

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania w adolescencji z uwzględnieniem roli perfekcjonizmu

Cognitive behavioral therapy for adolescents with eating disorders, with particular regard to clinical perfectionism

Magdalena Chęć, Sylwia Michałowska

Katedra Psychologii Klinicznej i Psychoprophylaktyki, Instytut Psychologii,
Uniwersytet Szczeciński

Summary

Eating disorders are a considerable and prevalent problem among adolescents. Due to their significant adverse health consequences, it is of key importance to examine available treatment options and their effects. Despite the shared criteria for eating disorders in adolescents and adults, the diagnostic and therapeutic processes in the former require distinct specialist interventions, including the entire family environment. Available research suggests that family-based treatment (FBT) and enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E) are particularly beneficial in the management of eating disorders and prevention of relapse in young patients. Since clinical perfectionism is postulated to be an important mechanism underlying the development and maintenance of eating disorders, its consideration in therapy may contribute to faster and long-term recovery. This article presents available evidence on the effectiveness of psychosocial interventions in adolescents with eating disorders and clinical perfectionism, with a particular focus on differences in the use of CBT-E and FBT. The presented knowledge may facilitate clinical decisions concerning selection of the most effective methods and forms of intervention adapted to case conceptualisation in adolescents with eating disorders.

Słowa kluczowe: adolescencja, zaburzenia odżywiania, terapia poznawczo-behawioralna

Key words: adolescence, eating disorders, cognitive behavioural therapy

Wprowadzenie

Zaburzenia odżywiania od lat stanowią problem zarówno diagnostyczny, jak i terapeutyczny. Podstawowy schemat klasyfikacji i diagnozy zaburzeń odżywiania, jakim jest ICD-11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), wyróżnia osiem typów zaburzeń odżywiania, takich jak: jadło-

wstręt psychiczny (*Anorexia Nervosa*), żarłoczność psychiczna (*Bulimia Nervosa*), zaburzenie z napadami objadania się (*Binge Eating Disorder*), zaburzenie polegające na ograniczaniu/unikaniu przyjmowania pokarmów (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*), pica (*Pica*), zaburzenie z ruminacją – regurgitacją (*Rumination-regurgitation Disorder*), inne specyficzne zaburzenia jedzenia i odżywiania (*Other Specified Feeding or Eating Disorders*) oraz zaburzenia jedzenia i odżywiania, nieokreślone (*Feeding or Eating Disorders, unspecified*) [1].

Pomimo szerokiej, stale aktualizowanej wiedzy na temat objawów czy przebiegu zaburzeń odżywiania wciąż istnieje widoczna trudność w ocenie ich rozpowszechnienia, szczególnie wśród adolescentów. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się w stosunkowo rzadkim występowaniu tego zjawiska oraz w postawie pacjentów, ukierunkowanej na unikanie profesjonalnej pomocy, negowanie choroby czy korzystanie ze wzmocnień, jakie zapewnia [2]. Analizy dowodzą, że jedynie 50% przypadków jadłowstrętu psychicznego (*Anorexia Nervosa* – AN) jest rozpoznawanych w ramach systemu opieki zdrowotnej, a ze specjalistycznej pomocy korzysta zaledwie 1/3 chorych [3].

Dane europejskie wskazują na rozpowszechnienie anoreksji wśród kobiet w zakresie 1–4%, a żarłoczności psychicznej (*Bulimia Nervosa* – BN) między 1% a 2% [4]. Średni wiek w momencie zachorowania na AN szacuje się na 17 lat [5]. Około 40% zachorowań na anoreksję dotyczy kobiet w przedziale wiekowym między 15. a 19. rokiem życia [2]. Początek zaburzeń odżywiania przypada właśnie na okres dojrzewania i, aż 13% kobiet przed ukończeniem 20. roku życia doświadczą objawów jednego z nich [6]. Stąd pilna potrzeba analizy tego zjawiska w odniesieniu do pacjentów znajdujących się w wieku rozwojowym oraz poszukiwania oddziaływań o udowodnionej naukowo skuteczności.

Specyfika diagnozy i leczenia zaburzeń odżywiania u adolescentów

Przebieg choroby oraz swoistość diagnozy zaburzeń odżywiania w okresie dojrzewania to istotny czynnik, który należy uwzględnić zarówno w procesie diagnostycznym, jak i terapeutycznym. Choć kryteria diagnostyczne dotyczące anoreksji są takie same w wypadku dzieci i dorosłych, to diagnoza u małych dzieci powinna obejmować i treści werbalne, i wnioski płynące z obserwacji oraz relacje bliskich, zwykle rodziców [7]. Na pełną diagnozę dziecka lub nastolatka w obszarze zaburzeń odżywiania powinny się składać dokładny wywiad lekarski, żywieniowy i psychiatryczny oraz szczegółowe badanie fizykalne [8].

Warto zwrócić uwagę, że w okresie przed dojrzewaniem zaburzenia odżywiania częściej niż u starszych nastolatków wiążą się przedchorobowo z innymi objawami psychopatologii (np. depresją, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi czy zaburzeniami lękowymi), a także rzadziej prowadzą do ujawnienia zachowań takich jak napadowe objadanie się czy przeczyszczanie [9]. W leczeniu dzieci i młodzieży zalecane jest podejście multidyscyplinarne (*Multidisciplinary Psychiatric Teams* – MDT), realizowane przez zespół złożony ze specjalistów, takich jak psychiatra, terapeuta rodzinny, psycholog, pediatra, pielęgniarka, czy dietetyk [10]. Na początkowym

etapie szczególnie istotną rolę odgrywa pediatra, którego zadaniem jest m.in. ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta bądź skierowanie do leczenia szpitalnego w razie ostrych objawów [11].

Leczenie pacjentów w okresie dojrzewania wymaga uwzględnienia typowych dla tego wieku zadań rozwojowych, jak również włączenia w ten proces ich rodzin [12]. W ostatnich latach wiodącym podejściem w leczeniu tzw. pierwszego rzutu w wypadku zaburzeń odżywiania u dzieci stała się wyspecjalizowana interwencja rodzinna (*Family-based Treatment – FBT*), której skuteczność została potwierdzona w licznych analizach [13–15]. Jednocześnie wskazuje się na skuteczność innych oddziaływań, takich jak m.in. wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna (*Enhanced Cognitive Behavioural Therapy – CBT-E*) [16].

Gdy leczenie tzw. pierwszego rzutu nie przynosi oczekiwanych efektów, sugeruje się włączenie w plan leczenia intensywnego coachingu rodziców, ukierunkowanego na wzmocnienie umiejętności komunikacyjnych [17], oraz opartej na badaniach neuropsychologicznych terapii poznawczo-remediacyjnej (*Cognitive Remediation Therapy – CRT*), której celem jest zwiększenie elastyczności poznawczej, z uwzględnieniem sztywności myślenia i skupienia na szczegółach charakterystycznych dla anoreksji [18].

W wypadku bulimii i zaburzeń z napadami objadania się to właśnie terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive Behavioral Therapy – CBT*) jest uznawana za opartą na dowodach naukowych podstawową metodę leczenia [19].

Międzynarodowe wytyczne dotyczące leczenia zaburzeń odżywiania u adolescentów

Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach psychoterapeuci, psycholodzy, lekarze psychiatry i inni specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym młodzieży w swojej pracy kierują się wytycznymi kilku ważnych organizacji. Pierwszą z nich jest The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), czyli agencja Ministerstwa Zdrowia Wielkiej Brytanii, która odpowiada za opiniowanie procedur medycznych i rekomendowanie ich finansowania. Drugą jest największe na świecie stowarzyszenie zawodowe psychiatrów i studentów psychiatrii, czyli Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (The American Psychiatric Association – APA). Istotną rolę w wytyczaniu ścieżek oddziaływań psychospołecznych dla młodzieży odgrywa także The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP), które funkcjonuje jako stowarzyszenie zawodowe w Stanach Zjednoczonych. Rekomendacje tych trzech organizacji powstały nie tylko z myślą o specjalistach zdrowia psychicznego, ale przede wszystkim o nastolatkach, ich opiekunach i rodzinach.

Aktualne wytyczne dotyczące wdrażania odpowiednich i skutecznych oddziaływań psychospołecznych u młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania udostępnia m.in. NICE. Ostatnie rekomendacje AACAP pochodzą z 2015 roku i zgodnie z informacją zawartą na stronie internetowej dezaktualizują się już po 5 latach. Wytyczne APA, którymi posługują się dzisiaj specjaliści zdrowia psychicznego pochodzą z 2023 roku. Obejmują m.in. badanie przesiewowe w celu wykrycia zaburzeń odżywiania podczas wstępnej oceny psychiatrycznej. W leczeniu anoreksji, bulimii i BED rekomenduje się

psychoterapie skoncentrowane na zaburzeniach odżywiania, takie jak terapia poznawczo-behawioralna czy terapia interpersonalna. W przypadku młodzieży z anoreksją lub bulimią ważną częścią terapii jest włączenie rodziny do procesu leczenia. Zaleca się ustalanie indywidualnych celów dotyczących wagi pacjenta, dostosowanych do jego potrzeb zdrowotnych [20]. Zgodnie z najnowszymi rekomendacjami NICE w grupie dzieci i młodzieży z rozpoznaniem AN w leczeniu tzw. pierwszego rzutu zaleca się stosowanie terapii rodzinnej (*Family Therapy for Anorexia Nervosa – FT-AN*) [21, 22]. FT-AN może być prowadzona zarówno jako terapia jednorodzinna, jak i wielorodzinna. Przewiduje od 18 do 20 sesji w trakcie całego roku i koncentruje się na roli rodziny w zdrowieniu dzieci i młodzieży z AN. W pierwszej fazie leczenie obejmuje psychoedukację na temat żywienia oraz zakres i formy pomocy, jakiej opiekunowie mogą udzielać swoim chorującym dzieciom w kwestii odżywiania. Druga faza terapii skupia się na towarzyszeniu dziecku w zdrowieniu. Na tym etapie rodzic pełni funkcję jedynie wspierającą. W trakcie terapii rodzinnej konieczne jest określenie adekwatnego do etapu rozwojowego poziomu samodzielności młodego pacjenta, a także ustalenie planów zakończenia leczenia, z uwzględnieniem obaw wszystkich członków rodziny. FT-AN powinna zakończyć się pracą nad zapobieganiem nawrotom [21].

Gdy FT-AN jest niemożliwa, przeciwwskazana lub nieskuteczna w leczeniu AN u dzieci i młodzieży, zalecana jest terapia poznawczo-behawioralna skoncentrowana na zaburzeniach odżywiania (*Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders – CBT-ED*) lub psychoterapia skoncentrowana na młodzieży (*Adolescent-focused Therapy – AFP-AN*) [21, 23]. Indywidualna terapia poznawczo-behawioralna dla dzieci i młodzieży z AN obejmuje, tak samo jak w wypadku terapii CBT prowadzonej z udziałem dorosłych, do 40 sesji w ciągu 40 tygodni, z tym że niezbędne jest wprowadzenie dodatkowych od 8 do 12 sesji rodzinnych, poświęconych m.in. na psychoedukację na temat żywienia oraz wsparcie rodziny w zdrowieniu dziecka. Celem CBT-ED jest zmiana nawyków żywieniowych młodego pacjenta na zdrowsze, restrukturyzacja poznawcza, usprawnianie umiejętności społecznych, regulacja emocji, budowanie prawidłowego obrazu ciała oraz wzmacnianie samooceny, a na koniec terapii – zapobieganie nawrotom. W ramach CBT-ED ukierunkowanej na dzieci i młodzież konieczne jest uwzględnianie ich potrzeb rozwojowych [21].

Zgodnie z rekomendacjami NICE u nastolatków z zaburzeniami napadowego objadania się zalecane jest stosowanie tych samych oddziaływań terapeutycznych co u dorosłych. Sugeruje się korzystanie z materiałów samopomocowych CBT dotyczących zaburzeń odżywiania, wspartych kilkoma 20-minutowymi sesjami, które miałyby się odbyć w ciągu 16 tygodni. Jeśli działania samopomocowe są niemożliwe, przeciwwskazane lub nieskuteczne, należy po 4 tygodniach wdrożyć CBT-ED w formie grupowych, 90-minutowych sesji w ciągu 4 miesięcy. Terapia grupowa objadania się skupiona jest na psychoedukacji, zmianie nawyków żywieniowych oraz na pomocy w analizie problemów i celów pacjenta. Zawiera trening ekspozycji ciała i zmianę negatywnych przekonań na jego temat, przeciwdziałanie nawrotom i rozwój strategii radzenia sobie w kryzysowych dla żywienia sytuacjach (m.in. naukę radzenia sobie z tzw. wyzwaczami). Jeśli pacjent nie może czy nie chce uczestniczyć w terapii grupowej (np. z powodu braku dostępności takiej pomocy w jego miejscu zamieszka-

nia czy braku motywacji do pracy we wskazanej formie), należy rozważyć od 16 do 20 indywidualnych sesji CBT-ED. Indywidualna CBT skoncentrowana na objadaniu się zawiera: psychoedukację dotyczącą żywienia (regularność posiłków, unikanie głodu), pracę z emocjonalnymi wyzwalaczami w ramach restrukturyzacji poznawczej, eksperymenty behawioralne i ekspozycje, jak również pracę nad obrazem ciała. W trakcie terapii zaleca się stały monitoring zachowań powiązanych z jedzeniem, objadaniem i wagą. Konieczne jest też zapobieganie nawrotom i dążenie do utrzymania zmian [21].

W wypadku bulimii u dzieci i młodzieży NICE proponuje terapię rodzinną skoncentrowaną na bulimii (*Family and Multi-family Therapy for Bulimia Nervosa – FT-BN*). Terapia rodzinna bulimii przewiduje od 18 do 20 sesji prowadzonych w ciągu 6 miesięcy. Jeśli młody pacjent z różnych przyczyn nie chce lub nie może uczestniczyć w FT-BN (np. z powodu braku dostępności, braku wykwalifikowanych specjalistów prowadzących wskazaną formę oddziaływań, braku zgody pozostałych członków rodziny na udział w systematycznym procesie), zaleca się jego udział w indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej skoncentrowanej na zaburzeniach odżywiania (CBT-ED) w formie 18 sesji w ciągu 6 miesięcy w połączeniu z 4 sesjami z jego opiekunami. Indywidualna praca z bulimią u dzieci i młodzieży powinna skupiać się na budowaniu motywacji do zmiany, psychoedukacji na temat zaburzeń odżywiania, zmianie nawyków żywieniowych, stałym monitorowaniu i radzeniu sobie z własnymi myślami, uczuciami i zachowaniami, rozwiązywaniu problemów oraz zapobieganiu nawrotom [21].

Zgodnie z wytycznymi ACAAP leczeniem pierwszego wyboru jest ambulatoryjna pomoc psychospołeczna. W razie rozpoznania u nastolatków AN jako najskuteczniejszą metodę wskazuje się FBT (*Family-based Treatment*), która obejmuje od 10 do 20 sesji rodzinnych prowadzonych w okresie od 6 do 12 miesięcy. Wśród terapii indywidualnych, które mogą być skuteczne w leczeniu AN u młodzieży, AACAP wymienia terapię skoncentrowaną na młodzieży (*Adolescent-focused Therapy – AFP*) oraz terapię poznawczo-behawioralną (szczególnie jej wzmocnioną wersję – CBT-E). W razie rozpoznania u nastolatków bulimii, zaleca się terapię rodzinną, CBT, a także uwzględnić się możliwość stosowania terapii interpersonalnej (*Interpersonal Psychotherapy – IPT*) oraz dialektyczno-behawioralnej (*Dialectical Behavior Therapy – DBT*). Przy rozpoznaniu zaburzeń z napadami objadania się (*Binge Eating Disorder – BED*) skuteczna może okazać się IPT oraz CBT. Warto podkreślić, że autorzy rekomendacji zwracają uwagę na zbyt małą ilość badań nad skutecznością różnych oddziaływań psychospołecznych z udziałem nastolatków z zaburzeniami odżywiania (*Eating Disorder – ED*), zatem można przypuszczać, że obecne wnioski na temat roli terapii różnych modalności w leczeniu młodzieży z ED są znacznie ograniczone [24].

Zgodnie z rekomendacjami APA [24] u dzieci i młodzieży z rozpoznaniem AN zaleca się terapię rodzinną i CBT. Przy rozpoznaniu bulimii wskazana jest terapia rodzinna, a w wypadku tzw. Innych, (inaczej: nieokreślonych) zaburzeń odżywiania (*Eating Disorder not Otherwise Specified – EDNOS*), w postaci np. objadania się, jako terapię o największej skuteczności wskazuje się indywidualną i grupową CBT, kierowaną samopomoc (opartą na CBT; świadczoną także przez Internet), ewentualnie ITP (w tym psychodynamiczną) lub DBT. W razie wczesnego występowania ostrej

AN u dzieci i młodzieży zaleca się terapię rodzinną, natomiast przy późniejszym występowaniu zaburzenia – terapię indywidualną [4]. Gdy młodzi pacjenci cierpią na ostrą bulimię, APA rekomenduje stosowanie CBT oraz FBT [4, 24].

Rekomendacje dotyczące stosowania CBT w zaburzeniach odżywiania u dzieci i nastolatków oparte są na wynikach badań wykazujących jej zadowalającą skuteczność, szczególnie zaś wzmocnionej wersji CBT, czyli CBT-E.

W polskich standardach leczenie zaburzeń odżywiania realizowane jest zarówno w ramach pomocy ambulatoryjnej, jak i w specjalistycznych ośrodkach dziennych, oferujących terapię indywidualną, oddziaływania grupowe oraz elementy arteterapii (np. psychodrama, muzykoterapia, psychorysunek, choreoterapia czy terapia zajęciowa) [25]. Psychoterapia prowadzona w polskich ośrodkach dziennych często ma charakter integratywny, a wzorce czerpie m.in. z podejścia poznawczo-behawioralnego, humanistycznego czy psychodynamicznego [26].

Wytyczne dotyczące postępowania w leczeniu zaburzeń odżywiania na gruncie polskim opracowano z inicjatywy Konsultanta Krajowego Ministra Zdrowia do spraw Psychiatrii – profesora Marka Jaremy [26], wskazując, że większość pacjentów może być leczona w trybie ambulatoryjnym, o ile wykazują oni motywację do leczenia i nie cierpią dodatkowo na dużą depresję, chorobę afektywną dwubiegunową, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne czy uzależnienie od substancji psychoaktywnych (w tym od leków), ich aktualny współczynnik BMI (*Body Mass Index*) nie jest niższy niż 15, nie występują poważne powikłania czy dodatkowe stany somatyczne wymagające stałego monitorowania. Autorzy opisujący standardy leczenia w odniesieniu do warunków polskich [26] rekomendują, aby chorzy poszukujący leczenia korzystali z oddziaływań obejmujących psychoedukację i różne formy psychoterapii, w tym szczególnie CBT i psychoterapię rodzinną. W wypadku leczenia dzieci i młodzieży każdorazowo zaleca się włączanie w proces leczenia rodziny.

W programach całościowego kształcenia, jakie realizowane jest przez rekomendowane ośrodki szkolące w psychoterapii i przygotowujące do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty, znajdują się bloki wykładowe oraz praktyczne dotyczące metod pomocy osobom z diagnozą zaburzeń odżywiania. Dodatkowo polscy specjaliści, którzy chcieliby doskonalić swój warsztat terapeutyczny w zakresie pomocy skierowanej do pacjentów z ED, mają możliwość odbywania krótkoterminowych szkoleń uzupełniających.

Skuteczność CBT w zaburzeniach odżywiania u dzieci i młodzieży

Większość badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń odżywiania dotyczy osób dorosłych. Przyglądając się światowym doniesieniom naukowym dotyczącym efektywności tej metody w pracy z nastolatkami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania, można stwierdzić, że jest niewiele i większość z nich ma liczne ograniczenia, co wskazuje na konieczność dopracowania metodologii i pogłębienia analiz.

W 2015 roku Lock [27] dokonał aktualizacji przeprowadzonego w 2008 roku przeglądu badań o psychospołecznych metodach leczenia zaburzeń odżywiania u dzie-

ci i młodzieży. Uwzględnił w nim, obok terapii poznawczo-behawioralnej, terapię rodzinną, terapię indywidualną, psychoterapię interpersonalną, trening poznawczy i terapię dialektyczno-behawioralną. W toku analizy ujawnił, że FBT jest jedynym ugruntowanym sposobem leczenia młodzieży z AN. Wskazał także, że skutecznymi metodami mogą być rodzinna terapia systemowa i psychoterapia indywidualna zorientowana na wgląd. Co istotne, nie udało mu się ustalić ugruntowanych metod leczenia młodzieży z bulimią czy młodych pacjentów, których problem stanowi objadanie się. Zakładał jedynie, że skutecznymi metodami leczenia bulimii są również FBT i wspomagająca terapia indywidualna. Dowiódł przy tym, że CBT, prowadzona także w formie internetowej, może być efektywną metodą leczenia zaburzeń odżywiania, chociaż wyniki wielu opisywanych badań nie były wówczas jednoznaczne. Niektóre analizowane przez Locka wyniki badań nad wykorzystywaniem w leczeniu zaburzeń odżywiania u młodzieży CBT-E, DBT czy treningu poznawczego były obiecujące, lecz skuteczność tych metod nie została dostatecznie potwierdzona, wymagały zatem dalszych prac zmierzających do ich weryfikacji.

W innym artykule z 2015 roku [28] opisano badanie nad skutecznością FBT i CBT w leczeniu bulimii u młodzieży. Analizy przeprowadzono w dwóch ośrodkach – w Chicago oraz w Stanford. W badaniu uczestniczyło 130 nastolatków w wieku 12–18 lat, którzy zostali podzieleni na dwie grupy: (1) taką, gdzie uczestnicy spełniali kryteria bulimii lub częściowej bulimii, oraz (2) grupę kontrolną. Wyniki oceniano na początku oraz na końcu terapii, a także 6 i 12 miesięcy po leczeniu. Oddziaływania terapeutyczne obejmowały 18 sesji ambulatoryjnych w ciągu 6 miesięcy. Wyniki ujawniły, że terapia rodzinna skoncentrowana na bulimii (*Family Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa* – FBT-BM) była skuteczniejsza niż CBT pod koniec terapii i po 6 miesiącach. Co jednak ciekawe, po 12 miesiącach od leczenia nie było statystycznie istotnych różnic między tymi dwoma metodami oddziaływań.

W ostatnich latach coraz więcej badań skupiało się na skuteczności CBT-E u młodzieży. Wyniki są bardzo obiecujące. W badaniu nastolatków z AN w wieku 11–19 lat poddanych CBT-E aż 60% z tych, którzy ukończyli terapię, utrzymywało odpowiednią wagę [29]. W innym badaniu udział wzięło 68 nastoletnich pacjentów z zaburzeniami odżywiania bez niedowagi, gdzie 75% ukończyło terapię składającą się z 20 sesji. Na koniec terapii aż 68% z nich wykazywało jedynie niewielką psychopatologię zaburzeń odżywiania, a 50% nastolatków z wcześniejszymi epizodami objadania się lub przeczyszczania nie miało już takich objawów [30].

W badaniu Dalle Grave'a i wsp. [31] wśród 49 nastoletnich pacjentów z AN poddanych terapii CBT-E ambulatoryjnie aż 35 pacjentów ukończyło cykl spotkań i osiągnęło zarówno znaczny przyrost masy ciała, jak i obniżoną punktację w zakresie klinicznych wskaźników zaburzeń odżywiania oraz w obszarze ogólnej psychopatologii. Zmiany pozostały stabilne nawet po 20 tygodniach od zakończenia oddziaływań.

W 2015 i 2020 roku przeprowadzono badania porównujące skuteczność wzmocnionej CBT-E u młodzieży i dorosłych pacjentów z AN [32, 33]. W pierwszym z nich wzięło udział 46 nastolatków i 49 dorosłych. Dowiedziono, że CBT-E jest skuteczniejsze u pacjentów w wieku młodzieńczym oraz że pozytywne efekty można osiągnąć nawet w krótszym czasie niż u dorosłych [33]. Drugim z badań porównaw-

czych objęto 150 pacjentów, w tym 74 nastolatków i 81 dorosłych, którym poprzednie leczenie ambulatoryjne nie przyniosło oczekiwanej poprawy. Uczestnicy badania zostali poddani 20-tygodniowemu intensywnemu programowi CBT-E (13 tygodni hospitalizacji, a następnie 7 tygodni leczenia dziennego). Pacjentów oceniano pod względem liczby i intensywności występowania objawów przy przyjęciu, pod koniec leczenia oraz podczas 20 i 60-tygodniowej obserwacji. Pod koniec leczenia wskaźnik masy ciała (BMI) u dorosłych i/lub percentyl tego wskaźnika (w zależności od wieku) u nastolatków uległy znacznej poprawie oraz pozostawały stabilne przy 20-tygodniowej obserwacji, a ich nieznaczny spadek obserwowano przy 60-tygodniowej obserwacji. Objawy zaburzeń odżywiania i ogólnej psychopatologii zmniejszyły się istotnie na koniec leczenia i wykazały jedynie niewielki wzrost od końca leczenia do momentów obserwacji. Nie stwierdzono też różnic między dorosłymi i nastolatkami pod względem akceptacji leczenia, rezygnacji z leczenia lub jakichkolwiek innych aspektów związanych z oddziaływaniami. Prezentowane badanie może stanowić potwierdzenie zasadności wykorzystywania intensywniej CBT-E w leczeniu młodzieży z nasilonymi objawami AN.

Dalsze wnioski płynące z systematycznego przeglądu przeprowadzonego przez Dalle Grave'a i wsp. [34], w którym oceniano skuteczność CBT-E u młodzieży z AN, pozwalają stwierdzić, że ta ambulatoryjna terapia jest dobrze tolerowana przez nastoletnich pacjentów. W analizowanych badaniach około ⅓ uczestników kończyło ten rodzaj terapii. Dzięki CBT-E dochodziło do redukcji zarówno objawów zaburzeń odżywiania, jak i ogólnej psychopatologii. Remisję uzyskało około 50% pacjentów po 12 miesiącach obserwacji, co sugeruje, że wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna może być efektywniejsza u nastolatków niż u dorosłych, szczególnie w pracy w warunkach szpitalnych (około 80% pacjentów osiągnęło prawidłową wagę w 12. miesiącu obserwacji). Autorzy przeglądu zaprezentowali również wyniki badania, w którym CBT-E zapewniała efekty w postaci przyrostu masy ciała, zmniejszenia objawów zaburzeń odżywiania oraz ogólnej psychopatologii u nastolatków zbliżone w 6. i 12. miesiącu obserwacji do tych uzyskanych z zastosowaniem FBT. Warto podkreślić, że prezentowane wyniki były niejednoznaczne i pochodziły niekiedy z pojedynczych badań, przez co należałoby je traktować jako wstęp do analizy skuteczności CBT-E wśród młodzieży z ED.

Perfekcjonizm jako istotny aspekt leczenia zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży

Przy poszukiwaniu takich metod pomocy, które dają szansę na uzyskanie długoterminowej redukcji objawów, warto zwrócić uwagę na istotne aspekty podtrzymujące psychopatologię lub utrudniające zdrowienie. Obserwowane u pacjentów z AN sztywność myślenia oraz skoncentrowanie na szczegółach często stanowią objaw perfekcjonizmu, którego uwzględnienie w procesie leczenia wydaje się kluczowe m.in. dla zapobiegania nawrotom.

Perfekcjonizm nieadaptacyjny, który może zostać rozpoznany u osób z zaburzeniami odżywiania (nazywany perfekcjonizmem klinicznym), stanowi „nadmierną

zależność samooceny od zdeterminowanej pogoni za wymagającymi standardami osobiście sobie narzuconymi w co najmniej jednej bardzo istotnej dziedzinie życia, pomimo niekorzystnych konsekwencji” [35, s. 778]. U nastolatków z AN lub BN owe „istotne dziedziny życia” to przede wszystkim jedzenie, figura, waga i wygląd, na których, zgodnie z transdiagnostycznym modelem zaburzeń odżywiania, opiera się ich poczucie własnej wartości [12]. Perfekcjonizm przyczynia się u nich do bardzo krytycznej oceny swojego wyglądu i wagi, nadmiernego skupiania się na tych cechach i na przekonaniu, że ludzie oceniają ich przez pryzmat wagi i wyglądu [36]. Nastolatki z zaburzeniami odżywiania nigdy nie mogą czuć się wystarczająco szczupłe czy atrakcyjne, gdyż zgodnie z modelem Shafran i wsp. (2010) [37], nawet jeśli osiągną sukces na tym polu, to zaraz go pomniejszają i natychmiast podwyższają swój standard, przez co nie są zdolne do odczuwania satysfakcji i zadowolenia z siebie.

Typowa praca poznawczo-behawioralna nad perfekcjonizmem klinicznym powinna odbywać się w formie indywidualnej lub grupowej psychoterapii, jak również może przybierać postać wspomaganą pracę z podręcznikiem samopomocowym. Terapia indywidualna przebiega zazwyczaj według ustrukturyzowanego lub spersonalizowanego protokołu (8–10 sesji) i może dotyczyć wyłącznie problemu perfekcjonizmu lub jego współwystępowania z innym zaburzeniem (pół na pół sesji dotyczących współistniejących problemów). Wspomagana przez terapeutę praca z podręcznikiem samopomocowym obejmuje 8 indywidualnych sesji [37]. Do tej pory przetłumaczono na język polski dwa podręczniki przeznaczone do pracy CBT nad perfekcjonizmem – Antony’ego i Swinsona (2008) *Kiedy doskonałość nie wystarcza. Jak sobie radzić z perfekcjonizmem* [38] oraz autorstwa Martin (2023) *Perfekcjonizm. Jak uwolnić się od samokrytyki, zbudować stabilne poczucie własnej wartości i odnaleźć wewnętrzną równowagę* (z wykorzystaniem technik III fali CBT) [39]. Psychoterapeuci CBT pracujący z dziećmi i młodzieżą do dziś nie dysponują odrębnymi materiałami do pracy z perfekcjonizmem. Grupowa CBT perfekcjonizmu obejmuje osiem dwugodzinnych sesji, w których może brać udział do 8 osób. Możliwe jest wykorzystywanie w ich trakcie podręczników samopomocowych [37].

Perfekcjonizm u osób z zaburzeniami odżywiania uznawany jest zarówno za czynnik ryzyka, jak i czynnik podtrzymujący zaburzenie i utrudniający proces leczenia [40]. Badania sugerują, że skupiając się na pracy terapeutycznej i profilaktycznej nad nieadaptacyjnym, czyli klinicznym, perfekcjonizmem i warunkową samooceną (zależną m.in. od zadowolenia z wyglądu), możemy zmniejszyć u pacjentów ryzyko rozwoju oraz nasilenie objawów zaburzeń odżywiania [41], w tym także u dorastających dziewcząt [42]. Wydaje się to szczególnie istotne w świetle ustaleń, że przywiązanie do ściśle określonych „zasad żywieniowych” jest mediatorem między perfekcjonizmem zorientowanym na siebie a zaburzeniami w zakresie odżywiania [43]. Niektóre analizy sugerują, że u nastolatków z AN wykazujących cechy nieadaptacyjnego perfekcjonizmu skuteczne może okazać się połączenie leczenia ukierunkowanego na rodzinę (FBT) z modułem terapii poznawczo-behawioralnej skupionej na perfekcjonizmie (*Cognitive Behavioral Therapy for Perfectionism – CBT-P*) [44]. Wskazuje się także na wykorzystywanie wzmocnionej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT-E) opartej na transdiagnostycznym modelu zaburzeń odżywiania, w którym perfekcjonizm

stanowi jeden z czterech czynników podtrzymujących [45]. Wyniki badań dowodzą, że CBT-E może stanowić istotną alternatywę dla leczenia szpitalnego u pacjentów z ciężką postacią jadłowstrętu psychicznego [46], a systematyczny przegląd badań z 2020 roku wykazał skuteczność CBT-E w pełnym spektrum zaburzeń odżywiania, gdzie pomagała ona w redukcji zachowań związanych z ED i we wzroście BMI [47].

Biorąc pod uwagę ugruntowane w badaniach znaczenie perfekcjonizmu w leczeniu zaburzeń odżywiania, zasadne wydaje się wykorzystywanie technik terapeutycznych uwzględniających jego znaczenie, w tym technik terapii poznawczo-behawioralnej.

Skuteczność CBT w leczeniu perfekcjonizmu klinicznego u młodzieży

Mimo iż perfekcjonizm należy do ważnych czynników przyczyniających się do powstawania i utrzymywania objawów zaburzeń odżywiania dostępnych jest niewiele doniesień naukowych na temat skuteczności jego terapii, szczególnie u nastolatków. Większość badań w tym obszarze skupiała się na dorosłych pacjentkach.

W badaniu Zetterberg i wsp. [48] internetowa terapia poznawczo-behawioralna (*Internet-based Cognitive Behavioural Therapy* – iCBT) z udziałem dorosłych pacjentów, którym oferowano dodatkowo stałe lub okazjonalne wsparcie terapeuty (możliwość poproszenia o wsparcie), wykazała korzystne efekty w leczeniu perfekcjonizmu klinicznego. Podobne wnioski przyniosło badanie przeprowadzone przez Valentine i wsp. [49], w którym iCBT zmniejszyła nasilenie objawów perfekcjonizmu i ED, a osiągnięte zmiany utrzymały się po 3 i 6 miesiącach. Galloway i wsp. [50] w systematycznym przeglądzie badań oceniali skuteczność samopomocy i CBT w bezpośrednim kontakcie nakierowanym na perfekcjonizm. W wyniku analiz ujawniono skuteczność tych oddziaływań w redukcji objawów perfekcjonizmu, depresji, lęku i zaburzeń odżywiania u osób dorosłych (średnia wieku badanych – 23 lata).

Nieliczne badania, które przeprowadzono z udziałem pacjentów w wieku rozwojowym, również wskazały na niezwykle istotne znaczenie pracy z perfekcjonizmem w leczeniu zaburzeń odżywiania. Hurst i Zimmer-Gembeck [51], badając skuteczność wprowadzonego do terapii FBT modułu skupiającego się na perfekcjonizmie u trzech nastolatków z rozpoznaniem AN, ujawniły wystąpienie u nich remisji objawów, zmniejszenie cech perfekcjonizmu oraz obsesyjnego i szywnego wzorca myślenia. W późniejszym projekcie te same badaczki skupiły się na ocenie zmian w zakresie objawów u 21 nastolatków z diagnozą AN, w których leczeniu wykorzystywano FBT w połączeniu z modułem CBT-P. Terapię ukończyło 19 uczestników, którzy odbyli średnio 32 sesje. W ciągu roku zostali oni poddani czterokrotnej ocenie nasilenia objawów ED i perfekcjonizmu, w tym perfekcjonizmu zorientowanego na siebie (*Self-Oriented Perfectionism* – SOP) i perfekcjonizmu nakierowanego społecznie (*Socially Prescribed Perfectionism* – SPP). W wyniku przeprowadzonych analiz wykazano, że przy trzeciej ocenie (po CBT-P) i pod koniec leczenia FBT + CBT-P nastąpiły znaczny wzrost masy ciała nastolatków oraz zmniejszenie u nich objawów SOP w stosunku do stanu sprzed terapii. Spośród tych, którzy ukończyli terapię, ponad połowa poprawiła się we wszystkich obszarach (z wyjątkiem SPP), a u wszystkich wzrosła waga. W prezentowanym badaniu FBT + CBT-P wiązały się ze średnim spadkiem objawów zaburzeń

odżywiania i perfekcjonizmu u nastolatków, a poprawa w zakresie perfekcjonizmu korelowała z poprawą w zakresie objawów zaburzeń odżywiania [44].

Shu i wsp. [52] w badaniu przeprowadzonym na grupie dziewcząt w wieku 14–19 lat, wykazali, że największe efekty internetowej CBT-P obserwuje się zaraz po leczeniu oraz po 3 i 6 miesiącach od zakończenia terapii. W badaniu tym porównywano nastolatki mające trudności z perfekcjonizmem, ale nieposiadające klinicznej diagnozy ED, do dwóch grup: do grupy, w której przeprowadzono skierowaną na stres internetową terapię poznawczo-behawioralną (*Stress-oriented Online Cognitive – Behavioral Therapy* – iCBT-S), oraz do oczekującej na terapię grupy kontrolnej. Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że zastosowane leczenie hamowało wzrost nasilenia objawów w ciągu 6-miesięcznej obserwacji, przy czym efektywność iCBT-P przewyższała iCBT-S w zapobieganiu perfekcjonizmowi klinicznemu i objawom depresji. iCBT-P była także skuteczniejsza niż brak oddziaływań w grupie kontrolnej w zapobieganiu objawom zaburzeń odżywiania wśród nastolatek.

Powyższe badania sugerują, że terapia poznawczo-behawioralna może być skuteczna w leczeniu perfekcjonizmu u młodzieży, również tej z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania. Ustalenia te wymagają jednak dalszej weryfikacji na podstawie rzetelnych doniesień z badań prowadzonych w grupie adolescentów.

Podsumowanie: wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna czy terapia oparta na rodzinie – co wybrać?

Przedstawione w niniejszym artykule rekomendacje, metody pracy z pacjentami z ED w wieku rozwojowym, a także badania i analizy dotyczące skuteczności różnych form oddziaływań, z uwzględnieniem roli perfekcjonizmu w powstawaniu i utrzymywaniu zaburzeń, sugerują, że warto skupić się także na porównaniu najczęściej proponowanych młodym pacjentom form terapii, jakimi są FBT i CBT-E.

Opracowana u schyłku lat 70. XX wieku terapia skoncentrowana na rodzinie przeznaczona dla pacjentów z AN integruje różne podejścia terapeutyczne, czerpiąc m.in. z terapii systemowej czy strukturalnej terapii rodzin. Jej podstawowe założenia istotnie różnią się od innych podejść, ponieważ FBT przyjmuje, że młody pacjent nie jest zdolny do samodzielnej kontroli swojego zachowania, gdyż sam pozostaje pod kontrolą zaburzeń odżywiania. To właśnie sprawia, że rola rodzica jest w tym podejściu tak istotna, a jego zaangażowanie zmienia się w zależności od etapu terapii [53]. Przebieg FBT dzieli się na 3 etapy. Pierwszy, trwający zazwyczaj około 3–4 miesięcy, to czas, kiedy sesje odbywają się co tydzień i rodzice ponoszą odpowiedzialność za zmianę nieprawidłowych zachowań swojego dziecka związanych z jedzeniem, jak również za podejmowanie działań prowadzących u niego do wzrostu wagi. Na drugim etapie leczenia dochodzi do stopniowego i adekwatnego do wieku przekierowania kontroli nad zdrowieniem na dziecko. Ostatni, trzeci etap FBT rozpoczyna się wtedy, kiedy masa ciała młodego pacjenta jest prawidłowa. Sesje odbywają się wówczas rzadziej, co trzy lub cztery tygodnie, a praca terapeutyczna skoncentrowana jest na wzmocnieniu autonomii dziecka lub nastolatka, ustalaniu granic w relacjach rodzinnych, a także na nauce rozpoznawania i wyrażania przez niego własnych potrzeb [54].

Badania nad skutecznością FBT u adolescentów z AN ukazują wysoki wskaźnik remisji w zakresie objawów związanych z ED [29, 55]. Jednocześnie warto zauważyć, że FBT jest stosunkowo rzadko porównywana z formami psychoterapii indywidualnej, takimi jak CBT-E. Mimo to nieliczne analizy ujawniają większą skuteczność FBT niż CBT i dłuższe utrzymywanie się efektów leczenia uzyskanych z zastosowaniem tej metody [28].

Niewątpliwym atutem CBT-E jest ponadto ukierunkowanie na zaangażowanie pacjenta w proces leczenia na wszystkich jego etapach, co ma zachęcać go do aktywnego udziału we wprowadzanych zmianach, związanych zarówno z zachowaniami, jak i sposobem myślenia [16]. Istotna różnica między omawianymi metodami polega na tym, że CBT-E koncentruje się również (w drugim etapie leczenia) na szerokich mechanizmach związanych z powstawaniem i utrzymywaniem zaburzeń odżywiania, wśród których znajdują się niska samoocena, trudności w tolerancji nastroju, trudności interpersonalne czy właśnie kliniczny wymiar perfekcjonizmu. Pracę nad nimi umożliwiają dodatkowe moduły realizowane w ramach CBT-E, które nie są wykorzystywane w FBT, a pozwalają na rozszerzenie leczenia [23]. Warto przy tym pamiętać, że w ramach indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci i młodzieży rola rodzica nigdy nie jest pomijana, ponieważ w leczeniu standardowo uwzględnia się psychoedukację rodziców, ich zaangażowanie w cały proces, a także bezpośredni udział w sesjach (zakres tego udziału zależy od wieku dziecka).

Uwzględniając różnice między omawianymi modalnościami terapii nastolatków, można przewidywać, że typ oddziaływań opartych na CBT-E sprawdzi się przede wszystkim u starszych nastolatków, którzy rozwojowo dążą do autonomii i kontroli swoich działań, a u których dodatkowo rozpoznaje się jeden lub więcej ze wskazanych mechanizmów podtrzymujących [23].

Podsumowując, można stwierdzić, że szczególnie istotne w doborze najbardziej adekwatnych strategii leczenia ED z uwzględnieniem perfekcjonizmu klinicznego u młodzieży są dokładna konceptualizacja przypadku i dogłębne zrozumienie trudności pacjenta, obejmujące mechanizmy powstawania oraz podtrzymywania zaburzenia, jak i kontekst rodzinny. Wartość, jaką niesie dostrzeganie i uwzględnianie znaczenia systemu rodzinnego w procesie zdrowienia nastolatka, nie budzą wątpliwości. Jednocześnie, jeśli po przywróceniu u młodego pacjenta bezpiecznej wagi, obecne w obrazie klinicznym mechanizmy podtrzymujące, np. przecenianie znaczenia sylwetki, niska samoocena czy perfekcjonizm, nie zostaną objęte oddziaływaniem terapeutycznym, może to doprowadzić do ujawnienia cech innych zaburzeń lub migracji diagnostycznych [12, 56]. Opierając się na dotychczasowych doniesieniach naukowych, można zatem przyjąć, że terapia poznawczo-behawioralna, a szczególnie jej wzmocniona wersja, może być skuteczna w leczeniu ED, a także w odkrywaniu oraz pokonywaniu mechanizmów wywołujących i podtrzymujących to zaburzenie u nastoletnich pacjentów – dzięki temu zaś zmniejsza się prawdopodobieństwo wystąpienia u nich nawrotów choroby lub innych objawów psychopatologii.

Piśmiennictwo

1. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R, Claudino AM, Hay P, Monteleone P i wsp. *Revision of ICD–status update on feeding and eating disorders*. Adv. Eat. Disord. 2013; 1(1): 10–20.
2. Smink FRE, Hoeken von D, Hoek WH. *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*. Curr. Psychiatry Rep. 2012; 14(4): 406–414.
3. Jagielska B, Kacperska I. *Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręcie psychicznym*. Psychiatr. Pol. 2017; 51(2): 205–218.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Batista M, Žigić Antić L, Žaja O, Jakovina T, Begovac I. *Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents*. Acta Clinica Croatica 2018; 57(3): 399–410.
6. Stice E, Marti CN, Rohde P. *Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women*. J. Abnorm. Psychol. 2013; 122(2): 445–457.
7. Mairs R, Nicholls D. *Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents*. Arch. Dis. Child. 2016; 101(12): 1168–1175.
8. Academy for Eating Disorders. Medical Care Standards Committee. *Eating Disorders: A Guide to Medical Care*, 3rd ed. Reston, VA: Academy for Eating Disorders; 2016. <https://www.aedweb.org/learn/publications/medical-care-standards> (dostęp: 26.09.2022).
9. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. *How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation?* J. Adolesc. Health 2006; 39(6): 800–805.
10. House J, Schmidt U, Craig M, Landau S, Simic M, Nicholls D i wsp. *Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders*. Int. J. Eat. Disord. 2012; 45(8): 949–956.
11. Norris ML, Hiebert JD, Katzman DK. *Determining treatment goal weights for children and adolescents with anorexia nervosa*. Paediatr. Child Health 2018; 23(8): 551–552.
12. Fairburn CG. *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
13. Rienecke RD. *Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights*. Adolesc. Health Med. Ther. 2017; 8: 69–79.
14. Lock J, La Via MC; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(5):412–425. doi:10.1016/j.jaac.2015.01.018
15. Forsberg S, Lock J. *Family-based treatment of child and adolescent eating disorders*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2015; 24(3): 617–662.
16. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn, CG. *Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy?* Behav. Res. Ther. 2013; 51(1): R9–R12.
17. Treasure J, Rhind C, Macdonald P, Todd G. *Collaborative care: The New Maudsley Model*. Eat. Disord. 2015; 23(4): 366–376.
18. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. *Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: Preliminary findings*. Ann. Gen. Psychiatry 2007; 6: 14.

19. Agras WS. *Cognitive behavior therapy for the eating disorders*. Psychiatr. Clin. North Am. 2019; 42(2): 169–179.
20. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 2023. Retrieved from <https://www.psychiatry.org>
21. National Institute for Clinical Excellence. *Eating disorders: Recognition and treatment*. London; 2017.
22. Starzomska M, Wilkos E, Kucharska K. *Współczesne kierunki w leczeniu osób chorujących na jadłowstręt psychiczny. „Trzecia fala” terapii poznawczo-behavioralnej*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 651–662.
23. Dalle Grave R, Eckhardt S, Calugi S, Le Grange D. *A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders*. J. Eat. Disord. 2019; 7: 42.
24. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell III JE, Powers P i wsp. *Guideline Watch (August 2012): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders, 3rd edition*. FOCUS 2014; 12(4): 416–431.
25. Kucharska K. *Model leczenia zaburzeń odżywiania w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie*. W: Kucharska K. red. *Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania*. Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2017. S. 50–62.
26. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T, Żechowski C, Jarema M. *Standardy leczenia zaburzeń odżywiania*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2008; 8(1): 20–40.
27. Lock J. *An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2015; 44(5): 707–721.
28. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. *Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2015; 54(11): 886–894.
29. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M. *Eating disorder examination*. W: Fairburn CG. red. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press; 2008. S. 265–308.
30. Dalle Grave R, Calugi S, Sartirana M, Fairburn CG. *Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight*. Behav. Res. Ther. 2015; 73: 79–82.
31. Dalle Grave R, Sartirana M, Calugi S. *Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: Outcomes and predictors of change in a real-world setting*. Int. J. Eat. Disord. 2019; 52(9): 1042–1046.
32. Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG. *Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa*. J. Eat. Disord. 2015; 3: 21.
33. Dalle Grave R, Conti M, Calugi S. *Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disord. 2020; 53(9): 1428–1438.
34. Dalle Grave R, Conti M, Sartirana M, Sermattei S, Calugi S. *Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with eating disorders: A systematic review of current status and future perspectives*. IJEDO 2021; 3(3): 1–11.
35. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. *Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis*. Behav. Res. Ther. 2002; 40(7): 773–791.
36. Hewitt PL, Flett GL, Mikail SF. *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment hardcover*. New York: The Guilford Press; 2017.

37. Egan SJ, Wade TD, Shafran R, Antony MM. *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. New York: Guilford Press; 2014.
38. Antony MM, Swinson RP. *Kiedy doskonałość nie wystarcza. Jak sobie radzić z perfekcjonizmem*. Warszawa: Czarna Owca; 2008.
39. Martin S. *Perfekcjonizm. Jak uwolnić się od samokrytyki, zbudować stabilne poczucie własnej wartości i odnaleźć wewnętrzną równowagę*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2023.
40. Levinson CA, Brosnoff LC, Vanzhula IA, Bumberry L, Zerwas S, Bulik CM. *Perfectionism Group Treatment for Eating Disorders in an Inpatient, Partial Hospitalization, and Outpatient Setting*. *Eur. Eat. Disord Rev.* 2017; 25(6): 579–585.
41. Bardone-Cone AM, Lin SL, Butler RM. *Perfectionism and contingent self-worth in relation to disordered eating and anxiety*. *Behav. Ther.* 2017; 48(3): 380–390.
42. Wade TD, Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB. *How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls*. *Behav. Res. Ther.* 2015; 66: 56–63.
43. Brown AJ, Parman KM, Rudat DA, Craighead LW. *Disordered eating, perfectionism, and food rules*. *Eat. Behav.* 2012; 13(4): 347–353.
44. Hurts K, Zimmer-Gembeck M. *Family-based treatment with cognitive behavioral therapy for anorexia*. *Clin. Psychol.* 2019; 23(1): 61–70.
45. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment*. *Beh. Res. Ther.* 2003; 41(5): 509–528.
46. Frostad S, Calugi S, Engen CBN, Dalle Grave R. *Enhanced cognitive behavioural therapy (CBT-E) for severe and extreme anorexia nervosa in an outpatient eating disorder unit at a public hospital: A quality-assessment study*. *J. Eat. Disord.* 2021; 9(1): 143.
47. Atwood ME, Friedman A. *A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders*. *Int. J. Eat. Disord.* 2020; 53(3): 311–330.
48. Zetterberg M, Carlbring P, Andersson G, Berg M, Shafran R, Rozental A. *Internet-based cognitive behavioral therapy of perfectionism: Comparing regular therapist support and support upon request*. *Internet Interv.* 2019; 17: 100237.
49. Valentine EG, Bodill KO, Watson HJ, Hagger MS, Kane RT, Anderson RA i wsp. *A randomized controlled trial of unguided internet cognitive-behavioral treatment for perfectionism in individuals who engage in regular exercise*. *Int. J. Eat. Disord.* 2018; 51(8): 984–988.
50. Galloway R, Watson H, Greene, D, Shafran R, Egan SJ. *The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: A systematic review and meta-analysis*. *Cogn. Behav. Ther.* 2022; 51(2): 170–184.
51. Hurst K, Zimmer-Gembeck M. *Focus on perfectionism in female adolescent anorexia nervosa*. *Int. J. Eat. Disord.* 2015; 48(7): 936–941.
52. Shu CY, Watson HJ, Anderson RA, Wade TD, Kane RT, Egan SJ. *A randomized controlled trial of unguided internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in adolescents: Impact on risk for eating disorders*. *Behav. Res. Ther.* 2019; 120: 103429.
53. Minuchin S. *Families and family therapy*. London: Tavistock Publications; 1974.
54. Lock J, Le Grange D. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*, 2nd ed. New York: Guilford Press; 2013.
55. Lock J, Le Grange D. *Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders*. *Int. J. Eat. Disord.* 2019; 52(4): 481–487.

56. Dalle Grave R. *Cognitive-behavioral therapy in adolescent eating disorders*. W: Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B. red. *Eating disorders and obesity in children and adolescents*. Philadelphia: Elsevier; 2019. S. 111–116.

Adres: Magdalena Chęć
Instytut Psychologii
Uniwersytet Szczeciński
e-mail: magdalena.chec@usz.edu.pl

Otrzymano: 30.09.2022
Zrecenzowano: 19.04.2023
Otrzymano po poprawie: 18.05.2023
Przyjęto do druku: 22.11.2023