

Czynniki motywacyjne w psychoterapii zaburzeń odżywiania się

Motivational factors in psychotherapy of eating disorders

Paweł S a l a¹, Marek G a j o w y¹, Daniel Marchewka¹,
Witold Simon¹, Stanisław Wójtowicz²

¹Klinika Nerwic IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. M. Siwiak-Kobayashi
²Zakład Psychologii Medycznej AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. K. Wrześniewski

Praca dedykowana pamięci prof. dr. hab. med. Stefana Ledera

Summary

Aim. We examined changes in general psychopathology during psychotherapy of patients with eating disorders. We were also interested in distinguishing motivational characteristics of completers and dropouts with anorexia and bulimia nervosa.

Method. All subjects completed two self-descriptive measures: Motivational Inventory and Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-72). Questionnaires were completed three times: during the qualification visit, at admission and two weeks before discharge.

Results. It was observed that general psychopathology among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa decreased. Comparing to completers with bulimia nervosa completers with anorexia nervosa had a higher level of activity factor before the treatment. Dropouts with anorexia nervosa differed from completers in decreased level of threat factor and activity factor. Completers with bulimia contrasted markedly with statistically meaningful decrease of the Body Mass Index.

Conclusions. The efficacy of cognitive-behavioural-social psychotherapy of patients with eating disorders seems to be confirmed by large decrease of general psychopathology. Dropouts with anorexia seem to have poorer insight concerned with lower need of health activity.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania się, motywacja, psychoterapia

Key words: eating disorders, motivation, psychotherapy

Wstęp

Istotnym składnikiem gotowości człowieka do angażowania się w oddziaływania lecznicze ukierunkowane na zmianę jego zachowania, a często rozumianym jako jej

synonim, jest motywacja [1, 2]. Pacjenci z rozpoznaniem anoreksji rzadko podejmują leczenie z własnej inicjatywy. Najczęściej skłania ich do tego różnego rodzaju presja ze strony zaniepokojonych członków rodziny, znajomych lub nawet współpracowników. Niewielka część osób zgłaszających się na leczenie czyni to wyłącznie z własnej woli, aby wreszcie uwolnić się od ustawicznych myśli dotyczących jedzenia, aby pozbyć się depresji, zaburzeń lękowych lub coś zrobić z dużą niedowagą [3]. Odchudzanie, głodzenie się i inne objawy wynikające z przekonań pacjentek anorektycznych mogą się przyczyniać do nierzetelności w wypełnianiu przez nie kwestionariuszy, do unikania leczenia, do trudności w podejmowaniu relacji terapeutycznej. K. Vitousek wraz ze swoim zespołem [3] opracowała skalę do pomiaru natężenia obaw przed zmianą. Badania z użyciem tej skali wykazały, że niechęć do zmiany swoich postaw była wśród chorych na anoreksję istotnie większa aniżeli wśród leczonych z powodu bulimii, agorafobii i fobii prostych.

Za bardziej zmotywowanych do podejmowania leczenia uważani są z reguły pacjenci chorzy na bulimię. Choć łączy ich z chorymi na anoreksję głęboka zależność obrazu siebie od obrazu własnego ciała [4], to jednak bulimiczki odczuwają większy stres w związku ze swoimi zaburzeniami jedzenia i chcą to zmienić. W przeciwieństwie do chorych na bulimię, duża część pacjentek anorektycznych uważa swoje objawy za swoje osiągnięcie. Pomimo tego, wiele bulimiczek ma do objawów bardzo ambiwalentny stosunek. Objadanie się i przeczyszczanie daje pacjentkom iluzję poczucia kontroli, czego w efekcie nie chcą utracić [5, 6]. Te właściwości wiążą się z częstymi niepowodzeniami w terapii i dużą liczbą chorych przerywających leczenie (u chorych na anoreksję odsetek ten może sięgać nawet 50%) [7]. W psychoterapii uzależnień brak motywacji jest jednym z najczęściej cytowanych powodów, dla których pacjent przedwcześnie przerywa leczenie, nie przestrzega zaleceń leczniczych lub wraca do nadużywania substancji psychoaktywnej [8].

W niniejszej pracy postanowiono odpowiedzieć na pytanie, jakiego typu zmiany w psychopatologii ogólnej mogą mieć miejsce w trakcie psychoterapii pacjentów chorych na zaburzenia odżywiania się. Badano też różnice w czynnikach motywacyjnych ujawniających się między chorymi, którzy ukończyli pełny program leczenia, a tymi osobami, które terapię przedwcześnie przerwały.

Material

W badaniu uczestniczyły 44 pacjentki z rozpoznaniem: bulimia nervosa (oznaczanej dalej jako BN) oraz odpowiednia grupa 44 pacjentek z rozpoznaniem: anorexia nervosa (oznaczanej jako AN). Populację kontrolną (KN) stanowiło 35 pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń lękowych. Diagnozę ustalano według kryteriów badawczych ICD-10. W każdej z grup istniała podgrupa 35 pacjentek, które ukończyły pełny program psychoterapii w Klinice Nerwic IPiN (BN-P = 35 i AN-P = 35) oraz podgrupa 9 pacjentek, które przerwały leczenie przed upływem jego zakończenia (BN-DR = 9 i AN-DR = 9). Wszystkie pacjentki z zaburzeniami odżywiania się były istotnie młodsze od pacjentek z populacji kontrolnej (KN = 35,2 ± 9,9; p=0,000). Różnica w wieku ujawniła się pomiędzy chorymi, które ukończyły pełny program leczenia. Pacjentki

z rozpoznaniem anoreksji (AN-P = 24,0±3,4) były istotnie starsze od bulimiczek (BN-P = 22,1 ±2,3; p=0,040).

W przeprowadzonych badaniach przerwanie terapii (dropout) określamy jako podjęcie przez pacjentkę decyzji o porzuceniu psychoterapii przed spełnieniem ustaleń kontraktu i zakończeniem 10-tygodniowego programu leczenia [9]. W badaniu pominięto więc chore, które przerwały leczenie z powodu komplikacji somatycznych, naruszenia zasad kontraktu terapeutycznego itp.

Metoda

Wszystkie pacjentki uczestniczyły w 10-tygodniowym programie intensywnej psychoterapii o modelu poznawczo-behawioralno-społecznym. Schemat stosowanych oddziaływań został opisany wcześniej [10]. W badaniu wykorzystywano następujące narzędzia:

I. Kwestionariusz Objawów – tłumaczenie polskie HSCL-90 (Hopkins Symptoms Checklist L. Derogatisa) w opracowaniu M. Siwiak-Kobayashi [11] – do pomiaru nasilenia objawów psychopatologicznych. Niewielka modyfikacja kwestionariusza polegała na usunięciu dwóch skal: skali ideacji paranoidalnej oraz psychotyżmu. Do badań zastosowano pozostałych 7 skal: skalę somatyzacji (SOM), skalę depresji z niepokojem (DN), skalę depresji z zahamowaniem (DZ), skalę obsesyjności (OB-K), skalę agresji i wrogości (AGR), skalę lęku fobicznego (FOBIA), skalę nadwrażliwości interpersonalnej (NI). Test ma postać 72 krótkich stwierdzeń.

II. Kwestionariusz motywacji (KM) opracowany przez T. Wysokińską-Gąsior i A. Matuszewskiego [12]. Składa się z 36 pytań, które wskazują na ważność czterech wyodrębnionych czynników:

- 1) czynnik aktywności – określa najkorzystniejszy aspekt motywacji; charakteryzuje go działanie i uczenie się nowych zachowań, poznawanie siebie i odreagowanie
- 2) czynnik krzywdy – wysokie wyniki oznaczają nastawienie na wywołanie określonej reakcji otoczenia
- 3) czynnik bezradności – wysokie wyniki wiążą się z poczuciem dyskomfortu i niemożnością zaspokojenia wielu, niekiedy wzajemnie sprzecznych potrzeb i aspiracji
- 4) czynnik zagrożenia – stany zagrożenia związane z objawami.

Pacjentki przeszły trzy etapy badań: w czasie kwalifikacji poprzedzającej podjęcie psychoterapii, w czasie przyjęcia do kliniki i w ciągu drugiego tygodnia przed wypisaniem z kliniki. Dodatkowym mierzonym parametrem był wskaźnik masy ciała (BMI=waga (kg) / [wzrost(m)²]) oznaczany na podstawie wagi ciała. Pacjentki były ważone w odstępach tygodniowych – przy przyjęciu, w kolejnych tygodniach terapii oraz przed wypisaniem z kliniki.

Kryterium włączającym do grupy badanej było rozpoznanie zaburzeń odżywiania się według kryteriów ICD-10, stwierdzenie BMI ≥15. Z badania wyłączano pacjentki, u których postawiono rozpoznanie współistniejących zaburzeń osobowości, zmiany organiczne w ośrodku i zmiany somatyczne stanowiące prawdopodobne podłoże zaburzeń odżywiania się, nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

Do opracowania statystycznego uzyskanych wyników użyto pakietu modeli statystycznych zawartych w programie SPSS.

Wyniki badań

Wiek zachorowania

Różnica w wieku zachorowania ujawniła się pomiędzy chorymi, które ukończyły pełny program leczenia. Pacjentki z rozpoznaniem anoreksji (AN-P = 18,2±3,3) zaczynały chorować znacząco później od bulimiczek (BN-P = 16,8 ±2,1; p=0,04). Czas trwania choroby – czyli okres, jaki upłynął od chwili zachorowania do podjęcia leczenia – nie wykazywał w tych dwóch grupach (AN-P i BN-P) różnic istotnych statystycznie. Wiąże się to z faktem, że pacjentki chore na anoreksję były starsze w okresie zachorowania i w okresie podjęcia leczenia.

Z kolei pacjentki przerywające leczenie (AN-DR i BN-DR) nie różniły się między sobą, jednak w porównaniu z populacją kontrolną podgrupa pacjentek z rozpoznaniem bulimii przedwcześnie porzucających leczenie miała istotnie statystycznie niższy wiek zachorowania (BN-DR = 16,56 ± 1,7; KN = 20,45±10,9; p=0,05).

Nasilenie objawów

Wśród pacjentek z anoreksją (AN-P) ukończenie programu psychoterapii wiązało się z istotną statystycznie poprawą we wszystkich skalach HSCL z wyjątkiem skali fobii, w której poprawa nie przybrała wielkości istotnej statystycznie (por. tab. 1). Największe istotności (p<0,001) uwidoczniły się w skali nadwrażliwości interpersonalnej i w skali natężeń, bardzo istotne statystycznie (p<0,01) zmiany pojawiły się w skali somatyzacji oraz w skali depresji z zahamowaniem. Nieco mniejsze, lecz również istotne, różnice (p<0,05) były w skali agresji i depresji z niepokojem.

Tabela 1

HSCL pacjentek z rozpoznaniem anoreksji, które ukończyły pełny program terapii; efekty leczenia (AN-P=35) wg testu t Studenta

| | NI | SDM | OSK | AGR | DZ | DN | FOBA |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| M1 (±SD) | 24,7 (±6,7) | 20,1 (±6,9) | 22,2 (±5,7) | 21,9 (±6,2) | 25,1 (±7,2) | 25,9 (±5,9) | 16,3 (±4,6) |
| M2 (±SD) | 20,2 (±6,0) | 17,2 (±5,0) | 17,4 (±4,0) | 19,1 (±4,2) | 21,2 (±6,9) | 22,2 (±5,2) | 15,9 (±3,7) |
| t | 4,1 | 2,85 | 4,6 | 2,6 | 2,2 | 2,3 | 1,41 |
| p | p<0,0001 | p<0,001 | p<0,0001 | p<0,01 | p<0,009 | p<0,030 | NS |

M1 – początek leczenia, M2- zakończenie leczenia; t – wynik testu Studenta; p – poziom istotności: p<0,001 – różnice nadzwyczaj istotne, p<0,01 – b. istotne, p<0,05 – istotne, NS – nieistotne statystycznie; ±SD – odchylenie standardowe. Pozostałe objaśnienia w tekście

W grupie pacjentek z bulimią (BN-P) istotną statystycznie poprawę odnotowano we wszystkich skalach oprócz skali agresji (por. tab. 2). Nie stwierdzono już jednak tak dużego natężenia zmian, jak u pacjentek leczonych z powodu anoreksji (0,01 ≤ p

Tabela 2

HSCL pacjentek z rozpoznaniem bulimii, które ukończyły pełny program terapii;
efekty leczenia (BN-P=35) wg testu t Studenta

| | M1 | SDM | DM | CBX | DZ | FOBA | AGR |
|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| M1 (±SD) | 23,9 (±1,6) | 20,6 (±5,9) | 23,1 (±1,2) | 22,1 (±6,9) | 25,7 (±6,5) | 71,6 (±6,5) | 21,1 (±5,0) |
| M2 (±SD) | 20,9 (±5,9) | 16,6 (±4,7) | 20,4 (±5,1) | 19,1 (±5,0) | 22,3 (±5,7) | 69,9 (±5,0) | 19,1 (±4,6) |
| t | 2,5 | 2,1 | 2,6 | 2,5=4 | 2,4=4 | 2,2 | 1,6 |
| p | p=0,016 | p=0,01 | p=0,014 | p=0,016 | p=0,02 | p=0,036 | NS |

M1 – początek leczenia, M2- zakończenie leczenia; t – wynik testu Studenta; p – poziom istotności; p<0,001 – różnice nadzwyczaj istotne, p<0,01 – b. istotne, p<0,05 – istotne, NS – nieistotne statystycznie; ±SD – odchylenie standardowe. Pozostałe objaśnienia w tekście

≤ 0,05).

Poziom motywacji

W porównaniu z populacją kontrolną (KN), przy przyjęciu istotnie większa wartość czynnika aktywności charakteryzowała osoby z rozpoznaniem anoreksji (AN-P). Na tym samym etapie badania nie stwierdzono istotnych różnic dotyczących porównania pacjentek z bulimią z grupą kontrolną (por. tabela 3 i tabela 4).

Interesujące dane dotyczą porównania stanu wyjściowego (przed rozpoczęciem leczenia) w różnych podgrupach chorych – tj. u pacjentek, które ukończyły leczenie, i tych, które terapię przerwały (dropouty). Różnice w wartościach składowych motywacyjnych dotyczą znamienne niższego czynnika aktywności u pacjentek z anoreksją przerywających przedwcześnie leczenie. Jednak porównanie uzyskanych wartości z normami kwestionariusza motywacji wskazuje, że wartości wszystkich czterech czynników motywacyjnych u pacjentek z anoreksją przerywających terapię (AN-DR) wynoszą poniżej przeciętnej.

Badanie przy przyjęciu wykazało, że osoby z bulimią kończące planowo leczenie charakteryzowały się, w porównaniu z osobami, które je przerwały, znamienne mniejszym poziomem czynnika krzywdy (p=0,033). Wartość czynnika krzywdy w tej podgrupie była także niższa od przeciętnej według norm kwestionariusza motywacji (por. tabela 3 i tabela 4).

Badanie wykonane w trakcie kwalifikacji wykazało nieco bardziej zaznaczone różnice. Porównanie pacjentek leczonych z powodu anoreksji (AN-P) i bulimii (BN-P), które ukończyły pełne leczenie, ujawniło istotnie większe nasilenie czynnika aktywności u osób z rozpoznaniem anoreksji (czynnik aktywności: AN-P= 71,1±7,3; BN-P= 66,8±8,2; p=0,027). W czasie badania kwalifikacyjnego wśród pacjentek z anoreksją istotnie większa wartość czynnika aktywności oraz czynnika zagrożenia charakteryzowała te, które ukończyły pełny program leczenia (odpowiednio p=0,029 i p=0,014).

Tabela 3

Motywacja do leczenia wśród chorych z anoreksją na etapie przyjęcia,
wg testu t Studenta

| | ANP n=5 | AN-DR n=9 | KN n=5 | ANP vs AN-DR | | ANP vs KN | | AN-DR vs KN | |
|------------|-------------|----------------|-------------|--------------|---------|-----------|---------|-------------|---------|
| | | | | t | p | t | p | t | p |
| Aktywność | 41,7 (±13) | 51,22 (±4,8) ↓ | 43,7 (±6,0) | 4,2 | *p=0,04 | 2,1 | *p=0,04 | -2,4 | *p=0,02 |
| Krytycyzm | 40,5 (±6,0) | 38,8 (±6,8) ↓ | 41,7 (±1,7) | 0,7 | NS | -1,2 | NS | -1,7 | NS |
| Bezdolność | 31,7 (±5,7) | 33,3 (±6,7) ↓ | 31,4 (±4,2) | 1,7 | NS | 0,2 | NS | -1,6 | NS |
| Zgrożenie | 20,8 (±4,8) | 25,4 (±6,2) ↓ | 20,8 (±3,8) | 1,7 | NS | 0,7 | NS | -1,7 | NS |

p – poziom istotności różnic, t – wartość testu Studenta, vs – versus (w porównaniu),
NS – nieistotne statystycznie. W nawiasach podano wartości odchylenia standardowego; strzałka ↓
wskazuje na wartości poniżej przeciętnej wg norm ustalonych dla kwestionariusza motywacji

Tabela 4

Motywacja do leczenia wśród chorych z bulimią na etapie przyjęcia,
wg testu t Studenta

| | ENP n=5 | EN-DR n=9 | KN n=5 | ENP vs EN-DR | | ENP vs KN | | EN-DR vs KN | |
|------------|---------------|--------------|-------------|--------------|---------|-----------|----|-------------|----|
| | | | | t | p | t | p | t | p |
| Aktywność | 41,7 (±6,8) | 44,3 (±11,5) | 43,7 (±6,0) | 0,7 | NS | 1,6 | NS | 0,2 | NS |
| Krytycyzm | 20,8 (±6,8) ↓ | 44,6 (±6,8) | 41,7 (±1,7) | -2,8 | *p=0,02 | -1,7 | NS | 1,7 | NS |
| Bezdolność | 31,7 (±4,8) | 36,7 (±4,8) | 31,4 (±6,2) | 0,5 | NS | 0,4 | NS | 0,2 | NS |
| Zgrożenie | 31,7 (±4,8) | 27,7 (±3,8) | 20,8 (±3,8) | -0,5 | NS | 1,4 | NS | 0,5 | NS |

Objaśnienia znaków – por. tabela 3

Wśród pacjentek z bulimią nie wystąpiły różnice istotne statystycznie.

Wskaźnik masy ciała

Na podstawie modelu analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami stwierdzono, że w grupie chorych planowo kończących leczenie wskaźnik masy ciała zmniejszał się w sposób istotny statystycznie u pacjentek z bulimią. Nie stwierdzono zaś znamiennych zmian we wskaźniku BMI u pacjentek z rozpoznaniem anoreksji.

Porównanie dynamiki zmian BMI w odniesieniu do AN-DR i BN-DR napotykało na podstawową trudność w związku ze zmieniającą się liczbą osób badanych w każdym, kolejnym tygodniu pomiaru BMI.

Dyskusja

Istotny spadek nasilenia ogólnych objawów psychopatologicznych sugeruje skuteczność metod leczenia. nierozstrzygnięta pozostaje kwestia trwałości tych zmian, czyli, w jakim stopniu poprawa objawów może utrzymywać się od roku do trzech lat

po zakończeniu leczenia. Wyniki badań tego zagadnienia będą przedmiotem osobnego opracowania.

W grupie pacjentek z rozpoznaniem anoreksji, które planowo ukończyły leczenie, jedyną skalą, w której nie zaszły zmiany istotne statystycznie, pozostała skala fobii. W kontekście wskaźnika masy ciała BMI, który również nie uległ zmianie, wydaje się, że może to być wyrazem odczuwania przez te pacjentki nadal nadmiernego zatroskania o swój wygląd i sylwetkę lub inaczej – lęku przed przytyciem. Część danych z piśmiennictwa dowodzi, że przykładanie nadmiernego znaczenia do swojego wyglądu i sylwetki wiąże się z niską samoocena, szczególnie u chorych cechujących się nadmiernym ograniczaniem jedzenia [13]. Restryktywność ponadto jest u tych chorych cechą osobowości, która w stabilny sposób utrzymuje się przez wiele lat po zakończeniu terapii [14].

W grupie pacjentek z rozpoznaniem bulimii, które planowo ukończyły leczenie, jedyną skalą psychopatologii ogólnej, która nie zmieniła się istotnie, była skala agresji. Potwierdza to dane z literatury dotyczące osobowości tej grupy pacjentek. Wśród chorych z rozpoznaniem bulimii często napotyka się cechy ekstrawersji, histrioniczności, niestabilności emocjonalnej [15]. Wśród chorych z symptomatyką bulimiczną częściej spotyka się osoby, które cechuje rozchwiana emocjonalność i słaba kontrola. Ich emocje mogą być bardziej intensywne, cechować je może większa impulsywność zachowań, w większym stopniu wpadają we wściekłość niż mieliby wyrażać swoją złość biernie lub kierować ją do wewnątrz [16]. Wymienione cechy, podobnie jak restryktywność i perfekcjonizm u chorych z anoreksją, charakteryzują się występowaniem długo po zakończeniu intensywnego leczenia. Ich zmiana z pewnością wymaga długotrwałego leczenia.

Wśród pacjentek z anoreksją wyraźnie większe nasilenie czynnika aktywności i zagrożenia wykazywały te, które ukończyły pełny program leczenia. Czynniki bezradności również przejawiał wartość powyżej przeciętnej, ale przedstawiało to jedynie nieznamienne tendencję. Łączy się to z wynikami opublikowanymi przez E. Galińską [17], która była jednym z pierwszych badaczy stosujących kwestionariusz motywacji w pracy eksperymentalnej z pacjentami nerwicowymi. W swoim doniesieniu udowodniła, że pacjenci o wyższym poziomie introwersji, cechujący się większym nasileniem zarówno czynnika aktywności, jak i czynnika bezradności, odbierali leczenie jako bardziej skuteczne. W niniejszej pracy wykazano, że duży wpływ na wielkość motywacji u pacjentek z anoreksją oraz na planowe zakończenie terapii miał ujawniający się u nich stan subiektywnego cierpienia. Prowadził on do nasilającego się stanu zagrożenia związanego z objawami. Wiązało się to jednocześnie z przyjęciem aktywnej postawy wobec leczenia. Dane te stają się tym bardziej istotne w przypadku pacjentek przedwcześnie przerywających leczenie. Wszystkie wartości składowych motywacyjnych poniżej przeciętnej u tych pacjentek wskazują na niewątpliwy wpływ motywacji na przerywanie terapii, w tej grupie chorych.

Wydaje się, że zupełnie odrębnymi właściwościami cechują się pacjentki z bulimią przedwcześnie przerywające leczenie. Brak istotnych różnic w porównaniu z chorymi planowo kończącymi leczenie, utrzymywanie się wartości w zakresie przeciętnym w odniesieniu do wszystkich czynników wskazuje, że wielkość motywacji mierzonej za pomocą kwestionariusza Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego [12] nie jest parametrem determinującym decyzję o przerywaniu terapii.

Tak więc wyniki świadczą o tym, że duży wpływ na wielkość motywacji wśród chorych na anoreksję odgrywają swoiście przeżywane stany zagrożenia. Starszy wiek leczonych z powodu anoreksji oraz ich późniejszy wiek zachorowania mogą się wiązać z większą świadomością swojej choroby i zagrażającego znaczenia jej objawów. Ma to wpływ na większą skłonność tych osób do podejmowania zmiany. Można przypuszczać, że im niższy wiek zachorowania u pacjentek z anoreksją, tym ściślej ich przekonania i myślenie pozostają zbieżne z głodzeniem się i odchudzaniem. Wywołuje to niechęć do szukania pomocy. Do Kliniki Nerwic trafiały więc prawdopodobnie pacjentki z późniejszym wiekiem zachorowania. Tym można wyjaśniać fakt, że, wbrew doniesieniom z literatury, opisane w tej pracy pacjentki z rozpoznaniem anoreksji zaczynały chorować istotnie później od pacjentek chorych na bulimię. Warto podkreślić jeszcze dwa aspekty. Wczesne interwencje terapeutyczne kierowane do pacjentek młodszych, wcześniej zapadających na zaburzenia odżywiania się, muszą uwzględniać ich słabą gotowość do podejmowania leczenia. Drugim aspektem jest duże znaczenie oddziaływań edukacyjnych na wczesnych etapach leczenia.

Wnioski

1. Duży wpływ na wielkość motywacji wśród chorych na anoreksję psychiczną odgrywają swoiście przeżywane stany zagrożenia. Starszy wiek osób leczonych z powodu anoreksji oraz ich późniejszy wiek zachorowania mogą się wiązać z większą świadomością choroby i zagrażającego znaczenia jej objawów.
2. Wszystkie wartości składowych motywacyjnych poniżej przeciętnej u pacjentek z anoreksją przedwczesnie przerywających leczenie wskazują na wpływ motywacji na przerywanie psychoterapii w tej grupie chorych.
3. Wielkość motywacji mierzonej za pomocą Kwestionariusza Wysokińskiej-Gąsior i Matuszewskiego nie jest parametrem determinującym decyzję o przerywaniu terapii wśród osób leczonych z powodu bulimii psychicznej.
4. Wskaźnik masy ciała (BMI) nie uległ zmianom w anoreksji, natomiast znacząco zmalał w bulimii.

Ėĩñčăĉđôŭćĕł ôřęñđũ á đ'ñčôĩñłđřđ'čĕ ĩřđôřłĩčĕ đ'čñřĩč'

Ńĩáĩđėřĩčł

Čřãřĩčł. Ā ĩřñĩ ŭłĕ đřãĩñł đ'ĩññřãĕłĩ ĩñãł ĩř ãĩđđĩñ – ĕřęřãĩ ñĕđř ĉĕčłĩłĩč' á ĩãũłĕ đ'ñčôĩđ'řĩñĕĩãĉĉ ĕĩãõñ ĉĕłũũ ĕłĩñĩ ãĩ ãđłĕ' đ'ñčôĩñłđřđ'čĕ áĩĕũĩũũ ű đřĉĕĉ-ĩũĕĉ ñĕđřĕĉ ĩřđôřłĩč' đ'čñřĩč'. Čññĕłãĩãĩřũ ĩřĕł đřĉĕĉ-č' á ĕĩñčãřôĉĕĩũũ ôřęñđřô, đ'đĉñõñññãõŭćũũ õ ĩřĕĉũ áĩĕũũũũ, ĕĩñđũł ĩęĩĩ-čĕĉ đ'řĕĩũĕ õĉĕĕ ĕł-łĩč' ĉ ĩłĕĉ áĩĕũũũĕĉ, ĕĩñđũł đ'đĕãłãđłĕłĩłĩ đ'đĩđãřĕĉ ĩřĕõŭ ĩłđřđ'čł.

Ėłĩñã. Ā čññĕłãĩãĩřĩčĕ čñđ'řĕũĕĩãĩřĩ Āĕĩññřđĕ ĩčĕđ'ñĩĕĩã – đ'řĕũñĕĕĕ đ'łđłãĩã ĤSCL-72 ĉ Āĕĩññřđĕĕ ĕĩñčăĉđĩãĕĉ (ĀĖ). Đřôĉłĩñũ áũĕĉ ĩãñĕłãĩãĩřũ ĩř ĩđłũ ĩñđřô: ãĩ ãđłĕ' ĕãřĕĉõĉĕřôĉĕĩãĩ čññĕłãĩãĩřĩč', đ'đłãĩřĩññãõŭłãĩ đ'đĉłĕĩĕ á ĕĕĉĩĉĕũ, ãĩ ãđłĕ' đ'đĕłĕř đ'řôĉłĩñř á ĕĕĉĩĉĕũ ĉ á ĩł-łĩčĕĉ ãĩñđĕ ĩłãłĕĕ đ'łđłãĩã ãũđ'čņęĩĕ.

Đłĉõĕũũřĩũ. Ā õĩãł čññĕłãĩãĩřĩčĕ ĩãĩřđõĉłĩũ nõũłññãłĩłĩł õĕłĩũřłĩčł ĩãũłđ'řĩñĕĩãĉ-łĩñĕõ ĩčĕđ'ñĩĕĩã ĩđłãĕ đ'řôĉłĩñĕ ĩ ãĕřãĩũĕřĕĉ đ'ñčõĉ-łĩñĕĩĕ řĩũđłĕñĉĉ ĉ áõĕĕĉĉĉ. Đĩđłã ĩř-řĕĩĕ ĕł-łĩč' đ'řôĉłĩñĕ ĩ ãĕřãĩũĕřĕĉ řĩũđłĕñĉĉ, ĕĩñđũł ĩęĩĩ-čĕĉ đ'đĩãđřĕĕũ ĩłđřđ'čĕ, ôřđřęñłđĉĕĩãřĕĕũ nõũłññãłĩłĩł ãũũřĕĕ õãłĕĉ-łĩčłĕ ôřęñđřđ' řĕñĕãĩññĕ á ĩđřãĩłĩčł ĩ đ'řôĉłĩñĕřĕĉ áĩĕũũũĕĉ áõĕłĕĉłĕ. ĩđłãĕ áĩĕũũũũ řĩũđłĕñĉłĕ nõũłññãłĩłĩł ĕłĩũřłł õñ'ĕłĕłĩčł ôřęñđřđ' õãđĩĕũ ĉ řĕñĕãĩññĕĉ ĉłĕĕĕ ĕłĩñĩ õ ĩłũ đ'řôĉłĩñĕ, ĕĩñđũł đ'đĩđãřĕĕ ĕł-łĩčł. ĩñĩřĕññĕ-łĩñĕ nõũłññãłĩłĩł ĉĕłĩłĩčł á đ'řĕřĕñłĕ' õ ãłĩř ĩłĕř ĩĩĩñĕĕĕũũ ĕ đ'řôĉłĩñĕřĕ ĩ áõĕĕĉĉłĕ, ĕĩñđũł ĩęĩĩ-čĕĉ ĕł-łĩčł.

démontrent l'efficacité des méthodes psychothérapeutiques cognitives-béaviorales- sociales dans le traitement des troubles d'alimentation. Les patientes avec l'anorexie nerveuse qui rompent leur thérapie se caractérisent du sens amoindri de leur maladie au début et cela se lie avec le besoin amoindri de continuer la thérapie.

Piśmiennictwo

1. Deci E, Ryan R. *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum; 1985.
2. Prochaska JO, DiClemente CC. *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. J. Clin. Cons. Psychol. 1983; 51: 390–395.
3. Vitousek K, Watson S, Wilson T. *Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18 (4): 391–420.
4. Faiburn C, Garner D. *Diagnosis of bulimia nervosa*. Int. J. Eat. Dis. 1986; 5: 403–419.
5. Heatherton T, Baumeister R. *Binge eating as escape from self-awareness*. Psychol. Bull. 1991; 110: 86–108.
6. Johnson C. *Initial consultation for patients with bulimia and anorexia nervosa*. W: Garner D, Garfinkel PE, red. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York, London: The Guilford Press; 1985.
7. Vandereycken W, Pierloot R. *Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients*. Brit. J. Med. Psychol. 1983; 56: 145–156.
8. Ryan R, Plant R, Malley S. *Initial motivations for alcohol treatment: relation with patient characteristic, treatment involvement and dropout*. Add. Beh. 1995; 2(3): 279–297.
9. Sala P, Marchewka D, Simon W. *Porzucanie leczenia (drop-out) w trakcie psychoterapii zaburzeń odżywiania*. Psychoter. 2002; 1(20): 33–40.
10. Siwiak-Kobayashi M, Sala P. *Trudności w terapii zaburzeń odżywiania w warunkach oddziału leczenia nerwic*. W: Bomba J, Józefik B, red. *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2003, s. 65–77.
11. Siwiak-Kobayashi M. *Cognition and emotion*. BP Books, Oxford 1994.
12. Wysokińska-Gąsior T, Matuszewski A. *Nerwice. Kwestionariusz motywacji do leczenia. Podręcznik*. Warszawa: Ginter. Wytwórnia Testów Psychologicznych; 1991.
13. Meijboom A, Jansen A, Kampman M, Schouten E. *An experimental test of the relationship between self-esteem and concern about body shape and weight in restrained eaters*. Int. J. Eat. Dis. 1999; 25: 327–334.
14. Bulik C, Sullivan PF, Fear J, Pickering A. *Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding*. Int. J. Eat. Disord. 2000; 28: 139–147.
15. Vitousek K, Manke F. *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. J. Abn. Psychol. 1994; 103: 137–147.
16. Westen D, Harnden-Fischer J. *Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between Axis I and Axis II*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 547–562.
17. Galińska E. *Ocena niektórych aspektów efektywności metody portretu muzycznego na tle analogicznych metod psychoterapii nerwic*. Psychoterapia 1994; 4(91): 49–60.

Otrzymano: 9.02.2004

Zrecenzowano: 13.04.2004

Przyjęto do druku: 18.02.2005

Adres: Paweł Sala

Klinika Nerwic, Instytut Psychiatrii i Neurologii
00-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Niniejsza praca nie była finansowana lub dofinansowywana w jakiegokolwiek formie