że pacjenci wymagający karmienia dożołądkowego wykazują większą oporność na leczenie.

Często badana zmienna, jaką jest wiek pacjenta przy przyjęciu, okazała się mieć wartość predykcyjną tylko w jednym badaniu [9]. Autorzy, dyskutując jego wyniki, podkreślili, że starsi pacjenci mogą być mniej podatni na leczenie, możliwe, że w wyniku przewlekłego przebiegu schorzenia. Potrzebują więcej czasu, by zaakceptować potrzebę leczenia, co prowadzi do dłuższego pobytu w szpitalu. W analizowanej grupie wielu ze starszych wiekiem pacjentów nie zgadzało się na porady lekarskie i miało skłonność do odmowy leczenia na wczesnych etapach hospitalizacji. Ponadto autorzy badania zwracają uwagę, że starsi wiekiem pacjenci mają tendencję do rezygnacji z leczenia szpitalnego na wczesnym jego etapie – pacjenci, którzy osiągnęli < 66,7% idealnej masy ciała lub mieli więcej niż 20 lat, byli znacząco mniej współpracujący. Ponadto wykazano dodatnią korelację między wiekiem pacjenta w momencie zachorowania a wiekiem przy przyjęciu do szpitala oraz między wiekiem przy przyjęciu a czasem trwania choroby przed przyjęciem do szpitala. Z tymi wynikami wiążą się obserwacje kolejnych dwóch badań. W badaniu Strik Lievers i wsp. [3] czas hospitalizacji był istotnie dłuższy w wypadku dłuższego czasu trwania AN, w badaniu Maguire i wsp. [10] zaś wykazano związek między długością pobytu a liczbą poprzednich hospitalizacji (2–3-krotna hospitalizacja była związana z dłuższym pobytem). Zaburzenie o dłuższym czasie trwania jest zazwyczaj bardziej skomplikowane objawowo i mniej

podatne na interwencję terapeutyczną, co może oznaczać także więcej nieskutecznych prób leczenia.

W trzech z omawianych badań [11, 15, 16] długość hospitalizacji miała związek z nasileniem objawów, a w dwóch [3, 17] z obecnością innych zaburzeń współwystępujących, co oczywiście wydaje się klinicznie wiarygodne, ponieważ te grupy pacjentów mogą wymagać dodatkowego czasu leczenia. Obecność zaburzeń współwystępujących jest negatywnym czynnikiem prognostycznym dla przebiegu jądłowstrętu psychicznego, powoduje, że AN nie może być jedynym celem leczenia, co więcej – dodatkowe problemy mogą utrudniać rehabilitację masy ciała, tym samym wydłużając hospitalizację. Ponadto w dwóch badaniach [3, 12] wykazano, że pacjenci z wysokim poziomem motywacji do pracy i stosujący się do zasad kontraktu byli krócej hospitalizowani. Takie wyniki stanowią uzupełnienie informacji sugerujących, że poziom motywacji pacjenta można wykorzystać jako czynnik do monitorowania postępu leczenia.

W żadnym z badań nie wykazano związków między długością hospitalizacji a takimi zmiennymi jak wykształcenie pacjenta, jego status społeczno-ekonomiczny, posiadanie partnera, samotne zamieszkiwanie czy obecność zaburzeń psychicznych w rodzinie. Można zatem przyjąć, że na długość pobytu w szpitalu największy wpływ mają tzw. czynniki poznane na początku hospitalizacji, takie jak wskaźnik masy ciała, ewentualnie poziom nasilenia objawów i motywacji do pracy, oraz czynniki wyłaniające się w trakcie hospitalizacji, takie jak stopień realizacji kontraktu. Co więcej, identyfikacja pacjentów z dłuższym czasem trwania objawów AN przed hospitalizacją stwarza możliwość poinformowania pacjenta i jego rodziny o przypuszczalnie dłuższym czasie hospitalizacji, co powinno wpłynąć na poprawę współpracy.

Podsumowanie

Analizowane tutaj zagadnienie jest częścią bardzo ważnej naukowo, społecznie i ekonomicznie debaty. Czas trwania hospitalizacji i jej ewentualne przedwczesne zakończenie mają poważne konsekwencje kliniczne, a identyfikacja ewentualnych czynników ryzyka może wspierać wybór konkretnych środków leczniczych w celu poprawy leczenia. Wskazane są dalsze badania, także z uwzględnieniem zjawiska rezygnacji z leczenia (*drop out*) i ze świadomością, że wyniki badań zawsze będą w pewnej mierze szacunkowe, ponieważ obecnie nie jest możliwe rutynowe kontrolowanie wszystkich elementów leczenia: medycznych, związanych z programem leczenia, żywieniowych, farmakologicznych czy psychospołecznych.

Wyniki badań odnoszących się do prognozowania długości trwania hospitalizacji mogą ułatwić rozpoznanie pacjentów, którzy wymagają dłuższego pobytu w szpitalu. Może to umożliwić optymalizację i indywidualizację leczenia, jak również poprawić współpracę z pacjentem (informowanie pacjentów odnośnie do prawdopodobnego przebiegu leczenia). Z kolei poprawa w zakresie skuteczności oddziaływań niewątpliwie może się przełożyć na zmniejszenie kosztów opieki oraz pozwolić na szybsze, satysfakcjonujące i pełne funkcjonowanie osób chorujących.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Strik Lievers L, Curt F, Wallier J, Perdereau F, Rein Z, Jeammet P i wsp. *Predictive factors of length of inpatient treatment in anorexia nervosa*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 18(2): 75–84.
4. Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F, Harris WA, Halmi KA. *Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients*. Int. J. Eat. Disord. 2001; 30(1): 69–74.
5. Howard WT, Evans KK, Quintero-Howard CV, Bowers BA, Andersen AE. *Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa*. Am. J. Psychiatry 1999; 156(11): 1697–1702.
6. Kaye WH, Kaplan AS, Zucker ML. *Treating eating-disorder patients in a managed care environment. Contemporary American issues and Canadian response*. Psychiatr. Clin. North Am. 1996; 19(4): 793–810.
7. Huas C, Godart N, Foulon C, Pham-Scottex A, Divac S, Fedorowicz V i wsp. *Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Data from a large French sample*. Psychiatry Res. 2011; 185(3): 421–426.
8. Pingani L, Catellani S, Arnone F, De Bernardis E, Vinci V, Ziosi G i wsp. *Predictors of dropout from in-patient treatment of eating disorders: An Italian experience*. Eat. Weight Disord. 2012; 17(4): 290–297.
9. Nozoe SI, Soejima Y, Yoshioka M, Naruo T, Masuda A, Nagai N i wsp. *Clinical features of patients with anorexia nervosa: Assessment of factors influencing the duration of in-patient treatment*. J. Psychosom. Res. 1995; 39(3): 271–281.
10. Maguire S, Surgenor LJ, Abraham S, Beumont P. *An international collaborative database: Its use in predicting length of stay for inpatient treatment of anorexia nervosa*. Aust. N Z J Psychiatry 2003; 37(6): 74–77.
11. Kächele H, Kordy H, Richard M, Tr-Eat R. *Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study*. Psychother. Res. 2001; 11(3): 239–257.
12. McHugh MD. *Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2007; 40(7): 602–612.
13. Collin P, Power K, Karatzias T, Grierson D, Yellowlees A. *The effectiveness of, and predictors of response to, inpatient treatment of anorexia nervosa*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2010; 18(6): 464–474.
14. Morris J, Simpson AV, Voy SJ. *Length of stay of inpatients with eating disorders*. Clin. Psychol. Psychother. 2015; 22(1): 45–53.
15. Schlegl S, Diedrich A, Neumayr C, Fumi M, Naab S, Voderholzer U. *Inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa: Clinical significance and predictors of treatment outcome*. Eur. Eat. Disord. Rev. 2016; 24(3): 214–222.
16. Kästner D, Löwe B, Weigel A, Osen B, Voderholzer U, Gumz A. *Factors influencing the length of hospital stay of patients with anorexia nervosa – Results of a prospective multi-center study*. BMC Health Serv. Res. 2018; 18(1): 22.
17. Haas L, Stargardt T, Schreyoegg J, Schlösser R, Danzer G, Klapp BF. *Inpatient costs and predictors of costs in the psychosomatic treatment of anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2012; 45(2): 214–221.

18. Huntley D, Cho DW, Christman J, Csernansky JG. *Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital*. Psychiatr. Serv. 1998; 49(8): 1049–1053.
19. Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, Guarda AS, Katzman DK, Kohn MR i wsp. *A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2016; 49(3): 293–310.
20. Commerford M, Licinio J, Halmi K. *Guidelines for discharging eating disorder inpatients*. Eating Disorders 1997; 5(1): 69–74.

Adres: Dorota Chmylko-Terlikowska
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Klinika Wieku Rozwojowego
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 63a
e-mail: dchmylko@wum.edu.pl

Otrzymano: 29.04.2019

Zrecenzowano: 16.10.2019

Otrzymano po poprawie: 20.04.2020

Przyjęto do druku: 17.09.2020