

# **Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania**



# **Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania**

Wiedza ekspercka

**KATARZYNA KUCHARSKA**

redakcja naukowa

Instytut Psychiatrii i Neurologii

Warszawa 2017

Zadanie finansowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 w zakresie realizacji projektu 2.5 „Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym (w tym anoreksja i bulimia) w populacji generalnej oraz w populacjach o zwiększonym ryzyku”.

Numer umowy: 6/3/2.5.2/NPZ/2017/462/620 z dnia 11.07.2017 roku

Recenzja

*prof. Marta Studzińska-Makara*

Redakcja

*Aleksandra Wołoszczuk*

Projekt okładki

*Alina Wiszenko-Zabrowarny*

© Copyright by Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017

© Copyright by Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017

ISBN 978-83-61705-33-8

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

Realizacja wydawnicza: AKANT Alina Wiszenko-Zabrowarny

---

# AUTORZY MONOGRAFII

---

**dr n. med. Katarzyna Biernacka**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**dr n. med. Anna Bogucka-Bonikowska**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**lek. med. Adam Curyło**

Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

**dr n. hum. Elżbieta Galińska**

Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**dr n. med. Joanna Hyrnik**

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego  
Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,  
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

**dr n. med. Gabriela Jagielska**

Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

**prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik**

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego  
Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,  
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

**lek. Ireneusz Jelonek**

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego  
Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,  
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

**mgr Julia Jeschke**

Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**mgr Emilia Kot**

Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**dr hab. n. med. Katarzyna Kucharska**

prof. nadzw. Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**dr n. med. Agnieszka Piróg-Balcerzak**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**dr hab. n. med. Barbara Remberk**

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**dr n. praw. Piotr Sierakowski**

Katedra Prawa Rzymskiego, Logiki oraz Teorii i Historii Prawa Uczelni Łazarskiego,  
Sędzia Sądu Rejonowego w Grodzisku Mazowieckim



---

# SPIS TREŚCI

---

Słowo wstępne.....	9
ROZDZIAŁ 1. Etiopatogeneza i psychopatologia zaburzeń odżywiania ( <i>Agnieszka Piróg-Balcerzak</i> ).....	11
ROZDZIAŁ 2. Profilaktyka i wczesna interwencja w zaburzeniach odżywiania ( <i>Anna Bogucka-Bonikowska</i> ).....	31
ROZDZIAŁ 3. Model leczenia zaburzeń odżywiania w Klinice Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie ( <i>Katarzyna Kucharska</i> ) .....	51
ROZDZIAŁ 4. Model leczenia zaburzeń odżywiania w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie ( <i>Barbara Remberk, Katarzyna Biernacka, Gabriela Jagielska</i> ) .....	63
ROZDZIAŁ 5. Model leczenia zaburzeń odżywiania w Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu ( <i>Małgorzata Janas-Kozik, Joanna Hymnik, Ireneusz Jelonek</i> ) ....	75

ROZDZIAŁ 6. Model leczenia zaburzeń jedzenia w Oddziale Leczenia Zaburzeń Jedzenia w Krakowie ( <i>Adam Curyło</i> ) .....	89
ROZDZIAŁ 7. Deficyty poznania społecznego i ich terapia w zaburzeniach odżywiania ( <i>Katarzyna Biernacka, Julia Jeschke, Katarzyna Kucharska</i> ) ....	113
ROZDZIAŁ 8. Metoda integracyjna muzykoterapii i psychodramy w leczeniu zaburzeń odżywiania ( <i>Elżbieta Galińska</i> ) .....	133
ROZDZIAŁ 9. Rehabilitacja żywieniowa ( <i>Emilia Kot</i> ) .....	159
ROZDZIAŁ 10. Aspekty prawne leczenia zaburzeń odżywiania ( <i>Piotr Sierakowski, Barbara Remberk</i> ) .....	179



---

## SŁOWO WSTĘPNE

---

Chciałabym serdecznie zaprosić Państwa do zapoznania się z monografią „Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania – wiedza ekspercka”, która powstała jako zwieńczenie realizacji zadania Narodowego Programu Zdrowia – *Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym w populacji generalnej oraz w populacjach o zwiększonym ryzyku*, którym miałam przyjemność kierować.

Monografia obejmuje uaktualnioną wiedzę z zakresu problematyki zaburzeń odżywiania, z uwzględnieniem etiopatogenezy, psychopatologii, wczesnej interwencji, profilaktyki oraz leczenia. Będąc wnikliwym przeglądem współczesnych koncepcji i doniesień naukowych w Polsce i zagranicą, książka prezentuje dużą wartość naukową.

Niewątpliwie jej atutem jest zaproszenie do współpracy ekspertów z doświadczeniem w pracy klinicznej w oddziałach leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania, którzy w każdym z zaproponowanych rozdziałów wzbogacili ujęcie teoretyczne o praktyczną wiedzę ekspercką.

Po raz pierwszy w Polsce również modele leczenia zaburzeń odżywiania zostały opisane przez ekspertów – kierowników klinik i oddziałów ukierunkowanych na terapię pacjentów z zaburzeniami odżywiania, którzy podzielili się swoimi długoletnimi doświadczeniami w zakresie struktury organizacyjnej oddziałów oraz programu terapii.

Monografia „Profilaktyka i leczenie zaburzeń odżywiania – wiedza ekspercka” jest owocem interdyscyplinarnej współpracy klinicystów i naukowców z uwzględnieniem ekspertyzy psychiatrycznej, psychoterapeutycznej, dietetycznej oraz prawniczej.

Adresatami publikacji są psychiatrzy oraz lekarze innych specjalności, psycholodzy, psychoterapeuci, dietetycy i psychodietetycy, pracownicy socjalni, terapeuci zajęciowi oraz wszyscy zainteresowani tematyką zaburzeń odżywiania.

Serdecznie dziękuję Autorom za zaangażowanie i wysiłek włożony w przygotowanie tej monografii oraz pracę w atmosferze życzliwego dialogu.

Redaktor naukowy

*dr hab. n. med. Katarzyna Kucharska,  
prof. nadzw. IPiN w Warszawie*

# ETIOPATOGENEZA I PSYCHOPATOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

---

**Agnieszka Piróg-Balcerzak**

---

## Podział zaburzeń odżywiania

Zgodnie z obowiązującymi obecnie klasyfikacjami europejskimi [24] wyróżniamy następujące zaburzenia odżywiania: jadłowstręt psychiczny (anoreksja), jadłowstręt psychiczny atypowy, żarłoczność psychiczną (bulimia), żarłoczność psychiczną atypową, przejadanie się związane z czynnikami psychologicznymi oraz wymioty związane z czynnikami psychologicznymi. Najnowsza amerykańska klasyfikacja chorób i zaburzeń [9] wyróżnia dodatkowo inne zaburzenia odżywiania. Należą do nich: pica, zaburzenie przeżuwania, zaburzenie polegające na ograniczaniu lub unikaniu przyjmowania pokarmów, zaburzenie z napadami objadania się (BED – *Binge Eating Disorder*), a także inne określone zaburzenie jedzenia i odżywiania oraz inne nieokreślone zaburzenie jedzenia i odżywiania się (EDNOS). Do ostatniej grupy należą takie przypadki zaburzeń odżywiania się, które nie spełniają wszystkich wytycznych dla każdej z powyższych chorób. Dotyczy to np. kryterium czasu trwania zaburzeń, częstości występowania objawów czy kryterium spadku masy ciała. Należy tu m.in. zaburzenie z przecyzyszczaniem się i nocne objadanie się. Jednak najczęściej dyskutowanymi i opisywanymi są jadłowstręt i żarłoczność psychiczna, a także BED.

## Epidemiologia zaburzeń odżywiania

Na zaburzenia odżywiania może zachorować każdy. Występują one niezależnie od płci, wieku, rasy, grupy etnicznej czy socjospołecznej. Zdecydowanie częściej zdarzają się one jednak w krajach bogatych i wysoko rozwiniętych, częściej również odnotowuje się je u młodych kobiet. Szacuje się, że w chwili obecnej od 4% do aż 20% młodych kobiet przejawia jakieś nieprawidłowe schematy odżywiania się, a 5% ma zaburzenia odżywiania. Mężczyźni również chorują na zaburzenia odżywiania, jednak są oni grupą, która zdecydowanie rzadziej szuka pomocy medycznej czy psychologicznej i z tego względu znacznie trudniej ocenić ile procent chłopców i mężczyzn ma jakieś problemy z odżywianiem. Niektóre badania pokazują nawet, że na każde 11 chorych kobiet jest aż 10 chorujących mężczyzn (na przykład w zaburzeniu z napadami objadania się) [15].

Wracając jednak do konkretnych zaburzeń odżywiania, szacuje się, że 0,3–1% młodych kobiet cierpi na jadłowstręt psychiczny. W okresie adolescencji rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego szacuje się na 1:10, a u osób po 20. roku życia na 1:20 [14]. Ponad 75% osób zaczyna chorować przed 25. rokiem życia, zaś okres pomiędzy 14. a 18. rokiem życia jest okresem największego zagrożenia. U około 10% osób jadłowstręt psychiczny występuje przed okresem dojrzewania, jednak diagnostyka zaburzeń odżywiania się w tym wieku jest bardzo trudna. Rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego w ostatnich latach rośnie, obniża się również wiek zachorowania [35]. Jadłowstręt psychiczny to choroba, która spośród wszystkich chorób i zaburzeń psychicznych niesie za sobą największe ryzyko śmiertelności.

Na żarłoczność psychiczną choruje 1–3% populacji, ale jeśli uwzględnimy również osoby, które wykazują zachowania podobne do bulimii, lecz nieprezentujące pełnych objawów choroby, to współczynnik ten wzrasta do 5,7%–8,0%. Stosunek płci żeńskiej do męskiej wśród chorych wynosi 10:1. Średni wiek rozpoczęcia tej choroby to 19,7 roku, nieco później niż w jadłowstręcie psychicznym, zaś wcześniej niż w BED. Tu wiek zachorowania również się obniża [34].

Najczęstszym zaburzeniem jest zaburzenie z napadami objadania się. Występuje u około 3% ogólnej populacji, prawie tak samo często u obu płci, choć nieco częściej u kobiet. Choroba zaczyna się zwykle pod koniec drugiej lub na początku trzeciej dekady życia [23]. BED jest jedną z głównych przyczyn rozwoju nadwagi a następnie otyłości, występuje u ponad 40% osób

z otyłością [19]. Jest to ważna informacja, bo aż 54% dorosłych Polaków ma nadwagę lub otyłość (64% to mężczyźni, 46% kobiety). Badania wskazują, że zaburzenia odżywiania niosą za sobą wysoki procent powikłań w postaci myśli samobójczych i zachowań autoagresywnych. Około 43% pacjentów z zaburzeniami odżywiania ma myśli samobójcze, a nieco ponad 30% dokonuje samookaleczeń bez intencji samobójczych [33].

### **Objawy jadłowstrętu psychicznego**

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) to zaburzenie odżywiania się, w którym chorująca osoba je znacznie mniej i przyjmuje znacznie mniej kalorii, niż faktycznie potrzebuje jej organizm. Przyczyną takiego postępowania jest silna obawa o to, aby nie doszło do zwiększenia liczby kilogramów i przytycia. Obawy te występują pomimo faktu, że dana osoba z reguły ma już nieprawidłową, zbyt niską masę ciała. Charakterystyczne jest także zaburzone myślenie i nieprawdziwe postrzeganie swojej sylwetki czy wagi. Nawet bardzo wychudzone, wyniszczone osoby myślą o sobie, że są za grube i nadal robią wszystko, aby zmniejszyć masę ciała. Samoocena osób chorujących na jadłowstręt jest zależna od ich wyglądu lub liczby kilogramów – im mniej ważą, im bardziej są wyniszczone, tym bardziej są z siebie zadowolone. U osób w okresie wzrostu, czyli dzieci lub nastolatków, można nie obserwować spadku masy ciała, lecz utrzymywanie tej samej wagi pomimo rośnięcia. Osoby z anoreksją często nie zauważają ewidentnych problemów ze zdrowiem albo zaprzeczają, że może to być efekt ich sposobu odżywiania się. Obecnie uznaje się, że utrata miesiącki nie jest konieczna, aby rozpoznać anoreksję, jednak niedożywione dziewczęta z reguły nie miesiąckują. Niedowagę rozpoznajemy wówczas, gdy wskaźnik masy ciała (BMI – *Body Mass Index*) danej osoby jest niższy niż 18,5 kg/m<sup>2</sup> [9]. BMI wylicza się poprzez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wzrostu podany w metrach. Obliczanie BMI dla dzieci, nastolatków i młodzieży w wieku 2–20 lat jest zależne od wieku i płci i oparte na siatkach percentylowych. Masa ciała poniżej 5 percentyla oznacza niedowagę.

## Typy jadłowstrętu psychicznego

Wyróżniamy dwa typy jadłowstrętu psychicznego – **typ restrykcyjny (ograniczający)**, polegający jedynie na ograniczaniu przyjmowanych kalorii i zmniejszeniu ilości jedzenia oraz **typ z napadami objadania się i następowym przeczyszczaniem**, gdzie dodatkowo, po napadach objadania się, osoba chora prowokuje wymioty albo przyjmuje środki moczopędne lub przeczyszczające, aby nie doszło do przyrostu masy ciała. Wiele osób w trakcie trwania choroby prezentuje obydwie postaci zaburzenia. Pomimo różnic w postępowaniu osób chorych głównym celem jest utrata masy ciała i zmiana sylwetki. W obu typach jadłowstrętu psychicznego często są dodatkowo wprowadzane intensywne i wyczerpujące ćwiczenia fizyczne [9]. Chorujące osoby potrafią ćwiczyć kilka godzin dziennie. Robią też wszystko, żeby zużywać jak najwięcej kalorii, np. kąpią się w zimnej wodzie, przebywają w wychłodzonych pomieszczeniach, ubierają się zbyt lekko, starają się cały czas napinać mięśnie, czy wykonywać różne czynności na stojąco lub kucając.

## Przyczyny rozwoju jadłowstrętu psychicznego

Przyczyny rozwoju tej choroby są wielorakie, mówi się o modelu biopsychospołecznym. Do **czynników biologicznych** należą uwarunkowania genetyczne – obserwowano zgodność zachorowań u 44% bliźniąt jednojajowych i u 12% bliźniąt dwujajowych. Łączna odziedziczalność jest wysoka i wynosi 33–84%. Pomimo badań genetycznych nadal nie ustalono jednoznacznie jakie geny są odpowiedzialne za predyspozycje do rozwoju jadłowstrętu. Wiadomo jednak, że dotyczy to układów serotonergicznym, dopaminergicznym i funkcjonowania genów odpowiedzialnych za dojrzewanie mózgu. W ostatnich latach wykazano też, że liczne neuropeptydy mogą mieć wpływ na rozwój zaburzeń odżywiania. Są to oreksyny, leptyna, interleukiny, grelina czy neuropeptyd Y [2]. Nadal jednak trudno stwierdzić, czy obserwowane zmiany to przyczyna, czy skutek głodzenia się. Do **czynników osobowościowych** opisywanych jako takie, które predysponują do rozwoju anoreksji, należą: perfekcjonizm, zdyscyplinowanie, pracowitość, sumienność, zorientowanie na osiągnięcie sukcesów – zarówno w nauce, jak i innych dziedzinach życia – niezależnie od faktycznych możliwości. Osobowość najczęściej rozwija się

w kierunku osobowości anankastycznej, rzadziej w kierunku osobowości histrionicznej czy schizoidalnej. Inne cechy charakteru to sztywność, brak akceptacji kobiecości, trudności z nazywaniem i ujawnianiem emocji, unikanie sytuacji konfrontujących i wymagających podejmowania decyzji, niedojrzałość emocjonalna, chłód emocjonalny. U osób, które uprawiają sporty lub angażują się w aktywności wymagające szczupłej sylwetki (modelki, tancerki, baletnice, gimnastyczki, lekkoatletki), ryzyko rozwoju anoreksji wzrasta nawet kilkukrotnie [1]. **Czynniki rodzinne** rozwoju anoreksji są związane ze specyficznym obrazem stosunków rodzinnych, do których należą przede wszystkim: nadopiekuńczość, nieumiejętność rozwiązywania konfliktów, negowanie ich lub słabą ich tolerancję, nadmierne wiązanie, hamowanie procesu separacji – indywidualizacji. Wykazano również większą częstość występowania chorób psychicznych w rodzinie, przede wszystkim chorób afektywnych, uzależnienia od alkoholu czy zaburzeń odżywiania. **Czynniki społeczno-kulturowe** to propagowany model szczupłej sylwetki jako synonim sukcesu, wysokiego statusu społecznego, lepszej wydolności umysłowej i fizycznej. Nie bez znaczenia jest również dynamicznie zmieniająca się rola kobiety we współczesnym świecie, a także zmiana modelu i funkcjonowania rodziny.

## Przebieg jadłowstrętu psychicznego

### **Początek**

Jadłowstręt psychiczny najczęściej zaczyna się po jakimś zdarzeniu, w którym wygląd i figura danej osoby zostały negatywnie (według niej) ocenione. Może to być faktyczne wyśmiewanie się przez rówieśników z nadwagą, ale równie dobrze może to być również jakaś niewinna uwaga typu „chyba się trochę zaokrągliłaś...” albo „masz teraz taką kobiecą sylwetkę”. Osoba ta porównuje się często z jakąś modelką i jej „idealną” figurą, i dochodzi do wniosku, że jest zbyt gruba. Początek jadłowstrętu psychicznego można podejrzewać, gdy dana osoba zmienia swój styl jedzenia, nagle przechodzi na dietę wegetariańską albo wegańską, wybiera tylko „zdrową” żywność, bardzo rygorystycznie pilnuje ułożonej przez siebie diety, zaczyna mieć rytuały związane z jedzeniem (np. je w konkretnej kolejności, małymi łykami, w samotności), mówi o sobie, że jest za gruba, musi schudnąć.

## Powikłania

W jadłowstręcie psychicznym dochodzi do zmian i powikłań praktycznie w każdym narządzie czy układzie. Charakterystyczny jest wygląd osoby wyniszczonej – sucha, łuszcząca się skóra, zażółcone stopy i dłonie, zasinione i chłodne stopy, ręce czy nos, przerzedzone owłosienie na głowie i owłosienie łonowe. Ciało pokrywa się drobnutkiem meszkiem lanugo. Częste są też obrzęki kończyn dolnych, co jest efektem małego stężenia albumin w organizmie. W badaniu lekarskim stwierdza się obniżone tętno i ciśnienie krwi, czasem można wysłuchać szmer nad sercem. Pomimo znacznego wyniszczenia chorzy często prowadzą bardzo aktywny tryb życia (np. intensywnie trenują sporty) i zaprzeczają, aby mieli jakiegokolwiek problemy zdrowotne. Niejednokrotnie również rodziny uważają, że skoro osoba chora ma siłę, aby tak funkcjonować, to znaczy, że choroba nie jest poważna. Czasem chorzy mają zupełnie prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych, ale to nie wyklucza zaburzeń odżywiania się. U takich osób może jednak dojść do dekompensacji stanu fizycznego i nagłego zgonu. Na powikłania są również szczególnie narażone osoby, u których nastąpiła duża utrata wagi w krótkim czasie. Brak wystarczającej ilości produktów odżywczych w przyjmowanych posiłkach powoduje, że organizm jest z reguły odwodniony, spada stężenie podstawowych elektrolitów, czyli potasu, magnezu, wapnia i fosforu. Obniża się również stężenie glukozy, ale stężenie cholesterolu, enzymów wątrobowych i mięśnia sercowego rośnie. Świadczy to o rozpadzie komórek wątrobowych i ich dysfunkcji, czy o uszkodzeniu mięśnia serca. Faktycznie dochodzi do ścieńczenia ściany serca i ogólnie zmniejszenia jego wymiarów. Ponadto serce pracuje wolniej (spadek częstości uderzeń serca poniżej 60/minutę to bradykardia) lub nieregularnie (arytmie), pojawia się niedomykalność zastawek serca – trójdzielnej i mitralnej, zmniejsza się pojemność wyrzutowa serca, obniża się ciśnienie tętnicze krwi. Pojawiają się też przeciwciała przeciwko mięśniowi sercowemu – wszystko to w efekcie stopniowo uszkadza serce. Zmienia się również skład krwi – maleje liczba czerwonych ciałek krwi, krwinek białych i płytek krwi. Efektem jest niedotlenowanie komórek, spadek funkcji obronnych organizmu czy trudności z krzepnięciem krwi. Zmniejsza się ilość białek we krwi, co m.in. odpowiada za powstawanie obrzęków. Niekorzystne zmiany zachodzą także w układzie nerwowym. Ostra faza jadłowstrętu psychicznego powoduje zmniejszenie objętości zarówno istoty białej, jak i szarej mózgu. Metaanaliza badań obrazowych mózgu przeprowadzanych za pomocą rezonansu magnetycznego (NMR) wskazuje, że istota szara jest mniejsza o około



5,6%, a istota biała o około 3,8% w porównaniu z objętościami mózgu osób zdrowych. Po około 2–5 miesięcy od odzyskania prawidłowej masy ciała objętość istoty białej prawie całkowicie wraca do normy, istoty szarej zaś jedynie w połowie. Dopiero kilkuletnie utrzymywanie prawidłowej masy ciała (2–8 lat remisji) umożliwia powrót do objętości mózgu sprzed zachorowania [32]. Lepsze rokowanie mają chorujące nastolatki. Badania NMR przeprowadzone po odzyskaniu prawidłowej masy ciała nie wykazały odchyień w objętościach tych struktur mózgu w porównaniu z grupą kontrolną [26].

Oprócz nieprawidłowości w obrazie mózgu również zapisy elektroencefalograficzne (EEG) są nieprawidłowe, może dochodzić do napadów drgawek. Brak podściółki tłuszczowej sprawia, że nerwy są uciskane przez inne narządy, co z kolei powoduje dolegliwości bólowe, czyli neuropatie z ucisku. Pojawiają się też zapalenia nerwów obwodowych z następującymi przeczulicami, bólami czy mrowieniami. Nerki nie są w stanie odpowiednio zagęszczać moczu, wskutek czego produkują mocz o małym ciężarze właściwym i zasadowym odczynie, co sprzyja częstym infekcjom bakteryjnym układu moczowego. Poza tym w moczu znajdują się krwinki białe, czerwone i białko. Może również dojść do niewydolności nerek, zarówno ostrej, jak i przewlekłej. Zaburzeniom ulega gospodarka hormonalna organizmu. Obserwowane są nieprawidłowe stężenia hormonów tarczycy, hormonów płciowych (u kobiet skutkuje to zanikiem miesiączki, płodności i libido, u mężczyzn zanikiem libido), niskim stężeniem hormonu antydiuretycznego (produkowane są duże ilości słabo zagęszczonego moczu). Występują również zaburzenia w wydzielaniu hormonów odpowiedzialnych za wzrost organizmu. Osoby, które zachorowały przed okresem pokwitania, nie osiągają takiego wzrostu, jaki mogłyby osiągnąć. Niekorzystne zmiany dotyczą też układu mięśniowo-szkieletowego: zanikają mięśnie, występują kurcze mięśniowe i napady tężyczki, we krwi można wykryć enzymy mięśniowe (CPK, LDH), co świadczy o intensywnym rozpadzie mięśni. Ponieważ kości nie są odpowiednio uwapnione, najpierw dochodzi do osteopenii, a następnie osteoporozy i typowych dla niej złamań kompresyjnych. W układzie pokarmowym, szczególnie u osób, które wymiotują i/lub stosują środki przeczyszczające, również obserwowane są liczne nieprawidłowości. Wymioty powodują obrzęk ślinianek (charakterystyczna twarz z „policzkami chomika”), występują ubytki szkliwa zębów i nasilona próchnica. Opóźniona jest perystaltyka żołądka, pokarm zalega w nim znacznie dłużej niż u osób zdrowych, często występują bóle brzucha i wzdęcia, pojawia się zespół jelita drażliwego z nieregularnymi wypróżnieniami

i naprzemiennymi biegunkami i zaparciami. Zagrożający życiu jest zespół tętnicy kręzkowej górnej – wymaga on szybkiej interwencji chirurgicznej. Zespół ten jest efektem zbyt małej ilości tkanki tłuszczowej w przestrzeni zaotrzewnowej. Poprzez „dociśnięcie” dwunastnicy do sąsiadujących z nią dużych naczyń krwionośnych dochodzi do martwicy fragmentu dwunastnicy i niedrożności górnej części przewodu pokarmowego. W jadłowstręcie psychicznym znacznie częstsze są także różne infekcje bakteryjne, gdyż układ odpornościowy jest osłabiony. Podsumowując: anoreksja powoduje liczne choroby i zaburzenia somatyczne, które w pewnym momencie pojawiają się lawinowo i zagrażają życiu pacjenta.

Jadłowstręt psychiczny oprócz powikłań somatycznych generuje także różne problemy związane ze zdrowiem psychicznym. Pacjenci mają epizody depresji, zaburzenia lękowe, zespół natręctw, uzależnienia. Najczęstszą przyczyną śmierci w tej chorobie są samobójstwa (połowa wszystkich zgonów).

### **Rokowanie w jadłowstręcie psychicznym**

Przebieg tego zaburzenia jest przewlekły, a leczenie długotrwałe. Szacuje się, że od rozpoznania jadłowstrętu psychicznego do jego wyleczenia mija przeciętnie 6–12 lat [4]. Za całkowite wyleczenie uznaje się stan, gdy ustępują wszystkie objawy zaburzeń odżywiania się i sytuacja taka utrzymuje się przynajmniej przez 8 tygodni. Badania wskazują na różny procent wyleczeń, ale podsumowując można stwierdzić, że pełne zdrowie odzyskuje 45–50% osób. U 20% stan zdrowia nie poprawia się, zaburzenie ma przebieg przewlekły z wieloma nawrotami. Reszta (30–35%) są to osoby, które osiągają masę ciała z pogranicza normy, a miesięczka występuje u nich nieregularnie [4]. Wydaje się, że możliwości terapeutyczne nadal są mało zadowalające – duże perspektywne badanie populacyjne nie wykazało związku pomiędzy leczeniem jadłowstrętu psychicznego a wyzdrowieniem [3]. Sugeruje to wątpliwą skuteczność obecnie stosowanych metod i konieczność poszukiwania nowych rozwiązań terapeutycznych. Rokowanie w jadłowstręcie psychicznym zależy od wielu czynników: wieku rozpoczęcia i czasu trwania zaburzenia, czasu rozpoczęcia leczenia, konieczności hospitalizacji i czasu jej trwania [18], obrazu klinicznego choroby [4] i stopnia utraty masy ciała [31], powikłań i współchorobowości [18, 31], a także od funkcjonowania społecznego pacjentki i jej sytuacji rodzinnej

[27]. Najlepsze rokowanie mają osoby, które zachorowały w okresie adolescencji lub na początku okresu dojrzewania [18], udowodniono również, że wyższy wskaźnik masy ciała na początku leczenia skutkuje szybszym osiągnięciem poprawy i wyzdrowieniem [31]. Z kolei podtyp bulimiczny jadłowstrętu rokuje gorzej niż podtyp restrykcyjny [5]. Śmiertelność w jadłowstręcie psychicznym szacuje się na 5–20%, a główną przyczyną zgonów są samobójstwa [37] oraz nagła niewydolność krążenia. Jest to największa śmiertelność spośród zaburzeń psychicznych. Obserwuje się wzrost liczby osób po 20. roku życia, które umierają w przebiegu jadłowstrętu. Ze zwiększoną śmiertelnością wiążą się również długi czas trwania choroby, długie hospitalizacje, masa ciała poniżej 35 kg, czy towarzyszące zaburzenia psychiczne (zaburzenia afektywne i uzależnienie od substancji psychoaktywnych i alkoholu) [21].

### Objawy żarłoczości psychicznej

Najważniejsza cecha żarłoczości psychicznej (*bulimia nervosa*) to częste i nawracające epizody objadania się. Ilość spożytego wtedy pokarmu jest zdecydowanie większa niż to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie i w podobnych okolicznościach. Osoba chora traci kontrolę nad jedzeniem, nie może zaprzestać jedzenia albo zapanować nad tym, ile zjada. Z reguły produkty żywnościowe zjadane są bardzo szybko. Zdarza się, że spożywane są nawet produkty niejadalne w stanie nieprzetworzonym – np. sucha, niegotowana kasza, ryż, mąka. Niektóre osoby podczas jednego napadu żarłoczości zjadają pożywienie dostarczające kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt tysięcy kilokalorii (średnia dobowa dawka to około dwóch – trzech tysięcy kilokalorii). Po napadzie objadania, aby nie przytyć, osoba chora podejmuje zachowania kompensacyjne, czyli „wyrównujące”. Są to wymioty lub/i przeczyszczania się, czyli prowokowanie biegunek. Inne sposoby, które stosują osoby z bulimią, aby nie przytyć, to okresowe głodówki, stosowanie różnych preparatów zmniejszających łaknienie, przyjmowanie hormonów tarczycy (aby przyspieszyć metabolizm), środków moczopędnych lub intensywne, wyczerpujące ćwiczenia. Osoby chorujące na cukrzycę mogą zaprzestać stosowania insuliny [9]. Wszystkie te działania zagrażają zdrowiu, a nawet życiu. Część osób chorujących na żarłoczość psychiczną chorowała wcześniej na jadłowstręt psychiczny. U osób chorujących na bulimie, podobnie jak u osób chorujących na

anoreksję, samoocena jest związana z sylwetką i masą ciała. Obie grupy osób mają bardzo dużą obawę przed przytyciem, ustalają sobie nieprzekraczalną granicę masy ciała. „Wymarzona” waga jest niższa niż przedchorobowa czy prawidłowa dla danej osoby.

## **Przebieg żarłoczności psychicznej**

### **Początek**

Początek choroby z reguły wiąże się z nieprawidłowym sposobem zmniejszania napięcia. W sytuacji stresu część osób zaczyna się objadać, aby zmniejszyć napięcie emocjonalne, psychiczne lub odreagować poczucie odrzucenia czy samotności, pocieszyć się. Początkowo częstość napadów może nie być duża i spełniać kryteria np. zespołu napadowego objadania się albo zespołu nocnego objadania się. Wówczas nie są jeszcze prowokowane wymioty. Szybko jednak objadanie się zaczyna mieć charakter napadowy. Osoba chorująca przestaje mieć kontrolę nad swoim jedzeniem i ma z tego powodu poczucie winy i wstydu. Zaczyna też tyć i nie akceptuje tego. Stosuje więc metody opisane powyżej, aby tylko utrzymać upragnioną sylwetkę i wagę. Żołądek zaczyna przystosowywać się do olbrzymich objętości przyjmowanego pokarmu, co powoduje, że osoba chorująca jest w stanie w trakcie napadu przyjąć kilkadziesiąt tysięcy kalorii. Baczny obserwator, na przykład członek rodziny, może się zorientować, że dana osoba choruje. Z lodówki czy szafki znikają duże ilości jedzenia, po posiłkach lub w ich trakcie często osoba chorująca zamyka się w toalecie i można usłyszeć, jak wymiotuje, pojawia się obrzęk ślinianek przyusznych podrażnionych przez wymiociny, przez co twarz wygląda na opuchniętą, przypominającą pyszczek chomika.

### **Powikłania**

Rozwijają się charakterystyczne zmiany w jamie ustnej – nadżerki, wrzody, próchnica. Pojawiają się inne komplikacje związane ze zdrowiem somatycznym. Z powodu częstych wymiotów i biegunek niedobory kluczowych elektrolitów (potasu, chloru) mogą prowadzić do zagrażających życiu zaburzeń rytmu serca lub nagłych zgonów sercowych. Poza tym występują liczne dolegliwości z przewodu pokarmowego. Pojawiają się chrypka (struny głosowe

są niszczone przez kwas solny), krew w wymiotach lub wymioty samoistne, bez potrzeby ich prowokowania. Występuje refluks żołądkowo-przełykowy. Choremu dokuczają bóle brzucha, wzdęcia, dyskomfort w jamie brzusznej. Stałe działanie kwasu solnego na nieodporne na niego tkanki może wywołać groźne i niebezpieczne dla życia zapalenie trzustki lub jeszcze bardziej niebezpieczne pęknięcie przełyku lub żołądka. Może wystąpić niedrożność porażenna jelit, która czasem kończy się koniecznością operacji chirurgicznej. Osoby z bulimią mogą również cierpieć na zaburzenia miesiączkowania, niepłodność, osteoporozę, ostrą i przewlekłą niewydolność nerek lub – jeśli są wyniszczone – wszystkie pozostałe powikłania, jakie występują u osób z jadłowstrętem. Powikłaniem bulimii są również inne zaburzenia psychiczne. W przebiegu bulimii często rozwija się depresja, nierzadko z podejmowaniem prób samobójczych, czemu sprzyja nadmierna impulsywność pacjentek. 50% pacjentów z zaburzeniami odżywiania się nadużywa alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych, rozpowszechnienie uzależnień w tej grupie osób jest pięciokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej.

### **Rokowanie w żarłoczności psychicznej**

Przeciętny okres trwania epizodu żarłoczności psychicznej to 6,5 roku (2,2–15,4 roku) [23]. 70% osób z bulimią uzyskuje pełne wyzdrowienie; lepiej rokują osoby, które mają mniej dodatkowych zaburzeń psychicznych, stabilne cechy osobowości i mniej chaotyczny styl życia [21]. Szybsze postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia również jest czynnikiem poprawiającym rokowanie. Niestety bulimia powoduje wzrost ryzyka przedwczesnego zgonu, głównie z powodu samobójstwa [8]. Z badań populacyjnych wynika, że masa ciała chorujących osób waha się pomiędzy niedowagą a wagą przekraczającą normę. Około 65,3% pacjentów z bulimią ma wskaźnik masy ciała mieszczący się w granicach pomiędzy 18,5–29 kg/m<sup>2</sup>. Jedynie niewielka grupa osób, około 3,5%, ma BMI niższe niż 18,5 kg/m<sup>2</sup>.

## Przyczyny rozwoju żarłoczności psychicznej

Na rozwój bulimii mają wpływ czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Zaliczamy do nich czynniki osobowościowe, biologiczne, rodzinne oraz społeczno-kulturowe. Najczęściej opisywane **cechy osobowości** przedchorobowej to niska samoocena, wysoki poziom neurotyzmu, a także impulsywność i labilność emocjonalna, które predysponują te osoby także do innych zachowań impulsywnych, takich jak hazard, nadużywanie leków, środków psychoaktywnych czy alkoholu. W krańcowym nasileniu cechy te przybierają postać osobowości z pogranicza. Część osób prezentuje jednak cechy podobne do cech typowych u osób z jadłowstrętem. Są to perfekcyjność, obsesyjność, unikanie urazów, a dążenie do szczupłości może być tu traktowane jako możliwość kontroli nad różnymi aspektami życia, nie tylko związanymi z ciałem [22]. Ryzyko zachorowania na bulimię zwiększa historia częstych i znacznych wahań masy ciała, urodzenie po 1960 roku, wyobrażenie ciała idealnego jako bardzo szczupłego.

Do **czynników biologicznych** należą uwarunkowania genetyczne. Badania populacyjne w przypadku bliźniąt jednojajowych wykazały zgodność zachorowań na poziomie 23%, a w przypadku bliźniąt dwujajowych – 8%. Łączna dziedziczność bulimii mieści się w przedziale 30–60%. Badania również wskazują, że w rodzinach osób z bulimią choroba ta występuje częściej niż w populacji ogólnej. W wielu badaniach genetycznych próbowano znaleźć geny odpowiedzialne za rozwój bulimii, jednak nadal nie można ich wskazać. Wiadomo, że w tej chorobie mamy do czynienia z nieprawidłową aktywnością różnych neuroprzekaźników i neuromodulatorów, zwłaszcza układu serotoninergetycznego [29]. Obserwowane są także nieprawidłowe stężenia innych substancji – endorfin, estrogenów, cholecystokininy. Nie ma jednak pewności, czy te zmiany są przyczyną, czy skutkiem żarłoczności psychicznej. Badania nad **czynnikami rodzinnymi** wskazują na wyższy wiek rodziców w momencie urodzenia przyszłej pacjentki, wyższy odsetek krewnych z chorobami afektywnymi, częstszą historię otyłości i ciężkich chorób somatycznych w rodzinie oraz nadużywania alkoholu u ojców [20]. Prawdopodobieństwo zaburzeń odżywiania się zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców może zwiększać również charakterystyczny sposób funkcjonowania rodziny. Te cechy rodziny to: konflikty rodzinne, nasilona kontrola, niska spójność rodziny, ograniczenie autonomii, trudności w wyrażaniu uczuć. Brak wsparcia emocjonalnego ze strony bliskich osób może prowadzić do spożywania dużych ilości pokarmów atrakcyjnych smakowo, co jest specyficzną formą samonagradzania się [11].

Ważnym czynnikiem predysponującym do zaburzeń odżywiania jest także ciężka choroba somatyczna [11, 29].

Niemniej istotną rolę odgrywają **czynniki społeczno-kulturowe**. Są one podobne do tych, które występują w innych zaburzeniach odżywiania. Z jednej strony to przekaz promujący szczupłą sylwetką jako synonim sukcesu życiowego i atrakcyjności, a z drugiej – dostępność żywności i moda na nieograniczoną konsumpcję (nie tylko produktów spożywczych). Zachowania bulimiczne pozwalają realizować obydwa cele, przynajmniej początkowo.

### **Kiedy rozpoznajemy zaburzenie z napadami objadania się?**

Aby rozpoznać zaburzenie z napadami objadania się, muszą występować dwie cechy jednocześnie. Jedna to występowanie nawracających epizodów objadania się – w określonym czasie osoba z tym zaburzeniem przyjmuje znaczną ilość pożywienia, tak dużą, że przekracza ona znacznie ilość pokarmu, który większość osób zjadłaby w podobnej sytuacji. Druga cecha to fakt, że podczas jedzenia tracone jest poczucie kontroli – nie można skończyć jedzenia albo zapanować nad zjedzoną ilością. Z reguły pożywienie jest zjadane szybko, pomimo braku poczucia głodu i wywołuje nieprzyjemne uczucie pełności w żołądku, poczucie wstydu, winy lub przygnębienia. Pożywienie jest przeważnie zjadane w samotności, właśnie z powodu wstydu związanego z przyjętą jego ilością [9]. Nierzadko kupione jedzenie jest chowane przed domownikami, aby nie mogli oni zobaczyć, jak duże jego ilości znikają. To zaburzenie występuje zwykle u osób z nadwagą oraz otyłych i zaczyna się najczęściej w okresie nastoletnim. Dyskutuje się o podobieństwach pomiędzy tym zespołem a uzależnieniami. BED miałoby być jednym z uzależnień behawioralnych [30].

### **Rokowanie w zaburzeniu z napadami objadania się**

Przeciętny czas trwania zaburzenia wynosi 4,3 roku (1,0–11,7 roku) i jest krótszy niż w bulimii [23]. Około 70–80% osób chorujących na ten typ zaburzeń odżywiania dzięki podjęciu terapii może wyzdrowieć. Szanse są większe u osób z mniejszą ilością problemów osobowościowych czy interpersonalnych.

Powikłaniami tego zaburzenia, oprócz otyłości, są cukrzyca typu 2., nadciśnienie tętnicze i różne problemy gastryczne, a ponadto zaburzenia lękowe i depresja oraz zwiększone ryzyko uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych [7].

### **Kiedy rozpoznajemy inne określone i nieokreślone zaburzenia jedzenia i odżywiania się?**

Do określonych i nieokreślonych zaburzeń jedzenia i odżywiania się zalicza się przypadki, w których objawy wywołują klinicznie istotne cierpienie, upośledzenie funkcjonowania w różnych obszarach życiowych, ale nie są spełnione pełne kryteria żadnego spośród rozpoznań. I tak na przykład zbyt krótki czas trwania choroby lub zbyt rzadkie epizody mogą prowadzić do rozpoznania **żarłoczości psychicznej lub zaburzenia z napadami objadania się z niską częstością występowania epizodów i / lub ograniczonym czasie trwania**. Z kolei **jadłowstręt psychiczny atypowy** rozpoznamy u osoby, która myśli o jedzeniu jak osoba chora, je posiłki jak osoba chora, ale jej masa ciała utrzymuje się w zakresie normy albo nawet powyżej normy. Inne zaburzenie z tej grupy to **zaburzenie z przeczyszczaniem się**, gdzie osoba chorująca stosuje różne metody – wymioty, przyjmowanie leków moczopędnych czy przeczyszczających – po to, aby uzyskać niższą masę ciała, ale nie ma napadów objadania się. W tej grupie zaburzeń jest jeszcze **nocne objadanie się**, czyli nawracające epizody objadania się nocą, już po zjedzeniu ostatniego zaplanowanego wieczornego posiłku, czy też po wybudzeniu się w nocy. Epizody te są zapamiętywane.

Oprócz opisanych powyżej zaburzeń, które są znane i stosunkowo często spotykane, należy jeszcze pokrótce scharakteryzować inne zaburzenia odżywiania, które są zawarte w obecnych klasyfikacjach, lecz występują znacznie rzadziej. Są to:

**Pica**, czyli spożywanie substancji, które są niejadalne. Zaburzenie to może wystąpić w każdym okresie życia, musi być niewłaściwe dla wieku rozwojowego danej osoby i nie może być praktyką czy zachowaniem charakterystycznym dla jakiegoś kręgu kulturowego.

**Zaburzenie przeżuwania**, czyli powtarzające się zwracanie pokarmu, który następnie jest ponownie przeżuwany, połykany lub wypluwany. Zanim



postawi się rozpoznanie zaburzeń przeżuwania, zawsze najpierw trzeba ustalić, czy zachowania takie nie są efektem jakiejś choroby układu pokarmowego.

**Zaburzenie polegające na ograniczaniu / unikaniu przyjmowania pokarmów** to wyraźny brak zainteresowania pokarmem. Osoba z tym zaburzeniem unika konkretnych pokarmów z powodu ich charakterystycznego smaku, zapachu lub konsystencji. Występują też obawy o różne, niepożądane konsekwencje jedzenia. Powoduje to więc stały problem z zaspokajaniem potrzeb energetycznych lub odżywczych. Osoby takie chudną lub nie przybierają na masie ciała, mają znaczne niedobory żywieniowe, czasem wymagają żywienia dojelitowego lub przyjmowania suplementów diety, aby te niedobory wyrównać. Zaburzenie to może mieć wpływ na funkcjonowanie społeczne. Często występuje już u małych dzieci. [9]

## Otyłość

Dyskutując o zaburzeniach odżywiania, nie można nie poruszyć tematu otyłości. Otyłość to stan, w którym dochodzi do nadmiernego rozwoju tkanki tłuszczowej i zwiększenia masy ciała powyżej prawidłowych wartości przyjętych dla danej, płci, wieku i rasy. Otyłość rozpoznajemy, gdy BMI wynosi powyżej 30 kg/m<sup>2</sup>, zaś otyłość chorobliwą (olbrzymią) kiedy BMI przekracza 40 kg/m<sup>2</sup>. Otyłość jest chorobą przewlekłą, która nie ustępuje sama, wymaga wieloletnich działań i pomocy udzielonej osobie chorującej.

Przyczyny otyłości są bardzo złożone – główne to: czynniki genetyczne, środowiskowe (m. in. dieta bogata w produkty wysokokaloryczne, ograniczenie aktywności fizycznej), społeczno-kulturowe (m. in. udział mediów w popularyzowaniu wysokokalorycznych produktów spożywczych, religia, tradycja, nawyki żywieniowe rodziców przekazywane dzieciom), stan hormonalny organizmu. Osoby z nadwagą /otyłością, która jest efektem chorób, np. genetycznych (np. zespół Downa, zespół Cushinga), czy przyjmowania leków (np. hormonalnych), stanowią niewielki odsetek wśród wszystkich osób z nadmierną masą ciała. Sama podatność, predyspozycje genetyczne mają jednak duże znaczenie. Obecnie uważa się, że czynniki genetyczne odgrywają rolę w około 25–40% przypadków otyłości. Dziecko szczupłych rodziców ma szansę być otyłe w 7% przypadków, a gdy ma oboje rodziców otyłych, aż w 80% przypadków. Czynniki genetyczne określają wiele różnych parametrów, na

przykład regulację apetytu, preferencje dotyczące wyboru produktów obfitujących w tłuszcz i/lub cukier, zdolność do utleniania tłuszczów i węglowodanów, funkcje komórki tłuszczowej, wydzielanie substancji metabolicznie aktywnych (np. leptyna, rezystyna, TNF $\alpha$ ), aktywność lipazy lipoproteinowej w tkance tłuszczowej i mięśniowej, aktywność receptora beta-3 adrenergicznego, procesy termogenezy z uwzględnieniem termogenezy poposiłkowej, podstawową przemianę materii i spontaniczną aktywność fizyczną. Genetycznie jest uwarunkowane również wydzielanie neuropeptydów biorących udział w regulacji apetytu, wrażliwość tkanek na insulinę, wydzielanie hormonu wzrostu i kortyzolu [36]. Jak było nadmienione wcześniej, czynniki genetyczne warunkują jednak jedynie pewne predyspozycje, na które nakładają się przyzwyczajenia żywieniowe i ruchowe. Przeprowadzone w 2006 r. przez Kołłątaj i wsp. badania dotyczące sposobu odżywiania polskich nastolatków wykazały, że 100% badanych potwierdzało większe lub mniejsze uchybienia dotyczące odżywiania [25], w tym spożywanie nadmiernej liczby kalorii lub pustych kalorii.

W ostatnich kilkudziesięciu latach liczba zachorowań na otyłość rośnie praktycznie we wszystkich krajach świata. Tylko w ciągu ostatnich 40 lat na świecie przybyło 0,5 miliarda otyłych osób. W samej Polsce co roku liczba osób otyłych rośnie o 1%, a jeśli uwzględnimy także osoby z nadwagą, to ten przyrost jest jeszcze szybszy. Wg danych z GUS odsetek osób z nadwagą i otyłych w Polsce w 1996 r. wynosił 27,7%, w 2004 r. wzrósł do 29,6%, a w 2009 r. osiągnął już 53%. Według wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 r. osoby z nadwagą i osoby otyłe w Polsce stanowiły odpowiednio 36,6% i 16,7% populacji osób w wieku 15 lat i więcej, czyli łącznie 53,3%. Było to powyżej średniej dla 28 krajów Unii Europejskiej [10]. W chwili obecnej ponad połowa dorosłych i co ósme dziecko w Polsce są otyłe lub mają nadwagę. Problem nadmiernej masy ciała dotyczył w Polsce częściej mężczyzn (44% nadwaga i 18,1% otyłość) niż kobiet (odpowiednio 30,1% i 15,6%) [16].

Z reguły zanim rozwinie się otyłość, osoby na nią chorujące cierpią na inne zaburzenia odżywiania się, na przykład jedzą w sposób kompulsywny lub w nocy. Powikłaniami otyłości są liczne somatyczne i psychiczne lub psychologiczne problemy. Choroby, które często występują u osób otyłych, to cukrzyca typu 2., nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, udary mózgu, zaburzenia gospodarki lipidowej, stłuszczenie wątroby, zaburzenia funkcjonowania układu rozrodczego i płodności, nowotwory

(np. piersi, endometrium, pęcherzyka żółciowego). Często są też zwyrodnienia i bóle stawów kolanowych czy żyłki kończyn dolnych, czasem niepełnosprawność ruchowa.

Problemy ze zdrowiem dotyczą również otyłych dzieci. Najczęściej stwierdza się u nich cukrzycę typu 2. lub nadciśnienie tętnicze, zaburzenia metaboliczne i powikłania ze strony układu oddechowego [13]. Otyłość powoduje też wcześniejszą śmierć chorej na nią osoby. Oprócz problemów somatycznych osoby otyłe mają wiele problemów emocjonalnych, obniżoną samoocenę, częste depresje i lęki, otyłe dzieci i młodzież częściej stają się ofiarami bullingu. Otyłość obniża jakość życia i zdrowia. Polskie badania wskazują, że liczba hospitalizacji z powodu otyłości systematycznie wzrasta. Częściej hospitalizowane są kobiety z rejonów miejskich, z czego grupa młodych dziewcząt w wieku 10–19 lat – najczęściej [12].

## Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania się dotyczą kilku procent społeczeństwa, ich rozpowszechnienie wzrasta, chorują coraz młodsze osoby. Badania wskazują, że pomimo propagowanej wiedzy na ten temat np. mniej niż połowa osób chorujących na bulimię i zaburzenie z napadowym objadaniem się otrzymuje leczenie [23]. Jednocześnie wiadomo, że rokowanie w przebiegu tych chorób zależne jest m.in. właśnie od czasu postawienia diagnozy i rozpoczęcia leczenia. Konieczne jest więc dotarcie do jak największej grupy osób z informacjami na temat zaburzeń odżywiania w celu zmniejszenia zapadalności na te choroby.

## PIŚMIENNICTWO

1. Arcelus J., Witcomb G.L., Mitchell A., *Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis*, Eur. Eat. Disord. Rev. 2014 Mar; 22(2): 92–101.
2. Baker J.H., Schaumberg K., Munn-Chernoff M.A., *Genetics of Anorexia Nervosa*, Curr. Psychiatry Rep. 2017 Sep 22; 19(11): 84.
3. Bem Towim D.I., Walker K., Gilchrist P. i wsp., *Outcome in patients with eating disorders: a 5 year study*, Lancet 2001; 357(9264):1254–1257.
4. Berkman N., Lohr K., Bulik C., *Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature*, Int. J. Eat. Disord. 2007; 40: 293–309.
5. Casper R.C., Jabine L.N., *An eight-year follow-up: outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa*, J. Youth Adolesc. 1996; 25(4): 499–517.

6. Choquet H., Meyre D., *Genetics of Obesity: What have we learned?*, *Curr. Genomics*. 2011 May; 12(3): 169–179.
7. Conason A.H., Sher L., *Alcohol use in adolescents with eating disorders*, *Int. J. Adolesc. Med. Health*. 2006 Jan–Mar; 18(1): 31–36.
8. Crow S.J. Peterson C.B., Swanson S.A. i wsp., *Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders*, *Am. J. Psychiatry* 2009; 166(12):1342–1346.
9. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Association 2013.
10. Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database> [dostęp: 9 lutego 2016]
11. Felker K.R., Stivers C., *The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents*, *Adolescence* 1994; 29: 821–834.
12. Gajewska M., Goryński P., Wysocki M., *Hospitalization of people with obesity in Poland in years 1985–2007*, *Scand. J. Public Health* 2011; (39): 540–546.
13. Gawlik A., Zachurzok-Buczyńska A., Małecka-Tendera E., *Powikłania otyłości u dzieci i młodzieży*, *Endokryinol. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2009; 5(1): 19–27.
14. Gonzalez A., Kohn M.R., Clarke S.D., *Eating disorders in adolescents*, *Aust. Fam. Physician* 2007; 36(8): 614–619.
15. Guerdjikova A.I., Mori N., Casuto L.S. i wsp., *Binge Eating Disorder*, *Psychiatr. Clin. North Am.* 2017 Jun; 40(2): 255–266.
16. *GUS Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016.
17. Hazelton L.R., Faine M.P., *Diagnosis and dental management of eating disorder patients*, *Int. J. Prosthodont.* 1996; 9: 65–73.
18. Hjern A., Lindberg L., Lindblad F., *Outcome and prognostic factors for adolescent female in-patients with anorexia nervosa: 9- to 14-year follow-up*, *Br. J. Psychiatry* 2006; 189: 428–432.
19. Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G. Jr i wsp., *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, *Biol. Psychiatry*. 2007; 61(3): 348–358.
20. Józefik B., *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się* [w:] Józefik B., *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, wyd. 2, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999: 22–29.
21. Keel P.K., Dorer D.J., Eddy K.T. i wsp., *Predictors of mortality in eating disorders*, *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60(2): 179–183.
22. Kendler K.S., MacLean C., Neale M. i wsp., *The genetic epidemiology of bulimia nervosa*, *Am. J. Psychiatry* 1991 Dec; 148(12): 1627–1637.
23. Kessler R.C., Berglund P.A., Chiu W.T. i wsp., *The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys*, *Biol. Psychiatry* 2013 May 1; 73(9): 904–914.
24. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1997.
25. Kollątaj B., Kollątaj W., Karwat I.D., *Nieprawidłowe nawyki żywieniowe u nastolatków – badania wstępne*, *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89(3): 395–400.
26. Lazaro L., Andres S., Calvo A. i wsp., *Normal gray and white matter volume after weight restoration in adolescents with anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2013; 46(8): 841–848.

27. Maryl M. (2009). *Obraz siebie osób chorych na jadłowstręt psychiczny a związki emocjonalne w rodzinie i relacje w diadzie rodzice-dzieci* (niepublikowana rozprawa doktorska), Warszawski Uniwersytet Medyczny; 32–39.
28. Pilecki M.W., Józefik B., Sałapa K., *Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne*, Psychiatr. Pol. 2012; 46: 189–200.
29. Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania* [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*, pod red. nauk. I.Namysłowskiej, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012: 275–298.
30. Rogers P.J., *Food and drug addictions: Similarities and differences*, Pharmacol. Biochem. Behav. 2017 Feb;153: 182–190.
31. Salbach-Andrae H., Schneider N., Seifert K. i wsp., *Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study*, Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2009; 18(11): 701–704.
32. Seitz J., Bühren K., von Polier G. i wsp., *Morphological changes in the brain of acutely ill and weight-recovered patients with anorexia nervosa. A meta-analysis and qualitative review*, Z. Kinder. Jugendpsychiatr. Psychother. 2014; Vol. 42 (1): 7–17.
33. Varela-Besteiro O., Serrano-Troncoso E., Rodríguez-Vicente V. i wsp., *Suicidal ideation and self-injurious behavior in adolescents with eating disorders*, Actas Esp. Psiquiatr. 2017 Jul; 45(4): 157–166.
34. van Son G.E., van Hoeken D., Bartelds A.I. i wsp., *Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands*, Int. J. Eat. Disord. 2006;39(7): 565–569.
35. Weiselberg E., Gonzales M., Fisher M., *Eating disorders in the twenty- first century*, Minerva Ginecol. 2011; 63(6): 531–545.
36. Yang W., Kelly T., He J., *Genetic epidemiology of obesity*, Epidemiol. Rev. 2007; 29: 4961.
37. Zerwas S., Larsen J.T., Petersen L. i wsp., *The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality*, J. Psychiatr. Res. 2015; 65: 16–22.



## PROFILAKTYKA I WCZESNA INTERWENCJA W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA

---

**Anna Bogucka-Bonikowska**

---

Profilaktyka i wczesna diagnoza tworzą podstawy systemu opieki zdrowotnej. Wraz z nowymi wysokospecjalistycznymi metodami leczniczymi spowodowały znaczące zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności w wielu potencjalnie ciężkich chorobach. W psychiatrii dopiero w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku zaczęto skupiać się na rozpoznawaniu i właściwym leczeniu wczesnych etapów psychoz. W ciągu przeszło dwudziestu lat międzynarodowej współpracy naukowcom i klinicytom udało się zgromadzić doświadczenie i dowody uzasadniające wczesną interwencję w zaburzeniach psychotycznych. Wyniki badań dowiodły, że skrócenie okresu nieleczzonej psychozy daje lepszą odpowiedź na leczenie, powoduje korzystniejszy przebieg choroby oraz pozwala obniżyć koszty leczenia. Od tego czasu wczesna interwencja w zaburzeniach psychotycznych została wdrożona w wielu krajach na świecie jako standardowe postępowanie [19]. Zdobyta wiedza i doświadczenie w leczeniu wczesnych etapów zaburzeń psychotycznych stanowią bazę do rozwoju koncepcji i metod terapeutycznych w innych zaburzeniach psychicznych, w tym w zaburzeniach jedzenia [23, 39].

## Pojęcie profilaktyki i wczesnej interwencji

W aktualnej klasyfikacji wyodrębnia się trzy rodzaje profilaktyki: uniwersalną, selektywną i wskazującą [20]. **Profilaktyka uniwersalna** (*universal prevention*) kierowana jest do całej populacji lub dużych grup, o różnym stopniu ryzyka. Interwencje są wskazane dla wszystkich osób objętych działaniami, skupiają się na czynnikach ryzyka i ochronnych, które są rozłożone w populacji w sposób normalny. Foxcroft [10] rozróżnia trzy funkcje profilaktyki: środowiskową, rozwojową i informacyjną. Programy uniwersalne środowiskowe są zaprojektowane tak, żeby zredukować okoliczności sprzyjające zaangażowaniu się w niezdrowe zachowania. Profilaktyka uniwersalna z funkcją rozwojową ma na celu stymulować psychospołeczne dojrzewanie, zwiększając odporność na niezdrowe wpływy. Na kategorię funkcjonalną składają się programy, dostarczające informacji, zadaniem których jest poprawa świadomości i wiedzy oraz zmiana stosunku do niezdrowych zachowań i przekonań. Programy uniwersalne o funkcji środowiskowej i/lub informacyjnej mogą być wdrażane na różnych poziomach – lokalnym, regionalnym i narodowym [17]. **Profilaktyka selektywna** (*selective prevention*) – jest kierowana do jednostek lub podgrup populacji niemających objawów zaburzenia, u których ryzyko rozwoju zaburzenia jest znacząco wyższe niż przeciętnie. Ryzyko to może zostać ustalone bez badań przesiewowych, w oparciu o badania wskazujące na biologiczne, psychologiczne lub socjokulturowe zmienne, działające na poziomie rodziny, społeczności czy kulturowym. **Profilaktyka wskazująca** (*indicated prevention*) częściowo pokrywa się ze starszym pojęciem profilaktyki drugorzędowej. Kierowana jest do osób z grup wysokiego ryzyka, u których występują wczesne objawy dysfunkcji, a główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja niebędąca jednak jeszcze terapią [17]. Profilaktyka wskazująca stopniowo przechodzi na kolejny poziom, który stanowią wczesne etapy leczenia: identyfikacja przypadku, wczesna interwencja i leczenie. Mianem wczesnej interwencji określa się często oddziaływanie, na które składają się: profilaktyka wskazująca, identyfikacja przypadków osób chorych i wczesne etapy leczenia.

Opisane poziomy profilaktyki są częścią modelu ochrony zdrowia psychicznego opracowanego przez Mrazek i Haggerty'ego [20]. Autorzy uporządkowali interwencje prowadzone w obszarze zdrowia psychicznego i przedstawili je w postaci spektrum, dokonując podziału w oparciu o wielkość i rodzaj grup, do których interwencje są kierowane. Spektrum przedstawione jest



w formie graficznej – półkola, którego kolejne części to: promocja zdrowia, profilaktyka (uniwersalna, selektywna i wskazująca), leczenie (identyfikacja przypadku, wczesny etap leczenia, standardowe leczenie określonego zaburzenia) oraz leczenie podtrzymujące (zapobieganie nawrotom i dalsza opieka, włączając rehabilitację).

### **Dlaczego profilaktyka i wczesna interwencja są tak istotne w zaburzeniach jedzenia?**

Żadna choroba ani zaburzenie nie zostały wyeliminowane, czy nawet znacząco zredukowane, przez identyfikację i leczenie pojedynczych jednostek w momencie, kiedy wystąpiły. Profilaktyka jest niezbędną, aby zredukować częstość występowania i rozpowszechnienie zaburzeń jedzenia oraz nasilenie czynników ryzyka (np. negatywny obraz ciała), które również mają destruktywne działanie [17].

Dokładne omówienie rozpowszechnienia zaburzeń jedzenia, konsekwencji zdrowotnych, powikłań i spowodowanej nimi wysokiej śmiertelności oraz zaburzeń współwystępujących, z uwzględnieniem kosztów osobistych i społecznych, zostało przedstawione w innych rozdziałach. Trzeba jednak pamiętać, że szkodliwe skutki zdrowotne związane są z mniej ekstremalnymi formami zaburzeń jedzenia, które są dużo bardziej rozpowszechnione. Przykład stanowi stosowanie diet, które jest czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia: 50% dziewcząt i 25% chłopców raportowało ich stosowanie w okresie ostatniego roku [22]. Dodatkowo, 30% dziewcząt i 15% chłopców ma zaburzenia związane z jedzeniem na tyle poważne, że stanowią uzasadnienie do medycznej oceny, a 9% dziewcząt i 4% chłopców relacjonuje codzienne prowokowanie wymiotów [2]. Konsekwencjami wymienionych powyżej zachowań mogą być: słaba jakościowo dieta, niezdrowy przyrost masy ciała i początek otyłości, objawy depresyjne, czy wreszcie rozwój zaburzeń jedzenia [22]. Biorąc pod uwagę, że konsekwencje całego spektrum zaburzeń jedzenia są poważne, a leczenie jest często bardzo kosztowne i ma ograniczoną skuteczność, potrzebne są efektywne działania profilaktyczne i podejmowanie wczesnej interwencji. Pozostaje pytanie, na jakich etapach powinny być wdrażane interwencje i jakiego typu: na poziomie całej populacji, grup osób z czynnikami ryzyka, osób z wczesnymi objawami, czy szukających leczenia?

## **Strategia wysokiego ryzyka versus strategia populacyjna**

---

Wybitny epidemiolog Geoffrey Rose opisał dwie strategie profilaktyczne [26]. Pierwsza z nich to **strategia wysokiego ryzyka** (*high-risk strategy*). Opiera się ona na tradycyjnym podejściu medycznym związanym z działaniami specjalistów w dziedzinie zdrowia, nacelowanymi na identyfikację osób będących w grupie wysokiego ryzyka, a następnie ochronę ich zdrowia. Jeśli zastosowana zostanie właściwa interwencja, potencjalna korzyść dla jednostki jest duża. Jednostka odbiera interwencję jako dostosowaną do swoich potrzeb i poprawiającą stan zdrowia. Lekarz jej udzielający czuje się zmotywowany, widząc uzasadnienie swojej pracy. Biorąc pod uwagę sytuację finansową systemów opieki medycznej, wydaje się, że przy ograniczonych zasobach systemu uzasadnione jest kierować fundusze do najbardziej potrzebujących i jednocześnie tych, którzy mogą najwięcej skorzystać, a nie do całej populacji, której znacząca część nie wymaga interwencji. Jest jednak kilka ograniczeń tej strategii. Ponieważ ryzyko zaburzeń jedzenia zaczyna się relatywnie wcześnie w dzieciństwie i ma swój szczyt w adolescencji i okresie wczesnej dorosłości, badania przesiewowe powinny zaczynać się wcześnie, mieć charakter uniwersalny, a następnie być powtarzane regularnie w celu skutecznego wykrycia osób z grup wysokiego ryzyka. Ponadto zdolność do przewidywania wystąpienia choroby w przyszłości jest zazwyczaj słaba, a stworzenie skutecznych narzędzi przesiewowych z optymalną równowagą między czułością (*sensitivity*) a swoistością (*specyficity*) stanowi znaczące wyzwanie. Większość osób z czynnikami ryzyka pozostaje zdrowa, przynajmniej przez kilka lat, z drugiej strony nagła choroba może rozpocząć się niespodziewanie u osoby, która przeszła badania przesiewowe z dobrym wynikiem. Strategia ta wymaga od osoby, która została zidentyfikowana jako będąca w grupie ryzyka, wprowadzenia zmian w zachowaniu, np. zastosowania prawidłowej diety, zmiany w aktywności [26].

W odróżnieniu od strategii wysokiego ryzyka **strategia populacyjna** koncentruje się na identyfikowaniu i kontrolowaniu determinantów choroby w celu zmniejszenia liczby nowych przypadków w populacji (*incidence* – zapadalność). Stara się również zmienić niektóre normy zachowania społeczeństwa. Można powiedzieć, że jest radykalna – próbuje usunąć przyczyny, które powodują częste występowanie danej choroby. Siła wpływu tej metody na populację jest potężna. Strategia ta nie bierze pod uwagę indywidualnego ryzyka i potencjalne korzyści dla jednostki – szczególnie w krótkim czasie – są

małe (tzw. paradoks profilaktyki), ale potencjalny zysk dla populacji – duży. Przykładem może być stosowanie szczepień, czy używanie pasów bezpieczeństwa. W strategii populacyjnej ważne jest wyróżnienie dwóch podejść. Pierwsze z nich stawia sobie za cel powrót do stanu biologicznej normalności przez usunięcie ekspozycji na nieprawidłowy czynnik (np. powrót do prawidłowej diety, czy zaprzestanie palenia). Jest to podejście, które przypuszczalnie będzie bezpieczne. Nie jest to oczywiście przy drugim podejściu profilaktycznym, które szuka nowych, potencjalnie ochronnych interwencji (np. stosowanie leków, bieganie). W tym przypadku trzeba w sposób wiarygodny udowodnić bezpieczeństwo stosowanej metody.

Podsumowując, strategia wysokiego ryzyka i populacyjna nie wykluczają się wzajemnie. W większości chorób, przynajmniej do momentu wykrycia przyczyn zapadalności i ich kontrolowania, oba podejścia są potrzebne. Jednak za priorytetowe uważa się wykrycie i kontrolę przyczyn zapadalności [10, 26].

### **Czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia**

Profilaktyka wskazująca i wczesna interwencja są skierowane do osób będących w grupie wysokiego ryzyka rozwoju zaburzenia lub mających wczesne objawy. Kluczowe wydaje się zidentyfikowanie czynników ryzyka, które poprzedzają pojawienie się zaburzeń jedzenia, szczególnie we wczesnej adolescencji, czyli przed okresem największego ryzyka ich wystąpienia. Jest to warunek tworzenia skutecznych interwencji profilaktycznych.

Zidentyfikowano szereg specyficznych biologicznych, społecznych i psychologicznych czynników ryzyka związanych z rozwojem zaburzeń jedzenia. Wiek (adolescencja i wczesna dorosłość) oraz płeć (żeńską) są dobrze udokumentowanymi w literaturze swoistymi czynnikami ryzyka [28].

Wieloczynnikowy socjokulturowy model rozwoju zaburzeń jedzenia [40] proponuje wyróżnienie trzech obszarów (rodzina, media, rówieśnicy), które wpływają na rozwój patologii związanej z jedzeniem. Uważa się, że wpływają one pośrednio na niezadowolenie z ciała (*body dissatisfaction*) w dwóch procesach:

1. internalizacja nierealistycznych i w wielu przypadkach nieosiągalnych standardów wyglądu (*thin ideal* – ideał szczupłości),
2. nasilenie porównywania swojego wyglądu.

Przypuszcza się, że te obie zmienne w konsekwencji prowadzą do niezadowolenia ze swojego ciała, co w dalszym ciągu wpływa na wystąpienie i utrzymywanie się objawów zaburzeń jedzenia [15]. Jedne z ostatnich badań epidemiologicznych [29] wykazały, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia jest zaniepokojenie masą i kształtem ciała, łącznie z niezadowoleniem ze swojego ciała. Negatywny afekt (np. depresyjny, lęk, wstyd) jest predyktorem wystąpienia wszystkich typów zaburzeń jedzenia. Najlepiej udokumentowanym czynnikiem ryzyka rozwoju anoreksji psychicznej jest niski indeks masy ciała [33]. Internalizacja ideału szczupłości, niezadowolenie z ciała, stosowanie diet czy przejadanie się są potencjalnymi predyktorami wystąpienia bulimii psychicznej i napadowego objadania się (BED). Kolejnym czynnikiem ryzyka bulimii psychicznej i napadowego objadania się jest otyłość w dzieciństwie i otyłość rodziców.

Czynniki ryzyka i objawy zaburzeń jedzenia podlegają zmianom rozwojowym. Przeprowadzone badania prospektywne, w których uczestniczki (496 adolescentek, średnia wieku na początku badania wynosiła 13,5 roku) wypełniały kwestionariusze diagnostyczne corocznie przez 8 lat, sugerują, że kluczowe czynniki ryzyka były już obecne do czasu osiągnięcia 13 lat i lekko zwiększały swoje nasilenie w okresie późniejszym. Wyniki te uzasadniają tworzenie programów profilaktycznych skierowanych do dziewcząt w wieku około 14 lat, z czynnikiem ryzyka w postaci niezadowolenia z własnego ciała [24]. Podsumowując, najbardziej powtarzalne czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia to młody wiek, płeć żeńska, stosowanie diet oraz wysoki poziom niezadowolenia z ciała. Teoretycznie, jeśli uda się zredukować czynniki ryzyka, uda się tym samym zredukować patologię związaną z zaburzeniami jedzenia lub, co ważniejsze, zapobiec wystąpieniu zaburzenia.

## **Przegląd programów profilaktyki w zaburzeniach jedzenia**

W przeciągu ostatnich dwóch dekad dokonał się znaczący postęp w dziedzinie identyfikowania, oszacowywania i wdrażania programów profilaktycznych w zaburzeniach jedzenia. Według autorów jednego z ostatnich artykułów przeglądowych [3], liczba badań oceniających skuteczność interwencji profilaktycznych wzrosła z 22 opublikowanych randomizowanych kontrolowanych badań w 2002 r. do 86 badań w 2014 r. Wczesne programy profilaktyczne

tworzone pod koniec lat dziewięćdziesiątych opierały się głównie na interwencjach psychoedukacyjnych. Miały one ograniczoną skuteczność w zakresie redukcji czynników ryzyka i wpływu na przyszły rozwój zaburzeń jedzenia [27]. Mimo że w kolejnych latach stworzono wiele programów profilaktycznych dotyczących zaburzeń jedzenia, tylko około 5% z poddanych ocenie w badaniach kontrolowanych przyniosło trwałą redukcję w obecnych lub w zapobieganiu wystąpieniu nowych objawów zaburzeń jedzenia [35]. Poniżej przedstawione zostanie dokładniej kilka programów profilaktycznych w zaburzeniach jedzenia o udowodnionej długoterminowej skuteczności.

### **Zjawisko dysonansu poznawczego i „Body Project” – „Projekt Ciało”**

Teoria dysonansu poznawczego wywodzi się z psychologii społecznej i mówi, że niespójność poznawcza powoduje dyskomfort psychiczny, który motywuje ludzi do zmiany percepcji w celu wytworzenia większej spójności. Z licznych badań wynika, że jeżeli ich uczestnicy są zachęceni do działań sprzecznych ze swoim pierwotnym przekonaniem, generowany jest dysonans poznawczy, który skłania do zmiany nastawienia w celu zredukowania niespójności. Jeżeli uczestnicy przyjmą stanowisko przeciwne do swoich przekonań (np. napiszą esej popierający propozycję podwyższenia opłat za studia), spowoduje to zmianę ich zdania w kierunku nowej perspektywy (np. zaczną przychylniej myśleć o podwyższeniu opłat na uczelni). Są także dowody na to, że jednostka może zmienić swoje przyszłe zachowanie, aby zredukować dysonans. Zjawisko dysonansu zwiększa swój wpływ, gdy uczestnicy dobrowolnie przyjmują stanowisko odmienne od swoich przekonań i działa silniej, gdy stanowisko takie przedstawia się przed widownią. Podejścia oparte na zjawisku dysonansu wykazują większą skuteczność niż psychoedukacja, w której inna osoba motywuje do zmiany [35]. Interwencje oparte na zjawisku dysonansu poznawczego stosowane były w celu uzyskania zmiany w różnych problemach, np. otyłości, używaniu i nadużywaniu substancji psychoaktywnych, początku palenia papierosów. Stosunkowo niedawno na zjawisku tym zaczęto opierać interwencje profilaktyczne w zaburzeniach jedzenia [36]. Internalizacja ideału szczupłości jako jeden z czynników ryzyka stała się celem interwencji w „Body Project”. Wydany został podręcznik opisujący ten program, a na stronie internetowej ([www.bodyprojectsupport.org](http://www.bodyprojectsupport.org)) dostępne są online materiały w języku angielskim. W programie tym głównym celem jest zachęcenie uczestników do krytyki ideału szczupłej sylwetki w postaci serii wypowiedzi, prac pisemnych

i behawioralnych ćwiczeń prowadzonych w małych grupach. Podstawowe aktywności „Body Project” to:

1. wspólne zdefiniowanie ideału szczupłości,
2. motywująca dyskusja o sposobach, w jaki ideał szczupłości negatywnie wpływa na uczestników,
3. tworzenie listy kosztów podążania za ideałem szczupłości,
4. odgrywanie ról, zachęcające uczestników do znajdowania argumentów przeciwko ideałowi szczupłości i rozmowom o byciu grubym,
5. podejmowanie działań – wyzwań, w których uczestnicy stawiają się w sytuacjach, których wcześniej unikali ze względu na obawy związane z obrazem ciała,
6. zadania w postaci wypowiedzi słownych, w których uczestnicy przedstawiają, jak teraz zachowaliby się w odpowiedzi na odczuwaną wcześniej presję podążania za ideałem szczupłości,
7. oparte na teorii dysonansu poznawczego zadanie domowe związane z ekspozycją na lustro (uczestnik ma zidentyfikować co lubi w sobie – ma to być charakterystyka emocjonalna i fizyczna),
8. pisanie listu do nastolatki, wyjaśniającego dlaczego nie powinna podążać za ideałem szczupłości,
9. opracowywanie strategii radzenia sobie z presją podążania za ideałem szczupłej sylwetki.

Aktywności te wyzwalają zjawisko dysonansu poznawczego i zmniejszają internalizację ideału szczupłości. Według modelu *dual pathway* [32] w konsekwencji prowadzi to do zmniejszenia nasilenia czynników ryzyka zaburzeń jedzenia: braku zadowolenia z ciała, negatywnego afektu, stosowania nieskutecznych diet i wczesnych objawów zaburzeń jedzenia. Warte jest podkreślenia, że zmniejszenie niezadowolenia z ciała jest zarazem środkiem do zmniejszenia objawów zaburzeń jedzenia oraz celem samym w sobie. Brak zadowolenia ze swojego ciała jest związany z negatywnymi konsekwencjami, takimi jak: depresja, samobójstwa, niezdrowe zachowania związane z kontrolą masy ciała i obniżenie jakości życia [4]. Początkowo program składał się z trzech jednogodzinnych sesji grupowych i jego skuteczność została dowiedziona w pierwszych czterech badaniach [35]. Następnie opracowano wersję składającą się z czterech sesji, tak aby dostosować go do warunków szkolnych. Skierowany jest do dziewcząt w okresie adolescencji i młodych kobiet.

Wyniki badań wskazują, że opisany powyżej „Body Project” zredukował w 60% w sposób istotny statystycznie i klinicznie pojawienie się podprogowych lub pełnoobjawowych zaburzeń jedzenia w okresie 3-letniej obserwacji w porównaniu z grupą kontrolną poddaną tylko ocenie klinicznej. Wśród uczestników bez objawów progowych lub podprogowych zaburzeń jedzenia na początku badania, objawy progowe lub podprogowe po okresie 3-letniej obserwacji były obecne u 6% osób, które przeszły interwencję „Body Project”, u 6,5% osób, które przeszły interwencję „Healthy Weight” („Zdrowa waga”, projekt opisany poniżej), versus 15% w grupie kontrolnej [35]. Tym samym „Body Project” okazał się być pierwszym programem profilaktycznym, który redukuje ilość objawów zaburzeń jedzenia i przyszły rozwój zaburzeń jedzenia. Po raz pierwszy dowiedziono, że program profilaktyczny jest skuteczniejszy od alternatywnej interwencji, co jest istotne dla ustalenia, że skuteczność danej interwencji nie wynika z niespecyficznych czynników związanych z badaniem klinicznym. Randomizowane badania prowadzone przez niezależne grupy badaczy potwierdziły skuteczność tego programu w redukowaniu czynników ryzyka i objawów zaburzeń jedzenia [35]. Skuteczność ta została potwierdzona w sytuacji, gdy program jest prowadzony w warunkach szkolnych przez personel szkół średnich i uczelni, który rekrutował uczennice i studentki z grup wysokiego ryzyka. W porównaniu z grupą kontrolną (która otrzymała edukacyjne broszury i oglądała video) w grupie badanej wykazano znaczącą redukcję objawów zaburzeń jedzenia, która utrzymała się przez trzy lata [34, 38]. Podsumowując, „Projekt Ciało” jest to program o najlepiej jak dotąd udowodnionej skuteczności w profilaktyce zaburzeń jedzenia. Został on początkowo zaprojektowany jako program profilaktyki selektywnej i wskazującej, w ciągu przeszło 16 lat projekt wprowadzono w 125 krajach, objęto nim 3,5 mln dziewcząt i młodych kobiet – ostatecznie spełnia kryteria profilaktyki uniwersalnej [4, 17].

### **Program „Healthy Weight” – „Zdrowa waga”**

Program „Healthy Weight” został początkowo stworzony jako interwencja porównawcza do „Body Project” w badaniach. Oparty jest na teorii behawioralnej, nauce o żywieniu i behawioralnych technikach kontroli masy ciała. Stosuje techniki motywacyjne do ustalania małych celów nastawionych na zmianę stylu żywienia i poziomu aktywności fizycznej, aby utrzymać prawidłową masę ciała. Oryginalne badania tej interwencji, składającej się z trzech sesji prowadzonych przez personel badawczy na grupie dziewcząt w okresie

adolescencji, wykazały jej pozytywny wpływ na patologię zaburzeń jedzenia (ocenianą przy pomocy ustrukturyzowanego wywiadu) i czynniki ryzyka w porównaniu z grupą kontrolną, z którą przeprowadzono tylko wywiad. Kolejne badania wykazały skuteczność programu w redukcji ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia utrzymujące się 3 lata [35]. Następnie rozszerzono program na cztery sesje („Healthy Weight 2”), dodając dodatkowe informacje na temat zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej. Interwencja została przeprowadzona przez personel badawczy na grupie studentek (średni wiek = 18,4 roku) z niepokojem dotyczącym obrazu ciała. Grupę kontrolną stanowiły studentki, z którymi przeprowadzono tylko diagnostyczny wywiad. Wyniki wskazywały, że, w porównaniu z grupą kontrolną, interwencja skutkowała większą redukcją w niezadowoleniu z ciała i patologii związanej z zaburzeniami jedzenia po przeprowadzeniu interwencji, jak również zmniejszeniem stosowania diet (raportowanym przez uczestniczki) po 6 miesiącach. Po 2 latach „Healthy Weight 2” obserwowano większą redukcję w niezadowoleniu z ciała, patologii związanej z zaburzeniami jedzenia i ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia w porównaniu z grupą kontrolną [34]. Manuskrypt do programu jest dostępny na stronie internetowej podanej przy omawianiu „Body Project”.

### **„Planet Health” – „Planeta Zdrowie”**

Kolejny ciekawy program profilaktyczny o udowodnionej skuteczności to „Planet Health”, czyli „Planeta Zdrowie”. W początkowej wersji zaprojektowany był w celu zapobiegania otyłości wśród uczniów gimnazjów w północno-wschodniej części USA. Jego skuteczność była oceniana w trzech badaniach klinicznych [1]. Istotą programu jest dwuletnia interwencja przeprowadzana w klasach przez nauczycieli (32 lekcje), wykorzystująca teorię poznania społecznego dla promowania zmian w zachowaniu: oglądaniu telewizji, fizycznej aktywności i wyborach żywieniowych. Pierwsze randomizowane i kontrolowane badanie kliniczne „Planet Health” objęło grupę 1295 uczniów gimnazjów, która przeszła interwencję, porównując z grupą kontrolną (przeprowadzono tylko ocenę kliniczną). Wykazano, że interwencja przyniosła pozytywny efekt w odniesieniu do indeksu masy ciała (BMI) i innych czynników związanych z masą ciała u dziewcząt. Analiza wykazała pozytywny wpływ programu w podgrupie 480 dziewcząt (średni wiek = 11,5 roku) na patologię związaną z zaburzeniami odżywiania w postaci niezdrowych zachowań dotyczących kontroli masy ciała [11]. Następnie wykonano badanie kliniczne na grupie 1551 uczniów gimnazjów, w którym wykazano, że dziewczęta, które były



uczestniczkami programu, rzadziej zgłaszały niezdrowe zachowania związane z kontrolą masy ciała w porównaniu z grupą kontrolną [2]. Od tamtej pory program został szeroko rozpowszechniony w USA i w innych krajach. Dostępna jest druga edycja podręcznika „Planet Health”, a na stronie internetowej ([www.planet-health.org](http://www.planet-health.org)) można znaleźć przykładowe prezentacje programu dla nauczycieli, rodziców oraz informacje dotyczące m.in. zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.

### **Program „Student Bodies”**

Program „Student Bodies” stworzony został przez badaczy z Uniwersytetu Stanforda, a skierowany jest do młodych studentek [46]. Jest to 8-tygodniowa internetowa interwencja, wykorzystująca techniki terapii poznawczo-behawioralnej w celu poprawy zadowolenia z ciała i zredukowania niepokoju związanego masą i kształtem ciała. Tematy interwencji uwzględniają poprawę obrazu ciała, zdrowe kierowanie/zarządzanie odżywianiem się i masą ciała, zwiększenie wiedzy o czynnikach ryzyka zaburzeń odżywiania. W programie zastosowano techniki samoobserwacji i ustalania celów przez cotygodniowe zadania, jak pisanie pamiętnika, czy pisanie do grupy dyskusyjnej moderowanej przez personel badawczy. Dowiedziono skuteczności programu „Student Bodies” w redukcji czynników ryzyka zaburzeń jedzenia (np. skupienie na kształcie i wadze ciała), ryzyka rozwoju objawów zaburzeń jedzenia w niektórych grupach wysokiego ryzyka i objawów zaburzeń jedzenia (np. częstotliwość objadania się i wymiotowania) u kobiet z podprogowymi zaburzeniami jedzenia [14]. Program został zaadaptowany dla niemieckiej populacji. Ponadto, program w dwóch zmodyfikowanych wersjach dla podprogowych zaburzeń jedzenia zastosowano w grupie dziewcząt i chłopców ze szkoły średniej, z nadwagą, z podprogowym napadowym objadaniem się. Interwencja dała wynik w postaci zmniejszenia objawów zaburzeń jedzenia w porównaniu z kontrolą po 5–6 miesiącach [7].

### **Profilaktyka bazująca na wykorzystaniu mediów (*media literacy* – edukacja medialna)**

Korzystanie z mediów jest definiowane jako podejście do edukacji, związane z oceną i analizowaniem oraz kreowaniem różnego typu wiadomości w mediach. W profilaktyce aktywności związane z tym podejściem oddziałują na trzy sposoby. Uczą o stereotypach związanych z płcią, które są popularyzowane przez media, wskazując w jaki sposób odpowiada to za rozwój w zachodniej

kulturze ideału szczupłego i umięśnionego ciała. Informują o trikach i technikach, stosowanych przez media w celu kreowania idealnego wizerunku, jak np. nakładanie pistoletem natryskowym podkładu na twarz czy manipulacje cyfrowe. Zachęcają uczestników swoich programów do wyrażania poglądów na temat sposobu prezentowania wizerunków w mediach poprzez pisanie do agencji reklamowych i PR, wykorzystujących obraz ciała w swoich kampaniach (aktywizm konsumencki). Programy bazujące na edukacji medialnej mają udowodnioną skuteczność w poprawie w grupie uczestników w zakresie wizerunku swojego ciała i zaburzonych wzorców jedzenia. Przykłady takich programów to „Happy Being Me” [25] i „Media Smart” [45].

Program „Happy Being Me” został stworzony w Australii, adresowany jest do osób w wieku 11–14 lat, spełnia kryteria profilaktyki uniwersalnej i przeprowadzany jest w szkole podczas sześciu sesji. Jego celem jest zmniejszenie poziomu niezadowolenia ze swojego ciała. Znacząca poprawa utrzymuje się po 6-miesięcznym okresie obserwacji [9].

„Media Smart” jest australijskim programem korzystania z mediów, o najlepiej udowodnionej skuteczności. Składa się z ośmiu 50-minutowych lekcji. Skupia się na aktywizacji konsumenckiej, badaniu stereotypowego wzorca przedstawiania kobiet i mężczyzn w reklamach, uczeniu się o technikach zmiany wyglądu i pisaniu listów protestacyjnych do branży medialnej. Wyniki badań wykazały skuteczność tego programu w grupie 13-letnich dziewcząt i chłopców w zmniejszeniu nasilenia obaw i przeceniania znaczenia masy i kształtu ciała, stosowania diet, niezadowolenia z ciała, i depresji [45]. Po 30 miesiącach utrzymały się pozytywne wyniki programu.

Oba omówione programy zawierają elementy zmniejszające negatywny wpływ rówieśników na obraz ciała i aktywności zniechęcające do porównywania się z rówieśnikami w zakresie wyglądu. Akceptacja rówieśnicza, porównywanie się pod względem wyglądu, czy rozmowy dotyczące wyglądu należą do czynników ryzyka rozwoju zaburzeń jedzenia związanych z rówieśnikami.

Ostatnio przeprowadzono randomizowane i kontrolowane badanie kliniczne, porównujące wpływ trzech 8-lekcyjnych programów profilaktyki uniwersalnej, adresowanych do nastolatków w wieku średnio 13 lat, których celem była redukcja czynników ryzyka zaburzeń jedzenia i otyłości [44]. W przypadku jednego z programów uzyskano zachęcające wyniki w odniesieniu do redukcji czynników ryzyka u dziewcząt i chłopców („Media Smart”). Jednak w dwóch pozostałych uzyskano wyniki świadczące o ich jatrogennym działaniu („Life Smart”, „HELPP”). W 6 miesięcy po przeprowadzeniu programu

u dziewcząt biorących w nim udział autorzy obserwowali znaczący wzrost niepokoju związanego z jedzeniem i odczuwalnej presji, żeby być szczupłą w porównaniu z grupą kontrolną (program „HELPP”) oraz pogorszenie w zakresie 4 czynników ryzyka w grupie uczestniczących dziewcząt, a w zakresie 3 czynników ryzyka w grupie uczestniczących w programie chłopców (program „Life Smart”).

Jako przyszłe kierunki badań autorzy wskazują rozszerzenie oddziaływań na inne grupy wiekowe oraz znalezienie metody oceny skuteczności szerszych wysiłków profilaktyki uniwersalnej środowiskowej. Badacze wskazują, że praktyczne i skuteczne jest połączenie z programami profilaktyki otyłości, co wydaje się uzasadnione, biorąc pod uwagę, że otyłość i zaburzenia jedzenia mają wspólne czynniki ryzyka, a otyłość jest ważnym zagadnieniem zdrowia publicznego. Jak dowodzą badania, programy, które skupiają się na zdrowym zarządzaniu masą ciała z celem zapobiegania otyłości (np. „Planet Health”, „Healthy Weight”), mogą być skuteczne w zapobieganiu skrajnym zachowaniom, mającym na celu kontrolę masy ciała, które mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń jedzenia [7].

### Przebieg zaburzeń jedzenia

Dowody z badań epidemiologicznych, wyniki badań neuropsychologicznych, odpowiedź na leczenie oraz czynniki prognostyczne przemawiają za tym, że anoreksja psychiczna ma przebieg etapowy, z etapami charakteryzującymi się określonym nasileniem cech neurobiologicznych, będących konsekwencją głodzenia [18, 41]. Wyodrębnione etapy to: etap wysokiego ryzyka, prodromalny, pełnoobjawowy oraz ciężki i przewlekły. W dzieciństwie i adolescencji jednostki może pojawić się predyspozycja do rozwoju zaburzeń jedzenia w związku z obecnością markerów wysokiego ryzyka. Wstydlivość, problemy społeczne i obsesyjno-kompulsywne cechy osobowości wydają się predysponować do pojawienia się anoreksji psychicznej, podczas gdy cechy, które poprzedzają bulimie psychiczną to tendencja do objadania się, problemy z impulsywnością i uwagą, które w dzieciństwie mogą manifestować się jako cechy ADHD. Jak sugerują wyniki badań, również lęk w dzieciństwie jest markerem wysokiego ryzyka anoreksji i bulimii psychicznej [41]. Te czynniki podatności mogą prowadzić do fazy prodromalnej, charakteryzującej się objawami

subklinicznymi. W trakcie tego wczesnego etapu choroby objawy mogą czasami ulec poprawie bez interwencji klinicznej. Jeśli objawy nie ulegną remisji, mogą z czasem rozwinąć się w pełnoobjawowe zaburzenie. W anoreksji psychicznej ramy czasowe tego wczesnego okresu choroby są szacowane na mniej niż trzy lata. Jak na razie nie ma wystarczających dowodów, żeby podać takie ramy czasowe dla bulimii psychicznej. Ostatni etap w przedstawionym modelu nazwany został ciężkim i przewlekłym. Można o nim mówić, gdy osoba choruje dłużej niż 7 lat [42]. Stworzone zostało narzędzie służące do oceny etapu zaburzenia u osób dorosłych [18]. Główne domeny zawarte w kwestionariuszu to masa ciała, historia zmian masy ciała, przewlekłość, kontrola diety, zachowania kompensacyjne, stan psychologiczny, fizyczny i cechy egosyntoniczne. Wiedza dotycząca etapu choroby pozwala dobrać interwencje terapeutyczne o udowodnionej skuteczności, tak aby mogły przynieść optymalne korzyści.

### **Wczesna interwencja w zaburzeniach jedzenia**

Wczesna interwencja może zapobiec rozwojowi pełnoobjawowego zaburzenia lub zmienić jego przebieg np. przez opóźnienie rozwoju lub uniknięcie niekorzystnego przebiegu. Podejście to opiera się na wczesnym wykryciu zaburzenia lub jego prekursorów i włączeniu skutecznego leczenia dopasowanego do etapu choroby. Jak omówiono we wstępie, w psychiatrii ta idea najbardziej została zbadana w obszarze zaburzeń psychotycznych, gdzie w wielu krajach dla osób z pierwszym epizodem wprowadzono programy wczesnej interwencji. Systematyczne przeglądy badań potwierdzają, że krótszy okres nieleczonej psychozy (DUP – *duration of untreated psychosis*) ma pozytywny wpływ na przebieg w zakresie objawów, funkcjonowania i częstości nawrotów oraz ogranicza koszty leczenia. Mechanizm oddziaływania DUP na przebieg zaburzenia nie został do końca poznany, ale sugeruje się, że może on być związany z procesem neurodegeneracyjnym. Zaskakujące jest, że podobne programy nie rozwinęły się w przypadku innych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń jedzenia. Podczas gdy piśmiennictwo dotyczące profilaktyki zaburzeń jedzenia jest pokaźne, do niedawna nie podjęto prób rozwoju badań dotyczących wczesnej interwencji dla pacjentów z zaburzeniami jedzenia lub będących we wczesnym etapie choroby [30].

Autorzy artykułu przeglądowego sugerują, że opierając się na dostępnych dowodach, wczesny etap choroby powinien być definiowany jako choroba o czasie trwania poniżej trzech lat [41]. Rozpoczęcie leczenia w tym czasie wydaje się zwiększać prawdopodobieństwo pełnego wyzdrowienia. Wraz z upływem czasu trwania zaburzenia, jego objawy stają się nagradzające i nawykowe [5].

Definicja czasu trwania nieleczzonego zaburzenia jedzenia (DUED – *duration of untreated eating disorder*) wymaga rozważenia – czy chodzi o pierwszy kontakt z systemem ochrony zdrowia, czy o moment, w którym pacjent otrzymuje opartą na dowodach interwencję terapeutyczną. Czas między początkiem choroby a pierwszym leczeniem wynosi w przypadku anoreksji psychicznej średnio 21,6 miesiąca według artykułu przeglądowego z sześciu badań [31] i 25 miesięcy w późniejszym badaniu [21]. Co więcej, wyniki badań sugerują, że czas trwania objawów prodromalnych może być trudny do oceny i tym samym niedoszacowany [5]. Przyczyny tak długiego czasu, jaki upływa od pojawienia się objawów zaburzenia do rozpoczęcia leczenia, są złożone, i mogą się znacząco różnić w zależności od kraju. Po pierwsze, młodzi ludzie z zaburzeniami jedzenia mogą mieć ambiwalentny lub niechętny stosunek do rozpoczęcia leczenia i być nieświadomi zagrożenia płynącego z choroby i jej konsekwencji. Rodzinom trudno jest zauważyć początkowe objawy, a przy nasilonych objawach często nie wiedzą, jak pomóc. Niewątpliwą barierą stanowi system opieki zdrowotnej: brak wystarczającej wiedzy o zaburzeniach jedzenia wśród lekarzy, zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistów z innych dziedzin, mały – a w Polsce bardzo mały – dostęp do wyspecjalizowanych usług świadczonych dla osób z zaburzeniami jedzenia. Wpływ ma również przejście z systemu usług dla dzieci i młodzieży do systemu dla dorosłych. Skutkować to może tym, że pacjent długo oczekuje na wizytę, a potem na rozpoczęcie terapii. Tymczasem oczekiwanie na leczenie zostało opisane jako działanie nocebo: zmniejsza szansę podjęcia leczenia zaburzeń odżywiania, zwiększa częstość przerywania leczenia i wiąże się z gorszym rokowaniem [6].

### **Jak może wyglądać ośrodek wczesnej interwencji dla osób z zaburzeniami jedzenia?**

W piśmiennictwie pojawiły się doniesienia o powstawaniu pierwszych ośrodków wczesnej interwencji dla osób z różnymi zaburzeniami jedzenia. Jeden z nich powstał w Londynie, pod nazwą First Episode and Rapid Early Intervention Service for Eating Disorders (FREED), a swoje usługi kieruje do młodych

dorosłych osób z zaburzeniami jedzenia. Opieką obejmowane są osoby w wieku 18–25 lat, we wczesnym etapie choroby (poniżej 3 lat trwania) [5, 30]. Według twórców FREED idealnie byłoby, aby takie centrum przyjmowało adolescentów i młode dorosłe osoby w wieku od 15 do 25 lat. Jest to okres dużych wyzwań rozwojowych, nakładających się na znaczące zmiany w strukturze i funkcji mózgu, a jednocześnie okres szczytu zachorowań na zaburzenia jedzenia. W celu wczesnego wykrywania i kierowania do centrum potrzebny jest bliski kontakt z podstawową opieką zdrowotną, pediatrami, zwiększenie świadomości i umiejętności lekarzy, pracowników szkół, uczelni oraz stworzenie klarownej ścieżki dostępu do usług specjalistycznych, a także promowanie wczesnego kierowania w opozycji do postawy wyczekiwania. Inne ważne cechy wczesnej interwencji to: możliwość szybkiego skorzystania z usług bez list oczekujących, umówienie się na wizytę np. telefonicznie, mailowo. Istotne jest postawienie całościowej diagnozy i konceptualizacja, a następnie stworzenie planu leczenia i rozpoczęcie interwencji, która skupiona będzie na pacjencie i jego rodzinie, będzie dawać nadzieję na pełne wyleczenie oraz motywować do działania i wzmacniać. Duże znaczenie ma również zaoferowanie pełnego zakresu usług terapeutycznych: rehabilitacji żywieniowej, psychoedukacji (skupionej na omówieniu zmian w mózgu i konsekwencji somatycznych z podkreśleniem biologicznej plastyczności i znaczenia wczesnego programu żywieniowego jako remedium), indywidualnej interwencji psychologicznej (interwencje samopomocowe jako pierwszy krok przejścia w intensywniejsze formy terapii dopasowane do etapu zaburzenia i pacjenta), interwencji skierowanej do rodziny z wzmacnianiem aktywności rodziny w leczeniu (terapia rodzinna, grupy wielorodzinne, edukacja, wsparcie i trening umiejętności grupowy lub online) [5, 30].

Przeprowadzono badanie oceniające funkcjonowanie projektu, z którego wynikało, że w porównaniu z wcześniej istniejącym systemem pacjenci FREED czekali o około 35% mniej na diagnozę, 52% mniej na rozpoczęcie leczenia i 69% krótszy był czas między diagnozą a podjęciem leczenia. Ponadto wszyscy pacjenci zaangażowali się w proponowane leczenie (w porównaniu z 73% w grupie kontrolnej) i wysoko ocenili usługi [5]. Kolejny etap mają stanowić badania wpływu interwencji na przebieg leczenia i ocena kosztów.

W Hamburgu w Niemczech, w ramach projektu „Psychnet” finansowanego przez Federalne Ministerstwo Edukacji i Badań, powstał ośrodek wczesnej interwencji dla osób z anoreksją psychiczną [12]. Projekt „Psychnet” ma na celu stworzenie innowacyjnych modeli psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla mieszkańców metropolii Hamburga. W ramach projektu powstała sieć

opieki zdrowotnej dla osób z anoreksją i bulimią psychiczną. Na kolejne etapy tworzenia tego systemu składało się: ustalenie sieci specjalistów w dziedzinie zaburzeń jedzenia, rozwój internetowego przewodnika (m.in. informacje o możliwych formach leczenia i drogach dostępu do uzyskania usług, informacje psychoedukacyjne o zaburzeniach jedzenia), w kilku kinach wyświetlano krótkie informacyjne filmy o zaburzeniach jedzenia oraz rozesłano plakaty informacyjne i stworzono ambulatoryjny ośrodek wczesnej interwencji. Przeprowadzono pre-post badanie oceniające wpływ wdrożonej interwencji dla osób z zaburzeniami jedzenia na długość czasu od początku choroby do kontaktu z systemem opieki zdrowotnej i czasu, jaki upłynął od pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej a rozpoczęciem leczenia [12, 13]. Do badania włączono ogółem 59 pacjentek z anoreksją psychiczną (średnia wieku 21,5 roku, SD = 7,2), które były włączone do badania przed wprowadzeniem nowego modelu interwencji i 18 pacjentek (średnia wieku 22,2 roku, SD = 8,9), które były włączone do badania po wprowadzeniu nowego modelu interwencji. Nie wykazano różnic w obu badanych zmiennych między grupami. Wykazano natomiast, że pacjenci z obu grup często kontaktowali się z lekarzami podstawowej opieki przed dotarciem do specjalistycznych usług. We wnioskach autorzy podkreślają rolę, jaką odgrywają lekarze podstawowej opieki w rozpoczęciu leczenia i postulują uwzględnienie tej grupy w przyszłych interwencjach tak, aby poprawić wczesne rozpoznawanie i włączanie leczenia u pacjentów z anoreksją psychiczną [13].

## **Podsumowanie**

W najnowszym piśmiennictwie wykazano skuteczność interwencji profilaktycznych w znaczącej redukcji czynników ryzyka i objawów zaburzeń jedzenia. Stworzone dotychczas skuteczne programy profilaktyki zaburzeń jedzenia nacelowane są na czynniki ryzyka zaburzeń jedzenia, stosują podejście poznawcze lub behawioralne, zakres ich tematyki to zdrowe żywienie, akceptacja ciała / zadowolenie z ciała, presja socjokulturowa i korzystanie z mediów. Uczestnikami są głównie uczniowie szkół średnich i studentki. W przypadku młodszych uczestników programy mają charakter uniwersalny i skierowane są do dziewcząt i chłopców, w przypadku starszych grup wiekowych programy mają raczej charakter selektywny i wskazujący, i kierowane są tylko do kobiet. Inne cechy

charakterystyczne to interaktywność i grupowy charakter [7]. Nieodmiennie podkreśla się priorytet profilaktyki uniwersalnej skierowanej do obu płci oraz profilaktyki wskazującej w połączeniu z wczesnym rozpoznawaniem i leczeniem zaburzeń jedzenia. Profilaktyka oraz interwencje skierowane do osób, które poszukują pomocy we wczesnych etapach zaburzeń jedzenia lub w okresie występowania łagodnych objawów, mogą zredukować ryzyko rozwoju zaburzenia lub złagodzić jego przebieg, tym samym zapobiegając poważnym powikłaniom związanym ze zdrowiem i uczestnictwem w życiu społecznym.

## PIŚMIENNICTWO

1. Austin S.B., Spadano-Gasbarro J.L., Greaney M.L. i wsp., *Effect of the planet health intervention on eating disorder symptoms in Massachusetts middle schools, 2005–2008*, *Prev. Chronic. Dis.* 2012; 9, E171.
2. Austin S.B., Kim J., Wiecha J. i wsp., *School-based overweight preventive intervention lowers incidence of disordered weight control behaviors in early adolescent girls*, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007; 161: 865–869.
3. Bailey A.P., Parker A.G., Colautti L.A. i wsp., *Mapping the evidence for the prevention and treatment of eating disorders in young people*, *J. Eat. Disord.* 2014; Feb; 3: 2–5.
4. Becker C.B., Stice E., *From efficacy to effectiveness to broad implementation: Evolution of the Body Project*, *J. Consult. Clin. Psychol.* 2017; 85: 767–782.
5. Brown A., McClelland J., Boysen E. i wsp., *The FREED Project (first episode and rapid early intervention in eating disorders): service model, feasibility and acceptability*, *Early Interv. Psychiatry* 2016; Sep 13. doi: 10.1111/eip.12382.
6. Carter O., Pannekoek L., Fursland A. i wsp., *Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders*, *Behav. Res. Ther.* 2012; 50(7): 487–492.
7. Ciao A.C., Loth K., Neumark-Sztainer D., *Preventing Eating Disorder Pathology: Common and Unique Features of Successful Eating Disorders Prevention Programs*, *Curr. Psychiatry Rep.* 2014; 16: 1–13.
8. Currin L., Schmidt U., *A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders*, *J. Mental Health* 2005; 14: 611–624.
9. Dunstan C.J., Paxton S.J., McLean S.A., *An evaluation of a body image intervention in adolescent girls delivered in single-sex versus co-educational classroom settings*, *Eat. Behav.* 2016; advance on-line publication. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbehav.2016.03.016>.
10. Foxcroft D.R., *Can prevention classification be improved by considering the function of prevention?*, *Prevention Science* 2014; 15: 818–822.
11. Gortmaker S.L., Peterson K.E., Wiecha J. i wsp., *Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health*, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1999; 153: 409–418.
12. Gumz A., Uhlenbusch N., Weigel A. i wsp., *Decreasing the duration of untreated illness for individuals with anorexia nervosa: Study protocol of the evaluation of a systemic public health intervention at community level*, *BMC Psychiatry* 2014; 14: 300.



13. Gumz A., Weigel A., Daubmann A. i wsp., *Efficacy of a prevention program for eating disorders in schools: a cluster-randomized controlled trial*, BMC Psychiatry 2017; 17: 293.
14. Jacobi C., Völker U., Trockel M.T. i wsp., *Effects of an internet-based intervention for subthreshold eating disorders: A randomized controlled trial*, Behaviour Research and Therapy 2012; 50(2): 93–99.
15. Krug I., Fuller-Tyszkiewicz M., Anderlueh M. i wsp., *A new social-family model for eating disorders: A European multicentre project using a case-control design*, Appetite 2015; Dec; 95: 544–553.
16. Le L.K., Barendregt J.J., Hay P. i wsp., *Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis*, Clin. Psychol. Rev. 2017; Apr; 53: 46–58.
17. Levine M.P., *Universal prevention of eating disorders: A concept analysis*, Eat. Behav. 2017; 25: 4–8.
18. Maguire S., Touyz S., Surgenor L. i wsp., *The clinician administered staging instrument for anorexia nervosa: development and psychometric properties*, Int. J. Eat. Disord. 2012; Apr; 45(3): 390–399.
19. McGorry P.D., *Early Intervention in Psychosis: Obvious, Effective, Overdue*, J. Nerv. Ment. Dis. 2015; 203(5): 310–318.
20. Mrazek P.J., Haggerty R.J. (eds.), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for prevention intervention research (report of the Institute of Medicine's Committee on prevention of mental disorders)*, Washington, DC: National Academy Press, 1994.
21. Neubauer K., Weigel A., Daubmann A. i wsp., *Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: Are there differences according to age of onset?*, Eur. Eat. Disord. Rev. 2014; 22: 292–298.
22. Neumark-Sztainer D., Wall M., Larson N.I. i wsp., *Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study*, J. Am. Diet. Assoc. 2011; 111: 1004–1011.
23. Nicholls D.E., Yi I., *Early intervention in eating disorders: a parent group approach*, Early Interv. Psychiatry 2012; Nov; 6(4): 357–367.
24. Rhode P., Stice E., Marti N., *Development and Predictive Effects of Eating Disorder Risk Factors during Adolescence: Implication for Prevention Efforts*, Int. J. Eat. Disord. 2015; 48(2): 187–198.
25. Richardson S.M., Paxton S.J., *An evaluation of a body image intervention based on risk factors for body dissatisfaction: a controlled study with adolescent girls*, Int. J. Eat. Disord. 2010; 43: 112–122.
26. Rose G., *Sick individuals and sick populations. (Reiteration)*, Intern. J. Epidemiol. 2001; 30: 427–432.
27. Rosenvinge J.H., Børresen R., *Preventing eating disorders – Time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations*, Europ. Eat. Disord. Rev. 1999; 7(1): 5–16.
28. Rosenvinge J.H., Pettersen G., *Epidemiology of eating disorders, part I: Introduction to the series and a historical panorama*, Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice 2015; 3(1): 76–90.
29. Rosenvinge J.H., Pettersen G., *Epidemiology of eating disorders part II: An update with a special reference to the DSM-5*, Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice 2014; 3: 1–23.

30. Schmidt U., Brown A., McClelland J. i wsp., *Will a Comprehensive, Person-Centered, Team-Based Early Intervention Approach to First Episode Illness Improve Outcomes in Eating Disorders?*, *Int. J. Eat. Disord.* 2016; 49: 374–377.
31. Schoemaker C., *Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the treatment-outcome literature*, *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 21: 1–15.
32. Stice E., *A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect*, *J. Abn. Psychol.* 2001; 110: 124–35.
33. Stice E., *Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies*, *An.Rev. Clin. Psychol.* 2016; 12: 359–381.
34. Stice E., Butryn M., Rohde P. i wsp., *An effectiveness trial of a new enhanced dissonance eating disorder prevention program among female college students*, *Behav. Res. Ther.* 2013; 51: 862–871.
35. Stice E., Marti C.N., Spoor S. i wsp., *Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial*, *J. Consult.Clin. Psychol.* 2008; 76(2): 329–340.
36. Stice E., Mazotti L., Weibel D. i wsp., *Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment*, *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 27: 206–217.
37. Stice E., Ng J., Shaw H., *Risk factors and prodromal eating pathology*, *J. Child Psychol. Psychiatry* 2010; 51: 518–525.
38. Stice E., Rohde P., Shaw H. i wsp., *An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects*, *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011; 79(4): 500–508.
39. Stice E., Rohde P., Shaw H. i wsp., *Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorders and obesity among female college students: 1- and 2-year follow-up effects*, *J. Consult. Clin. Psychol.* 2013; 81: 183–189.
40. Thomson J.K., Coovert M.D., Stroman S.M., *Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation*, *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 26(1): 43–51.
41. Treasure J., Stein D., Maguire S., *Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence*, *Early Interv. Psychiatry* 2015; 9: 173–184.
42. Touyz S., Le Grange D., Lacey H., *Treating severe and enduring anorexia nervosa : randomised controlled trial*, *Psychol. Med.* 2013; 43: 2501–2511.
43. Wilksch S.M., *How can we improve dissemination of universal eating disorder risk reduction programs?*, *Eat. Behav.* 2017; 25: 58–61.
44. Wilksch S.M., Paxton S.J., Byrne S.M. i wsp., *Prevention across the Spectrum: randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity*, *Psychol. Med.* 2015; 45(9): 1811–1823.
45. Wilksch S.M., Wade T.D., *Reduction of shape and weight concerns in young adolescents: A 30-month controlled evaluation of a media literacy program*, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48: 652–661.
46. Winzelberg A.J., Eppstein D., Eldredge K.L. i wsp., *Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders*, *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68: 346–350.

# MODEL LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA W KLINICE NERWIC, ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI I ODŻYWIANIA INSTYTUTU PSYCHIATRII I NEUROLOGII W WARSZAWIE

---

**Katarzyna Kucharska**

---

**Zaburzenia odżywiania** stanowią grupę zaburzeń, do których, wg kryteriów diagnostycznych DSM 5, należą: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) – JP, żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*) – ŻP, zaburzenia objadania się (*Binge-Eating Disorder*) oraz inne specyficzne zaburzenia żywienia i odżywiania (*Other Specified Feeding and Eating Disorder*) i niespecyficzne zaburzenia żywienia i odżywiania (*Unspecified Feeding and Eating Disorder*). W kryteriach diagnostycznych ICD-10 poza JP i ŻP wyszczególniono atypowe postacie tych zaburzeń oraz przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi, wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi, inne zaburzenia odżywiania się oraz nieokreślone zaburzenia odżywiania się.

Modele leczenia zaburzeń odżywiania w Europie ukierunkowane są na kompleksowość i interdyscyplinarność w ramach realizacji oferty diagnostyczno-terapeutycznej. Model leczenia w Wielkiej Brytanii po opublikowaniu w 2010 r. protokołu MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa) pod auspicjami the Royal College of Psychiatrists i the Royal College of Physicians, jako wynik dwuletniej pracy grupy eksperckiej powołanej w celu opracowania kompleksowej terapii ciężko chorych osób z JP, został poddany rewolucyjnym zmianom. MARSIPAN w ramach opracowanych ścieżek leczenia (MARSIPAN, NICE guidelines) połączył oddziaływania psychiatryczne i medyczne w celu poprawy skuteczności leczenia osób

z zaburzeniami odżywiania dla zmniejszenia liczby zgonów tej grupy chorych na oddziałach szpitalnych.

Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny zapewnia najskuteczniejszą i kompleksową terapię zaburzeń odżywiania. W jego skład powinno wejść wielu współpracujących ze sobą specjalistów, takich jak: psychoterapeuci, psychiatry, psycholodzy, terapeuci zajęciowi, dietetycy, pielęgniarki, często też lekarze interniści, diabetolodzy i gastroenterolodzy.

### **Struktura organizacyjna specjalistycznego pododdziału leczenia zaburzeń odżywiania**

Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie składa się z dwóch oddziałów szpitalnych: całodobowego (32 łóżka) z wyodrębnionym **specjalistycznym pododdziałem leczenia zaburzeń odżywiania** (16 łóżek) oraz dziennego (15 miejsc), gdzie leczeni są pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi i związanymi ze stresem, zaburzeniami osobowości, niektórymi zaburzeniami nastroju (np. dystymia) oraz z niektórymi zespołami behawioralnymi związanymi z zaburzeniami fizjologicznymi (np. zaburzenia odżywiania).

Personel obejmuje: terapeutów, lekarzy, psychologów, dietetyka oraz pielęgniarki i personel pomocniczy. Pacjenci tworzą trzy grupy terapeutyczne: A (grupa homogeniczna osób z zaburzeniami odżywiania) oraz B i C – grupy heterogenne (zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości itd.). Pacjenci z zaburzeniami odżywiania dzielą ze sobą dwu- lub czteroosobowe pokoje, znajdujące się w pierwszej części oddziału Kliniki, zorganizowanej w pododdział leczenia zaburzeń odżywiania. Posiłki spożywają przy wspólnym stole/stołach w jadalni Kliniki, gdzie również stołują się pozostałe grupy pacjentów.

**Specjalistyczny pododdział leczenia zaburzeń odżywiania jest osadzony organizacyjnie w społeczności terapeutycznej Kliniki**, którą reprezentuje 4-osobowy samorząd, zmieniający się co tydzień. Do jego zadań należy kierowanie życiem pacjentów w Klinice, pomoc w rozwiązywaniu zaistniałych trudności i konfliktów, organizowanie i prowadzenie zajęć, odbywających się bez udziału terapeutów (np. gimnastyki porannej, pogadanki o zawodzie) oraz prac porządkowych, wyjazdów do kina, teatru czy muzeum, wieczorów towarzyskich i klubowych. Pod koniec swojej kadencji samorząd składa

sprawozdanie z pracy w minionym tygodniu oraz dzieli się obserwacjami na temat postępów i trudności, jakie wystąpiły u poszczególnych osób. Czas w ciągu dnia jest wypełniony bogatą gamą zajęć terapeutycznych. Uczestnictwo w nich jest obowiązkowe, ponieważ stanowią one zasadniczy element leczenia. Praca pododdziału wymaga przestrzegania regulaminu związanego z procesem i celami terapii. Zawiera on informacje o prawach i obowiązkach pacjentów na oddziale. Uwzględniono w nim m.in. obowiązek samoobsługi w zakresie sprzątnięcia kilkuosobowych sal sypialnych, świetlicy, sal zajęć, łazienek oraz prawo do korzystania z przepustek. Przez okres pierwszych dwóch tygodni pacjenci nie otrzymują przepustek i nie przyjmują wizyt. Jest to okres adaptacji do warunków leczenia, jak również okres badań i wzajemnego poznawania się. Po tym okresie pacjent może wyjeżdżać na weekendowe „treningi domowe”. Oddział jest otwarty, co oznacza, że pacjenci mogą swobodnie poruszać się po terenie Instytutu w godzinach wyznaczonych w regulaminie. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania podpisują specjalny kontrakt terapeutyczny, w którym m.in. zobowiązują się do nieopuszczania oddziału samowolnie.

Pobyty na oddziale całodobowym trwa 12 tygodni. Ostatnie dwa tygodnie leczenia stanowią pomost między pobytem w szpitalu, a całkowitym powrotem do codziennego życia. Każdy pacjent codziennie po zajęciach może otrzymać kilkugodzinną przepustkę. Po wypisaniu pacjent może brać udział w comiesięcznych spotkaniach klubowych oraz – odpowiednio do zaleceń przy wypisie – kontynuować kontakt terapeutyczny w ramach przychodni przyklinicznej. Kwalifikacja polega na standardowym badaniu psychiatrycznym prowadzonym przez lekarza Kliniki. Dodatkowo lekarz sprawdza motywację pacjenta do leczenia w Klinice i wspólnie z chorym ustala jego wstępne oczekiwania dotyczące leczenia. Pacjent uzyskuje informację o zasadach leczenia ujętych w formie regulaminu, a dla osób z zaburzeniami odżywiania się również w formie specjalnego kontraktu terapeutycznego. Podczas kwalifikacji potencjalnemu pacjentowi umożliwia się rozmowę z członkiem samorządu pacjentów. Warunkiem kwalifikacji do oddziału jest rozpoznanie zaburzeń odżywiania według kryteriów ICD-10/DSM V, BMI  $\geq 14$  oraz stabilny stan somatyczny. Przeciwwskazaniem kwalifikacji do oddziału jest stwierdzenie współistnienia poważnych chorób somatycznych, występowanie aktywnego zespołu uzależnienia od alkoholu i/lub innych substancji uzależniających (okres abstynencji krótszy niż 1 rok), organiczne uszkodzenie OUN, nieskorygowane znaczne upośledzenie wzroku i słuchu. Do pobytu w Klinice nie zostaną również zakwalifikowane osoby zaangażowane jako strona w postępowanie

o charakterze prawnym, które jest w toku. Definitywne zakończenie takiego postępowania jest równoznaczne z ustaniem warunku wykluczającego przyjęcie. W czasie rozmowy kwalifikacyjnej pacjent zapoznaje się z regulaminem oddziału i kontraktem żywieniowym.

## Rehabilitacja żywieniowa

### **Kontrakt dla osób chorych na zaburzenia odżywiania (z BMI przy przyjęciu $\geq 14$ )**

Celem rehabilitacji żywieniowej jest nabycie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz uzyskanie BMI w granicach 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>. Wspólne posiłki są obowiązkową częścią planu dnia. Pacjenci zobowiązani są do spożywania wszystkich pięciu posiłków (śniadania, II śniadania, obiadu, podwieczorku i kolacji) przy wspólnym stole w stołówce oraz zaniechania spożywania jedzenia poza stołówką. W razie trudności w spożywaniu posiłku zobowiązują się do suplementacji w postaci odżywek (np. Nutridrinks, 1 opakowanie 300 ml). Decyzję o wielkości suplementacji podejmuje personel Kliniki. Pacjenci zobowiązani są do przestrzegania zasady wspólnego wychodzenia ze stołówki, a po posiłkach uczestniczenia w trwających 30 minut grupowych „ćwiczeniach oddechowych”. Pacjenci z BMI poniżej 18,5 są zobowiązani do osiągnięcia systematycznych przyrostów wagi ciała, które będą wynosić nie mniej niż 0,5 kg tygodniowo. Podczas pobytu w Klinice obowiązuje zakaz objadania się i używania środków przeczyszczających i moczopędnych. Ponadto, aktywność fizyczna w ramach proponowanej terapii jest realizowana pod nadzorem personelu. Wyjścia z oddziału są rozpatrywane przez zespół terapeutów indywidualnie co tydzień i są zależne od aktualnego BMI, postępów w leczeniu oraz braku przeciwwskazań medycznych. Szczegółowe zasady rehabilitacji żywieniowej zostały przedstawione w rozdziale 9.

## Psychoterapia

Psychoterapia w Klinice jest **integratywna**, ponieważ czerpiąc z rozmaitych inspiracji i podejść (poznawczo-behawioralne, psychodynamiczne,

humanistyczne i in.), opiera się na koncepcji powstawania zaburzeń odżywiania jako konsekwencji określonych postaw i zachowań, wynikających ze specyficznych dla danej osoby warunków psychospołecznych, jak również indywidualnych cech biologicznych. Jest również **kompleksowa, stacjonarna, dzienna, ograniczona w czasie** oraz intensywna.

## Formy psychoterapii w Klinice

### *Wywiad motywujący*

Jest to oddziaływanie terapeutyczne skuteczne w początkowej fazie leczenia, ukierunkowane na poprawę motywacji, świadomości i wglądu w chorobę, co ze względu na egosyntoniczny charakter JP stanowi duże kliniczne wyzwanie. Opiera się na przekazywaniu pacjentom informacji na temat korzyści i strat spowodowanych chorobą oraz poznaniu pozytywnych i negatywnych przeobrażeń, wynikających z obecności choroby w ich życiu. Działania terapeuty powinny skupić się na tym, aby określić gotowość pacjenta do zmiany, a także jego możliwości w tym zakresie. Narzędzia i techniki stosowane w tym celu to pisanie listów do choroby, pisanie listu do siebie osadzonego w przyszłości, określanie i uściślanie przez pacjenta planów, celów i marzeń, wyszczególnienie argumentów za i przeciw zmianom oraz konkretne nazywanie problemów do przezwyciężenia.

### *Podejście oparte na empatycznej uważności*

Głównym elementem w tym podejściu jest stosowanie technik opartych na uważności, a celem – wykorzystywanie na co dzień konstruktywnych sposobów rozwiązywania problemów związanych z emocjami. Proponowane sposoby to uważność „tu i teraz”, umiejętność ekspresji i regulacji emocjonalnej. Podstawowe ćwiczenia opierają się przede wszystkim na otwartości i zaangażowaniu. Główne techniki stosowane w terapii uważności to: skanowanie ciała, doświadczanie oddechu, uważna praca z ciałem, świadome przeżywanie obecnej chwili, świadome jedzenie.

### *Psychoterapia indywidualna*

Dzięki więzi między pacjentem a terapeutą możliwe jest odreagowanie emocjonalne, uczenie się oraz wypracowanie wglądu w mechanizmy funkcjonowania, a także konflikty wewnętrzne i zewnętrzne. Przewidziana jest jedna pięćdziesięciminutowa sesja psychoterapii indywidualnej raz w tygodniu.

### *Psychoterapia grupowa*

Poprzez interakcje z innymi pacjentami oraz poprzez modelowanie ze strony terapeuty pacjent ma w grupie okazję aktywnie omawiać swoje problemy oraz podejmować nowe zachowania. Rolą terapeuty grupowego jest inspirować działania grupy, jednocześnie unikając zajmowania centralnego miejsca. Grupa zajmuje się zarówno problematyką „tu i teraz”, jak i historią życia poszczególnych pacjentów. Jednocześnie próbuje dostrzec charakterystyczne dla danego pacjenta, powtarzające się w różnych sytuacjach sposoby przeżywania i zachowania. W każdym tygodniu odbywają się trzy posiedzenia grupowe trwające po dwie godziny.

### *Psychodrama z elementami muzykoterapii*

Stanowi połączenie psychodramy biograficznej i reparacyjnej (podejście psychodynamiczne, systemowe i socjometryczne) z muzykoterapią ukierunkowaną poznawczo. Pacjent może kreować i/lub obserwować zarówno proste scenki psychodramatyczne (granie ról), jak i rozbudowane sceny psychodramy typu Moreno. Zajęcia te mogą pomóc pacjentom w wyrażaniu emocji, w dotarciu do urazowych doświadczeń z przeszłości oraz w uczeniu się nowych form zachowania. Psychodramy są następnie omawiane, co przyczynia się do wypracowania wglądu. W tygodniu odbywa się jedna sesja psychodramy trwająca półtorej godziny.

### *Psychorysunek*

Przy pomocy kredek, farb i plasteliny pacjenci wypowiadają się na zadany temat, który odnosi się do problemów z przeszłości lub trudności w aktualnym funkcjonowaniu. W tygodniu odbywa się jedna półtoragodzinna sesja psychorysunku.

### *Muzykoterapia*

Składa się z części receptywnej, polegającej na słuchaniu utworów muzycznych, i aktywnej, polegającej na graniu na prostych instrumentach. Istotną rolę odgrywa technika „portretu muzycznego”, podczas którego pacjenci grając na instrumentach przedstawiają portret członka grupy lub słuchając odpowiednio dobranych fragmentów muzyki klasycznej, pracują nad przeformulowaniem obrazu Ja pacjenta. Na zajęciach ma miejsce również odgrywanie na instrumentach „psychodramy muzycznej”. W tygodniu odbywa się jedna sesja muzykoterapii trwająca półtorej godziny.



### *Choreoterapia*

To nie tylko ćwiczenia fizyczne (tzw. utaneczny ruch oparty na rytmie i melodii), ale także forma bycia towarzyskiego. Szczególnie pomocna dla pacjentów zahamowanych ruchowo i mających trudności w kontaktach społecznych. W tygodniu odbywają się jedno półtoragodzinne zajęcia.

### *Praca z ciałem*

Bazuje na różnorodnych formach ekspresji ruchowej z towarzyszącym rytmem i muzyką. Celem jest wypracowanie umiejętności wpływania na rozluźnienie i relaksację ciała i jego akceptację. Praca z ciałem ma również za zadanie ułatwić wyrażanie swoich nastrojów i emocji poprzez różnorodne układy ruchowe.

### *Psychoedukacja*

Pogadanka o charakterze warsztatu prowadzona przez terapeutę. Dostarcza pacjentom wiedzy dotyczącej etiologii i patogenezы zaburzeń odżywiania oraz dietyki.

### *Terapia zajęciowa*

Forma terapii poprzez różnorodne prace manualne, plastyczne. Pacjenci malują na papierze, na szkle, wykonują ozdoby, konstruują modele. Stosują różnorodne techniki i materiały – papier, karton, skóra, szkło, tkanina, włóczka, glina, masa solna itp. Terapia zajęciowa pozwala odwrócić uwagę od ruminacji myślowych, związanych z objawami ZO oraz daje możliwość podejmowania interakcji społecznych pomiędzy chorymi, a także z terapeutą prowadzącym. W planie tygodniowym terapia zajęciowa odbywa się dwa razy w tygodniu.

### *Spółeczność terapeutyczna*

Tworzy ją ogół pacjentów i personel. Pacjenci podejmują różne role społeczne: członka samorządu, przewodniczącego zebrania społeczności, formalnego lidera małej grupy, osoby prowadzącej gimnastykę, robiącej zakupy, piszącej listy z obserwacją zachowania innych chorych, organizującej wieczorki, wycieczki, omawiającej treningi, wyznaczającej i koordynującej dyżury, sprzątającej, będącej trenerem. Wszystkie te formy są okazją do uczenia się kierowania innymi lub służenia innym. Raz w tygodniu odbywają się półtoragodzinne zebrania społeczności, na których są przedstawiane sprawozdania poszczególnych grup z poprzedniego tygodnia, co służy przepływowi informacji. Omawiane są również ważne sprawy bieżące.

### *Terapia obrazu ciała (Body Image)*

Program opiera się na założeniu, że osoby mające negatywne wyobrażenie o własnym ciele lub jego elementach oraz negatywne osobiste relacje z własnym ciałem są poddawane silnej autokrytyce prowadzącej do obniżonego nastroju, poczucia nieatrakcyjności i – w skrajnych przypadkach – do obsesji dotyczącej własnego ciała. Przedłużający się stan zniekształconej percepcji własnego ciała prowadzić może do choroby lub podtrzymywać jej objawy.

Jest to model terapii krótkoterminowej, składający się z dwunastu 60-minutowych sesji terapeutycznych prowadzonych w koterapii przez psychoterapeutów w dominującym nurcie poznawczo-behawioralnym w grupach 10-15 osób. W trakcie pierwszych spotkań ustala się, jakie zniekształcenia ma pacjent. Następnie analizie poddawane są myśli wyzwalające, przekonania, założenia i sądy oraz konsekwencje idące za takimi myślami. Zarys programu obejmuje wstęp do treningów, zmianę dotychczasowych nawyków utrudniających akceptację siebie, nauczanie się technik pomagających wypracować postawy nieoceniające, urealnianie zniekształconego obrazu siebie poprzez wykonanie obrysu konturu swojego ciała, dyskusję na temat wpływu mediów. Do technik stosowanych w tej terapii należą: karty pracy, dziennik obrazu ciała, ekspresyjne pisanie oraz ustalanie osobistych planów dotyczących zmian.

### *Trening Społecznego Poznania i Neuropoznania (TSPiNP)*

TSP dotyczy złożonych procesów poznania społecznego (percepcja emocji, styl atrybucji, teoria umysłu). Natomiast TN polega na metapoznawczej pracy skupiającej się na terapii deficytów przetwarzania informacji oraz usprawnianiu procesów poznawczych. W terapii JP szczególny nacisk kładzie się na styl myślenia, a nie zawartość poznawczą, 'jak' pacjent myśli, zamiast 'co'. Zalecane jest przeprowadzenie co najmniej dwudziestu sesji w czasie 10 tygodni, równoległe jedna sesja TSP i jedna sesja TN tygodniowo. Trening powinien być traktowany jako interwencja metapoznawcza, poprzedzająca terapię lub towarzysząca jej w początkowym okresie. Należy pamiętać, aby traktować oba treningi jako całość, gdyż zakłada się, że dopiero globalne podejście do problemu daje wymierne efekty.

## **Farmakoterapia**

Zastosowanie farmakoterapii w leczeniu ZO wchodzi w skład kompleksowego postępowania leczniczego uwzględniającego: rehabilitację żywieniową z profilaktyką zespołu realimentacyjnego, monitorowanie stanu somatycznego z uwzględnieniem postępowania medycznego ukierunkowanego na leczenie ostrych i późnych powikłań somatycznych w przebiegu anoreksji oraz na leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych.

Farmakoterapia AN obejmuje leczenie współistniejących zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne (częstość występowania 30–90%), zaburzenia lękowe (65%), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (26%), fobie społeczne (34%) oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (22%). Przed wdrożeniem leków klinicyści powinni wziąć pod uwagę, że normalizacja wagi ciała jest warunkiem koniecznym skutecznej farmakoterapii. Zaleca się ostrożność w doborze leków ze względu na objawy niepożądane, zwłaszcza dotyczące układu krążenia (np. wydłużenie odstępu QT — niektóre leki przeciwpsychotyczne, antydepresyjne, antyhistaminowe i makrolity). W przypadku zastosowania tego typu leczenia zachodzi konieczność monitorowania czynności serca i zapisu EKG. Należy również pamiętać, iż w AN przy niskiej wadze ciała funkcjonowanie wątroby i nerek w większości przypadków nie odbiega od normy, a poziom dystrybucji leków i ich dawkowanie często są porównywalnie wysokie (jeśli nie wyższe) jak w grupie pacjentów z właściwą wagą ciała.

### **Leki prokinetyczne**

W praktyce klinicznej w fazie ostrej choroby zaleca się stosowanie domperidonu czy metoklopramidu w dawce początkowej 5 mg na dobę, stopniowo zwiększając dawkę do 20 mg na dobę. Lek powinien być przyjmowany 15–30 minut przed posiłkiem. Działa uspokajająco i przeciwwymiotnie, hamując nudności.

### **Błonnik**

Błonnik powinien być stosowany rutynowo w terapii AN. Wpływając na perystaltykę jelit, błonnik poprawia funkcjonowanie przewodu pokarmowego oraz w naturalny sposób oczyszcza organizm z toksyn i szkodliwych produktów przemiany materii, co ma szczególnie duże znaczenie u chorych na AN.

## **Benzodiazepiny**

W postępowaniu klinicznym u osób z ZO z niskim BMI (< 16) oraz nasileniem objawów chorobowych zaleca się krótkoterminowe podawanie benzodiazepin przed jedzeniem w małych dawkach w celu zmniejszenia komponenty lękowej.

## **Leki przeciwdepresyjne**

W literaturze przedmiotu **selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny** (SSRI – *selective serotonin reuptake inhibitors*) należą do najszerzej zalecanych w terapii ZO ze względu na ich skuteczność w przypadkach restrykcyjnej postaci JP, w leczeniu współwystępujących zaburzeń depresyjnych i obsesyjno-kompulsyjnych. Fluoksetyna stosowana w dawce 20–60 mg na dobę w AN może być skuteczna w osiągnięciu poprawy wagi ciała, w zmniejszeniu nasilenia objawów objadania się i przeczyszczania oraz w profilaktyce nawrotów choroby. Skuteczność leków przeciwdepresyjnych z grupy **inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny** (SNRI – *serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors*) – duloksetyna i wenlafaksyna – jest porównywalna z SSRI.

### *Czteropierścieniowe leki przeciwdepresyjne (NaSSA)*

Mirtazapina cechuje się działaniem przeciwlękowym i przeciwdepresyjnym. Ponadto działa nasennie i nasila apetyt.

### *Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD) i inhibitory monoaminoooksydazy (IMAO)*

Leki te nie są szczególnie zalecane z powodu objawów niepożądanych ze strony układu krążenia, takich jak: wydłużenie odstępu QT i obniżenie ciśnienia tętniczego krwi.

### *Leki przeciwpsychotyczne II generacji (LPIIG)*

Przegląd badań z zastosowaniem LPIIG w leczeniu AN podkreśla ich korzystne działanie w poprawie zaburzeń depresyjnych i lękowych, w złagodzeniu zniekształceń poznawczych czy sądów urojeniowych związanych z odżywianiem się i obrazem własnego ciała oraz lękiem przed spożywaniem posiłków. Najczęściej przedmiotem badań były kwetiapina, olanzapina i risperidon. U chorych odmawiających przyjęcia LPIIG z obawy przed przyrostem masy ciała zaleca się podawanie arypiprazolu, który wykazuje korzystne działanie w redukcji lęku i natrętnych myśli dotyczących jedzenia, co wpływa na mniejszy przyrost masy ciała.

## **Cynk**

Suplementacja preparatami cynku w tabletkach w zalecanej dawce 14–28 mg na dzień (100–200 mg glukonianu cynku) wpływa na zwiększenie masy ciała w JP.

## **Postępowanie medyczne**

Rutynowe badania laboratoryjne powinny obejmować: pełną morfologię krwi, badanie ogólne moczu, poziom hormonów tarczycy, poziom elektrolitów, ocenę stężenia mocznika, poziom kreatyniny, magnezu, fosforu, wapnia, fosfokinazy kreatyny, aminotransferazę asparaginianową, fosfatazę alkaliczną, stężenie ferrytyny, kwasu foliowego oraz witaminy B12. W trakcie hospitalizacji wymagane jest również regularne wykonywanie następujących badań: EKG – co tydzień; magnez, fosfor, potas – codziennie przez pierwsze 5 do 7 dni, przez następne 21 dni lub do momentu, gdy pacjent przestanie przybierać na wadze – 3 razy w tygodniu (np. poniedziałek, środa i piątek); poziom glukozy we krwi na czczo, dwie godziny po głównych trzech posiłkach oraz gdy występują symptomy sugerujące możliwość wystąpienia hipoglikemii [6].

## **Podsumowanie**

W Klinice atutem jest kompleksowość leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania, na którą składają się oddziaływania medyczne z gruntowną oceną ryzyka, dietetyczne ukierunkowane na rehabilitację żywieniową i normalizację nawyków żywieniowych oraz bogata oferta psychoterapeutyczna. Terapia zorganizowana jest w ramach społeczności terapeutycznej, która pozwala na współuczestniczenie pacjentów w procesie leczenia. Praca zespołu terapeutów nastawiona jest na leczenie przynoszące nie tylko poprawę objawową, ale także trwałą zmianę schematów funkcjonowania i korektę zachowań.

PIŚMIENNICTWO

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed., American Psychiatric Association, 2013.
2. Halmi K.A., *Salient components of a comprehensive service for eating disorders. Eating Disorders Program*, *World Psychiatry* 2009; 8(3): 150-165.
3. Józefik B. (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, wyd. 2, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
4. Kucharska K., Kułakowska D., *Zaburzenia odżywiania [w:] Jarema M. (red.), Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, wyd. 2, Via Medica, 2015.
5. Kucharska K., Wilkos E., *Zaburzenia odżywiania [w:] Jarema M. (red.), Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. 2, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016: 417-454.
6. *MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*, Royal College of Physicians. College Report CR162O, 2010.
7. National Institute for Clinical Excellence, *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*, National Collaborating Centre for Acute Care at the Royal College of Surgeons of England. NICE 2004.
8. Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia jedzenia (odżywiania się) [w:] Jarema M. (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011.
9. Rybakowski J., Rybakowski F., *Psychiatria – sedno. Tom 1*, Wrocław: Elsevier Urban and Partner, 2008.
10. Treasure J., Claudino A.M., Zucker N., *Eating disorders*, *Lancet* 2010; 375: 583–593.

MODEL LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA  
W KLINICE PSYCHIATRII WIEKU ROZWOJOWEGO  
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO  
ORAZ W KLINICE PSYCHIATRII  
DZIECI I MŁODZIEŻY INSTYTUTU PSYCHIATRII  
I NEUROLOGII W WARSZAWIE

---

**Barbara Remberk**  
**Katarzyna Biernacka**  
**Gabriela Jagielska**

---

**Zasady leczenia dzieci i młodzieży**

Ważnymi działaniami dotyczącymi postępowania w zaburzeniach odżywiania są profilaktyka, wczesne rozpoznanie i szybkie podjęcie leczenia. Zagadnienie to omówione zostało w rozdziale 2. W trakcie leczenia większość pacjentów może korzystać z zalecanych form terapii w trybie ambulatoryjnym [4]. Badania wskazują również na skuteczność leczenia w trybie oddziału dziennego [2]. Analiza tego zagadnienia przekracza jednak ramy tego rozdziału, w którym skoncentrujemy się na programach leczenia szpitalnego.

**Wskazania do hospitalizacji psychiatrycznej**

Pobyt w szpitalu jest wskazany w następujących sytuacjach [4]:

1. Umiarkowanie poważny stan somatyczny (UWAGA: Bardzo zły stan somatyczny jest oczywiście wskazaniem do pobytu w szpitalu, ale pedia-

trycznym lub do hospitalizacji na oddziale intensywnej opieki medycznej; w Polsce pacjenci tacy bywają również leczeni na oddziałach psychiatrycznych funkcjonujących w obrębie szpitali wielospecjalistycznych). Objawy somatyczne, które wskazują na nasilenie choroby wymagające leczenia szpitalnego:

- wskaźnik masy ciała (BMI – *Body Mass Index*) poniżej 3 centyla lub procentowy niedobór masy ciała w stosunku do masy ciała należnej dla wieku, wzrostu oraz płci (określonej na podstawie siatek centylowych) powyżej 25%. W przypadku dzieci i młodzieży analizujemy dotychczasowy rozwój, sprawdzamy w jakim kanale centylowym pacjent rozwijał się wcześniej,
  - szybkie chudnięcie – powyżej 1 kg na tydzień,
  - odwodnienie,
  - bradykardia (poniżej 40/min), hipotonia ortostatyczna, hipotensja (u dzieci poniżej 80/50 mm Hg), zaburzenia rytmu serca, wydłużenie odstępu QTc w zapisie EKG,
  - zasłabnięcia, zawroty głowy, inne dolegliwości somatyczne – po konsultacji pediatrycznej, jeżeli nie wymagają leczenia na oddziale pediatrycznym,
  - nieprawidłowe wyniki badań dodatkowych – hipoglikemia, hipokaliemia, hiponatremia, hipofosfatemia, hiponatremia, zasadowica nieoddechowa i in. – po konsultacji pediatrycznej, jeżeli nie wymagają leczenia na oddziale pediatrycznym.
2. Objawy psychopatologiczne:
    - nasilone objawy zaburzeń odżywiania:
      - całkowita lub prawie całkowita odmowa przyjmowania pokarmów,
      - ograniczanie płynów,
      - nasilone wymioty – np. codziennie, kilka razy dziennie,
    - inne objawy, zwłaszcza myśli samobójcze, nasilone objawy depresyjne, nadużywanie substancji psychoaktywnych lub leków.
  3. Nieskuteczność dotychczasowego leczenia ambulatoryjnego.
  4. Niedostępność leczenia w miejscu zamieszkania pacjenta.



## Leczenie szpitalne

W przypadku najciężej chorych pacjentów pierwszym zadaniem leczenia szpitalnego jest utrzymanie chorego przy życiu; ten etap jednakże nie powinien odbywać się w szpitalu psychiatrycznym.

Do elementów szpitalnego leczenia psychiatrycznego zaliczamy:

1. rehabilitację masy ciała (w anoreksji),
2. redukcję lub eliminację wymiotów, przeczyszczania się i normalizację nawyków żywieniowych,
3. zmianę postaw wobec jedzenia i swojego ciała.

W przypadku anoreksji przeglądu stosowanych metod leczenia dokonali Suarez-Pinilla i wsp. [7]. Podstawą większości analizowanych programów były programy behawioralne. Żadna z terapii stosowanych jako uzupełnienie metod standardowych nie okazała się skuteczna.

Istotą stosowanych programów behawioralnych jest znaczne ograniczenie wolności pacjenta (poprzez umieszczenie go w szpitalu i stosowanie procedur związanych z leczeniem) i uzyskiwanie przez niego kolejnych przywilejów w miarę (w anoreksji) zwiększania się masy ciała. W przypadku leczenia ambulatoryjnego ogranicza się np. aktywność fizyczną (zwolnienie w wychowania fizycznego i zajęć sportowych) lub przez pewien czas pacjent może być zwolniony z uczęszczania do szkoły z nadzorowaniem posiłków przez osoby bliskie. Konsekwencją braku przyrostu masy ciała lub jego spadku jest podjęcie decyzji o leczeniu szpitalnym. Programy behawioralne były krytykowane za stosowanie mniej lub bardziej bezpośredniego przymusu [6, 9]. W chwili obecnej uzasadnieniem dla stosowania programów behawioralnych promujących wzrost masy ciała jest fakt, że głodzenie się i niedożywienie związane jest z pojawianiem się zaburzeń poznawczych oraz obsesji dotyczących jedzenia, a także obniżeniem nastroju, które zmniejszają się w trakcie poprawy stanu odżywienia. W ostrym okresie choroby terapia indywidualna zazwyczaj nie przynosi również oczekiwanych efektów. Dlatego przywrócenie prawidłowego stanu odżywienia stanowi integralną część procesu terapeutycznego. Ramjan i wsp. [5, 6] przeprowadzili wnikliwe rozmowy z nastolatkami i pielęgniarkami, które – w odpowiednich rolach – uczestniczyły w leczeniu zaburzeń odżywiania. Ogólnie pobyt w szpitalu był doświadczany przez pacjentów podobnie jak mogłoby być doświadczane więzienie; zarówno pielęgniarki, jak i pacjenci używali słownictwa sugerującego takie rozumienie sytuacji. Od siebie (BR, KB) możemy dodać, że choć pacjenci niekiedy nazywają w żartach

nasz oddział „hotel Sobieski”, to opisując życie poza szpitalem, istotnie, często używają określenia „na wolności”. Tym niemniej w przypadku leczenia szpitalnego programy behawioralne, pomimo swoich wad, ze względu na skuteczność nadal są często stosowane.

W przypadku bulimii do zalecanych form terapii należy terapia behawioralno-poznawcza, a u młodzieży przede wszystkim terapia rodzinna skoncentrowana na problematyce bulimii [4]. Leczenie szpitalne nie jest postępowaniem pierwszego rzutu, w niektórych sytuacjach jednakże wydaje się konieczne lub wskazane [1, 8].

W dalszej części rozdziału przedstawimy programy terapeutyczne stosowane u dzieci i młodzieży w warszawskich szpitalach klinicznych.

### **Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Dane dotyczące ogólnych zasad funkcjonowania oddziału zostały podsumowane w tabeli 1.

**Tabela 1. Dane dotyczące funkcjonowania Oddziału Klinicznego Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Oddział całodobowy	
Wiek	6–16 lat Szkoła podstawowa i gimnazjum Możliwe wyjątki
Szkoła na terenie szpitala	Tak
Program behawioralny dla anoreksji	Obowiązkowy w trakcie pobytu, choć pewne elementy podlegają negocjacji
Program behawioralny dla bulimii	Nie, indywidualne ustalenia
Program behawioralny dla innych zaburzeń odżywiania	Nie, indywidualne ustalenia
Spotkanie społeczności terapeutycznej	Raz w tygodniu, około godziny

Psychoedukacja rodziców i pacjenta	Indywidualnie – lekarz prowadzący
Terapia rodzinna	Zwykle kilka sesji w trakcie pobytu
Terapia indywidualna	1–2 razy w tygodniu
Trening asertywności z elementami terapii interpersonalnej	raz w tygodniu
Spotkania z lekarzem prowadzącym	Około 4 razy w tygodniu
<b>Kontynuacja leczenia</b>	
Oddział dzienny	Zazwyczaj (u pacjentów z Warszawy i okolic)
Kontynuacja opieki lekarskiej w poradni przyklinicznej	Często (po decyzji rodziców i pacjenta)
Kontynuacja terapii rodzinnej w poradni przyklinicznej	Często (po decyzji rodziców i pacjenta)
Kontynuacja terapii indywidualnej w poradni przyklinicznej	W niektórych przypadkach

### **Opis programu behawioralnego dla anoreksji**

W przypadku anoreksji kluczowym, obowiązkowym elementem leczenia jest program behawioralny. Równocześnie pacjenci korzystają z pozostałych form terapii wymienionych w tabeli 1. Celem programów terapeutycznych – zarówno stosowanych w Klinice Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, jak i tych z Instytutu Psychiatrii i Neurologii, jest nie tylko rehabilitacja masy ciała, lecz także przywrócenie prawidłowych zachowań związanych z odżywianiem, a także, a może przede wszystkim, zmiana myślenia i radzenia sobie z emocjami i stresem. Tym niemniej podstawowym efektem leczenia, który jest oceniany w programie behawioralnym, jest masa ciała. Program jest podzielony na fazy, w miarę przyrostu masy ciała pacjent przechodzi do kolejnych faz. Granice faz są określone na podstawie procentowego niedoboru masy należnej. Masa należna obliczona jest na podstawie siatek centylowych, z uwzględnieniem wzrostu dziecka i dotychczasowego rozwoju. Na początku leczenia, w związku z charakterystycznym w tym schorzeniu chorobliwym skupieniem na wadze, pacjent nie jest informowany o wadze docelowej.

W ramach programu behawioralnego, w związku z lękiem przed jedzeniem, brakiem apetytu oraz zaburzeniami w odczuwaniu głodu, w początkowych fazach leczenia chorych na anoreksję konieczna jest ścisła pomoc, zachęta i nadzór pielęgniarek i rodziców nad dostarczaniem odpowiednich porcji posiłków i ich nadzorowanie. Kontrola nad jedzeniem przekazywana jest stopniowo pacjentowi wówczas, gdy powraca apetyt i pacjent jest w stanie przejąć odpowiedzialność w tej sferze w taki sposób, by ustabilizować stan odżywiania na poziomie wystarczającym do przywrócenia prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu.

**FAZA 1.** Masa ciała  $\leq 70\%$  masy należnej (niedobór masy ciała  $\geq 30\%$  w stosunku do masy należnej). Pacjent pozostaje pod ścisłym nadzorem personelu, nie wychodzi na spacer, nie ma przepustek. W początkowym okresie leczenia otrzymuje pół porcji posiłków (ze względu na zagrożenie zespołem realimentacyjnym). Po okresie wstępnym lekarz decyduje o zastosowaniu mniej (ok. 2400 kcal) lub bardziej intensywnej (ok. 2600 kcal) realimentacji (docelowa kaloryczność posiłków uzyskiwana jest w ciągu 1–2 tygodni pobytu w szpitalu). Kaloryczność diety jest modyfikowana w zależności od tempa przyrostu masy ciała. Możliwe jest także wzmocnienie diety poprzez zastosowanie płynnych odżywek. W razie odmowy jedzenia możliwe jest zastosowanie żywienia sondą dożołądkową. Waga kontrolowana jest codziennie. Pacjentowi zaleca się leżący tryb życia, możliwe jest całodobowe monitorowanie czynności serca.

**FAZA 2 i 3.** Masa ciała odpowiednio: faza 2. od 71% do 75%; faza 3. od 76% do 80% masy należnej (niedobór masy ciała 29–25% i 24–20%). W miarę przyrostu masy ciała pacjent uzyskuje kolejne przywileje – bardziej aktywny tryb życia na terenie oddziału, korzystanie ze spacerów. Współpraca i spożywanie posiłków jest elementem ekonomii żetonowej – dostosowywanie się do zasad umożliwia pacjentowi wydłużenie spacerów. Karmienie sondą dożołądkową stosowane jest wyjątkowo, na zlecenie lekarza. Nadal obowiązuje codzienna kontrola wagi.

**FAZA 4.** Masa ciała od 81% do 85% masy należnej (niedobór masy ciała 19–15%). Kontynuacja dotychczasowych oddziaływań – nadal stosowana jest ekonomia żetonowa i dotyczy długości spacerów. Pojawia się możliwość treningów domowych (przepustek z posiłkami w domu). Przed pierwszym treningiem domowym dwukrotnie odbywa się, szczegółowo omówione z lekarzem, wyjście na miasto w celu zjedzenia obiadu pod opieką rodziców. Możliwość treningu domowego jest dyskutowana zależnie od zachowania pacjenta

w trakcie tego „próbego” obiadu. Kontrola wagi 1 lub 2 razy w tygodniu. Pod koniec fazy 4. rozpoczyna się analiza możliwości kontynuacji leczenia i ewentualne przeniesienie pacjenta do oddziału dziennego. Zmiana trybu leczenia z całodobowego na dzienny jest decyzją podejmowaną przez cały zespół terapeutyczny (w porozumieniu z rodzicami dziecka), który analizuje dotychczasowy przebieg leczenia, redukcję objawów, jakość współpracy i poziom motywacji. Codzienne dojeżdżanie na oddział dzienny jest oczywiście możliwe tylko u pacjentów mieszkających blisko szpitala. W razie spadku masy ciała dopuszcza się ponowne przyjęcie do oddziału całodobowego.

**FAZA 5.** Masa ciała od 86% do 90% masy należnej (niedobór masy ciała 14–10%). Leczenie w tej fazie może odbywać się w trybie całodobowym, na oddziale dziennym lub w trybie przepustkowym (intensywne oddziaływania terapeutyczne raz w tygodniu w ramach oddziału dziennego). Nadal odbywa się kontrola wagi (raz w tygodniu) i kontrola przyjmowanych posiłków. Pacjent ma możliwość posiadania własnych produktów żywnościowych, spożywanych jako dodatek do diety szpitalnej. Przywilejem, który można uzyskać na tym etapie, jest wypis ze szpitala.

**FAZA 6.** Masa ciała >90% należnej (niedobór masy ciała <10%). Leczenie w trybie dziennym, przepustkowym lub kontynuacja leczenia w trybie ambulatoryjnym.

**UWAGA!** W niektórych przypadkach, gdy wcześniejsza trajektoria rozwoju wskazuje na stały rozwój dziecka w niższych kanałach centylowych w zakresie masy ciała w stosunku do wzrostu, masa ciała w poszczególnych fazach programu behawioralnego ustalana jest na niższych poziomach. Celem jest przywrócenie trajektorii rozwoju sprzed choroby.

## **Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie**

Dane dotyczące ogólnych zasad funkcjonowania oddziału zostały podsumowane w tabeli 2.

**Tabela 2. Funkcjonowanie oddziału Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży**

Oddział całodobowy	
Wiek	13–19 lat Siódma klasa szkoły podstawowej, gimnazjum, liceum
Szkoła na terenie szpitala	Tak
Program behawioralny dla anoreksji	Obowiązkowy w trakcie pobytu
Program behawioralny dla bulimii	Obowiązkowy w trakcie pobytu
Program behawioralny dla innych zaburzeń odżywiania	Indywidualne programy na podstawie powyższych
Spotkanie społeczności terapeutycznej	We wszystkie dni robocze, około 15 minut
Terapia grupowa	2 razy w tygodniu po 75 minut
Arteterapia	2 razy w tygodniu po 90 minut
Interwencja dialektyczno-behawioralna	Dla niektórych pacjentów; osoby z zaburzeniami odżywiania mają w tym czasie inne zajęcia
Terapia rodzinna	Zwykle raz w trakcie pobytu
Wsparcie psychologiczne	Okolo 2 razy w tygodniu
Spotkania z lekarzem prowadzącym	Okolo 4 razy w tygodniu
Tylko dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania	
Rehabilitacja neuropoznawcza	raz w tygodniu 45 minut
Rehabilitacja w zakresie poznania społecznego	raz w tygodniu 45 minut
Psychoedukacja	raz w tygodniu 30 minut

Ciągłość leczenia	
Kontynuacja w poradni przyklinicznej	Czasami
Kontynuacja terapii rodzinnej	Często

### **Programy behawioralne realizowane w Klinice**

Uczestnictwo w programie behawioralnym w przypadku anoreksji i bulimii jest obowiązkowym elementem leczenia szpitalnego w trakcie pobytu na oddziale. Oczywiście decyzja co do poddania się tej formie leczenia należy do pacjenta i jego rodziców. W niektórych przypadkach anoreksji i w większości przypadków bulimii pacjent ma prawo zakończyć hospitalizację na swoje żądanie, jeżeli ta forma pomocy mu nie odpowiada. Zagadnienie leczenia bez zgody pacjenta jest bardziej szczegółowo omówione w rozdziale 10.

Pacjenci z zaburzeniami odżywiania zgłaszają się na posiłki o określonej porze, bez spóźniania się, jedzą przy jednym stole. Wyznaczony czas na spożycie posiłku wynosi 30 minut, odbywa się to pod nadzorem personelu medycznego, a pacjenci pozostają pod bezpośrednią opieką personelu również po zakończeniu posiłku. Równocześnie z korzystaniem z programu pacjenci uczestniczą w pozostałych formach terapii wymienionych w tabeli 2.

Czas trwania programów obejmuje 12 tygodni. W przypadku satysfakcjonującej skuteczności leczenia możliwy jest wcześniejszy wypis, w wyjątkowych przypadkach pobyt pacjenta jest wydłużany.

### **Program leczenia anoreksji**

Program oferowany w Klinice w przypadku anoreksji składa się z czterech faz (plus piąta „faza 0”), przy czym większość pacjentów wypisywana jest w drugiej lub trzeciej fazie. W miarę przyrostu masy ciała pacjent uzyskuje kolejne przywileje, zaś kontrola ilości przyjmowanych pokarmów i zachowania po posiłkach stopniowo przestaje być zadaniem personelu i staje się elementem, który zależy od pacjenta. Przejście do kolejnych faz zależy od przyrostu wskaźnika masy ciała (BMI) w odniesieniu do siatek centylowych.

**FAZA 0.** Pierwsze 24 godziny pobytu na oddziale. Omówione zostają poszczególne elementy programu. Jest to też czas przeznaczony na adaptację do pobytu na oddziale.

**FAZA 1.** BMI poniżej 3 centyla. Pacjenci spożywają 6 posiłków w ciągu dnia. Podczas 4 pierwszych dni zjadają 1400 kalorii plus dodatkowo 300 kalorii

w postaci odżywki. Następnie przez kolejne 4 dni pacjenci spożywają 1800 kalorii plus 450 kcal, po czym liczba spożytych kalorii sukcesywnie rośnie do 2800 plus 600 kcal odżywek. Spożywanie posiłków odbywa się pod nadzorem personelu, po głównych posiłkach pacjenci pozostają przez godzinę pod opieką pielęgniarek. Karmienie sondą stosuje się w przypadku niezjedzenia posiłku. Spacerów są początkowo bardzo ograniczone, ich liczba zwiększa się w miarę przyrostu masy ciała. Ważenie odbywa się co drugi dzień.

Dalszym etapem jest przejście do fazy 2. programu behawioralnego, który następuje po przekroczeniu 3 centyla do osiągnięcia 10 centyla dla wieku pacjenta. Ważenie pacjentów odbywa się raz w tygodniu. Kontrola podczas posiłku dotyczy obecności, ale nie ilości spożytych pokarmów. Krócej trwa kontrola po głównych posiłkach. Możliwe (i zalecane) są treningi domowe w weekendy. W razie spadku wagi z fazy 2. do fazy 1. pacjent ma siedem dni na powrót do wagi właściwej dla fazy 2., jeden raz w trakcie pobytu (jednorazowa szansa). Jeżeli spadki wagi utrzymują się, zostaje podwyższony próg ponownego wejścia do fazy 2. do 5 lub 10 centyla.

**FAZA 3.** następuje po przekroczeniu 10 centyla do 25 centyla dla wieku pacjenta plus dodatkowo 1 kg wagi. Ważenie na tym etapie odbywa się raz w tygodniu. Kontrola po posiłkach jest zniesiona, ilość przyjmowanych pokarmów nie jest kontrolowana, obecność na posiłkach nadal jest obowiązkowa.

**FAZA 4.** wg programu zaburzeń odżywiania dla anoreksji rozpoczyna się od osiągnięcia 25 centyla + 1 kg dla wieku pacjenta oraz po ocenie nawyków jedzeniowych. W tym okresie nie ma kontroli jedzenia. W praktyce na tym etapie leczenia pacjenci bardzo rzadko przebywają w szpitalu.

### **Program leczenia bulimii**

Podobnie jak w przypadku anoreksji, program składa się z następujących po sobie faz. Podstawą przejścia do kolejnej fazy jest istotna redukcja objawów w ocenie pacjenta i lekarza prowadzącego. W warunkach oddziału wielu pacjentom łatwiej jest opanować napady objadania, niż tendencję do głodzenia się. W związku z tym, choć nie zawsze jest to oczywiste dla pacjentów, chudnięcie traktowane jest jako utrzymywanie się objawów. Zgodnie z zasadami podejścia behawioralno-poznawczego pacjenci prowadzą dzienniczki, w których opisują przebieg dnia, spożyte posiłki, myśli, emocje i zachowania kompensacyjne. Dzienniczek ten jest analizowany w trakcie spotkań z lekarzem prowadzącym lub psychologiem.

Poniżej w skrócie omówione zostaną poszczególne fazy programu.



**FAZA 0.** Tak samo jak w przypadku anoreksji – pierwsze 24 godziny pobytu na oddziale. Omówione zostają poszczególne elementy programu. Jest to też czas przeznaczony na adaptację do pobytu na oddziale.

**FAZA 1.** Pacjenci spożywają posiłki pod nadzorem personelu. Kontrola dotyczy obecności pacjentów na posiłku, ale nie ilości spożytych pokarmów. Po głównych posiłkach pacjenci pozostają przez godzinę pod opieką pielęgniarek. Nie ma możliwości wyjścia poza oddział ani treningów domowych. Przejście do fazy 2. następuje po zaobserwowaniu przez lekarza prowadzącego zmniejszenia nasilenia objawów przez okres minimum 3 tygodni. Pacjent jest ważony raz w tygodniu.

**FAZA 2.** Skrócona zostaje kontrola po zakończeniu posiłku, pacjenci mogą korzystać z treningów domowych. Przejście do fazy 3. ma miejsce po utrzymaniu się znaczącej poprawy w zakresie objawów i postępów w normalizacji nawyków jedzeniowych co najmniej przez okres 3 tygodni. Przy nawrocie objawów następuje cofnięcie do odpowiedniej fazy. Odbywa się również okresowa kontrola wagi. Jeśli po 3 tygodniach nie ma efektów i nie następuje normalizacja nawyków żywieniowych, w tym wagi i redukcji objawów, wówczas zawierany jest z pacjentem indywidualny kontrakt uwzględniający jego szczególne trudności.

**FAZA 3.** Konsolidacja i utrwalenie prawidłowych zachowań żywieniowych.

## Podsumowanie

Dzięki jasnym regułom, jednoznacznym dla obu stron – pacjenta i lekarza, programy behawioralne ułatwiają współpracę pomiędzy personelem a pacjentem [3]. Zasady wyraźnie określone w początkowym okresie leczenia zdejmują z pacjenta ciężar decydowania o ilości spożytych pokarmów, obniżają jego lęk podczas posiłków, łagodzą przymus samokontroli. Jak mówili niektórzy pacjenci, „tutaj jem, bo wiem, że muszę, nie myślę o tym”. Taki stan rzeczy pozwala na skierowanie uwagi chorych na inne aspekty procesu terapeutycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. Anzai N., Lindsey-Dudley K., Bidwell R.J., *Inpatient and partial hospital treatment for adolescent eating disorders*, Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2002, Apr; 11(2): 279–309.
2. Espie J., Eisler I., *Focus on anorexia nervosa: modern psychological treatment and guidelines for the adolescent patient*, Adolesc. Health Med. Ther. 2015, Jan 29; 6: 9–16.
3. Janas-Kozik M., Gawęda A., Nowak M. i wsp., *Różne oblicza anoreksji – model jej leczenia na Oddziale Klinicznym Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego*, Psychoterapia 2012; 2(161): 65–73.
4. *NICE guideline [NG69]*, 2017.
5. Ramjan L.M., *Nurses and the 'therapeutic relationship': Caring for adolescents with anorexia nervosa*, J. Adv. Nurs. 2004; Mar; 45(5): 495–503.
6. Ramjan L.M., Gill B.I., *Original research: an inpatient program for adolescents with anorexia experienced as a metaphoric prison*, Am. J. Nurs. 2012; Aug; 112(8): 24–33.
7. Suárez-Pinilla P., Peña-Pérez C., Arbaizar-Barrenechea B. i wsp., *Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials*, J. Psychiatr. Pract. 2015; Jan; 21(1): 49–59.
8. Zeeck A., Weber S., Sandholz A. i wsp., *Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial*, Psychother. Psychosom. 2009; 78(3): 152–160.
9. Żechowski C., Namysłowska I., Jakubczyk A. i wsp., *Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń*, Psychiatr. i Psychol. Klin. 2010; 10(1): 25–30.

# MODEL LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA W ODDZIALE KLINICZNYM PSYCHIATRII I PSYCHOTERAPII WIEKU ROZWOJOWEGO W SOSNOWCU

---

**Małgorzata Janas-Kozik**  
**Joanna Hyrnik**  
**Ireneusz Jelonek**

---

## Wstęp

Proces leczenia i konceptualizacji zaburzeń odżywiania należy do obszaru zainteresowania wielu badaczy oraz klinicystów. Jest on wymagający, jednakże daje możliwość interdyscyplinarnego dialogu, niezbędnego do skutecznego udzielenia pomocy chorującym pacjentom. W niniejszym rozdziale autorzy dzielą się doświadczeniem oraz refleksjami wynikającymi z blisko 20 lat pracy z pacjentkami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania się – głównie jadłowstręt psychiczny. Przedstawiają model pracy oraz wybrane techniki terapeutyczne stosowane na co dzień w praktyce Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego w Sosnowcu.

Zaburzenia odżywiania się stanowią, zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami, niejednorodną grupę. Najczęściej opisywane i spotykane w praktyce klinicznej są jadłowstręt psychiczny (AN – *anorexia nervosa*) i bulimia psychiczna (BN – *bulimia nervosa*).

DSM-5, poza tzw. klasycznymi zaburzeniami jedzenia i odżywiania się, wyróżnia także:

1. picę,
2. zaburzenie przeżuwania

3. zaburzenie polegające na ograniczaniu / unikaniu przyjmowania pokarmów
4. zaburzenie z napadami objadania się oraz
5. inne określone zaburzenia jedzenia czy odżywiania się np. jadłowstręt psychiczny atypowy; żarłoczność psychiczną, z niską częstością występowania epizodów i/lub ograniczonym czasie trwania; zaburzenie z napadami objadania się, z niską częstością występowania epizodów i/lub ograniczonym czasie trwania; zaburzenie z przecyszczaniem się; nocne objadanie się [4].

W literaturze przedmiotu coraz częściej pojawiają się doniesienia o zaburzeniach jedzenia i odżywiania obserwowanych w atypowej postaci lub charakteryzujących się nieswoistym przebiegiem [18]. Dazzi i Di Leone (2014) zwrócili uwagę na problem wzrostu częstości występowania nieokreślonych zaburzenia jedzenia i odżywiania (NOS), czyli grupy klinicznie niezwykle zróżnicowanej pod względem prezentowanych objawów [3]. Badanie przeprowadzone przez Fairburn i wsp. (2007) wykazało, że w grupie 170 pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania dominowało 60% przypadków sklasyfikowanych jako nieokreślony typ zaburzeń odżywiania (NOS), z kolei najmniejszy odsetek (4,7%) stanowiły osoby z jadłowstrętem psychicznym (AN), a grupę pośrednią pod względem częstości (35,3%) reprezentowały osoby z rozpoznaniem bulimii psychicznej (BN) [3].

W ostatnim czasie obserwuje się również szereg istotnych zmian, wpływających na obraz kliniczny pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania się. Poszerzył się przedział wiekowy pacjentek, opisywane są zachorowania wśród chłopców i mężczyzn, pojawiły się nowe, niesklasyfikowane dotąd jednostki np. ortoreksja [5]. Trwają także dyskusje teoretyczne, osadzające problematykę zaburzeń odżywiania w kontekście uzależnień behawioralnych [1, 5, 10]. Kilka istotnych modyfikacji wyniknęło z DSM-5 i wiążą się one z kategorią zaburzeń odżywiania się i jedzenia:

1. zaburzenie z napadami objadania się (BED) zostało ustanowione jako samodzielna jednostka kliniczna,
2. wyeliminowano przecyszczający i nieprzecyszczający podtyp bulimii,
3. liczba częstości epizodów przecyszczania w BN została zmniejszona z dwóch do jednego tygodniowo

4. kryterium czasowe dla obecności symptomów anorektycznych (AN) – niezależnie od podtypów (restrykcyjnego lub żarłoczno-wydalającego) – zostało zdefiniowane jako co najmniej 3-miesięczne
5. został wyeliminowany objaw w postaci wtórnego zaniku miesiączki w przebiegu jadłowstrętu (AN) [4].

Na przestrzeni blisko 20 lat istnienia Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieków Rozwojowych najliczniejszą grupę pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania się stanowiły dziewczęta i kobiety z jadłowstrętem psychicznym (AN), zgodnie z obserwowaną tendencją do istotnie częstszych zachorowań w grupie dziewcząt, zwłaszcza w okresie adolescencji [2, 16, 17]. Wypracowanie skutecznego modelu leczenia wymagało od zespołu terapeutów (lekarzy, psychologów) wprowadzania zmian, nieprzerwanego dialogu w wymiarze konceptualizacji problematyki zaburzeń odżywiania oraz stałej ewolucji podejścia do leczenia. W opinii autorów rozdziału, należących do zespołu terapeutycznego, dobór najbardziej adekwatnych metod leczniczych, odpowiadających potrzebom pacjentek, stanowi nadal poważne wyzwanie z kilku względów:

1. AN cechuje nierzadko ciężki przebieg, a zaburzenie ma charakter chroniczny w 20,8+/-12,8% przypadków.
2. W AN występuje wysoka współchorobowość i towarzyszy jej szereg somatycznych objawów i w efekcie komplikacji, mogących istotnie wpływać na ogólny stan zdrowia oraz dalsze decyzje życiowe np. w związku z wtórną bezpłodnością. [2, 6, 12, 13, 15].
3. W przypadku jadłowstrętu psychicznego mamy do czynienia z zaburzeniem o jednym z najwyższych odsetków śmiertelności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, którego wartość szacuje się od 5-20% [6, 11, 20]. Zdaniem Crow i wsp. (2012) najwyższy wskaźnik śmiertelności cechuje grupę pacjentów z restrykcyjnym typem jadłowstrętu, którzy jednocześnie nie doświadczają lęku przed przytęciem, co z dużym prawdopodobieństwem wynika z zaburzonego krytycyzmu i braku wglądu w chorobę [3]. Ponadto, w AN w 20% przypadków śmierć spowodowana jest samobójstwem. Niezwykle istotne jest, że od 50 do 75 % pacjentek z jadłowstrętem psychicznym doświadcza objawów zespołu depresyjnego, a ponad 80%

- anorektyczek po przebytej próbie samobójczej potwierdza jej wystąpienie w czasie trwania epizodu depresji [2, 20].
4. AN współwystępuje również z zaburzeniami lękowymi, obsesyjno-kompulsyjnymi, szkodliwym używaniem i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, jak również schizofrenią i różnymi typami zaburzeń osobowości [6, 15].
  5. Pacjentki z zaburzeniami odżywiania się na przestrzeni życia często doświadczają ewolucji objawów jadłowstrętu (AN) w objawy bulimii (BN) i nierzadko cierpią również z powodu innych form zaburzeń jedzenia (EDNOS) [3] lub tzw. „zdrowej anoreksji” (*healthy anorexia*) [14].
  6. Leczenie jest szczególnie trudne także ze względu na znaczny poziom zaprzeczenia, ambiwalentny stosunek to terapii, wypadanie z terapii – *drop out* – lub zaniechanie poszukiwania pomocy w ogóle [6, 14].

### Struktura oddziału, liczba miejsc

Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego powstał 18 lat temu przy sosnowieckim Centrum Pediatrii, gdzie do dziś mieści się jego siedziba, natomiast w 2012 r. zyskał status oddziału klinicznego. Stanowi wysoce wyspecjalizowaną jednostkę, oferującą pomoc dzieciom i młodzieży z całym spektrum zaburzeń emocjonalnych, jednakże obszarem szczególnego zainteresowania były, i są do dzisiaj, zaburzenia odżywiania we wszystkich postaciach, a zwłaszcza jadłowstręt psychiczny.

W chwili obecnej w oddziale może być jednocześnie hospitalizowanych 62 pacjentów. Do dyspozycji chorych oddanych jest 19 sal oraz 2 sale obserwacyjne, jak również 2 izolatki. Dodatkowo pacjenci mają swobodny dostęp do świetlicy, a w 2 odpowiednio przystosowanych salach odbywają się zajęcia terapeutyczne i szkolne. W 5 gabinetach prowadzone są sesje indywidualnej psychoterapii oraz konsultacje rodzinne. Ze względu na nowoczesne rozwiązania techniczne, pacjenci są na bieżąco monitorowani, co minimalizuje ryzyko zdarzeń niepożądanych. W oddziale nie został bezpośrednio wydzielony pododdział dla zaburzeń odżywiania. Oznacza to, że pacjentki przebywają w grupie heterogennej pod względem symptomatologii. Liczba

hospitalizowanych pacjentek z AN pozostaje zmienna na przestrzeni lat [7, 8] i wynosi od kilku do kilkunastu, a liczba miejsc przeznaczonych dla osób z zaburzeniami odżywiania się nie jest w żaden sposób limitowana i zależy od aktualnego zapotrzebowania.

## **Personel**

Proces terapeutyczny zaburzeń odżywiania wymaga interdyscyplinarnego podejścia, w związku z czym członkowie zespołu terapeutycznego pozostają w ścisłej współpracy. Zespół stanowi wysoko wykwalifikowany personel, a w jego skład wchodzi specjalści w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej, psychologów, terapeuty zajęciowego, a także personel pielęgniarski. Znaczącą większość kadry leczącej stanowią osoby z wykształceniem psychoterapeutycznym, a wszyscy członkowie realizują indywidualne plany dalszego rozwoju i ustawicznego podnoszenia kompetencji zawodowych. Zespół leczący poddaje swoją pracę stałej superwizji.

## **Przyjęcia planowe i bez zgody**

Przyjęcia pacjentek do oddziału odbywają się w wyznaczonych terminach, ustalanych wg tzw. trybu planowego lub pilnego. Podstawą ustalenia terminu przyjęcia jest dostarczenie „Ważnego skierowania do oddziału psychiatrycznego” (druk skierowania zgodnie z obowiązującym wzorem ważny jest 14 dni od daty wystawienia). W sytuacjach nagłych przyjęcie może odbyć się bez skierowania, po badaniu i kwalifikacji do hospitalizacji przez lekarza psychiatrycznej izby przyjęć. W wyznaczonym terminie przyjęcia lekarz psychiatrycznej izby przyjęć na podstawie badania wstępnie weryfikuje diagnozę oraz ocenia zasadność hospitalizacji. W przypadku pozytywnej kwalifikacji do leczenia szpitalnego, lekarz przedstawia wstępny plan diagnostyczno-leczniczy, m.in. zapoznając pacjenta i opiekunów z proponowanym modelem leczenia. Ostatecznie przyjęcie odbywa się po uzyskaniu zgody na leczenie szpitalne i proponowany plan leczenia. Z uwagi na obowiązujące przepisy regulujące zgodę na hospitalizację w oddziale psychiatrycznym:

- w przypadku hospitalizacji pacjentów, którzy nie ukończyli 16. roku życia – wymagane jest uzyskanie pisemnej zgody na hospitalizację jednego z rodziców (posiadającego pełne prawa rodzicielskie lub ograniczone prawa rodzicielskie z zachowanym prawem decydowania o leczeniu),
- w przypadku hospitalizacji pacjentów niepełnoletnich, którzy ukończyli 16. rok życia wymagane jest uzyskanie pisemnej zgody na hospitalizację równoległe od jednego z rodziców (posiadającego pełne prawa rodzicielskie lub ograniczone prawa rodzicielskie z zachowanym prawem decydowania o leczeniu) oraz od pacjenta,
- w przypadku hospitalizacji pacjentów przed 18. rokiem życia, których opiekunem prawnym nie jest rodzic (np. rodzice pozbawieni praw rodzicielskich lub rodzice nie żyją) – wymagane jest uzyskanie tzw. zgody zastępczej sądu rodzinnego (w przypadku osób pomiędzy 16 a 18 rokiem życia wymagane jest również uzyskanie ich równoległej zgody).

Jak pokazuje praktyka, pacjenci z jądłowstrętem psychicznym często są mało krytyczni wobec swojego somatycznego stanu zdrowia, co skutkuje brakiem zgody na proponowane formy leczenia, w tym hospitalizację w oddziale somatycznym lub psychiatrycznym. Lekarz konsultujący zarówno w poradni, jak i w izbie przyjęć często zmaga się z trudną decyzją – czy stwierdzony stan somatyczny i/lub psychiczny uzasadnia działanie wbrew woli pacjenta lub wbrew woli jego opiekuna. W oparciu o przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (art. 23, art. 24) lekarz psychiatra dysponuje możliwością przyjęcia pacjenta do oddziału psychiatrii pomimo braku wymaganej zgody. Dotyczy to sytuacji, w której lekarz stwierdzi, że zachodzi bezpośrednio (tj. w nieodległej przyszłości – kilkunastu/kilkudziesięciu godzin) zagrożenie życia pacjenta, pozostające w związku z jego aktualnym stanem psychicznym (np. skrajne wyniszczenie z zaburzeniami elektrolitowymi, zaburzeniami chemodynamicznymi układu krążenia, z towarzyszącą dekompensacją stanu psychicznego, z urojeniową i zagrażającą interpretacją pokarmów i płynów). Zasadność decyzji lekarza o hospitalizacji pacjenta bez wymaganej zgody podlega kilkustopniowej weryfikacji przez lekarza kierującego oddziałem, kierownika zakładu leczniczego i sąd rodzinny.

Jako podstawowe kryterium do tzw. planowej lub pilnej (w oparciu o ustalony termin przyjęcia) hospitalizacji przyjmuje się (za Rabe-Jabłońską,



2011) ogólną ocenę stopnia wyniszczenia w oparciu o wskaźnik BMI (u młodszych pacjentów – różnice kanałów centylowych między aktualną masą ciała a należną). I tak uważa się, że wskazaniami do hospitalizacji są:

- BMI poniżej  $15\text{kg}/\text{m}^2$ ,
- długo utrzymujące się, pomimo leczenia ambulatoryjnego, BMI pomiędzy  $15\text{kg}/\text{m}^2$  a  $17\text{kg}/\text{m}^2$ ,
- gwałtowny spadek masy ciała w krótkim czasie,
- całkowita odmowa przyjmowania pokarmów, odmowa przyjmowania płynów,
- nasilone i pozbawione kontroli objawy bulimiczne (stwarzające zagrożenie powikłań somatycznych),
- obecność istotnych/zagrażających powikłań somatycznych wtórnych do wyniszczenia organizmu (zaburzenia przewodnictwa mięśnia sercowego, bradykardia, zaburzenia hemodynamiczne, zaburzenia elektrolitowe),
- wyniszczenie organizmu przy wartości BMI zbliżającej się do  $13\text{kg}/\text{m}^2$  (często traktowane jest jako bezpośrednio zagrażające życiu),
- towarzyszące zaburzenia psychiczne w zależności od stopnia ich nasilenia (np. epizod depresyjny, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne).

Czas trwania pobytu pacjentek w oddziale uzależniony jest od poziomu współpracy, postępów w procesie leczenia i realizacji indywidualnie założonych celów terapeutycznych, a wynosi średnio 12 tygodni, chociaż w uzasadnionych medycznie przypadkach może zostać przedłużony.

## Model leczenia

W przypadku pacjentek z zaburzeniami odżywiania hospitalizacja w warunkach oddziału nastawiona jest na zrealizowanie kilku istotnych celów leczniczych. Pozwala na stworzenie i utrzymanie przymierza terapeutycznego, ułatwia koordynację procesu terapeutycznego oraz dialogu w interdyscyplinarnym zespole specjalistów, umożliwia ocenę i monitorowanie ilości i jakości objawów i zachowań anorektycznych, jak również parametrów ogólnego stanu pacjentek, ze szczególnym uwzględnieniem stanu psychicznego oraz

jego bezpieczeństwa [16]. Stosowany aktualnie w Oddziale model leczenia wynika z wieloletnich doświadczeń oraz refleksji zespołu leczącego, również także przyjętego teoretycznego założenia co do natury jadłowstrętu psychicznego. Mając do czynienia z jadłowstrętem psychicznym przyjmujemy, że jest to „zaburzenie lokujące się na różnych poziomach organizacji od autyzmu i psychozy, poprzez zaburzenia osobowości, do depresji, zaburzeń reaktywnych i nerwicowych” [9]. W praktyce obserwujemy różne style funkcjonowania pacjentek anorektycznych, które są zdeterminowane przez swoje mechanizmy obronne, czy styl postrzegania rzeczywistości – nierzadko zaburzony na istotnym poziomie głębokości. Zatem określenie poziomu organizacji osobowości zdaje się być kluczowym warunkiem zastosowania odpowiednich technik terapeutycznych, umożliwiających osiągnięcie sukcesu terapeutycznego.

Model leczenia pacjentek z zaburzeniami odżywiania wynika z połączenia elementów behawioralnych (kontrakt terapeutyczny), systemowych (praca z rodziną) oraz psychodynamicznych (psychoterapia indywidualna). Znaczącą rolę w procesie leczenia odgrywają również odbywające się codziennie zebrania społeczności terapeutycznej, z elementami tzw. społeczności żetonowej. W razie wskazań pacjentki korzystają także ze wsparcia farmakologicznego. Każdą pacjentką z zaburzeniami odżywiania zajmuje się zespół złożony z lekarza i psychologa. Lekarz odpowiedzialny jest za rozliczanie chorej z kontraktu behawioralnego, natomiast psycholog – za wsparcie i pracę psychoterapeutyczną. Omawianie sytuacji pacjentów odbywa się dwa razy dziennie (rano i w godzinach popołudniowych), podczas spotkań całego zespołu terapeutycznego (lekarze, psychologdy, pielęgniarka oddziałowa) .

### **Zebranie społeczności terapeutycznej**

jest strukturą, do której należą wszyscy pacjenci i personel leczniczy. W trakcie codziennych spotkań pacjentki z zaburzeniami odżywiania integrują się z innymi pacjentami, mają możliwość podejmowania treningu w obszarze komunikacji wprost, dotyczącej sytuacji bieżących, konfliktowych czy oczekiwań i emocji wpływających na wzajemne interakcje. Elementy **społeczności żetonowej** wprowadzone zostały jako integralna część spotkań społeczności terapeutycznej. Na cotygodniowych spotkaniach pacjentki mają możliwość uzyskania informacji zwrotnych od innych uczestników społeczności oraz personelu leczącego, dotyczących aktualnego funkcjonowania, co wyraża się w symbolicznych nominacjach do np. tzw. tytułu mistrza współpracy, empatii, koleżeństwa itp.

### **Kontrakt behawioralny**

stanowi ważny element kompleksowego indywidualnego planu leczenia. Jest wprowadzany na początku pierwszego tygodnia pobytu w oddziale i modyfikowany w zgodzie z wynikami oceny stanu fizycznego i psychicznego pacjentki. Analizie poddany zostaje również poziom motywacji do leczenia oraz możliwości nawiązania współpracy w procesie terapii. Zaletą stosowania kontraktu ze względu na jego ujednoczony – w przypadku większości pacjentek – charakter, jest nadanie jasnej struktury oraz zakreślenie wyraźnych ram. Jego celem jest regulacja oraz stabilizacja zachowań żywieniowych, prowadzących w efekcie do bezpiecznego dla zdrowia pacjentki wzrostu masy jej ciała. Kontrakt nastawiony jest na wygaszanie i redukcję niepożądanych form zachowań czy objawów klinicznych oraz wzmacnianie pozytywnych czy oczekiwanych.

Przyjęto, że awans na kolejne etapy kontraktu następuje w odstępstwach co najmniej 7-dniowych – pacjentki mają ustalony stały dzień rozliczenia kontraktu. Spodziewany minimalny przyrost masy ciała to nie mniej niż 500g/7dni, a nie więcej niż 1500g/7 dni. W przypadku spadku masy ciała lub dłuższego niż 14 dni braku przyrostu masy ciała, następuje utrata przywilejów o 3 pozycje, a w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wprowadzenie karmienia sondą dożołądkową. Kolejną opcją jest całkowite zerwanie kontraktu w przypadku znaczącego braku współpracy pacjentki.

Czas trwania posiłku określono na nie dłużej niż 30 min. W przypadku zachowań wskazujących na stosowanie strategii kompensacyjnych (np. wymioty po posiłkach), kontrakt może zostać indywidualnie zmodyfikowany. Przykładowe przywileje związane z funkcjonowaniem w oddziale oraz sposobem tworzenia relacji z innymi obejmują np. możliwość wprowadzenia zamienników żywieniowych, spacerów na patio, możliwość uzyskania przepustki terapeutycznej i inne.

### **Spotkania rodzinne**

odbywają się cyklicznie, z udziałem rodziny lub opiekunów pacjentek, w oparciu o rozumienie systemowe. Na początku odbywa się wstępna konsultacja, której celem jest osadzenie problematyki pacjentki w kontekście relacji rodzinnych. Na dalszym etapie spotkania rodzinne służą wspieraniu rodziny w sytuacji kryzysu, ograniczeniu zachowań regresywnych, mają też wspomagać proces separacji i indywidualizacji, jak również wzmacniać rodziców w poczuciu kompetencji. Istotnym elementem jest rozeznanie występujących w rodzinie mechanizmów podtrzymujących objawy [9].

### **Psychoterapia indywidualna**

Podczas trwania programu leczenia każda z pacjentek, równoległe do kontraktu behawioralnego, objęta jest indywidualną opieką psychologiczną. Sesje psychoterapii indywidualnej odbywają się z częstotliwością 1 do 2 na tydzień i prowadzone są w oparciu o paradygmat psychodynamiczny. Za cel psychoterapii w takim nurcie uznajemy m. in. redukcję objawów klinicznych, wzmocnienie zdolności do wglądu, zmianę struktury w obszarze dominujących konfliktów emocjonalnych [7]. Wgląd uzyskiwany w relacji terapeutycznej daje pacjentkom możliwość dostrzeżenia źródeł i mechanizmu zaburzenia oraz pozwala na przepracowanie problematyki [19]. Jako przykład realizacji indywidualnych celów terapeutycznych może posłużyć artykuł Janas-Kozik i wsp (2012), w którym opisaliśmy specyfikę pracy z pacjentkami cierpiącymi na jądłowstręt psychiczny, osadzając rozumienie ich indywidualnej problematyki w perspektywie trzech „osobowościowych typów” AN. W indywidualnym kontakcie terapeutycznym, pacjentki mają możliwość doświadczenia wsparcia, wpływającego na wzmocnienie siły ego oraz przepracowania dylematów związanych m. in. z problematyką zależności i identyfikacji [7] oraz lęku przed utratą kontroli, jak również fałszywych wyobrażeń i trudności związanych z jedzeniem oraz trudności relacyjnych z zakresu relacji z osobami znaczącymi.

### **Psychoterapia grupowa**

W czasie istnienia oddziału, pracując z pacjentkami z AN poprzez formę grupowej psychoterapii, stosowano zarówno model homogennej grupy terapeutycznej, jak i grupy heterogennej pod względem prezentowanych objawów klinicznych. Za stosowaniem takiej formy oddziaływań terapeutycznych przemawia fakt, że poprzez kontakt, będący podstawą do stworzenia relacji opartej na więzi, pacjentki mają możliwość obserwacji swojego funkcjonowania właśnie w wymiarze interpersonalnym. To z kolei stanowi podstawę do swobodnej ekspresji emocjonalnej, umożliwiającej nabycie korektywnego doświadczenia, powstałego na gruncie przeniesieniowej relacji do terapeutów prowadzących oraz grupy [7].

Psychoterapia grupowa znajduje zastosowanie w leczeniu adolescentów z jądłowstrętem psychicznym ze względu na uniwersalny charakter czynników leczących, takich jak m.in.: wzbudzanie nadziei, poczucie podobieństwa i wspólnoty, doświadczenie spójności w grupie, wzmocnianie kompetencji społecznych, modelowanie, odreagowanie czy dostarczanie informacji zwrotnych [7]. Rozważając homo- lub heterogeny dobór pacjentów do grupy

terapeutycznej, zauważono, że w grupie homogennej najkorzystniejszym czynnikiem była zwiększona łatwość we wzajemnym konfrontowaniu się pacjentek z mechanizmami i objawami choroby, wynikająca z różnego stopnia zaawansowania w procesie leczenia. Znacznie więcej korzyści pacjentki czerpały jednak z terapii w grupie heterogennej, a wśród nich możemy wymienić przełamywanie nadawania znaczenia objawom anorektycznym, większą integrację z pozostałymi pacjentami (a nie tylko w grupie dziewcząt z zaburzeniami jedzenia), większe pole do doświadczania korektywnych oddziaływań społecznych, szersze spektrum możliwych relacji rówieśniczych, zwłaszcza w kontekście dialogu z wyobrażeniem własnej kobiecości poprzez relację do płci przeciwnej.

Obecnie podstawową formą psychoterapeutyczną proponowaną pacjentkom cierpiącym na AN w oddziale jest psychoterapia indywidualna, co wynikało z konieczności przemodelowania, związanego ze zmianą profilu oddziału. Grupę hospitalizowanych pacjentów cechuje obecnie znaczna rozpiętość wiekowa. W oddziale realizowane są pobyty nastawione na proces diagnostyczny lub terapeutyczny, przy czym istotnie zwiększyła się liczba pacjentów psychotycznych lub cierpiących na zaburzenia afektywne, w tym z chorobą afektywną dwubiegunową. Rozważamy jednakże powrót do leczenia w oparciu o formy grupowe, współtowarzyszące psychoterapii indywidualnej. Spotkania terapeutyczne będą odbywać się z częstością 2 na tydzień, a prowadzone będą w koterapii przez dwójkę psychologów z psychoterapeutycznym przygotowaniem.

### **Farmakoterapia**

stosowana jest w przypadku występowania zaburzeń towarzyszących, zgodnie z algorytmami obowiązującymi w ich leczeniu. W trakcie całej hospitalizacji lekarz prowadzący monitoruje stan somatyczny i psychiczny pacjenta. Niejednokrotnie zachodzi również potrzeba weryfikacji wstępnej diagnozy (objawy zaburzeń odżywiania jako maska innego zaburzenia psychicznego czy somatycznego). Przed decyzją o rozpoczęciu leczenia farmakologicznego stan somatyczny jest oceniany pod kątem bezpieczeństwa stosowania farmakoterapii. W zależności od stanu somatycznego, występujących powikłań wyniszczenia, czy trudności podczas realimentacji – w trakcie hospitalizacji odbywają się konsultacje kardiologiczne, gastrologiczne, pediatryczne, chirurgiczne. W przypadku destabilizacji stanu somatycznego – ustalane są hospitalizacje w somatycznych lub chirurgicznych oddziałach.

## Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania nadal stanowią istotny klinicznie problem, a ich leczenie jest skomplikowane, wielowymiarowe i trudne. Świadczy o tym między innymi fakt, że pacjentki cierpiące na zaburzenia odżywiania, nawet kiedy podejmują leczenie, aż w 50% przypadków porzucają proces terapeutyczny i wypadają z terapii [6]. Praca w tej grupie zaburzeń konfrontuje z wysoką umieralnością pacjentek, co stanowi obciążający dla personelu leczącego czynnik, do redukcji którego częściowo przyczyniło się wprowadzenie tzw. kontraktów behawioralnych [21]. Jak wynika z naszego doświadczenia, wobec zmieniającego się obrazu klinicznego chorujących pacjentek oraz stałej dynamiki w obszarze pojawiających się zaburzeń odżywiania, na osiągnięcie sukcesu terapeutycznego wpływa stworzenie modelu terapeutycznego z jednej strony jasnego, opartego na klarownych zasadach, z drugiej zaś, wymagającego indywidualnego podejścia do każdej z pacjentek. Właśnie ten indywidualizm znajduje wyraz w rozważaniu wewnątrzpsychicznej problematyki pacjentki, wpływającej na jej funkcjonowanie, a co za tym idzie, jej odpowiedź na stosowane metody i techniki terapeutyczne, wymagające stałych modyfikacji i nieustannej refleksji w procesie superwizji. Dopiero prawidłowe dobranie tych metod leczenia zwiększa możliwość skutecznego udzielenia pomocy niewątpliwie wymagającym pacjentkom.

## PIŚMIENNICTWO

1. Albayrak O., Wolfe S.M., Hebebrand J., *Does food addiction exist? A phenomenological discussion based on the psychiatric classification of substance – related disorders and addiction*, *Obes Facts* 2012; 5: 165–179.
2. Andrade R., Gonçalves-Pinho M., Roma-Torres A. i wsp., *Treatment of anorexia nervosa: the importance of disease progression in the prognosis*, *Acta Med. Port.* 2017; Jul-Aug; 30(7–8): 517–523. <https://doi.org/10.20344/amp.8963>.
3. Dazzi F., Di Leone F., *The diagnostic classification of eating disorders: current situation, possible alternatives and future perspectives*, *Eat. Weight Disord.* 2014; 19: 11–19.
4. *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM 5*, Washington, DC, London: American Psychiatric Publishing., 2013.
5. Hyrnik J., Janas-Kozik M., Stochel M. i wsp., *The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15*, *Int. J. Psych. Clin. Pract.* 2016; 20 (3): 199–203.
6. Jagielska G., Kacperska I., *Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręcie psychicznym*, *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(2): 205–218.

7. Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Hyrnik J., *Psychodynamiczne aspekty psychoterapii grupowej w leczeniu zaburzeń odżywiania się – doświadczenia własne Oddziału Psychiatrii Wieku Rozwojowego (PWR) Centrum Pediatrii w Sosnowcu*, Psychiatr. Psychol. Klin. 2004, 4(1): 58–61.
8. Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Hyrnik J. i wsp., *Zmienna i ciągła diagnoza w procesie psychoterapii pacjentki z zaburzeniami odżywiania się*, Post. Psychiatr. Neurol. 2005;14 (supl. 1/20):103–106.
9. Janas-Kozik M., Gawęda A., Nowak M. i wsp., *Różne oblicza anoreksji – model leczenia na oddziale klinicznym psychiatrii i psychoterapii wieku rozwojowego*, Psychoterapia 2 2012; 161: 65–73.
10. Janas-Kozik M., Hyrnik J., Jelonek I. i wsp., *Ortoreksja i uzależnienie od jedzenia* [w:] Janas-Kozik M., Krzystanek M. (red.), *Uzależnienia behawioralne. Skrypt dla studentów i lekarzy*, Katowice: Wydawnictwo SUM, 2017: 53–65.
11. Kostulski A., Pawełczyk T., Rabe-Jabłońska J., *Ocena zachowań i postaw związanych z zaburzeniami jedzenia w grupie uczennic drugich klas łódzkich gimnazjów*, Psychiatr. Psychol. Klin. 2005; 5(1): 126–136.
12. Mitchell J.E., Crow S., *Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa*, Current Opinion in Psychiatry 2006; July; 19(4): 438–443 doi:10.1097//01.yco.0000228768.79097.3e.
13. Morris R., Prasad A., Asaro J. i wsp., *Markers of cardiovascular dysfunction in adolescents with anorexia nervosa*, Glob. Ped. Health 2017; 4:1–6.
14. Musolino C., Warin M., Wade T. i wsp., *“Healthy anorexia”: the complexity of care in disordered eating*. Social Science & Medicine 2015; 130: 18–25; <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.06.030>.
15. O'Brien K.M., Whelan D.R., Sandler D.P. i wsp., *Predictors and long-term health outcomes of eating disorder*, PLoS ONE 2017; 12(7): e0181104 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181104>.
16. Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia jedzenia (odżywiania się)* [w:] Jarema M., Rabe-Jabłońska (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011: 363–383.
17. Rajewski A., *Zaburzenia odżywiania* [w:] Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012: 257–298.
18. Sawyer S.M., Whitelaw M., Le Grange D. i wsp., *Physical and psychological morbidity in adolescents with atypical anorexia nervosa*, Pediatrics 2016; 137(4); <http://pediatrics.aapublications.org/content/137/4/e20154080.full.print>.
19. Siwak-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*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, 2000: 65–77.
20. Thornton L.M., Welch E., Munn-Chernoff M.A. i wsp., *Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors*, Suicide Life Threat Behav. 2016; Oct; 46(5): 525–534; doi:10.1111/sltb.12235.
21. Żechowski C., Namysłowska I., Jakubczyk A. i wsp., *Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń*, Psychiatr. Psychol. Klin. 2010; 10(11): 25–30.





# MODEL LECZENIA ZABURZEŃ JEDZENIA W ODDZIALE LECZENIA ZABURZEŃ JEDZENIA W KRAKOWIE

---

**Adam Curyło**

---

## Wstęp

W pierwszej części rozdziału zaprezentowano teoretyczny zarys modelu leczenia zaburzeń jedzenia opracowany w krakowskiej Klinice Psychiatrii, na bazie którego Oddział Leczenia Zaburzeń Jedzenia rozwijał swoją działalność, stając się dosyć szybko unikatową, i przez długi czas jedyną w skali całego kraju, placówką państwowej służby zdrowia, umożliwiającą leczenie pacjentom z ciężkimi postaciami jadłowstrętu i żarłoczności psychicznej. W drugiej części rozdziału zamieszczono opis przypadku leczenia pacjentki, ilustrujący kliniczne i praktyczne aspekty zastosowania powyższego modelu.

## Rys historyczny

Oddział Leczenia Zaburzeń Jedzenia powstał w lipcu 2002 r., na bazie struktur (lokalowej, łóżkowej i personalnej) ówczesnego Oddziału Leczenia Nerwic i Zaburzeń Osobowości Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

W latach wcześniejszych leczenie coraz większej liczby pacjentek z zaburzeniami jedzenia w dotychczasowych warunkach – to znaczy ambulatoryjnie

lub w ramach stacjonarnego Oddziału Leczenia Nerwic Kliniki Psychiatrii Dorosłych – było źródłem przede wszystkim spektakularnych porażek terapeutycznych. Analizując ich przyczyny, dokonano refleksji, że duża część pacjentek (były to wtedy wyłącznie kobiety) dosyć aktywnie wchodziła w psychodynamiczny dialog terapeutyczny, osiągała wgląd i to nie tylko intelektualny, ale również emocjonalny. Natomiast w poziomie ich symptomatologii nie następowały prawie żadne zmiany. U większości z nich dochodziło nawet do nasilenia objawów w postaci spadku masy ciała lub zwiększenia intensywności wymiotów. Powtarzające się podobne doświadczenia, jak również coraz większa liczba pacjentek zgłaszających się do leczenia w ambulatorium Oddziału Leczenia Nerwic i Zaburzeń Osobowości, skłoniły ówczesnego kierownika Kliniki Psychiatrii Dorosłych prof. Andrzeja Ziębę do utworzenia odrębnego metodologicznie i nomenklaturowo (ale nie lokalowo) pododdziału, który specjalizowałby się w leczeniu pacjentów z głębokimi zaburzeniami jedzenia; głębokimi, a więc wymagającymi hospitalizacji.

W celu zapoznania się z doświadczeniami innych ośrodków, lekarz, psycholog i pielęgniarka z nowo powstającego oddziału nawiązali kontakt z Kliniką Psychiatrii Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, prowadzoną wówczas przez prof. Irenę Namysłowską. W wyniku bogatej wymiany intelektualnej potwierdzono intuicje dotyczące konieczności uwzględnienia oddziaływań natury behawioralnej w leczeniu pacjentek z nasilonymi objawami zaburzeniami jedzenia. Dzięki życzliwości pani kierownik Kliniki Psychiatrii Młodzieży część zespołu odbyła krótki staż. Podczas pobytu zapoznano się z formami i specyficznymi sposobami pracy z pacjentami w wieku rozwojowymi, leczonymi w Oddziale z powodu nasilonych zaburzeń jedzenia. Szczególnie istotną częścią terapii były oddziaływania o charakterze behawioralnym. Zasady leczenia zostały skonstruowane i zapisane w postaci kontraktów i behawioralnych programów leczenia.

Po dokonaniu ich adaptacji, uwzględniającej specyfikę dorosłych pacjentów, rozpoczęto tworzenie nowej formuły w oparciu o dotychczasowy dorobek pracowników krakowskiej Kliniki i Katedry Psychiatrii. W tym miejscu szczególnie należy wymienić nazwiska dr. Aleksandra Teutsch, doc. Boguchwała Winida i dr. Piotra Drozdowskiego, którzy są twórcami Krakowskiej Szkoły Psychoterapii Psychodynamicznej – specyficznego systemu myślenia o zastosowaniu psychoanalizy do leczenia zaburzeń psychicznych. Jej początki sięgają lat siedemdziesiątych XX w. Przez ponad czterdzieści lat istnienia Krakowska Szkoła Psychoterapii Psychodynamicznej wypracowała swoje

własne, teoretyczne i praktyczne podstawy rozumienia i leczenia szerokiego spektrum psychopatologii. Natomiast model leczenia pacjentów z zaburzeniami jedzenia, stworzony i rozwijany w Klinice i Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum UJ jest kompleksowym podejściem, zawierającym w sobie elementy terapii behawioralnej oraz różne formy psychoterapii psychodynamicznej realizowane w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego.

## **Struktura Oddziału**

Oddział Leczenia Zaburzeń Jedzenia mieści się w budynku Kliniki Psychiatrii i dzieli bazę łóżkową z Oddziałem Psychiatrii Psychodynamicznej. Oddział Psychiatrii Psychodynamicznej został utworzony w 2012 r. z inicjatywy Ordynatora Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie doc. Macieja Pileckiego, w wyniku przemianowania dawnego Oddziału Leczenia Nerwic i Zaburzeń Osobowości.

W Oddziale leczenie może podjąć równocześnie czterech do ośmiu pacjentów z zaburzeniami jedzenia. Zmienna liczba wynika bezpośrednio z dostępności wolnych miejsc w Oddziale Psychiatrii Psychodynamicznej, w ramach którego hospitalizowani są również pacjenci zakwalifikowani do leczenia w oddziałowej grupie prowadzonej metodą sesji indywidualnej na tle grupy. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjentki z zaburzeniami jedzenia przebywają na terenie Oddziału przez cały czas pobytu, z pacjentami hospitalizowanymi z powodów innych niż zespoły zaburzenia jedzenia, a mieszczącymi się w spektrum różnych form dekompensacji osobowościowych. Brak homogeniczności stwarza cały szereg korzyści. Pacjentki z objawami zaburzeń jedzenia mają możliwość bezpośredniego kontaktu i nawiązywania relacji z kobietami i mężczyznami ujawniającymi różnorodne formy psychopatologicznej neutralizacji lęku. Unikają nadmiernej koncentracji na obszarze jedzenia, odżywiania i trudnych do opanowania przejawów negatywnej rywalizacji pomiędzy sobą. Współtworzą bardziej zróżnicowaną społeczność oddziałową, której terapeutyczne aspekty mogą być wykorzystywane do omawiania konfliktów, pojawiających się pomiędzy pacjentami, jak również w relacjach z personelem. Heterogeniczna populacja Oddziału ułatwia tworzenie i aktywizację przeróżnych korzystnych terapeutycznie form świadomie i przedświadomie przeżywanego lustra społecznego. Pozostawanie w większej strukturze klinicznego oddziału

psychoterapeutycznego może czasem blokować szczególnie destrukcyjne zachowania o charakterze *acting out*.

Kwalifikacja prowadzona jest przez kierownika Oddziału. Przyjmuje standardowo formę jednorazowego spotkania konsultacyjnego, w wyjątkowych wypadkach (na przykład współwystępowania innych zaburzeń, czy aktywnego uzależnienia) wyznaczana jest powtórna kwalifikacja za kilka miesięcy. Przez około 10 lat od początku istnienia, do Oddziału przyjmowane były pacjentki bez limitu wagowego. Hospitalizacja nie była limitowana czasowo, w związku z tym w Oddziale leczone były pacjentki ze skrajnie ciężkimi postaciami zaburzeń jedzenia o typie anorektycznym. Wskaźnik BMI przyjmowanych pacjentek oscylował wokół 10, a maksymalny czas hospitalizacji mógł wynosić ponad 0,5 roku. Ten okres funkcjonowania Oddziału doczekał się kilku opracowań, czy to teoretycznych, czy w formie prezentacji indywidualnych przypadków, przedstawianych na całym szeregu konferencji i sympozjów o zasięgu lokalnym i ogólnokrajowym. W wyniku pojawienia się ograniczeń czasowych nałożonych przez wymogi Narodowego Funduszu Zdrowia Oddział dokonał pewnych modyfikacji w zasadach leczenia. Czas hospitalizacji został ograniczony do maksymalnie 12 tygodni, z możliwością ponownego przyjęcia po okresie kilku tygodni. W 2012 r. wprowadzono limit przyjęcia, wyznaczony przez wskaźnik Queteleta. Na konsultację diagnostyczno-kwalifikacyjną przyjmowane są pacjentki o BMI wyższym lub równym 14. Po pozytywnej kwalifikacji pacjentki wpisywane są na listę oczekujących na hospitalizację. Czas oczekiwania wynosi od 6 do 12 miesięcy. Przyjęcia do Oddziału odbywają się w trybie planowym. Przed przyjęciem dokonywana jest wstępna ocena stanu somatycznego. Hospitalizację mogą rozpocząć pacjentki z rozpoznaniem anoreksji ze wskaźnikiem BMI równym lub wyższym 14. Pacjentki z rozpoznaniem zaburzeń bulimicznych są przyjmowane, jeżeli nie jest odnotowywana dyselektrolicemia.

W skrajnie wyjątkowych wypadkach, w uzgodnieniu z kierownikiem kliniki, dochodzi do hospitalizacji pacjentek w wyniku decyzji sądu opiekuńczego lub opiekuna prawnego pacjentki częściowo ubezwłasnowolnionej. Na przestrzeni piętnastu lat funkcjonowania Oddziału zdarzyło się to dwa razy i w obu przypadkach poprzedzone zostało wyrażeniem indywidualnej akceptacji proponowanych zasad leczenia.

Personel Oddziału składa się z lekarza psychiatry – certyfikowanego psychoterapeuty i superwizora, który pełni funkcję kierownika Oddziału, psychologa – certyfikowanego psychoterapeuty oraz zespołu pielęgniarskiego,

liczącego 9 osób. Jedna z pielęgniarek posiada również certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, prowadzi ona półotwartą grupę pacjentek z zaburzeniami jedzenia. Pacjentki prowadzone są lekarsko i farmakologicznie przez lekarzy rezydentów psychiatrii odbywających staż w Oddziale. Usytuowanie Kliniki Psychiatrii w kompleksie innych Klinik Szpitala Uniwersyteckiego umożliwia skorzystanie, w razie potrzeby, z wielospecjalistycznych konsultacji.

### Oferta lecznicza jako całość

W przestrzeni leczniczej, realnej przestrzeni oddziału zamkniętego Kliniki Psychiatrii, dokonano autorskiego połączenia terapii grupowej, technik behawioralnych, oddziaływań o charakterze pozawerbalnym, farmakoterapii i swoistej formy społeczności terapeutycznej – w postaci kompleksowego programu leczenia. W jego ramach pacjent otrzymuje tak zwaną ofertę terapeutyczną, na którą składa się cały szereg ściśle ze sobą związanych aspektów, omówionych poniżej.

1. Indywidualna opieka lekarska prowadzona przez lekarza psychiatrę (zawierająca ewentualne leczenie psychofarmakologiczne i inne niepsychiatryczne), z możliwością konsultacji w zakresie praktycznie wszystkich specjalności medycznych. Ułatwia to znacznie pogłębioną diagnozę objawów i chorób wszystkich układów i narządów, z interwencyjnym leczeniem stomatologicznym włącznie. Psychofarmakoterapia jest dostosowana do aktualnego stanu psychicznego. Czasem na początku pobytu, u pacjentek ujawniających silne napięcie podczas spożywania posiłków, przez okres około 2 tygodni stosowane są trankwilizatory (najczęściej hydroxyzyna w dawce 10 lub 25 mg, rzadziej benzodwiazepiny o krótkim czasie działania), podawane około 0,5 godziny przed każdym posiłkiem. Zazwyczaj ok.1/3 pacjentek nie wymaga wprowadzenia stałej farmakoterapii.

2. Behawioralny kontrakt i precyzyjny program leczenia, regulujący większość aspektów związanych z odzyskiwaniem kontroli nad zachowaniami jedzeniowymi i rekonstrukcją stanu somatycznego. Pacjentki zapoznają się z kontraktem leczenia i podpisując go, rozpoczynają leczenie. Kontrakt stanowi rodzaj umowy z personelem Oddziału. Pacjentki zobowiązują się, między innymi, do zjadania pięciu posiłków dziennie. Bezpośrednią kontrolę nad

realizacją zasad programu pełni wykwalifikowany zespół pielęgniarstwa.

3. Psychodynamiczna psychoterapia indywidualna lub grupowa, prowadzona przez stałą, wyszkoloną grupę terapeutyczną, posiadającą certyfikaty psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Grupa terapeutyczna jest homogenna i prowadzona jest w formie sesji indywidualnych na tle grupy. Zazwyczaj grupę prowadzi dwójka terapeutów. Sesje grupowe odbywają się cztery razy w tygodniu i trwają po 105 minut.

4. Grupowe oddziaływania pozawerbalne – o charakterze muzykoterapii, psychorytmu, relaksacji lub elementów psychodramy, czy tzw. rzeźba rodzinna – prowadzone przez wyszkolone pielęgniarki.

5. Zebrania informacyjno-terapeutyczne – spotkania pacjentek z kierownikiem Oddziału i pielęgniarkami, raz w tygodniu. Podczas spotkań omawiane są wszystkie aspekty leczenia. Na przykład: każda pacjentka otrzymuje informację o aktualnej fazie leczenia i decyzjach zespołu terapeutycznego dotyczącego przepustek, samodzielnych wyjść jak również zakończenia hospitalizacji.

Wszystkie podstawowe struktury Oddziału określane są w organizującym rozumieniu i konstruowaniu interwencji terapeutycznych, spójnym i nadrzędnym języku psychodynamicznym.

Behawioralna część Oddziału z konkretnymi, precyzyjnymi wymaganiami, z jasno zaznaczonymi granicami co wolno, a czego nie wolno, z ostro oddzieloną funkcją kierującego, nazywana jest symboliczną *klasyczną rolą ojcowską*. Nie w znaczeniu płci, a w znaczeniu funkcji. Natomiast obszar psychoterapii, czy to indywidualnej czy grupowej, z uwagi na swoją specyfikę, z położeniem nacisku na kontakt, relację emocjonalną, czas, regularność, *setting*, odnoszony jest do, metaforycznie rozumianych, *funkcji macierzyńskich*, w których możliwe jest uruchomienie procesów takich, jak kontenerowanie, *holding*, *rêverie maternelle*, słowa dotykające – konceptualizowanych przez Bion, Winnicotta, Greena, Ogdena, Quinodoz i wielu, wielu innych. Program leczenia behawioralnego jest standardowy dla określonego typu zaburzeń (oprócz nielicznych wyjątków kontraktów indywidualnych).

Aktualnie Oddział dysponuje dziesięcioma wersjami kontraktów i programów, obejmujących zaburzenia o typie anorektycznym, bulimicznym, bulimicznym ze współistniejącą nadwagą lub otyłością, mieszanym i atypowym. Osobno dla kobiet i mężczyzn. Poniżej podany jest przykład kontraktu i programu stosowanego w przypadku pacjentek z zaburzeniami jedzenia o typie anorektycznym.

### **Kontrakt pomiędzy pacjentką a personelem Oddziału Leczenia Zaburzeń Jedzenia**

- Obowiązuje zakaz wychodzenia i odwiedzin w I fazie leczenia.
- W dniu przyjęcia do oddziału personel pielęgniarski przegląda przy pacjentce bagaż. Wszystkie produkty zakazane, które pacjentka ze sobą przyniosła, oddawane są rodzinie.
- Obowiązuje zakaz posiadania produktów żywnościowych w sali pacjentki.
- Przez pierwsze cztery dni posiłki kliniczne mogą być zmniejszone do połowy porcji, później porcje są normalne.
- Pacjentka ma obowiązek przebywania w porach posiłków w jadalni oddziału i zgadza się na kontrolowanie przez personel ilości i składu spożytego pokarmu.
- Spożywanie posiłków odbywa się wyłącznie w jadalni.
- Na posiłki pacjentka zobowiązana jest przychodzić punktualnie.
- Czas spożywania posiłków nie może przekraczać 30 minut (śniadanie, obiad, kolacja), 15 minut (II śniadanie, podwieczorek).
- Po skończonym posiłku pacjentka ma pozostawać w jadalni przez 30 minut (po śniadaniu, obiedzie, kolacji) oraz przez 15 minut (po II śniadaniu, podwieczorku) pod kontrolą personelu pielęgniarskiego.
- Pacjentka ma obowiązek przyrostu wagi  $\frac{1}{2}$  kg tygodniowo, w razie nie dotrzymania tego warunku, po 4 tygodniach zostanie wdrożone odżywianie przez sondę.
- Możliwe jest spożywanie do podwieczorku i po godzinie 21.00 porcji owoców, wydawanych przez personel pielęgniarski.
- Jeżeli do posiłku nie ma dodatku warzywnego, istnieje możliwość spożywania własnej porcji warzywnej.
- Istnieje możliwość posiadania przez pacjentkę własnego dodatku żywieniowego, wydawanego na prośbę pacjentki w godzinach 21.00 – 22.00.

Przyjęłam do wiadomości

### **Program leczenia anoreksji**

FAZA „0” obejmuje okres 24 godzin

- przeznaczona na adaptację w Oddziale
- bez pilnowania przy jedzeniu
- w razie potrzeby uzupełnianie dożylnie płynów

### FAZA „1” – do 16 BMI

- rozpoczyna się od 24 h pobytu w Oddziale
- kontrola rzeczy pod względem posiadania jedzenia i leków
- nie może wyjść poza Oddział
- początkowo przez okres 4 dni porcje zmniejszone o 1/2; po 4 dniach porcje normalne
- siedzenie przy jednym stole w czasie posiłku
- punktualne przybywanie na posiłki
- czas maksymalny spożywania posiłku 30 minut (śniadanie, obiad, kolacja) 15 minut (II śniadanie, podwieczorek)
- przebywanie w jadalni w czasie spożywania posiłku oraz po jego zakończeniu, w wyznaczonych porach
- wspólne wychodzenie ze stołówki
- jeżeli pacjent nie spożyje wystarczającej ilości posiłku (wg. pielęgniarki) brakująca ilość będzie podana przez sondę
- ważenie 2 – 3 razy w tygodniu, informowanie o średniej wadze z tygodnia na zebraniu społeczności
- obowiązek przyjmowania odżywek 2x 250 g
- obowiązek przyrostu wagi minimum 1/2 kg tygodniowo, w razie nie dotrzymania tego warunku, po 4 tygodniach pobytu wdrożone zostanie odżywianie przez sondę
- zakaz odwiedzin w tej fazie, telefony jak inni pacjenci
- możliwość spaceru przez okres pół godziny pod opieką personelu 1 raz w tygodniu (pod warunkiem braku przeciwwskazań lekarskich)
- po uzyskanie przyrostu wagi o 1 kg (w stosunku do wagi z I tygodnia leczenia) drugi spacer w tygodniu
- po uzyskaniu przyrostu o 2 kg trzeci spacer w tygodniu
- po uzyskaniu 3 kg wagi możliwy spacer z rodziną (spacery dodatkowe pod warunkiem braku przeciwwskazań lekarskich)
- dopuszcza się spożywanie własnych owoców i warzyw (patrz inf dodatkowe)

### FAZA „2” – po przekroczeniu 16 BMI

- waga 2 razy w tygodniu
- nadal kontrola w czasie posiłku i po jego zakończeniu
- obowiązek przyjmowania odżywki 1x250 mg
- możliwość odwiedzin rodziny



- 3 krótkie wyjścia (do ½ godziny, jeden spacer godzinny) wokół Kliniki pod opieką personelu (przechodzą z pierwszej fazy)
- możliwość dwóch spacerów do godziny pod opieką najbliższej rodziny
- możliwość kupowania produktów spożywczych tylko do depozytu
- możliwe przepustki weekendowe do domu
- 

**FAZA „3” – po przekroczeniu 17 BMI**

- ważenie jak dotychczas
- nadal kontrola w czasie posiłku i po jego zakończeniu, możliwość samodzielnego przygotowywania niektórych posiłków wg indywidualnych ustaleń
- wyjścia pod opieką personelu i rodziny przechodzą z II fazy
- 3 krótkie samodzielne wyjścia
- możliwość wyjazdów w trakcie weekendu do domu
- kupowanie produktów spożywczych jak w II fazie

**FAZA „4” – od 18 BMI + 1 kg, oraz stwierdzenia znormalizowanych nawyków jedzeniowych**

- bez kontroli jedzenia
- waga 1 raz w tygodniu
- przepustki, wyjścia poza teren oddziału samodzielne, weekendy w domu
- 

**PRZEZ OKRES WSZYSTKICH FAZ OBOWIĄZUJE:**

- przestrzeganie regulaminu
- uczestnictwo we wszystkich zajęciach terapeutycznych<sup>1</sup>

Obszar psychoterapii jest skrajnie zindywidualizowany, realizując założenia Krakowskiej Szkoły Psychoterapii Psychodynamicznej. Oznacza to, że to analizując szczegółowo przebieg leczenia każdej pacjentki, szczególnie silny nacisk jest kładziony na wszystkie możliwe genetyczne i neurobiologiczne oraz endokrynologiczne aspekty, dotyczące formy i postaci występujących u niej objawów, w powiązaniu z biografią i uwarunkowaniami aktualnej sytuacji życiowej. Innymi słowy, podstawowym pytaniem, jakie zadaje sobie zespół

---

<sup>1</sup> Materiały własne Oddziału

terapeutyczny, jest: jaki poziom organizacji osobowości, w której osadzony jest konkretny zespół objawów jedzeniowych, reprezentuje konkretna pacjentka czy też pacjent?

Podstawowym celem leczenia behawioralnego jest redukcja objawów, czyli leczenie behawioralne jest syndromolityczne. Natomiast istotnym punktem przyłożenia oddziaływań psychoterapeutycznych jest patologia osobowości i wynikające z indywidualnej specyfiki mechanizmów obronnych pacjentki utrudnienia lub zablokowanie procesu zmiany. Oznacza to, że szczegółowej analizie poddawane są wszystkie możliwe źródła informacji, między innymi na podstawie zjawisk pojawiających się w przebiegu leczenia, szczególnie na jego początku, które powtarzając się, pozwalają na stworzenie wstępnej mapy diagnostycznej nowo przyjętego pacjenta. Konstruowany w taki sposób diagnostyczny obraz pacjenta obejmuje:

- głębokość patologii osobowościowej,
- rodzaj używanych mechanizmów obronnych,
- charakter relacji z obiektami,
- zależność pomiędzy konfliktem intrapsychicznym a deficytem,
- obecność defektu,
- obecność, jakość i stopień innej symptomatologii (na przykład w postaci zespołu uzależnienia od substancji psychoaktywnych) lub objawów obsesyjno-kompulsywnych depresyjnych lub o charakterze prepsychotycznym, które pociągają za sobą wdrożenie dodatkowych algorytmów leczenia, przede wszystkim w postaci dołączenia farmakoterapii.

Modyfikacja sposobu terapii jest konieczna również w przypadku pacjentek w bardzo młodym wieku (18-20 lat) oraz powyżej 50 roku życia.

Czas pozostawania w Oddziale, jak wspomniano powyżej, wynosi maksymalnie 12 tygodni, co przekłada się na 48 sesji grupy terapeutycznej albo 24 sesje terapii indywidualnej. Fakt ten wymusza i determinuje bardzo ograniczone możliwości zmiany intrapsychicznej. W związku z tym cele terapeutyczne są bardzo ograniczone. Można je sprowadzić do następujących aspektów:

- poprawa mechanizmów adaptacyjnych,
- dokonanie zmian sposobu przeżywania, do czego może dochodzić również na drodze korekcyjnego doświadczenia emocjonalnego,
- wzmocnienie motywacji i impulsu do zmiany,
- próba psychologizacji i nadania symbolicznego znaczenia objawom, jedzeniu, ciału, a także doznaniom płynącym z ciała,

- stworzenie pozytywnych skojarzeń z doświadczeniem pozostawiania w terapii,
- rozpoczęcie procesu nadawania psychologicznych znaczeń takim obszarom problemowym, jak: relacje z rodzicami, kobiecość /męskość, seksualność, autonomia, zależność, wrogość.

Zazwyczaj zakończenie hospitalizacji wiąże się z zaleceniem, w przypadku większości pacjentów, podjęcia lub kontynuacji leczenia w miejscu zamieszkania.

## **Praktyczne zastosowanie opisywanego modelu leczenia**

Poniższy opis przypadku jest klinicznym przykładem zastosowania zarysowanego modelu leczenia, jak również uzupełnieniem zawartych w niniejszym rozdziale informacji klinicznych, naukowych i dydaktycznych o formę prezentacji kazuistycznej, która jest sposobem uprawiania wiedzy charakterystycznym dla podejścia psychodynamicznego.

### **Studium przypadku**

Opis leczenia pacjentki w postaci prezentacji kazuistycznej jest ilustracją podstawowej trudności, z jaką boryka się Oddział Leczenia Zaburzeń Jedzenia w trakcie hospitalizacji kobiet ze skrajnie nasilonymi objawami AN. Czas leczenia może wtedy trwać nawet do sześciu miesięcy. Podstawowym czynnikiem zmiany, czy też motorem zmiany psychicznej, jest indywidualna relacja terapeutyczna. Z uwagi na kliniczny, psychoterapeutyczny i szkoleniowy charakter Oddziału pacjentki mają zapewnione indywidualne spotkania z terapeutą, którym może być lekarz psychiatra lub psycholog odbywający staż w Oddziale w ramach swojego szkolenia psychoterapeutycznego. Czas trwania takiego stażu wynosi zazwyczaj trzy miesiące. W związku z tym indywidualna relacja terapeutyczna, która z wszystkich możliwych terapeutycznych względów (emocjonalnych i teoretycznych) jest niepowtarzalna, autorska i osnuta wokół dynamicznie rozwijającego się procesu nazywanego przeniesieniowym, ulega w wyniku opisanego, realnego w swej istocie problemu, systematycznemu

zrywaniu. Pociągać to musi za sobą nieuchronnie najróżniejsze konsekwencje. Poniżej poddano refleksji kilka aspektów tej sytuacji. W przypadku opisywanej pacjentki, problem limitowanych czasowo relacji terapeutycznych, z uwagi na szczególne uwarunkowania jej struktury osobowości jest wyjątkowo istotny. W dużej mierze wiąże się on z końcową oceną i podsumowaniem terapii. Pacjentka zakończyła leczenie, które z pewnego punktu widzenia można opisać jako porażka.

Pacjentka, pani T<sup>2</sup>., w momencie zgłoszenia się do ambulatorium oddziałowego w listopadzie 2004 r. miała 23 lata, chorowała już od ponad siedmiu lat. Jej masa ciała wynosiła wtedy 30 kg, co przy wzroście 161 cm dawało wskaźnik BMI 11,6. W ciągu następnych 2,5 roku była trzykrotnie hospitalizowana, za każdym razem około 0,5 roku.

Pacjentka w trakcie całego okresu leczenia szpitalnego była w kontakcie terapeutycznym kolejno z czwórką terapeutów indywidualnych. W trakcie trzeciej hospitalizacji uczestniczyła w 10–tygodniowej, zamkniętej grupie psychoterapeutycznej, prowadzonej przez dwie terapeutki – pod superwizją autora publikacji. Wypisała się z Oddziału na własne żądanie w październiku 2007 r.

### **Historia życia i wybrane wątki z przebiegu leczenia<sup>3</sup>**

Pani T. urodziła się w siódmym miesiącu ciąży jako pierwsze dziecko z ciąży bliźniaczej, jednojajowej. Ma siostrę bliźniaczkę. Rodzice spodziewali się syna i dlatego nadali córkom imiona, które miał być dźwiękonaśladowczym rozwinięciem męskiego imienia Tomasz.

Pacjentka przytaczała to jako swego rodzaju legendę rodzinną.

W relacji pani T. jawi się obraz ojca jako surowego i krytycznego mężczyzny. Z zawodu wojskowy, jest również muzykiem, grał w orkiestrze wojskowej na instrumentach dętych.

Natomiast matkę pacjentka przedstawiała jako bardzo niepewną siebie, załęczoną kobietę, z zawodu księgową. Matka pacjentki przejawiała również niską wiarę w jej możliwości samodzielnego pokonywania trudności życiowych. Przykładem tego miały być problemy w ukończeniu studiów filologicznych

---

<sup>2</sup> Inicjały pacjentki i elementy biografii zostały przetworzone w celu uniemożliwienia identyfikacji. Od pacjentki uzyskano zgodę na korzystanie z jej historii choroby do celów naukowych.

<sup>3</sup> W tym miejscu pragnę podziękować magister Agacie Michalec za pomoc w przygotowaniu treści opisu przypadku.

(pani T. studiuje filologię rosyjską, kierunek wybrany zgodnie z sugestią rodziców). Pacjentka jako swoje marzenie podawała studiowanie lalkarstwa.

Pewnym odzwierciedleniem relacji pacjentki z rodziną jest fakt, że podczas jej kolejnych, wielomiesięcznych pobytów w Oddziale rodzice kontaktowali się z nią jedynie telefonicznie. Nigdy natomiast nie skontaktowali się z personelem Oddziału. Jediną bliską osobą odwiedzającą pacjentkę była jej siostra bliźniaczka. To również ona była inicjatorką zgłoszenia się pacjentki do szpitala i jej powrotów do Oddziału. Kilkakrotnie pośredniczyła w kontakcie pacjentki z lekarzem kierującym Oddziałem. Pacjentka, rysując podczas spotkań indywidualnych z terapeutką swoją historię życia, przeciwstawiała ją i wręcz kontrastowała z zachowaniem swojej siostry. Siebie przedstawiała jako skrajnie strachliwą, lękliwą i niepewną – niemal w każdej życiowej aktywności i na różnych etapach życia. Cytat: „, to ja chowałam się do szafy czy pod łóżko, kiedy się czegoś w domu bałam, siostra była zupełnie inna”. Do przedszkola, szkoły podstawowej i liceum siostry uczęszczały razem, zawsze były w tej samej klasie, w tej samej grupie. Tu znowu cytat: „,byłyśmy tak podobne, że sama nie poznaję siebie na zdjęciach z okresu szkoły”.

To co zdaniem pacjentki odróżniało ją od siostry, to temperament i uzdolnienia. Obie uczęszczały do średniej szkoły muzycznej. Pani T. jej nie ukończyła, natomiast jej siostra po skończeniu szkoły muzycznej podjęła naukę w Akademii Muzycznej. Pacjentka żyje w dość skrajnej izolacji społecznej, nie ma przyjaciółek, przyjaciół, ani bliższych znajomych. Nie utrzymuje kontaktów towarzyskich. Mówi, że nie nawiązała więzi emocjonalnych z żadnym mężczyzną, nie rozpoczęła życia seksualnego.

Pierwsze objawy wystąpiły u pacjentki w I klasie szkoły średniej, siedem lat przed podjęciem leczenia. Wtedy to na skutek utraty miesiączki była konsultowana ginekologicznie i po raz pierwszy pojawiła się diagnoza anoreksji. Sama pacjentka początek objawów wiąże z problemami zdrowotnymi swojego ojca. Rozpoznano u niego cukrzycę, zaczął stosować dietę, którą – jak powiedziała – ją „zaraził”. Pacjentka rozpoczęła studia w Krakowie; był to pierwszy rok w jej życiu, gdy była bez siostry. W obszarze emocjonalnym był to dla pacjentki bardzo satysfakcjonujący rok, jednak w tym samym czasie schudła 10 kg.

Przełomowy okazał się moment, gdy na drugim roku studiów pani T. wyjechała na stypendium do Moskwy i tam przeżyła niejasny, ale bardzo silny stan opuszczenia, osamotnienia. Można przypuszczać, że był to epizod lęku o charakterze najprawdopodobniej psychotycznym, który metaforycznie określiła jako stan „śmierci emocjonalnej”. Pacjentka powiedziała o nim, że zdała sobie

sprawę, że jest sama i że od siostry i mamy dzieli ją kilkaset kilometrów. Jednym z przejawów jej reakcji była zupełna odmowa jedzenia, piła tylko wodę.

Być może nieświadomym motywem takiego zachowania było pragnienie ukarania się za to, że w jej przeżyciu to ona opuściła siostrę i matkę, podążając za swoimi aspiracjami. Być może pacjentka, gwałtownie się regresując, udowodniła sobie, że bez siostry i matki nie jest w stanie egzystować. Być może przeżyła jakiś silny impuls, który wzbudził w niej przerażenie i gwałtowne reakcje obronne. Straciła wtedy na kilka minut przytomność w kinie, przestraszyła się i zaczęła trochę więcej jeść.

Pacjentka zgłosiła się do ambulatorium na jesieni tego roku, na Oddział została przyjęta 6 dni później.

### *I hospitalizacja*

(6 miesięcy – od listopada 2004 r.)

Waga przy przyjęciu: 27 kg, BMI 10,5

Waga przy wypisie: 42,7 kg, BMI 16,3

Pacjentka przy przyjęciu: w obniżonym nastroju, płacziwa i drażliwa, w rozmowie dotyczącej kontraktu dyskutująca, używała całego szeregu intelektualizacji, z patologiczną wnikliwością i dokładnością omawiała każdy szczegół zawarty w kontrakcie. Poprzez takie zachowanie przejawiała silny lęk przed wejściem w sytuację terapeutycznej zależności emocjonalnej. Być może Oddział, jako całość, w jej nieświadomym przeżyciu nabrał już cech obiektu prześladowczego.

W trakcie pierwszej hospitalizacji prowadzona terapeutycznie kolejno przez dwóch terapeutów. Pierwszym z nich był mężczyzna, lekarz psychiatra, w trakcie szkolenia z psychoterapii. Okres trwania spotkań – 2,5 miesiąca.

Tematyka sesji sporządzona na podstawie zapisów w historii choroby:

- rekonstrukcja linii życiowej, wspomnienie częstych hospitalizacji z powodów okulistycznych; pacjentka mówiła o sobie, że ma chorobę sierocą,
- lęk przed przyjmowaniem pokarmów („gdy jem obiad, obawiam się, że mięso stanie w żołądku”),
- lęk przed zmianą masy ciała, przed przyjmowaniem leków, wlewów dożylnych. Jedzenie i leki w każdej postaci przeżywała w porządku psychotycznym zagrażających obiektów, które mogłyby naruszyć jej poczucie tożsamości,

- lęk przed przyszłością i podejmowaniem odpowiedzialności za własne życie,
- relacja z siostrą i pojawianie się świadomych pragnień oddzielnego życia.

Pacjentka bardzo często płakała, była w obniżonym nastroju, ale podejmowała dialog z terapeutą .

Terapeuta w swojej aktywności był komentujący, interpretujący i konfrontujący pacjentkę z problemem ścisłej zależności od siostry, zaprzeczania rywalizacji z nią. Pacjentka w trakcie pierwszych 10 tygodni hospitalizacji dość szybko zwiększała masę ciała z 27,6 kg do 39,2 kg. Duży spadek pojawił się po powrocie z przepustki świątecznej. Relacja terapeutyczna została zakończona wraz z przejściem terapeuty na inny oddział kliniki.

Następnie pacjentka rozpoczęła spotkania indywidualne z terapeutką - psychologiem po ukończonym szkoleniu z psychoterapii, pracującą na stałe w Oddziale. W omawianiu dotychczasowych spotkań z terapeutą pacjentka przytaczała adekwatnie szereg interpretacji, ale mówiła o nich w bardzo chłodny, zdystansowany sposób, zaprzeczając emocjonalnemu znaczeniu zarówno komentarzy, jak i związkowi z terapeutą .

Okres trwania relacji – 3,5 miesiąca, do dnia wypisu.

Tematyka sesji:

- budowanie zaufania i poczucia bezpieczeństwa oraz próby stworzenia wspólnej płaszczyzny dialogu. Pacjentka przejawiała trudność w przyjmowaniu symbolicznego i metaforycznego rozumienia jej funkcjonowania, aktywnie, obronnie dążyła do koncentrowania się na dosłowności, konkretności i realności (jak gdyby odmawiała stworzenia kolejnej nowej więzi, tym razem z kobietą, być może broniła się przed dopuszczeniem do świadomości zagrażającej dla niej perspektywy, która konfrontowała ją z głęboko konfliktowymi uczuciami i impulsami, aktywowanymi w relacji z terapeutką),
- trudność w przeżywaniu sytuacji zależności emocjonalnej. Dotyczyła zarówno relacji terapeutycznej, jak i farmakoterapii (pacjentka bardzo aktywnie sprzeciwiała się przyjmowaniu jakichkolwiek leków), jedzenia i środowiska Oddziału. Pani T. utrzymywała duży dystans emocjonalny. Przejawiała konsekwentną postawę wycofania, tendencję do przebywania w samotności i izolacji od grupy pozostałych pacjentów,

- symbolika procesów jedzenia, przyjmowania płynów, wlewów dożylnych i leków doustnych („boję się wszystkiego, co mnie napęlnia, co wchłaniam”),
- „symbiotyczna” relacja z siostrą, dylemat nierozwiązanej bliźniaczej agresji,
- obszarem masywnego oporu pacjentki była tematyka relacji z mężczyznami, przeżywania własnej kobiecości i seksualności.

W ciągu kolejnych 15 tygodni pobytu w Oddziale pacjentka zwiększała masę ciała bardzo powoli z 39,2 kg do 42,7 kg, pomimo systematycznego spożywania bogatokalorycznych posiłków pięć razy dziennie (dzienna podaż kalorii wynosiła około 3 do 3,5 tysiąca kalorii). Odnotowano kilka znaczących spadków wagi, które wiązały się głównie z przepustkami. W trakcie hospitalizacji zachowanie pacjentki podczas posiłków przypominało czynności natrętne. Pacjentka dzieliła pokarmy stałe na małe kawałeczki, oddzielała, separowała z chirurgiczną wręcz precyzją poszczególne rodzaje produktów, w taki sposób, aby nie stykały się ze sobą na talerzu. Jak gdyby symbolicznie znęcała się nad jedzeniem. Być może zamieniała się w metaforycznego agresora, aby nie dopuścić do tego, żeby w jej przeżyciu jedzenie (= obiekt prześladowczy) nie zrobiło z nią tego, czego się obawiała, a być może jednocześnie nieświadomie pragnęła: „fuzji”, „złania”, „pochłonięcia”, czyli utraty indywidualnych granic *self*. Pacjentka po upływie 6 miesięcy leczenia i w wyniku wypełnienia częściowego kontraktu została wypisana z zaleceniem i możliwością kontynuowania terapii indywidualnej u terapeutki z Oddziału w trybie ambulatoryjnym. Pacjentka deklarowała podjęcie terapii po przerwie wakacyjnej.

## *II hospitalizacja*

(od 4 sierpnia 2005 r. do 2 stycznia 2006 r., 5 miesięcy)

Waga przy przyjęciu: 29,9 kg, BMI 11,6

Waga przy wypisie: 40,3 kg, BMI 15,7

Pacjentka przyjęta pod presją lekarza z Oddziału w stanie znacznego wyniszczenia i w obliczu stałej tendencji do spadku wagi ciała (utrata 13 kg, tj. 1/3 masy ciała w ciągu 2,5 miesiąca).

Pacjentka prezentowała głęboko obniżony krytycyzm, elementy psychotycznego rozszczepienia psyche – soma, zniekształcony obraz własnego ciała i skrajnie nieadekwatną ocenę własnych możliwości (w stanie bezpośredniego



zagrożenia życia werbalizowała dylemat: podjąć leczenie, czy kontynuować naukę).

Ze względów organizacyjnych opiekę terapeutyczną sprawował lekarz psychiatra – stażysta, bez szkolenia w zakresie psychoterapii. Przez okres całej hospitalizacji była prowadzona terapia głównie o charakterze podtrzymującym.

W trakcie tej hospitalizacji nasilały się zachowania o charakterze kompulsji. Dotyczyły przygotowania i jedzenia posiłków, w dalszej kolejności uwidaczniały się w praktycznie wszelkich czynnościach życiowych (mycie się, ubieranie, utrzymywanie porządku, uczenie się i czytanie).

W czasie pobytu pani T. stawiała aktywny opór, nie poddając się behawioralnemu treningowi, którego wynikiem miała być normalizacja nawyków jedzeniowych. Jej funkcjonowanie nie ulegało modyfikacjom.

Podczas przepustek ujawniała silną tendencję do znacznego ograniczania ilości posiłków i prawdopodobnie stosowała środki przeczyszczające, co powodowało gwałtowne spadki masy ciała. W trakcie pobytu i podczas pierwszych 2 miesięcy masa ciała pacjentki systematycznie rosła do osiągnięcia wagi około 39 kg. Od tego momentu pojawiły się znaczne wahania wagi. Pacjentka osiągnęła II fazę leczenia (42,5 kg, BMI 16,6), następnie po upływie miesiąca, w wyniku aktywizacji patologicznych zachowań, których forma i charakter do tej pory pozostała niejasna, ponownie spadła do I fazy leczenia. Najprawdopodobniej pacjentka nieustannie wykonywała ćwiczenia izometryczne, które powodowały ujemny bilans energetyczny. Bezpośrednio po cofnięciu do wcześniejszej fazy leczenia, pani T. zażądała wypisu wbrew zaleceniom lekarskim. Decyzję podtrzymała pomimo wielokrotnych rozmów, perswazji i zachęt. W ostatnich tygodniach pobytu na sesjach poruszała problem wypisu z Oddziału, mówiła, że czuje się źle w Oddziale, że pobyt jej szkodzi, jest zmęczona przebywaniem w Oddziale. Zgłaszała szereg objawów ubocznych, które wiązała z zażywaniem lekiem flupentixolem w dawce 2 mg na dobę. U terapeuty duży niepokój budziła emocjonalna postawa pacjentki, nieujawniająca najmniejszych wątpliwości, pomimo wielokrotnego przekazywania jej racjonalnych argumentów, dotyczących na przykład farmakodynamicznego działania małej dawki neuroleptyku.

Pacjentka wypisała się z Oddziału, deklarując chęć powrotu na studia. Utrzymywała jednocześnie kontakt z Oddziałem, domagając się uzyskania zaświadczenia o zdolności do podjęcia studiów. Niestety pacjentka nie spełniła ustalonego z nią telefonicznie warunku utrzymywania wagi wypisowej przez

miesiąć. Wróciła do domu – mieszkała w dużym mieście w zachodniej Polsce, w odległości kilkuset kilometrów od Krakowa.

### *III hospitalizacja*

Wiosną pacjentka zadzwoniła na Oddział, wypowiadając komunikat, który dosłownie (i w przenośni) brzmiał: „Róbcie ze mną co chcecie, zgadzam się na wszystko – na leczenie, na leki, nie radzę sobie”. Tak jakby w porządku metaforycznym przekazywała komunikat: „poddaję się” z pewną świadomością, że skierowany jest do jej wroga.

Pacjentka została przyjęta po raz trzeci. W rozmowie przy przyjęciu ustalono (na wyraźne i bardzo stanowczo wyrażone przez pacjentkę życzenie), że jest przyjęta pod warunkiem, że tym razem ukończy leczenie, to znaczy osiągnie IV fazę w behawioralnym programie leczenia. Pacjentka wyraziła zgodę.

Hospitalizacja miała miejsce po czterech miesiącach od poprzedniego wypisu, w trakcie których dokonał się gwałtowny spadek wagi (przy przyjęciu masa ciała wynosiła 28,1 kg, BMI 11).

W badaniach dodatkowych zwracały uwagę obniżone wartości kwasu moczowego we krwi i podwyższone mocznika oraz obniżona ilość płytek krwi (131 tys.). Cztery miesiące wcześniej Pacjentka ważyła 40 kg, tym razem spadek wagi dokonał się wolniej.

Stan psychiczny pacjentki charakteryzował się obniżonym nastrojem, sprawiała wrażenie bardziej wycofanej, jakby zamrożonej, niż smutnej. Była hipomimiczna, mówiła cichym, monotonnym głosem. Można powiedzieć, że jej aktywność była nastawiona na to, żeby w metaforycznym sensie jej nie było, mówiąc inaczej, aktywnie usiłowała się anulować. Jakby unikała w ten sposób surowej i nieuchronnej kary, która groziła za każde uczucie, pragnienie czy impuls.

Lekarz kierujący Oddziałem zawarł z pacjentką indywidualny kontrakt terapeutyczny. Składał się on z kilku punktów:

- najważniejszym była umowa, że pacjentka jest przyjęta pod warunkiem, że tym razem ukończy pełen program behawioralny, to znaczy osiągnie ostatnią, IV fazę, co było równoznaczne z uzyskaniem wagi minimum 47,6 kg,
- drugim warunkiem było uczestnictwo w grupie terapeutycznej, z jednoczesnym komunikatem, że po jej zakończeniu pacjentka podejmie ponownie terapię indywidualną u terapeuty.

Pacjentka deklarowała wtedy stanowczo, że oba te warunki są jej pragnieniem. Po trzech tygodniach pobytu, podczas których pozostawała jeszcze

w kontakcie indywidualnym, pani T. zwiększyła wagę z 28,1 kg do 34 kg, czyli o 6 kilogramów.

Po rozpoczęciu leczenia w grupie terapeutycznej, od 23 maja do 6 sierpnia, czyli przez 10 tygodni, stopniowo i systematycznie zwiększała wagę do 39 kg, a więc o kolejne 5 kg.

W trakcie kolejnych dwóch miesięcy hospitalizacji i terapii indywidualnej waga wzrosła już tylko do 43 kg, czyli o 3 kg.

Jak można skomentować te „suche” dane liczbowe?

Po pierwsze, zgodnie z wieloletnimi obserwacjami poczynionymi w Oddziale, regułą staje się fakt, że pacjentki, które są przyjmowane do Oddziału w stanie skrajnego wyniszczenia, w pierwszych kilku tygodniach, nawet przy zachowaniu ostrożności, w celu uniknięcia zespołu hyperalimentacyjnego, zwiększają swoją wagę gwałtownie. „Rekordowe” wzrosty wynosiły do 5 kilogramów tygodniowo. Taki skok masy ciała wiąże się z wieloma różnymi czynnikami fizjologicznymi, głównie nawodnieniem, wypełnieniem przewodu pokarmowego treścią pokarmową i na końcu wreszcie, szybkim uruchomieniem procesów anabolicznych. Łatwo się domyślić, że takie gwałtowne wzrosty wagi budzą bardzo silny lęk i niepokój pacjentek – tak właśnie najwyraźniej przeżywała to pani T. Szybki przyrost wagi to dokładnie ucieleśnienie lęku, że stanie się „tłusta i gruba” i „będzie tyła w nieskończoność”, czyli że jedzenie sprawi, że straci swoją tożsamość i poczucie granic siebie samej. Upodobni się do matki, skonfrontuje się z nieświadomym lękiem, że jest identyczna jak ona, słaba, niepewna, zależna od niezwykle surowego męża.

Większość pacjentek, również pani T., w tym czasie zaczęła wyrażać pełne lęku przekonanie o tym, że już nastąpiły w jej ciele duże zmiany. Pacjentka kilkakrotnie relacjonowała swoje doznania somatyczne, lokalizowane w brzuchu w taki sposób, że budziło to silne wrażenie doznań psychotycznych. Wiązała je z działaniem leków (otrzymywała wtedy sulpiryd w dawce 100 mg na dobę). Pacjentka rozpoczęła wtedy zmasowaną „walkę z lekami”, skarżąc się na intensywną senność, zaburzenia koncentracji. Jednocześnie na spotkaniach grupy prawie za każdym razem, w rundce początkowej, gdy mówiła o senności i lęku przed tym, co wydarzy się na sesji, sprawiała wrażenie czujnej, napiętej i bardzo silnie skoncentrowanej na wypowiedzianych słowach. Stopniowy, systematyczny wzrost wagi w okresie leczenia w grupie terapeutycznej można rozumieć jako wyraz i pochodną przesunięcia na grupę ekspresji swojej pierwotnej wrogości, wyrażanej w bezpieczniejszy dla niej sposób. Bezpieczniejszy, ponieważ proces ów przebiegał z mniejszym poczuciem

winy. Nieświadomy atak pacjentki rozkładał się na grupę, nie rozgrywał się w przestrzeni relacji diadycznej, co mogło budzić w pacjentce mniejszy lęk przed zemstą i zniszczeniem ze strony „złego obiektu”.

Pacjentka wyrażała wrogie impulsy w symbolicznej formie, właściwej dla sytuacji terapii grupowej. Sposób zachowania się pacjentki na spotkaniach grupy był dość dokładnym odzwierciedleniem jej objawu. Pacjentka prawie nic nie mówiła, na sesjach grupowych sprawiała wrażenie nieobecnej, przysypiającej, ponieważ miała często zamknięte oczy. Terapeutki i obserwatorzy zza lustra weneckiego mieli wrażenie, że halucynuje, a dokładnie rzecz biorąc, że jest w silnym kontakcie emocjonalnym z jakimiś wyobrażeniami, obrazami i zostawia obserwatora z poczuciem dojmującego braku dostępu do jakichś intensywnych przeżyć. Twarz pacjentki wyglądała tak, jakby przeżywała ona bardzo przyjemne doznania.

Pani T. dość regularnie spóźniała się kilka minut na pierwszą lub obie sesje grupowe, przez wiele tygodni dzierżąc „palmę wyjątkowości” tej, która przychodzi ostatnia. W życiorysie wypowiedzianym podczas terapii grupowej pacjentka, w czasie przeznaczonym dla niej, a więc bez poczucia winy i lęku, że sama po coś sięga, w sposób bardzo żywy i ekspresyjny zawarła i ujawniła na nowo opracowaną koncepcję siebie, swojego dotychczasowego życia. Rozbudowaną, wyrafinowaną intelektualnie, często dowcipną historię swoich sukcesów i porażek. W charakterystyczny dla siebie sposób całkowicie pominęła opis zarówno choroby, jak i dotychczasowych hospitalizacji i psychoterapii.

Tak jakby dla niej wszystko zaczynało się od początku. Być może zaprzeczała poprzednim więziom, ale jednocześnie, w odmienny niż do tej pory sposób i nieco rozpaczliwie, tworzyła nową relację. Podczas omówień sesji grupowych pojawiały się fantazje, że pacjentka pokazując grupie - nowemu obiektowi, że jest gotowa oddać się cała i tego samego żądając w zamian, usiłowała odtworzyć silną, ścisłą bliźniaczą więź, narażając się na masywną frustrację tak rozumianego pragnienia. Być może pochodną rozczarowania i dotkliwej frustracji były opisane wyżej zachowania pacjentki na spotkaniach grupy. Milczeniem i biernością karała całą grupę i terapeutki za niespełnienie swoich pragnień.

Grupę prowadziły dwie terapeutki, lekarki stażystki, obie w trakcie oddziałowego kursu psychoterapii. Pacjentka odbyła 6 prac indywidualnych na tle grupy (porównywalnie do innych pacjentów), podczas których komentowano transformację w relację z jedzeniem swojej agresji i wrogości, relację i rywalizację z kobietami, obronne formy przeżywania złości. Przebieg i klimat wszystkich sesji był podobny. Pacjentka po pierwszych kilku zdaniach

wypowiedzianych przez siebie jakby się zapadała, zamykała oczy, sprawiała wrażenie przysypiającej – budziło to w grupie dużo złości do pacjentki. Terapeutki reagowały stanem bezradności, niepewności co do uczuć, jakie przeżywają one same i pacjentka. Bardzo znaczące było, iż taki stan ogarniał je tylko podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentką. W czasie jednej z sesji indywidualnych pacjentka ujawniła, że usypianie jest masywną obroną przed przeżywaniem ogromnego lęku i wstydu. Obrona dokonywała się poprzez zerwanie świadomego kontaktu emocjonalnego.

W trakcie dwóch ostatnich sesji na tle grupy pani T. stała się bardziej aktywna. Ujawniła w jak niezwykle silny sposób przeżywa, jednocześnie z lękiem i rywalizacyjnie, inne kobiety z grupy. Podczas pracy indywidualnej jedna z pacjentek, podobna fizycznie do pani T., dość impulsywnie opuściła salę terapii. Pani T. w tym samym momencie natychmiast zaczęła mówić głośniejszą i wyraźniejszą, zaskakując całą grupę. Gdy po kilku minutach pacjentka wróciła na salę terapii grupowej, głos pani T. stał się ledwo dosłyszalny; wszyscy pacjenci podkreślali ten fakt w komentarzach. Po dziesięciu tygodniach pobytu w grupie terapeutycznej pacjentka przeżyła kolejne, tym razem nieco innego rodzaju opuszczenie. Cała grupa wyjechała, pani T. została w Oddziale. Z powodu okresu urlopów kontakt z terapeutą oddziałowym nie mógł być systematyczny i ciągły.

Pacjentka przebywała w Oddziale jeszcze 8 tygodni. Osiągnęła najwyższą z dotychczasowych pobytów wagę – 43 kg. Jednocześnie pani T. coraz bardziej sprawiała wrażenie doskonale zaadaptowanej do roli pacjentki, funkcjonującej dość dobrze w sztywnym i skrajnie zrytualizowanym świecie szpitala i oddziału klinicznego.

Pojawiło się zjawisko, które opisać można w następujący sposób. Pacjentka zamieniła, dosłownie, terapię na życie. Jako chora funkcjonowała realnie na granicy, którą w języku medycznym nazywamy wyniszczeniem. Jej psychiczna aktywność ograniczała się do stereotypowych, rytualnych zachowań, do których należało również przychodzenie, bardzo punktualne, na sesje indywidualne dwa razy w tygodniu. Pacjentka w identyczny sposób wchodziła do gabinetu, zawsze w taki sam sposób siadała, powoli i systematycznie kładąc przy udzie telefon komórkowy i wsuwając obie dłonie pod uda. Gwałtownie się zaczerwieniła, gdy terapeuta zwrócił na to uwagę. Impulsywnie wysunęła dłonie, sprawiała wrażenie zmieszanej i zagubionej, jakby zawalił się uświęcony porządek. Po chwili zawahania z przeproszącym uśmiechem powróciła do poprzedniej postawy ciała.

W trakcie kolejnych miesięcy pobytu pacjentka rozwinęła, a raczej coraz wyraźniej ujawniała, nieświadomą quasi-symbiotyczną zależność od

Oddziału, somatyczną więź ze strukturą leczenia, harmonogramem posiłków, terapii, spacerów, ciszy nocnej i wszystkich aspektów i szczegółów funkcjonowania szpitalnego oddziału. Stała się jego integralną częścią, Oddział pełnił dla niej rolę kontenera, odżywiającego obiektu (w sensie dosłownym i symbolicznym). Pociągało to za sobą konieczność bycia ciągle chorą – bo tylko w ten sposób mogła być pacjentką – aby podtrzymywać patologiczną więź. A więc w tym ujęciu doszło do sytuacji, w której oporem przed leczeniem rozumianym jako zmiana, w kontekście psychoterapii psychodynamicznej krótkoterminowej, było samo pozostawanie w leczeniu i usiłowanie pacjentki zaprzeczenia i uniemożliwienia tego, czego najbardziej się bała: utraty więzi.

Ostatnie 2 – 3 tygodnie były zdominowane silnym lękiem pacjentki w reakcji na bardzo powolne, ale systematyczne przyrosty masy ciała. Lęk wyrażał się między innymi w wielokrotnie podejmowanych decyzjach o wypisie na własne żądanie, z których pacjentka wycofywała się.

Pani T. świadomie motywowała pragnienie wypisu chęcią powrotu na studia. Deklaracje te pozostawały w silnej sprzeczności z jej realną sytuacją. Miała przyznany urlop dziekański jeszcze przez kilka miesięcy. Ostatecznie pacjentka zażądała wypisu, pomimo wielokrotnych rozmów i komentarzy dotyczących znaczenia tej decyzji: zerwania relacji z Oddziałem. Pacjentka została wypisana na własne żądanie z zaleceniem kontynuowania leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Szkół Wyższych.

Na koniec kilka słów komentarza. Trudno nie przeżyć, nie zreflektować i nie nazwać tej historii leczenia jako swoistej porażki.

Pacjentka ostatecznie zerwała terapeutyczną relację z Oddziałem jako symbolicznym obiektem. Warunek umożliwiający podjęcie ostatniej hospitalizacji miał na celu zablokowanie, czy raczej próbę zablokowania, destrukcyjnego dla pacjentki cyklu porzuceń i powrotu. Cyklu zawartego między wewnętrznym złym obiektem a jego zewnętrzną projekcją w postaci Oddziału, wraz z jego wszystkimi aspektami, począwszy od terapeutki, grupy, poprzez leki, a na jedzeniu skończywszy. Zakończenie leczenia pani T. można nazwać porażką, ale tylko w pewnym sensie. Pod innymi względami trudno też zaprzeczyć, że trzykrotnie udało się wyprowadzić pacjentkę ze stanu skrajnego wyniszczenia – być może, nie popadając w przesadę, ochronić ją przed śmiercią. Jaki jest wniosek i jak był jeden z celów publikacji tego przypadku?

Opis ten jest w pewnym sensie historyczny. Historyczny, ponieważ ilustruje jeden z etapów nieustannej refleksji i dyskusji, jakie toczono są

w Oddziale podczas zebrań klinicznych, superwizji i podczas wymiany myśli spontanicznie następującej w dyżurce. Trudności jakie powstały w trakcie prawie trzyletniego procesu leczenia pani T. (z czego 1,5 roku była hospitalizowana), stały się inspiracją do wprowadzenia kolejnych zmian w funkcjonowaniu systemu terapeutycznego Oddziału Leczenia Zaburzeń Jedzenia.

Najważniejszą z nich było stworzenie i funkcjonowanie oddziałowej grupy terapeutycznej. W jej skład wchodziły pacjentki z zaburzeniami jedzenia hospitalizowane w Oddziale. Grupa liczy od czterech do ośmiu pacjentek. Sesje odbywają się cztery razy w tygodniu, prowadzi je terapeutka z Oddziału wraz z koterapeutą stażystą, zapewniając stałość relacji przez cały okres leczenia. Opisana powyżej modyfikacja w postaci zapewnienia ciągłości relacji z jednym obiektem, jest również realizacją podstawowej zasady psychoterapii psychodynamicznej, umożliwiającej rozpoczęcie procesu zmian, opartych na występowaniu wglądu, nieświadomych identyfikacji i całego szeregu innych zjawisk mniej lub bardziej specyficznych dla relacji przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych.

Opis leczenia pani T. jest jednym z przykładów zastosowania, i dostosowania jednocześnie, stacjonarnej formy leczenia szpitalnego pacjentek z ciężkimi postaciami jadłowstrętu psychicznego. Może być praktyczną, kliniczną propozycją całościowego spojrzenia na problematykę terapii pacjentów ze specyficzną patologią. Patologią wymagającą kompleksowej współpracy multidyscyplinarnego zespołu, pracującego z bardzo ściśle określoną liczbą pacjentek. Należy to bardzo wyraźnie podkreślić: nie większą niż 6-7. Wszystkie próby stworzenia większej grupy pacjentek z zaburzeniami jedzenia kończyły się negatywnie, narastającym procesem rozwoju antyterapeutycznej „kultury” autodestrukcji, opartej na nieświadomych procesach grupowych, opisanych przez Biona. Nie można jednocześnie przecenić istotności jednorodnego teoretycznego ujęcia, które umożliwia zharmonizowanie wielu różnych oddziaływań w jednym celu oraz stworzenia optymalnych, dostosowanych indywidualnie warunków, umożliwiających zmianę, która prowadzić ma do wyleczenia.

## Podsumowanie

W związku z podstawowym założeniem terapeutycznym panującym w Oddziale, umożliwiającym połączenie w jedną całość procesu leczenia i diagnostyki psychodynamicznej, określenie i doprecyzowanie indywidualnej

diagnozy każdej pacjentki pozwala na stworzenie w miarę przewidywalnej prognozy dalszego przebiegu ewentualnego chorowania i leczenia.

Pacjentki, u których na pierwszy plan wysuwać się będą psychotyczne mechanizmy obronne, tworzące ich funkcjonowanie psychiczne, a zatem leżące u podłoża ich zespołu objawów, będą najczęściej tworzyć z Oddziałem wieloletnią historię leczenia, z kilkoma następującymi po sobie hospitalizacjami, czyli obraz przypominający charakterystykę leczenia pacjentów z rozpoznaniem niektórych typów schizofrenii lub choroby afektywnej, czego przykładem jest zamieszczony powyżej opis przypadku.

Zespoły zaburzeń jedzenia, występujące u pacjentów z organizacją osobowości borderline, mogą towarzyszyć uzależnieniom, próbom samobójczym i zachowaniom autodestrukcyjnym, w znacznym stopniu utrudniającym kontynuację hospitalizacji. W takich przypadkach konieczne będą interwencyjna hospitalizacja w oddziałach ogólnopsychiatrycznych, toksykologicznych lub leczenie odwykowe, często jako warunek wstępny podjęcia leczenia stacjonarnego w Oddziale. Największy nacisk jest wówczas kładziony na motywację pacjentów do rozpoczęcia długoterminowej terapii indywidualnej, a hospitalizacja jest traktowana jako dodatkowa forma leczenia, uzupełniająca podstawową terapię. Pacjentki diagnozowane jako mające neurotyczną organizację osobowości, zazwyczaj hospitalizowane są jednokrotnie i one najczęściej są źródłem katamnesticznych informacji o pozytywnym wyniku podjętego leczenia.

Na podstawie ponad piętnastoletnich obserwacji i gromadzenia doświadczeń, można zauważyć pewne zmiany, dotyczące współczesnego obrazu zaburzeń jedzenia. W populacji pacjentów występuje coraz częściej zjawisko współwystępowania innych chorób, jak również tak zwanej podwójnej diagnozy. Drugą diagnozą będą wtedy różnego rodzaju zespoły uzależnień (alkoholizm i narkomania). Szczególne wyzwanie stanowią pacjenci z cukrzycą, chorobami wątroby, astmą oskrzelową lub padaczką. Specyfika ich obrazu klinicznego wymaga nieustannego modyfikowania zarówno zasad behawioralnego leczenia, jak i tworzenia indywidualnego dialogu terapeutycznego. Podobnie sprawa wygląda w przypadku występowania nasilonych powikłań somatycznych i neurologicznych. Bardzo pomocne w poszukiwaniu nowych strategii terapeutycznych jest śledzenie aktualnego piśmiennictwa, jak również wymiana doświadczeń i uczestnictwo członków zespołu terapeutycznego w konferencjach i sympozjach.



## DEFICYTY POZNANIA SPOŁECZNEGO I ICH TERAPIA W ZABURZENIACH ODŻYWIANIA

---

**Katarzyna Biernacka**  
**Julia Jeschke**  
**Katarzyna Kucharska**

---

### Deficyty poznania społecznego

Poznanie społeczne definiuje się jako sposób postrzegania, interpretowania i rozumienia informacji społecznej. Dotyczy szeregu umiejętności społecznych, między innymi takich, na które składa się rozpoznawanie emocji, nadawanie właściwej interpretacji „sygnałom społecznym”, a związane jest z określonym sposobem myślenia [50]. Do najważniejszych składników poznania społecznego należą: teoria umysłu, empatia, styl atrybucji – wyjaśniane przyczyn zdarzeń, regulacja emocji, percepcja społeczna i znajomość powszechnych zasad społecznych, centralna koherencja – zdolność do analizy i syntezy zdarzeń [39, 40]. Chociaż poznanie społeczne nie jest widoczne gołym okiem, to przyjmowanie perspektywy innych osób i wnioskowanie o stanach umysłu ma znaczenie w wielu sferach dotyczących właściwej współpracy między ludźmi w zakresie więzi społecznych.

### Rozwój poznania społecznego

Rozwój poznania społecznego rozpoczyna się około 1–2 miesiąca życia postnatalnego, kiedy niemowlę rozpoznaje ludzkie sylwetki i twarze. Po tym

okresie następuje podstawowy poziom rozwoju teorii umysłu (ToM) – współdzielenie uwagi, podążanie za spojrzeniem, monitorowanie zainteresowania innymi osobami (od 9 miesiąca do 2,5 roku życia). We właściwym rozwoju dziecka, około 9 miesiąca życia pojawia się wskazywanie protoimperatywne, a następnie protodeklaratywne (9–12 miesiąca życia). Dziecko pokazuje coś po to, żeby się podzielić z innymi. Około 18 miesiąca życia pojawia się zaczątek umiejętności rozpoznawania na podstawowym poziomie ludzkich intencji oraz motywacja, aby współdziałać z innymi (od 14 do 18 miesiąca). Drugi rok życia to rozwój teorii umysłu w zabawie symbolicznej, dzieci bawią się na niby, uczestnicząc w wyobrażonych przez siebie sytuacjach. Od około 2 r.ż. dziecko potrafi trafnie rozpoznać emocje innych ludzi [13, 57]. W okresie rozwoju między 2,5–3,5 r.ż. stopniowo kształtuje się rozumienie prostych emocji, potrzeb i udawania. Następnie, od 3–4 r.ż., niezależnie od uwarunkowań kulturowych rozwijają się unikalne zdolności rozumienia innych osób. Zdolności te mają podłoże biologiczne i umożliwiają tworzenie komunikacji symbolicznej, norm społecznych, instytucji [68]. Wiek 3–5 lat to rozwój zdolności do uzmysłowienia sobie posiadanej wiedzy na temat umiejętności społecznych (przypisywany obszarowi prawego złącza skroniowo-ciemieniowego) [26].

U dziecka w wieku przedszkolnym, około 4–5 r.ż. pojawia się rozumienie zależności (wiedzieć znaczy wiedzieć) oraz konfliktowych emocji (3,5–4 r.ż.), jak również rozumienie tzw. fałszywych przekonań, emocji i potrzeb uwarunkowanych przekonaniem (4–5 r.ż.). Proces ten, związany z zapamiętywaniem właściwych cech obiektów i zdarzeń, nazywamy w ToM reprezentacją I rzędu. Jednym ze wskaźników dysponowania przez dziecko teorią umysłu jest zadanie testu fałszywych przekonań, bardzo popularnych zadań na rozpoznawanie podstawowego rozumienia intencji u drugiej osoby. Przykładowo, badane dziecko obserwuje scenkę, w której chłopiec chowa czekoladę do szafki, a jego (dziecka) zadaniem jest określenie, gdzie po powrocie chłopiec będzie szukał czekolady. Właściwie udzielona odpowiedź wskazuje na prawidłowy rozwój teorii umysłu. Zdolność do podejmowania perspektywy II rzędu w teorii umysłu to rozumienie cudzych przekonań lub intencji innych osób, czyli np. „myślał, że ktoś wie”. Rozwój reprezentacji II rzędu rozpoznawany jest u dzieci w wieku 7–8 lat [51]. Na podstawie reprezentacji II rzędu informacjom bezsensownym nadawane jest sensowne znaczenie. W ten sposób możliwa jest zabawa w udawanie, przyjmowanie ról przez dziecko, wspólne dzielenie zainteresowań z wzajemną wymianą, np. dotyczące zainteresowań, jak również rozumienie, że coś jest kłamstwem. W ten sposób dziecko uczy

się, jak na podstawie obserwacji drugiej osoby i jej zachowania odróżnić to, co jest fikcją (na niby), od tego, co realne. Wg informacji Leslie'go [4] zdarzenie na niby dzieje się pod wpływem przetworzenia i scalenia informacji z sytuacji realnej. Dzięki temu sytuacja realna nie myli się z sytuacją wyobrażoną. Dzieci z deficytem w zakresie teorii umysłu nie będą w stanie scalić tych informacji i zrozumieć sytuacji na niby. Kolejne poziomy przyjmowania perspektywy po I- i II-rzędowej teorii umysłu następują aż do V rzędu, przy czym w każdym kolejnym rzędzie wzrasta liczba błędów popełnianych przez dorosłe osoby [37].

Wraz z wiekiem i rozwojem teorii umysłu prawa półkula rozwija specjalizację w rozpoznawaniu twarzy, a około 4–5 r.ż. osiąga wysoki poziom, podobny do właściwego dla osób dorosłych. Natomiast rozpoznawanie ekspresji emocji na twarzy w zależności od sytuacji może nie być osiągnięte nawet przez dziecko 14-letnie, ponieważ wymaga to współpracy i tworzenia połączeń pomiędzy dojrzałymi płacami czołowymi i tylnymi okolicami mózgu, jak również ukształtowania spoidel mózgu.

Funkcje emocjonalne u dzieci rozwijają się stopniowo. Płaty czołowe pełnią istotną rolę w przetwarzaniu emocji, a tym samym w regulowaniu stanów emocjonalnych. Początkowo lewa półkula mózgu u małych dzieci, które nie opanowały języka, aż do 9 r.ż. może być bardziej reaktywna w odpowiedzi na bodźce emocjonalne. Z czasem u młodzieży (od wieku ok. 14 lat) i u osób dorosłych prawa półkula mózgu reguluje reaktywność lewej półkuli (przy dojrzewaniu *corpus callosum* prawa półkula hamuje i kontroluje lewą półkulę).

Z kolei połączona z rozwojem poznania społecznego specjalizacja funkcji wykonawczych przebiega w etapach rozwoju od 6–8 r.ż. do 12 r.ż., kiedy dziecko osiąga dojrzałość w zależnych od płatów czołowych funkcjach, takich jak hamowanie reakcji motorycznych, czy koncentracja na rzeczach ważnych, a pomijanie nieistotnych. W związku z tym dzieci 10-letnie są już w stanie osiągnąć w teście psychologicznym mierzącym funkcje wykonawcze (WCST – Test Sortowania Kart) wynik porównywalny do osób dorosłych, natomiast we fluencji słownej nie osiągają wyników osób dorosłych jeszcze w wieku 17 lat [10].

Zdolności poznania społecznego odnoszą się do funkcjonowania człowieka w ciągu jego całego życia. U osób dorosłych zdolność związana z funkcjonowaniem teorii umysłu traktuje się jako zdolność do identyfikowania emocji, rozumienia metafor, a w rezultacie rozpoznanie właściwej intencji rozmówcy [7]. Niewiele jest badań w grupie osób dorosłych na temat teorii umysłu, większość odnosi się do badań komunikacji interpersonalnej,

z uwzględnieniem cudzej perspektywy w formułowaniu i odczytywaniu wypowiedzi językowej [8]. Testy badające zdolność funkcjonowania teorii umysłu zawierają zadania symulujące prawdziwe sytuacje życiowe (ułożenie historyjek, właściwe wnioski) i wymagają rozpoznania przekonań I i II rzędu. Przypuszcza się, że zdolności w zakresie poznania społecznego rozwijają się do czasu, gdy następuje rozwój poszczególnych struktur w mózgu i ich połączeń. Z wiekiem zdolność ta może ulegać obniżeniu. Poznanie społeczne jest zatem uwarunkowane rozwojowo – podłoże biologiczne pełni istotną rolę w rozumieniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych, umożliwia prowadzenie dialogu z użyciem ukrytego znaczenia słów oraz rozumienie motywacji i intencji rozmówcy.

### **Zmiany struktury i funkcji mózgu w jądłowstręciu psychicznym i ich wpływ na procesy poznania społecznego**

---

Wraz ze wzrostem zainteresowania poznaniem społecznym zaczęły powstawać propozycje modeli wyjaśniających ich neuronalne podłoże. Obszary w mózgu, które wiązane są bezpośrednio z poznaniem społecznym, to górne okolice płata skroniowego oraz złącze skroniowo-ciemieniowe, kora przedczołowa oraz okolice przedniej części zakrętu obręczy, która reguluje hamowanie reakcji. Obszary aktywizujące się, zarówno w poznaniu społecznym, jak i funkcjach wykonawczych, to rejony przyśrodkowe płatów czołowych [84].

W okresie adolescencji zachodzą istotne zmiany; oprócz dymorfizmu płciowego u płci żeńskiej rozwija się większa predyspozycja na działanie czynników stresogennych [29]. Dodatkowo następują istotne zmiany synaptogenezy i mielinizacji, które obejmują okolice czołową i limbiczną, co ma znacznie w kształtowaniu się prawidłowego rozwoju emocjonalnego i poznawczego [6]. W tym czasie wydłuża się czas reakcji rozpoznawania emocji i zwiększa się szybkość przerzutności uwagi w związku ze zwiększeniem objętości przedniego zakrętu obręczy [16]. Anomalie związane z nieprawidłowym rozwojem mózgu mogą przyczynić się do zaburzeń w rozpoznawaniu emocji i przerzutności uwagi, które zaobserwowano w badaniach nad osobami z jądłowstręciem psychicznym [64]. U pacjentek stwierdzono redukcję objętości w obszarach ciała migdałowatego, hipokampa i istoty szarej [27, 52]. Badania z wykorzystaniem czynnościowego rezonansu magnetycznego (fMRI) wykazały, że w grupie

pacjentek z jądłowstrętem psychicznym w okresie remisji na widok jedzenia zwiększona jest aktywność w szczytowo-bocznej korze przedczołowej, jak również oczodołowej i przedniej części zakrętu obręczy [73], jednakże nie ma jasności co do tego, czy zmiany w strukturach mózgu uwarunkowane są neurorozwojowo, czy są wynikiem głodzenia się.

Niemniej jednak charakterystyczne deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego i emocjonalnego u osób z jądłowstrętem psychicznym występują przed chorobą, w jej trakcie i mogą utrzymywać się po ustąpieniu objawów. Na podstawie technik neuroobrazowania z wykorzystaniem magnetycznego rezonansu jądrowego (NMR – *nuclear magnetic resonance*) stwierdzono zmiany występujące w mózgach pacjentów chorujących na jądłowstręt psychiczny, takie jak: zmniejszenie objętości mózgu, pogłębienie bruzd i szczelin mózgu, poszerzenie komór bocznych, a także zwiększenie ilości płynu rdzeniowo-mózgowego [25, 34, 60]. Dodatkowo wykazano, że występują zmiany w przyśrodkowej części płata skroniowego, podwzgórza oraz pnia mózgu.

U dorosłych chorujących pacjentek wykazano zmniejszenie ilości istoty białej w części skroniowo-ciemieniowej w porównaniu do istoty szarej [9]. Uzyskane wyniki korelowały znacząco z wagą pacjentek, im była ona niższa (mierzona wskaźnikiem BMI), tym większe zmiany występowały w strukturach mózgu [59]. Inne badania wskazały na ujemną korelację między wskaźnikiem BMI i ilością przestrzeni płynowych [28]. Na podstawie jednego z przeprowadzonych badań neuroobrazowych z zastosowaniem metody morfometrycznej (VBM – *Volumetric Picture Based Morphometrical*) zauważono zmiany w strukturze obszaru skroniowo-ciemieniowego [17] u pacjentek z jądłowstrętem psychicznym, a ponadto w kolejnych badaniach zaobserwowano zmiany w przedniej części kory zakrętu obręczy, wieczka czołowego, rejonów skroniowo-ciemieniowych i przedklinka. Wykazano zależność między zmniejszeniem istoty szarej w obszarze kory ciemieniowej dolnej, która odpowiada za integrację sensoryczną, przestrzenną i obraz ciała, a nasileniem objawów [33].

Znaczącą rolę w regulacji stanów głodu i sytości przypisuje się obszarowi kory mózgu położonemu wewnątrz płata skroniowego – wyspy (*insula*) [46]. Rola wyspy może wiązać się z bliską lokalizacją obszarów regulujących emocje, a także z ich udziałem w odczuwaniu smaku, w regulacji procesów trawienia, apetytu i jedzenia. Ponadto, połączenie wyspy z korą somatosensoryczną usprawnia procesy związane z monitorowaniem stanu własnego ciała, jak również z jego subiektywną percepcją. Ma to wpływ na odczuwany

stopień bólu, wstrętu, obrzydzenia. W badaniach przy użyciu czynnościowego rezonansu magnetycznego (fMRI) u osób z AN zauważono mniejszą aktywność wyspy w porównaniu do grupy kontrolnej [74], jak również nietypową aktywność tego obszaru przy wykonywaniu zadań poznawczych [46, 47, 78]. Bliskie sąsiedztwo wyspy z okolicami asocjacyjnymi związanymi z obszarami odpowiedzialnymi za emocje może również regulować te procesy. Neurobiologiczny model zaproponowany przez Nunn i wsp. wskazuje, że mózg jest strukturą, która łączy ze sobą różne ośrodki odpowiedzialne za pracę całego systemu, nie tylko za jedną specjalizację w mózgu. W przypadku jadłowstrętu psychicznego kluczową rolę odgrywa układ limbiczny, stanowiący system połączeń struktur, obejmujący płaty skroniowe i obszary przylegające, jak podwzgórze, ciało migdałowate, wzgórze, hipokamp (istotny w regulacji sfery afektywnej, behawioralnej, poznawczej i motywacyjnej). Model Nunn zakłada, że dysfunkcje w zakresie neuronalnych połączeń pomiędzy poszczególnymi obszarami ośrodkowego układu nerwowego przyczyniają się do występowania anoreksji [46].

Leppanen i wsp. [44] przeprowadzili badanie przy użyciu czynnościowego rezonansu magnetycznego u dwudziestu jeden kobiet z rozpoznaniem JP, poddanych zadaniu rozpoznawania emocji na twarzach prezentowanych dzieci. Statystycznie istotne różnice między grupą osób chorych a zdrowych odnotowano w aktywacji mózgu w odpowiedzi na kontrasty: afekt pozytywny vs. neutralny oraz afekt negatywny vs. neutralny. Zarejestrowano zwiększoną aktywację w obrębie ciała migdałowatego, wyspy oraz prawej grzbietowo-bocznej kory przedczołowej w odpowiedzi na kontrast: afekt pozytywny vs. neutralny. W odpowiedzi na kontrast: afekt negatywny vs. neutralny, w grupie osób chorych zarejestrowano wzmożoną aktywację w lewej tylnej wyspie, podczas gdy grupa osób zdrowych przejawiała mniejszą aktywację tych struktur mózgu. Wyniki tych badań mogą wskazywać na obecność przedczołowej regulacji „do dołu” (*down-regulation*) wzmożonej aktywności układu limbicznego na bodziec, jakim były emocje o walencji pozytywnej [44].

Za przebieg procesów regulacji emocji i zachowania odpowiada układ, utrzymujący homeostazę i warunkujący równowagę energetyczną, jak również układ, reagujący na informacje o stanie odżywienia z obwodowo położonych narządów i wpływający na apetyt oraz zużycie energii. Ośrodki te regulowane są w podwzgórzu oraz pniu mózgu, obejmują także struktury korowo-limbiczne i odpowiadają za: odbieranie informacji zmysłowych towarzyszących jedzeniu, traktowanie spożywanych posiłków w kategorii nagrody

oraz motywację do szukania i zdobywania pożywienia. Poza tym obszary te zaangażowane są w procesy uczenia się [69].

W przypadku osób z AN stwierdzono większą, w porównaniu do zdrowych rówieśników, objętość niektórych struktur mózgu odpowiedzialnych za odczuwanie smaków i kontrolę jedzenia. Przypuszcza się, że większa objętość tych struktur może odpowiadać za to, że chorzy na AN unikają jedzenia i są w stanie się głodzić. Przy użyciu rezonansu magnetycznego (MRI) poddano ocenie strukturę mózgu u nastoletnich pacjentek z rozpoznaniem AN, badano również integralność istoty białej (obrazowanie tensora dyfuzji DTI) [24]. Badanie wykazało, że dziewczęta z AN miały większą objętość istoty szarej w miejscach odpowiedzialnych za odczuwanie smaku jedzenia (prawa część wyspy), regulujących uczucie sytości i odżywianie się (lewa kora oczodołowo-czołowa), wiążących się z informacjami o smaku i zapachu żywności (kora obu płatów skroniowych). W grupie dziewcząt z AN potwierdzono większą, w porównaniu do osób zdrowych, objętość istoty białej w płatach skroniowych oraz zmiany w jej organizacji w różnych obszarach mózgu (w tym w płatach skroniowych, sklepieniu, płacie ciemieniowym). Dodatkowo zwiększona objętość istoty szarej w korze oczodołowo-czołowej wiązała się z brakiem odczuwanej przyjemności słodkiego smaku. Wyniki uzyskane wśród osób z AN potwierdziły większą objętość tych obszarów, czyli wyspy i kory oczodołowo-czołowej, niezależnie od wieku badanych, zarówno adolescentów, jak i dorosłych. Z perspektywy neurobiologicznej, zmiany występujące w mózgu osób chorych na AN mogą predysponować do wystąpienia zaburzeń odżywiania, jak również wiązać się z ich utrzymywaniem [24]. Różnice w objętości i aktywności wyspy, szczególnie jej prawej części, mogą być w AN odpowiedzialne za niewłaściwe przetwarzanie smaków i zniekształconą percepcję własnego ciała. W rezultacie osoby z AN cechują się zaburzonym obrazem własnego ciała, dostrzegając nadwagę w sytuacji wyraźnej niedowagi. Zwiększone obszary kory oczodołowo-czołowej, odpowiedzialnej za regulację uczucia sytości, mogą wiązać się z unikaniem jedzenia w grupie osób chorych na AN, a w przypadku sięgania po jedzenie, szybszym odczuwaniem sytości i spożywaniem mniejszych ilości pokarmów niż osoby zdrowe.

## **Deficyty w percepcji emocji w jadłowstręcie psychicznym (AN)**

Poznanie społeczne jest umiejętnością tworzenia umysłowych reprezentacji relacji występujących między ludźmi oraz wykorzystania tej zdolności do efektywnego funkcjonowania społecznego. Wykazano, że jadłowstręt psychiczny i bulimia wiążą się z mniejszą zdolnością identyfikowania własnych uczuć, trudnością z rozpoznawaniem stanów emocjonalnych – własnych, jak również cudzych emocji. Ponadto cechuje je mniejsza zdolność funkcjonowania społecznego oraz rozumienia humoru i konwencji żartów. Przykłady trudności w społecznym poznaniu obserwowane u osób z AN to między innymi: nieumiejętność rozpoznawania przekonań i intencji innych osób, czyli deficyty teorii umysłu, zaburzenia ekspresji emocjonalnej polegające na niezgodności mimiki z rzeczywiście doświadczanymi uczuciami [83] oraz zaburzenia percepcji emocjonalnej, tzn. obniżona trafność w odgadywaniu emocji na podstawie głosu i interpretacji wskazówek mimicznych [20, 31]. Wymienione deficyty mogą być przyczyną ograniczonej świadomości emocjonalnej (meta-emocje) wśród osób chorujących na jadłowstręt psychiczny [42].

Osoby chorujące na jadłowstręt psychiczny AN wykazują trudności w zakresie ekspresji emocji, w związku z czym unikają sytuacji, w których wyrażanie stanów emocjonalnych jest pożądane [65]. Przeprowadzone badania związane z wyrażaniem emocji dowiodły, że kobiety chorujące na AN nadmiernie blokują okazywanie negatywnego afektu. Hamowanie takich emocji ma na celu dążenie do podtrzymania pozytywnych, bezkonfliktowych relacji. Nadmierna ekspresja emocjonalna kojarzyła się osobom z AN z przekonaniem, że przeżywane emocje będą miały nieprzyjemne dla nich konsekwencje [45]. Inne badania wykazały, że osoby z AN starają się hamować również doznawanie pozytywnych emocji [19]. Większa ilość objawów AN, takich jak: głodzenie się, troska o wagę i kształt ciała, związana jest z wysokim poziomem hamowania emocjonalnego [83]. Dowiedziono, że pacjenci z AN mogą cierpieć na aleksytymię, wpływającą na obniżoną umiejętność odczytywania emocji wyrażonych na twarzy [31].

Trudności z identyfikacją emocji własnych i rozpoznawaniem ich u innych osób mogą stać się przyczyną problemów w społecznym funkcjonowaniu. W badaniach wskazuje się na deficyty w rozpoznawaniu emocji w modalności wzrokowej (wyrażonych na twarzy) i w modalności słuchowej (prozodia emocji), jako typowych dla chorych cierpiących na AN, w porównaniu z grupą



kontrolną osób zdrowych [20, 31]. Trudności te dotyczą mniejszej precyzji w rozpoznawaniu zarówno emocji pozytywnych, takich jak szczęście i zdziwienie, jak i emocji negatywnych: złości, wstrętu, strachu i smutku. Osoby z AN, w porównaniu do osób zdrowych, udzielały odpowiedzi po dłuższym czasie [42]. Ponadto, istotnie częściej niż zdrowe, nieprawidłowo rozpoznawały smutek na twarzach, który w rzeczywistości wyrażał inną emocję [54], co może być powiązane z nastrojem depresyjnym, który jest dominujący w tej populacji osób chorych. Niezdolność do rozpoznawania emocji może się wiązać także z dominacją myślenia analitycznego nad syntetycznym, co wpływa zakłócająco na złożony proces przetwarzania sygnałów emocjonalnych [48]. Jednakże mechanizm leżący u podłoża powyższych deficytów oraz czynniki je modyfikujące pozostają w dalszym ciągu na poziomie hipotez.

Badania neuroobrazowe prowadzone podczas wykonywania testu rozpoznawania stanów emocjonalnych (RME – *Reading the Mind in the Eyes*) u pacjentek z AN, wykazały zmniejszoną, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, aktywność ciała migdałowatego, a także cechy aleksytymii [70]. Osoby z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego mniej precyzyjnie rozpoznawały emocje wyrażane na twarzy niż osoby zdrowe [42], wykazywały mniejszą dokładność rozpoznawania emocji wyrażanych na twarzy, przede wszystkim złości, obrzydzenia, strachu, szczęścia, smutku i zdziwienia. Udzielały odpowiedzi po dłuższym czasie niż osoby zdrowe [42]. Sugerowano, że osoby z zaburzeniami żywienia przejawiają „znaczną niezdolność rozumienia emocji” [66].

Jedną z podstawowych cech podtrzymujących chorobę w jądłowstręcie psychicznym są deficyty poznawcze, do których zalicza się m.in. sztywność poznawczą, rozumianą jako niezdolność do zmiany schematu postępowania w nowych okolicznościach. W jednym z badań pacjentki z AN wykazały znaczną perseweratywność udzielanych odpowiedzi, prezentowały sztywność poznawczą, która najprawdopodobniej utrudnia zmianę nawyków myślowych i behawioralnych, przyczyniając się do trwania zaburzenia [73].

Kwestia występowania deficytów w społecznym poznaniu pozostaje nadal nierozstrzygnięta. Wcześniejsze badania nad osobami z zaburzeniami odżywiania wykazały u nich mniejszą świadomość emocjonalną w porównaniu z grupą kontrolną, zaburzone procesy teorii umysłu i empatii. Ponadto obserwowano zmniejszoną umiejętność rozpoznawania emocji twarzy w ogóle, a w szczególności szczęścia, zaskoczenia, smutku oraz obrzydzenia. W tabeli 3 zaprezentowano deficyty poznania społecznego i neuropoznania u osób z AN.

**Tabela 3. Podsumowanie deficytów społecznego poznania w jadłowstręcie psychicznym**

Deficyty społecznego poznania i neuropoznawcze u osób z AN	
Zaburzenia percepcji emocjonalnej	Zaburzenia teorii umysłu
↓ emocje w modalności wzrokowej i słuchowej	↓ aktywność w płatach czołowych i skroniowych
↓ precyzja w rozpoznawaniu emocji pozytywnych – szczęście, zdziwienie, jak i emocji negatywnych – złość, wstręt, strach i smutek	↓ zdolność rozumienia humoru oraz konwencji żartów
↑ czas udzielanych odpowiedzi	↓ umiejętność rozpoznawania złożonych emocji i stanów umysłowych na podstawie ekspresji oczu

Osoby chorujące na AN doświadczają w sferze emocjonalnej znacznych trudności i starają się wyeliminować element wyrażania emocji jako trudny i nieprzyjemny w interakcjach społecznych. Uboższa ekspresja emocjonalna była stwierdzana wśród pacjentów z AN w porównaniu do grupy kontrolnej i osób, które wyzdrowiały. Potwierdzają to badania mówiące o tym, że chorzy na AN wykazują mniejszą dokładność w percepcji złości oraz wykorzystują unikanie jako strategię radzenia sobie z doświadczanymi stanami uczuciowymi. Prawdopodobnie pacjenci, obawiając się przykrych konsekwencji, nie dopuszczają możliwości uzewnętrzniania negatywnych odczuć [12]. Dodatkowo zaobserwowano korelację pomiędzy objawami depresji, a ograniczeniem ekspresji emocji pozytywnych u osób z AN.

### **Deficyty w teorii umysłu (ToM) w jadłowstręcie psychicznym (AN)**

Teoria umysłu opisywana jest jako umiejętność wnioskowania o stanie psychicznym innych osób [67]. Dzięki tej zdolności ludzie potrafią nawiązywać wielowymiarowe interakcje społeczne. Podczas badań osoby zdrowe starają

się wyciągać wnioski o cudzych stanach psychicznych na podstawie własnych doświadczeń społecznych, co ma swoje potwierdzenie w danych z neuroobrazowania, gdzie wykazano występującą aktywność w obszarach płatów czołowych i skroniowych [30]. Jest to zgodne z obserwacjami Brownell i wsp. [12], którzy zauważyli, że nabyte uszkodzenie regionów czołowych w niedominującej półkuli mózgu może spowodować upośledzenie wcześniej poprawnie funkcjonujących procesów ToM.

W swoich badaniach Russell i wsp. [56] wykazali, że pacjentki z AN doświadczają trudności w zadaniach wymagających teorii umysłu [67]. Z kolei inne badania nie potwierdziły występujących trudności [2]. Badane osoby cechowała mniejsza zdolność rozumienia humoru oraz konwencji żartów, a także obniżona umiejętność rozpoznawania złożonych emocji i stanów umysłowych na podstawie ekspresji oczu. Deficyty te porównywane są do tych występujących w zaburzeniach ze spektrum autyzmu.

### **Mentalizacja w zaburzeniach odżywiania**

Wiele badań dowodzi, że pośród czynników genetycznych, fizjologicznych, rodzinnych i kulturowych [21, 22] – konstrukcja osobowości może być jednym z czynników predysponujących do rozwoju zaburzeń odżywiania. Naukowcy wskazują na wpływ struktury osobowości na przebieg procesu chorobowego, a także na odpowiedź na leczenie [78, 79]. Ostatnie konceptualizacje zaburzeń odżywiania czerpią z teorii przywiązania oraz osiągnięć psychologii rozwojowej i łączą te choroby z doświadczaniem obniżonej zdolności do mentalizacji. Zaburzenia w obrębie relacji interpersonalnej z obiektem / obiektami są uznawane za dość istotny czynnik w rozwoju zaburzeń odżywiania oraz za czynnik istotny w ocenie rokowań względem wyleczenia choroby [36]. Mentalizacja z jednej strony obejmuje rozumienie samego siebie, a z drugiej strony dotyczy rozumienia innych osób.

Zdolność do mentalizacji odnosi się do ogólnych możliwości jednostki do reflektowania i interpretowania własnych zachowań oraz zachowań innych w kategoriach intencjonalnych wewnętrznych stanów mentalnych, takich jak myśli, uczucia czy przekonania. Zdolność do doświadczenia mentalizowania wymaga umiejętności rozpoznawania, że stany mentalne są subiektywne i wymagają umiejętności powiązania zewnętrznego zachowania z wewnętrznym

stanem mentalnym. Kilka ostatnich badań nad mentalizacją w kontekście etiologii anoreksji podkreśliło znaczenie więzi, pozwalającej na poczucie bezpieczeństwa w rozumieniu przebiegu i terapii zaburzeń odżywiania [41, 61, 82]. Przywiązanie to głównie dążenie do osiągnięcia bliskości z obiektem, połączone ze znalezieniem schronienia i poczucia bezpieczeństwa w chwilach strachu i zagrożenia. Wzorzec przywiązania i interakcji między dzieckiem i opiekunem zostają zinternalizowane jako model roboczy przywiązania, który to z kolei stanowi wzorzec zachowania w relacjach intymnych w ciągu życia [11]. Takie cechy opiekuna jak wrażliwość, responsywność, przewidywalność w interakcji z dzieckiem stanowią podwaliny bezpiecznej relacji przywiązania [41]. Dorosły z bezpiecznym stylem przywiązania ma poprawnie zinternalizowaną, niezagrażającą relację z opiekunem i może w sposób adekwatny regulować swoje emocje w chwilach zaniepokojenia. W porównaniu do populacji ogólnej, wśród osób cierpiących na zaburzenia odżywiania dominujący styl stanowi pozabezpieczny model przywiązania .

Brak poczucia bezpieczeństwa w więzi jest ściśle związany z występującym w zaburzeniach odżywiania niezadowoleniem z wyglądu własnego ciała [1, 18, 62, 63, 71]. Przekierowanie uwagi z niepokoju interpersonalnego na cele dużo bardziej konkretne i wymierne, takie jak kontrola wagi i wyglądu, może być rozumiane jako odzwierciedlenie unikającego stylu przywiązania w kwestii rozwiązywania problemów [18]. Związki pomiędzy lękowym i wycofanym stylem przywiązania a nadmierną koncentracją na wadze i wyglądzie są również obserwowane w ortoreksji – zaburzeniu charakteryzującym się obsesyjnym przymusem zdrowego odżywiania i restrykcyjnymi wzorcami odżywiania [3]. Obniżona zdolność regulacji emocjonalnej może stanowić istotny czynnik mediujący pomiędzy stylem przywiązania a objawami zaburzeń odżywiania [62, 72]. Objawia się to oznakami w postaci depresji, poczucia braku skuteczności [62], nieadaptacyjnego poziomu perfekcjonizmu oraz aleksytymii [35]. Bezpieczne przywiązanie odnosi się nie tylko do prawidłowej regulacji emocjonalnej, ale jest również nierozdzielnie połączone z dobrymi umiejętnościami w zakresie mentalizowania [23]. W porównaniu do grupy kontrolnej, grupy pacjentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny lub bulimie wykazują się niższymi zdolnościami do mentalizacji [14, 41, 49].

Wysokie zdolności do mentalizacji charakteryzują się refleksyjnym i integratywnym sposobem rozumienia doświadczeń, w przeciwieństwie do obniżonych zdolności mentalizacyjnych, określanych poprzez relacjonowane trudności w odróżnianiu wewnętrznych stanów od zewnętrznych

doświadczeń oraz dysocjacji pomiędzy myślami, fantazjami a rzeczywistością zewnętrzną [5].

Pogorszona umiejętność w zakresie mentalizowania może jednocześnie pełnić rolę pośredniczącą między pozabezpiecznym przywiązaniem a objawami zaburzeń odżywiania [58]. Negatywne emocje są doświadczane w ciele zamiast w postaci mentalnej i znajdują ujście w postaci fizycznej, takiej jak oczyszczanie czy napady objadania się, restrykcyjność w podaży jedzenia czy utrata wagi.

Lepszy poziom mentalizowania w połączeniu z bardziej życzliwymi, ochronnymi rodzicielskimi reprezentacjami są powiązane z mniejszą ilością objawów w grupie pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania, co z kolei regulowane jest przez poziom depresji i lęku w tej grupie chorych.

### **Związek jadłowstrętu psychicznego (AN) z objawami zaburzeń ze spektrum autyzmu**

Tak zwana świadomość emocjonalna kształtuje się na skutek złożonych procesów neurorozwojowych i jest pochodną rozwoju emocjonalnego i poznawczego [21, 22]. W przypadku jadłowstrętu psychicznego (AN) w świadomości emocjonalnej może dochodzić do zniekształceń tego, co mogą czuć inni ludzie. Ze względu na podobieństwo zaburzeń w AN i zaburzeń ze spektrum autyzmu zaczęło rosnać zainteresowanie wielu badaczy wspólnym dla tych dwóch zaburzeń podłożem. Obecnie przedmiot badań stanowią: dysfunkcje wykonawcze, w tym osłabiona plastyczność myślenia, zaburzenia całościowego spostrzegania (*central coherence*), przejawiające się nadmierną dbałością o szczegóły z jednoczesnym osłabionym przetwarzaniem globalnym informacji, zaburzenia funkcji społecznych ze szczególnym uwzględnieniem trudności w empatii oraz emocjonalna teoria umysłu.

Westwood i wsp. [77] oceniali związek pomiędzy występowaniem objawów ze spektrum autyzmu na skali the Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd edition (ADOS-2), a wykonaniem szeregu testów (tj. Test Wechslera, Test Sortowania Kart Wisconsin oraz Test Złożonej Figury Rey-Osterrieth), pozwalających ocenić deficyty funkcji poznawczych i centralną koherencję. Trzydzieści pięć pacjentek z grupy dziewięćdziesięciu jeden z rozpoznaniem AN uzyskało punktację powyżej punktu odcięcia na skali ADOS-2 i ta grupa

chorych jednocześnie wykazała statystycznie istotnie wyższy poziom sztywności poznawczej oraz większą ilość błędów perseweracyjnych w teście Wisconsin, niż pacjentki, które osiągnęły niższą punktację w ocenie nasilenia objawów spektrum autyzmu. Nie odnotowano różnic statystycznie istotnych między grupami chorych w wykonaniu testu Figury Rey-Osterrieth [77].

Dotychczasowe badania nie potwierdzają jednoznacznie, iż deficyty natury emocjonalnej i społecznej w anoreksji są konsekwencją neurorozwojowego podłoża autyzmu [75, 76].

### **Oddziaływania terapeutyczne mające na celu poprawę funkcjonowania społecznego chorych z zaburzeniami odżywiania**

---

Poznanie społeczne zaliczane jest do funkcji poznawczych i pełni rolę mediatora pomiędzy sferą poznawczą a funkcjonowaniem społecznym [40]. Prawidłowe funkcjonowanie na płaszczyźnie społecznej, z zachowanymi adekwatnymi mechanizmami percepcji emocji i dobrą detekcją sygnałów społecznych, sprzyjają rozwojowi właściwej komunikacji społecznej, co w konsekwencji przekłada się na budowanie prawidłowych relacji interpersonalnych.

Jednym ze stworzonych w Polsce treningów ukierunkowanych na rehabilitację poznawczą osób z jądłowstrętem psychicznym jest Trening Społecznego Poznania i Neuropoznania (TSPiN) [38], wpisujący się w obowiązujący w Europie i w Stanach Zjednoczonych trend tworzenia sprofilowanych programów terapeutycznych, ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania poznawczego w szeregu chorób i zaburzeń psychicznych z neuropsychiatryczną komponentą objawów [15, 32, 53, 81]. Polska wersja TSPiN jest programem interdyscyplinarnym, który powstał na bazie programów terapeutycznych, takich jak SCIT (*Social Cognition and Interaction Training*) oraz CRT (*Cognitive Remediation Therapy*). U swych podstaw te programy czerpią z podstawowych założeń terapii poznawczo-behawioralnej oraz wykorzystują elementy Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ), Treningu Rozwiązywania Problemów (*Problem Solving Therapy*) oraz Treningu Metapoznawczego (*Meta-Cognitive Training*). Autorki polskiej wersji przyjęły rekonstrukcję za najbardziej optymalną formę adaptacji SCIT i CRT, przy uwzględnieniu adaptacji kulturowej. Trening Społecznego Poznania jest przeznaczony dla osób dorosłych, mających trudności w relacjach interpersonalnych, będących skutkiem procesów chorobowych.

## Podsumowanie

W ostatnich latach coraz większe znaczenie w patogenezie zaburzeń odżywiania przypisuje się zaburzeniom percepcji emocji, teorii umysłu, empatii, mentalizacji oraz stylu atrybucyjnego. Istnieją dowody wskazujące na to, że wyżej wymienione deficyty są znacznie nasilone w ostrych stadiach choroby lub w chorobie o przewlekłym przebiegu, jako konsekwencja utrzymującego się niedożywienia mózgu. Osoby chore na zaburzenia odżywiania często doświadczają trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym przed wystąpieniem zaburzenia, a trudności te mogą utrzymywać się po wyzdrowieniu [43]. Dlatego celowe wydaje się prowadzenie badań, które wskazałyby jednoznacznie na występowanie opisanych powyżej deficytów, a tym samym pozwoliłyby na stworzenie skuteczniejszych programów terapeutycznych w grupie osób chorujących.

## PIŚMIENNICTWO

1. Abbate-Daga G., Gramaglia C., Amianto F. i wsp., *Attachment insecurity personality, and body dissatisfaction in eating disorders*, J. Nerv. Men. Dis. 2010; 198(7): 520–524.
2. Adenzato M., Todisco P., Ardito R.B., *Social cognition in anorexia nervosa: Evidence of preserved Theory of Mind and impaired emotional functioning*, PLoS ONE 7; 8: e44414.
3. Barnes M.A., Caltabiano M.L., *The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style*, Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity 2017; 22(1): 177–184.
4. Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U., *Does the autistic child have a “theory of mind”?*, Cognition 1985; 1: 37–46.
5. Bateman A., Fonagy P., *Psychotherapy for borderline personality disorder*, Oxford: Oxford University Press, 2005.
6. Benes F.M., *Brain development, VII. Human brain growth spans decades*, Am. J. Psychiatry 1998; 155(11): 1489.
7. Białek A., *Patrz, gdzie patrzę. Psychologiczne aspekty podejmowania cudzej perspektywy*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2010.
8. Białek A., *Podejmowanie perspektywy epistemicznej przez osoby w różnym wieku*, Psychologia Społeczna 2011, 63(18): 185–201.
9. Bolte S., Poustka F., *The recognition of facial affect in autistic and schizophrenic subjects and their first-degree relatives*, Psychol. Med. 2003; 33(5): 907–915.
10. Borkowska A., Domańska A., *Neuropsychologia kliniczna dziecka – wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006.
11. Bowlby J., *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, Basic books, 2008.

12. Brownell H., Griffin R., Winner E. i wsp., *Cerebral lateralization and theory of mind* [w:] Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D. (eds.), *Understanding other minds*, second edition, Oxford: Oxford University Press, 2000.
13. Brüne M., Schaub D., *Mental state attribution in schizophrenia: What distinguishes patients with „poor” from patients with „fair” mentalising skills?*, Eur. Psychiatry 2012; 27(5): 358–364.
14. Caglar-Nazali H.P., Corfield F., Cardi V. i wsp., *A systematic review and meta-analysis of ‘Systems for Social Processes’ in eating disorders*, Neurosci. Biobehav. Rev. 2014; 42: 55.
15. Cappa S.F., Benke T., Clarke S. i wsp., *EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force*, Eur. J. Neurol. 2005; 12(9): 665–680.
16. Casey B.J., Trainor R., Giedd J. i wsp., *The role of the anterior cingulate in automatic and controlled processes: a developmental neuroanatomical study*, Dev. Psychobiol. 1997; 30(1): 61–69.
17. Castro-Fornieles J., Bargallo N., Lazaro L., *A cross-sectional and follow-up voxel-based morphometric MRI study in adolescent anorexia nervosa*, J. Psychiatr. Res. 2009; 43(3): 331–340.
18. Cole-Detke H., Kobak R., *Attachment processes in eating disorder and depression*, J. Cons. Clin. Psychol. 1996; 64(2): 282.
19. Davies H., Schmidt U., Stahl D. i wsp., *Evoke facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa*, Int. J. Eat. Disord. 2011; 44: 531–539.
20. Dmitrzak-Węglarz M., Jaracz J., Słopień A. i wsp., *Zaburzenia rozpoznawania emocji u chorych na jadłowstręt psychiczny w okresie adolescencji*, Neuropsychiatr. Neuropsychol. 2010; 5(2): 71–78.
21. Fairburn C.G., Harrison P.J., *Eating disorders*, The Lancet 2003; 361(9355): 407–416.
22. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R., *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment*, Behav. Res. Ther. 2003; 41(5): 509–528.
23. Fonagy P., Target M., Steele H. i wsp., *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*, London: University College London, 1998: 161–62.
24. Frank G.K., Bailer U.F., Henry S. i wsp., *Neuroimaging studies in eating disorders*, CNS Spectr. 2004; 9(7): 539–548.
25. Frank G., Shott M., Hagman J.O. i wsp., *Localized brain volume and white matter integrity alterations in adolescent anorexia nervosa*, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2013; 52(10): 1066–1075.
26. Frye D., Ziv M., *Teaching and Learning as Intentional Activities* [w:] Bruce D. Homer, Catherine S. Tamis-LeMonda (eds.), *The Development of Social Cognition and Communication*, Psychology Press, 2012.
27. Giordano G.D., Renzetti P., Parodi R.C. i wsp., *Volume measurement with magnetic resonance imaging of hippocampus-amygdala formation in patients with anorexia nervosa*, J. Endocrinol. Invest. 2001; 24(7): 510–514.
28. Golden N.H., Ashtari M., Kohn M.R., *Reversibility of cerebral ventricular enlargement in anorexia nervosa, demonstrated by quantitative magnetic resonance imaging*, J. Pediatr. 1996; 128(2): 296–301.
29. Hancock S.D., Grant V.L., *Sexually dimorphic effects of postnatal treatment on the development of activity-based anorexia in adolescent and adult rats*, Dev. Psychobiol. 2009; 51(8): 679–695.



30. Happe F, Brownell H., Winner E., *Acquired 'theory of mind' impairments following stroke*, *Cognition* 1999; 70: 211–240.
31. Jansch C., Harmer C., Cooper M.J., *Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers*, *Eat. Behav.* 2009; 10(3): 184–191.
32. Johansson B.B., *Current trends in stroke rehabilitation. A review with focus on brain plasticity*, *Acta Neurol. Scand.* 2011; 123(3): 147–159.
33. Joos A., Kloppel S., Hartmann A., *Voxel-based morphometry in eating disorders: correlation of psychopathology with grey matter volume*, *Psychiatry Res.* 2010; 182(2): 146–151.
34. Kaye W.H., Fudge J.L., Paulus M., *New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa*. *Nat. Rev. Neurosci.* 2009; 10(8): 573–584.
35. Keating L., Tasca G.A., Hill R., *Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders*, *Eat. Behav.* 2013; 14(3): 366–373. doi: 10.
36. Keel P.K., Dorer D.J., Franko D.L. i wsp., *Post remission predictors of relapse in women with eating disorders*, *Am. J. Psych.* 2005; 162(12): 2263–2268.
37. Kinderman P., Bentall R., *The Clinical Implications of a Psychological Model of Paranoia* [w:] E. Sanavio (ed.), *Behavior and Cognitive Therapy Today: Essays in Honor of Hans J. Eysenck*, 1998.
38. Kucharska K., Wilkos E., Sawicka M., *Trening społecznego poznania i neuropoznania. Podręcznik terapeutyczny*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2013.
39. Kucharska-Pietura K., Nikolaou V., Masiak M. i wsp., *The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2004; 35: 42–47.
40. Kucharska-Pietura K., *Zaburzenia procesów społecznego poznania w schizofrenii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2008.
41. Kuipers G.S., van Loenhout Z., van der Ark L.A. i wsp., *Attachment insecurity, mentalization and their relation to symptoms in eating disorder patients*, *Attachment & human Development* 2016; 18(3): 250–272.
42. Lena S.M., Fiocco A.J., Leyenaar J.K., *The role of cognitive deficits in the development of eating disorders*, *Neuropsychol. Rev.* 2004; 14: 99–113.
43. Leung N., Price E., *Core beliefs in dieters and eating disordered women*, *Eat Behav.* 2007; 8(1): 65–72.
44. Leppanen J., Cardi V., Paloyelis Y. i wsp., *fMRI Study of Neural Responses to Implicit Infant Emotion in Anorexia Nervosa*, *Front. Psychol.* 2017; 8: 780. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00780. eCollection 2017.
45. Meyer C., Leung N., Barry L. i wsp., *Emotion and eating psychopathology: Links with attitudes toward emotional expression among young women*, *Int. J. Eat. Disord.* 2010; 43: 187–189.
46. Nunn K., Frampton I., Gordon I. i wsp., *The fault is not in her parents but in her insula – a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa*, *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2008; 16(5): 355–360.
47. Nunn K., Fugle T.S., Frampton I. i wsp., *Do abnormalities in regional cerebral blood flow in anorexia nervosa resolve after weight restoration?*, *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2011; 19: 55–58.
48. Oldershaw A., DeJong H., Hambrook D. i wsp., *Emotional processing following recovery from anorexia nervosa*, *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012; 20(6): 502–509.
49. Pedersen S.H., Lunn S., Katznelson H. i wsp., *Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa*, *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012; 20(4): 303–310.

50. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. i wsp., *Social cognition in schizophrenia*, Psychol. Bull. 1997; 121: 114–132.
51. Perner J., Wimmer H., *John thinks that Mary thinks that...': Attribution of secondorder beliefs by 5- to 10-year-old children*, J. Exp. Child Psychol. 1985; 39: 437–471.
52. Purcell S., Daly M.J., Sham P.C., *WHAP: haplotype-based association analysis*, Bioinformatics 2007; 23(2): 255–256.
53. Roberts D.L., Penn D.L., *Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study*, Psychiatry Res. 2009; 166(2): 141–147.
54. Rosenberg E.L., Ekman P., *Coherence between expressive and experiential systems in emotion*, Cogn. Emot. 1994; 8: 201–229.
55. Rothschild-Yakar L., Levy-Shiff R., Fridman-Balaban R. i wsp., *Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behaviour*, J. Nerv. Mental Dis. 2010; 198(7): 501–507.
56. Russell T.A., Schmidt U., Doherty L. i wsp., *Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind*, Psychiatry Res. 2009; 168: 181–185.
57. Saxe R., Xiao D.K., Kovacs G. i wsp., *A region of right posterior superior temporal sulcus responds to observed intentional actions*, Neuropsychologia 2004; 42: 1435–1446.
58. Skårderud F., *Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa – theory*, Eur. Eat. Disord. Rev. 2007; 15(4): 243–252.
59. Swazey V.W., Andersen A.E., Andreasen N.C., *Brain tissue volume segmentation in patients with anorexia nervosa before and after weight normalization*, Int. J. Eat. Disord. 2003; 33(1): 33–44.
60. Śmiech A., Rabe-Jabłońska J., *Strukturalne i czynnościowe odchylenia w badaniach neuroobrazowych u osób chorych na jadłowstręt psychiczny*, Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(1): 17–21.
61. Tasca G.A., Balfour L., *Attachment and eating disorders: A review of current research*, Inter. J. Eat. Dis. 2014; 47(7): 710–717.
62. Tasca G.A., Kowal J., Balfour L. i wsp., *An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder*, Eating Behaviors 2006; 7(3): 252–257.
63. Tasca G.A., Szadkowski L., Illing V. i wsp., *Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies*, Personality and Individual Differences 2009; 47(6): 662–667.
64. Tchanturia K., Serpell L., Troop N. i wsp., *Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles*, J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2001; 32(3): 107–115.
65. Tchanturia K., Hambrook D., Curtis H. i wsp., *Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa*, Compr. Psychiatry 2013; 54(1): 41–45.
66. Tchanturia K., Lock J., *Cognitive remediation therapy for eating disorders: development, refinement and future directions*, Curr. Top. Behav. Neurosci. 2011; 6: 269–287.
67. Tchanturia K., Happe F., Godley F. i wsp., *Theory of mind in anorexia nervosa*, Eur. Eat. Disord. Rev. 2004; 12: 361–366.
68. Tomasello M., Carpenter M., Call J. i wsp., *Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition*, Behavioral and brain sciences 2005; 28: 675–735.
69. Treasure J., Claudino A.M., Zucker N., *Eating disorders*, Lancet 2010; 375(9714): 583–593.
70. Treasure J., Lopez C., Roberts M., *Endophenotypes in eating disorders: Moving toward etiologically based diagnosis and treatment focused on pathophysiology*, Pediatr. Health 2007; 1: 171–181.

71. Troisi, A., Di Lorenzo G., Alcini S. i wsp., *Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment*, *Psychosomatic Medicine*, 2006; 68(3): 449–453.
72. Ty M., Francis A. J., *Insecure attachment and disordered eating in women: The mediating processes of social comparison and emotion dysregulation*, *Eating Disorders*, 2013; 21(2): 154–174.
73. Uher R., Brammer M.J., Murphy T. i wsp., *Recovery and chronicity in anorexia nervosa: brain activity associated with differential outcomes*, *Biol. Psychiatry* 2003; 54(9): 934–942.
74. Wagner A., Aizenstein H., Mazurkewicz L. i wsp., *Altered insula response to a taste stimulus in individuals recovered from restricting type anorexia nervosa*, *Neuropsychopharmacology* 2008; 33(3): 513–523.
75. Westwood H., Tchanturia K., *Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: an updated literature review*, *Curr. Psychiatry Rep.* 2017; 19(7): 41. doi: 10.1007/s11920-017-0791-9.
76. Westwood H., Mandy W., Tchanturia K., *Clinical evaluation of autistic symptoms in women with anorexia nervosa*, *Mol. Autism.* 2017; 16; 8:12. doi: 10.1186/s13229-017-0128-x. eCollection 2017.
77. Westwood H., Mandy W., Tchanturia K., *The association between symptoms of autism and neuropsychological performance in females with anorexia nervosa*, *Psychiatry Res.* 2017; 6. pii: S0165-1781(17)30380-3. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.005.
78. Wonderlich S.A., Lilenfeld L.R., Riso L.P. i wsp., *Personality and anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2005; 37 Suppl: 68–71.
79. Vitousek K., Manke F., *Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, *J. Abnorm. Psychol.* 1994; 103.1: 137.
80. Wonderlich S.A., Crosby R.D., Joiner T. i wsp., *Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological and genetic correlates*, *Psychol. Med.* 2005; 35(5): 649–657.
81. Wykes T., Reeder C., *Cognitive remediation therapy for schizophrenia: an introduction*, New York, NY: Brunner-Routledge, 2005.
82. Zachrisson H.D., Skårderud F., *Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders*, *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2010; 18(2): 97–106.
83. Zonnevillje-Bender M.J., van Goozen S.H., Cohen-Kettenis P.T. i wsp., *Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning?*, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 11: 38–42.
84. Żukiel R., Nowak S., Jankowski R. i wsp., *Umiejscowienie duszy – od klasycznych poglądów do mózgowych sieci neuronalnych wysokiej hierarchii. Część III. Wiek XXI. Neuroskop* 2011; 13: 31–46.



# METODA INTEGRACYJNA MUZYKOTERAPII I PSYCHODRAMY W LECZENIU ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

---

**Elżbieta Galińska**

---

Zaburzenia odżywiania są rezultatem oddziaływania wielu czynników, np. obrazu samego siebie, perfekcjonizmu, trudności interpersonalnych, zaburzeń afektywnych (nietolerancja zmian nastroju [10] czy współistniejących chorób [52, 53, 10]. Złożoność psychopatologii tych zaburzeń wymaga zastosowania kombinacji różnych form leczenia [55, 11].

## Mechanizmy psychologiczne zaburzeń odżywiania

Doświadczenia traumy relacyjnej, traumatycznego przywiązania [67], opuszczenia, zaniedbania emocjonalnego, parentyfikacji roli dziecka [65], a także przemocy psychicznej i fizycznej, w tym seksualnej [64,49] doznawane w dzieciństwie przez osoby z ZO, wpływają na ich rozwój poznawczy i emocjonalny. Upośledzeniu ulegają procesy regulacji emocjonalnej, wskutek czego pacjenci z ZO mają utrudniony dostęp do własnych przeżyć, zarówno w zakresie ich identyfikowania i rozumienia, jak i prawidłowej ekspresji i skutecznego ich rozładowywania. Wiąże się to z określonymi deficytami emocjonalnymi, np. słabą empatią, aleksytymią, dysocjacją [56, 38, 6, 76], tendencjami depresyjnymi, a nawet cechami anhedonii, zwłaszcza społecznej [60, 43]. Wymienione

deficyty mają funkcję psychologicznych mechanizmów obronnych, zmienionych w stosunku do bezpiecznego rozwoju. Osłabiają one własną tożsamość [67], a także zaburzają proces rozwoju zdolności do mentalizowania, a tym samym zarządzania pobudzeniem afektywnym i emocjami [76]. Skutkuje to niestabilnością uczuciową i fizjologiczną [67, 76]. Pojawia się patologiczna regulacja emocji za pomocą objawów chorobowych, np. somatyzacji emocji negatywnych i zachowań autodestrukcyjnych [41, 58]. Chodzi tu o przekierowywanie bolesnych emocji z figury przywiązania na jedzenie i na własne ciało, w formie wstępu i wstydu wobec samego siebie, wobec własnego ciała i jedzenia [11, 55, 46]. Z kolei objadanie się i wymiotowanie używane jest, gdy *self* stoi w obliczu zalewających, przytłaczających emocji, ponieważ te objawy mogą redukować fizjologiczne doświadczenie negatywnego afektu [39, 11]. W ten sposób osoby z ZO radzą sobie z agresją, lękiem, depresją czy z zapełnianiem pustki i zapotrzebowaniem na bliskość. Objawy ZO rozpatrywane są bowiem jako odzwierciedlenie procesu zaburzeń przywiązania: rytualizowanych sposobów negowania potrzeb oraz ekstremalnych żądań uwagi [Rosenfeld za: 55, 69], przy czym teorię przywiązania A.Schore [67] widzi jako teorię regulacyjną. Emocje są „przywiązane” do doświadczeń jedzenia lub niejedzenia, pokarm może być substytutem brakującej bliskości z rodzicem lub wyrazem nienawiści do niego (zob. technikę psychodramatyczną „Atomu żywieniowego”) [3, 8]. Dlatego uważa się, że reparacyjne odgrywanie np. w psychodramie doświadczeń wczesnego przywiązania jest fundamentalne dla leczenia zaburzeń odżywiania [8].

Badania wskazują na silne tłumienie emocji negatywnych z lęku przed odrzuceniem ze strony znaczących osób. W odniesieniu do anoreksji mówi się o „wyciszeniu Ja”, „*silencing the self*” [36]<sup>1</sup>, „o świecie w kolorze białym”, który jest pusty, czysty, niepokalany [66, 55]. Osoby z AN często nie uważają siebie za uprawnione do bycia „emocjonalną” istotą ludzką (bardzo zaniżona samoocena, a zawyżona ocena innych; „ja jestem zła, bezwartościowa, inni są niezwykle ważni”) [10, 36, 11]. Gniew spostrzegają jako „niebezpieczny” i „szkodliwy”, podczas gdy ekspresję smutku – jako oznakę „słabości”. Gniew osób z AN rozpatrywany jest jako ego dystoniczny, a zatem oderwany od poczucia

---

<sup>1</sup> Podobne zjawisko, zaobserwowali Stephen Paige i współpr. [59] u osób z PTSD, w badaniach potencjałów wywołanych w reakcji na hałasy, które nazwali czymś w rodzaju „tłumika”. Uruchomione hamujące pętle sprzężenia zwrotnego tłumili ich zdaniem toniczny stan nadmiernego pobudzenia [75].

self [11]. Pomimo negacji gniewu, osoby z AN wykazują wyższy poziom stanu złości i tłumienia gniewu w porównaniu z grupą kontrolną [73, 37]. Styl regulacji emocjonalnej u osób z AN polega zatem na zapobieganiu ekspresji emocji negatywnych, a z drugiej strony na zarządzaniu nimi poprzez „sprzężenie emocjonalne” (*emotion coupling*)<sup>2</sup> [11]. Chodzi tu o sprzężenie tłumionego gniewu i obrzydzenia (*disgust*) do siebie, co wpływa na zniekształcenie percepcji obrazu własnego ciała. Sprzężenie to włącza zatem obraz ciała, przy czym nie jest pośredniczone przez depresję i lęk. Po indukcji gniewu wzrastał istotnie poziom obrzydzenia i przeceniania wielkości własnego ciała [11]. Tego rodzaju „sprzężenie” podtrzymuje objawy zaburzeń odżywiania.

### **Neurobiologiczne podstawy dla leczenia przeżyciowego a integracyjne modele leczenia zaburzeń odżywiania**

Dokonany tu przegląd ważnych zagadnień dla psychoterapii ZO wskazuje, że potrzebna jest praca emocjonalna, praca nad procesami regulacji emocjonalnej, nad doświadczeniami traumy relacyjnej związanej z wczesnymi pozabezpiecznymi stylami przywiązania, nad obrazem siebie i poczuciem tożsamości oraz nad relacjami społecznymi. Nie są w stanie sprostać tym potrzebom metody psychoterapii grupowej i indywidualnej, operujące medium werbalnym. Badania neurobiologiczne wskazują bowiem na to, że upośledzona zostaje zdolność do werbalizacji doświadczeń traumatycznych zlokalizowanych w niewerbalnej prawej półkuli mózgu [54, 67]. Są one objęte amnezją dysocjacyjną i co najwyżej dochodzą do głosu w sposób zdeintegrowany, nieuświadomiony i niezrozumiały, w postaci „przebłysków” (*flashbacks*) pamięci, intruzywnych obrazów, koszmarów sennych oraz nadmiernej reaktywności na pewne wyzwalacze [67, 76, 8]. U osób z ZO uszkodzona zostaje zdolność do samouspokajania się, która wiązana jest z rozwinięciem zdrowego nerwu błędnego w „empatycznym zestrojeniu i rezonansie limbicznym” opiekuna z dzieckiem (zob. The Polyvagal Theory) [62, 74, 8]. Trudności w dostępie do urazowych przeżyć wynikają zarówno ze zmniejszenia komunikacji międzypółkulowej, jak i z cyklicznego przechodzenia od sterowanego przez układ współczulny

---

<sup>2</sup> Jest to aktywacja kognitywnych dróg (*routes*) wywoływania emocji, która zachodzi na poziomie nieświadomym w ciągu milisekund od zdarzenia wyzwalającego [11]

nadmiernego pobudzenia prawej półkuli (zalew emocji) do sterowanej przez układ przywspółczulny dysocjacji, unikania i znieczulającego odrętwienia [67], w tym dezaktywacji obszaru Broki – ośrodka ruchowego mowy w lewej półkuli, wskutek czego zostaje zablokowana zdolność do werbalizacji [76, 8]. Być może tego rodzaju zaburzona naprzemienna regulacja prowadzi do migracji diagnostycznej obserwowanej w zaburzeniach odżywiania [10]. Dlatego dla pracy nad procesami emocjonalnym, a zwłaszcza dla terapii traumy, także w przypadku pacjentów z ZO, konieczne są metody i modele leczenia przeżyciowego, które używają zarówno interwencji niewerbalnych, jak i werbalnych w celu integrowania mózgu [54]. Oto kilka przykładów integracyjnego leczenia przeżyciowego: *The Therapeutic Spiral Model* Hudgins [3], który integruje Analizę Transakcyjną Berne'a z psychodramą, psychodrama zintegrowana z ujęciem systemowym [7] oraz teorią relacji z obiektem [46], terapia schematów J.E. Younga łącząca terapię poznawczą z technikami doświadczeniowymi, zwłaszcza ukierunkowanymi na emocjonalne przepracowanie traumy [2], a w przypadku muzykoterapii – połączenie podejścia psychoanalitycznego z psychoterapią ukierunkowaną na zasoby oraz koncepcją dostosowania się do potrzeb pacjenta i motywacyjnego dostrojenia się Klausa Grawe [4]<sup>3</sup>.

Koncepcje leczenia integracyjnego w ZO obejmują: modele neurobiologiczne, np. AN [44], w tym „interpersonalną neurobiologię”, podkreślającą ważność relacji społecznych dla kształtowania rozwoju mózgu [70] i psychologiczne, np. integracyjne modele terapii, zwłaszcza poznawczej [10, 47, 78], np. w odniesieniu do bulimii [75] oraz integracyjne modele emocji i zaburzeń emocjonalnych, np. SPAARS-ED Foxa i Powera (akronim *Schematic, Propositional, Analogical and Associative Representation Systems in eating disorders*) [12]. Model ten poszerza rozumienie procesu poznania o różne, multimodalne formy reprezentacji zdarzeń (oprócz słownych, wizualne, dotykowe, smakowe, węchowe, np. w odniesieniu do jedzenia), docierając do złożonych znaczeń pozajęzykowych (*above more „verbal expressible propositional concepts”*) [47],

---

<sup>3</sup> Nurt integracyjny psychoterapii nie stawia sobie na celu tworzenia nowych metod, lecz „promowanie dialogu między teoretykami, badaczami i klinicystami zainteresowanymi w rozpowszechnianiu **tradycyjnych** dróg myślenia na temat psychoterapii poprzez eksplorowanie zarówno podobieństw, jak i różnic między różnymi szkołami psychoterapii i różnymi modalnościami terapeutycznymi (np. terapią indywidualną, grupową, terapią par i rodzin)” – cytata ze wstępnego przemówienia J.D. Safrana i W. Hubera otwierającego I Międzynarodowy Kongres SEPI (Society for Exploration of Psychotherapy Integration) w 1991 r. w Londynie [19].



do których ma się dostęp jedynie w doświadczeniu klinicznym [11]<sup>4</sup>. Ma to znaczenie dla terapii pacjentek z ZO, gdzie wiedza, że nie jestem „tłusta” nie zmienia faktu, że „odczuwam, że jestem tłusta i czuję obrzydzenie do siebie” [11], gdzie skutek traumy zdarzenia kodowane są na poziomie sensoryczno-motorycznym i afektywnym, natomiast zablokowane jest kodowanie werbalne, gdyż lęk blokuje proces semantyzacji [76]. SPAARS-ED jako model schematowego przetwarzania informacji obejmuje nie tylko aspekt emocji, ale także rdzenne przekonania na temat siebie i innych oraz nastawienie wobec świata.

### **Muzykoterapia i psychodrama jako przeżyciowe i ekspresyjne techniki psychoterapii**

W pierwszej amerykańskiej monografii z 1989 r., dotyczącej „przeżyciowego leczenia” w zaburzeniach odżywiania, L. Hornyak i E. Baker [45] zwracają uwagę na trudność werbalnego zdefiniowania zjawiska niewerbalnego. Z tego względu w literaturze raczej podkreślano wartość i funkcje terapii przeżyciowych, niż je definiowano. Hornyak i Baker definiują je „jako techniki leczenia, oparte na zasadach (*principles*) psychologicznych, rozwinięte i używane w celu zwiększania u klienta świadomości własnych uczuć, percepcji, kognicji i wrażeń doświadczanych w danym momencie”. „Leczenie przeżyciowe” włącza zwykle pewien stopień działania klienta albo fizycznego albo wyobrażeniowego” (s. 3). Redaktorki omawianej monografii oprócz tradycyjnie włączanej tu terapii sztuką, muzykoterapii, poezji, dramy i tańca dodają także dla leczenia bulimii – hipnozę i rzeźbienie rodziny (*family sculpting*) oraz dla AN – aktywności strukturuwanego jedzenia, a także użycie metafor i poezji ze względu na to, że ekspresja ich ciała ma charakter metaforyczny. Podkreślają ponadto, że ten typ pracy klinicznej może wywoływać intensywne reakcje emocjonalne zarówno u klienta, jak i u terapeuty<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Nasuwa się tu skojarzenie z multimodalnym modelem terapii BASIC ID A. Lazarusa, który nie ogranicza się do modalności zmysłowych, lecz traktuje je jako wymiary osobowości i wymienia 7 modalności: Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, Interpersonal, Drugs/Health (wymiar biochemiczny/neurofizjologiczny) [42].

<sup>5</sup> Należy jednak mieć świadomość, że nie każde zastosowanie ww środków, np. muzyki, ma charakter terapii, aczkolwiek może być pożyteczne. Dlatego należy rozróżnić zdrowy styl życia, techniki samopomocowe od działań prowadzonych przez terapeutę wyspecjalizowanego w danej metodzie [16].

Zarówno w odniesieniu do muzykoterapii, jak i psychodramy współcześnie dominują [8, 46] podejścia ukierunkowane na aktywację osobistych zasobów klienta, przy czym sama muzykoterapia traktowana jest jako kreatywny zasób zdrowia, który podtrzymuje życie, witalizując pacjenta [68, 72, 4]. Muzyka użyta jako narzędzie terapeutyczne pozwala zwielokrotnić przeżywanie do takiego poziomu, że staje się ono zauważalne dla wytłumionych pacjentów z deficytami emocjonalnymi, napełniając ich świat bogactwem kolorów i życiem [26]. Liczne badania neurobiologiczne związane z wykorzystaniem technik obrazowania mózgu udowadniają, że trening muzyczny ma niezwykle silny i pozytywny wpływ na plastyczność mózgu (przeгляд badań) [34]. Jest on bowiem zarazem treningiem sieci neuronowej odpowiedzialnej za wielomodalny odbiór i sensomotoryczną integrację nerwową. Chodzi tu o dolny czołowy zakręt mózgu (*inferior frontal gyrus*), zwykle odnoszony do rejonu Broki (system neuronów lustrzanych [1]). Może mieć to duże znaczenie zwłaszcza dla pacjentek z AN, które cechuje nie tylko sztywność poznawcza, lecz także deficyty wynikające z zaników głodowych w mózgu. Rozwijanie spontaniczności, witalności i kreatywności jest warunkiem zdrowia psychicznego wg teorii psychopatologii Moreno [77]. W odniesieniu do ZO działania takie rozluźniają postawę perfekcjonistyczną oraz autyzm i sprzyjają wzmacnianiu sprężystości psychicznej (*resiliency*), jako elastyczności adaptacyjnej, tj. zdolności dostosowania poziomu kontroli impulsów do sytuacji wg Blocka [48].

Muzykoterapia (MT) i psychodrama (PD) są metodami przeżyciowymi i ekspresyjnymi. Wykorzystują wiedzę psychologiczną dotyczącą emocji, ról, tożsamości, rozwoju psychicznego oraz psychopatologii. Obszarem oddziaływań psychodramy jest w dużym stopniu własne ciało, aczkolwiek gra na instrumencie muzycznym również angażuje ciało i diagnozuje jego stan. Praca z ciałem jest ważna, bo – jak mówi Moreno – „*The body remembers what the mind forgets*”. Unikatowa forma diagnozy i terapii przy pomocy psychodramy wynika z tego, że pacjent nie opowiada o własnym życiu, lecz odgrywa je i przeżywa na scenie. Psychodrama jest zatem metodą działania. Zakłada się w niej, że zmianę tworzy działanie, a nie analiza [8]. W obu metodach terapia i wgląd zachodzą poprzez silne przeżywanie, które prowadzi do *katharsis*, rozumianego przez Moreno nie tylko jako oczyszczenie się z emocji negatywnych, ale i napełnienie się pozytywnymi. Obie metody stosują multimodalne, metaforyczne interwencje, dzięki czemu omijają zachowania obronne i umożliwiają poznanie procesów psychicznych i zachowań ukrytych, niedostępnych samemu pacjentowi, w sposób jasny, słuchowy, obrazowy i wizualny [15, 24,

13, 26]. Metaforyczne interwencje stosuje zwłaszcza MT jako metoda projekcyjna, która dociera do niedostępnych dla technik werbalnych emocji, treści i obszarów osobowości. Rozwija przy tym uszkodzoną u wszystkich pacjentek z ZO zdolność myślenia symbolicznego i fantazjowania, wskutek „sklejonej” relacji matka-córka, niepozostawiającej przestrzeni, w której mogłyby się tworzyć symbole [55, 57]. Deficyt ten kompensowany jest zwłaszcza u pacjentek ZO z osobowością *borderline*, zachowaniami typu impulsywnego, destrukcyjnego rozładowywania napięcia poprzez uszkodzenia ciała [17, 27, 18, 32, 31]. Niemożność gratyfikacji poprzez fantazję w świetle teorii relacji z obiektem wyjaśniana jest uformowaniem się u dziecka fałszywego *self*, czyli usztywnieniem psychiki i odcięciem jej od własnych potrzeb wskutek skumulowanej traumy zob. Kahn, 1962 za: [18].

### **Własna metoda integracyjna muzykoterapii i psychodramy zaburzeń odżywiania**

Prezentowana tu metoda stanowi połączenie muzykoterapii społeczno-poznawczej [20, 13] integrowanej z teorią relacji z obiektem [17, 27, 18], niekiedy z technikami gestaltowskimi (np. „lektury ciała”, „muzycznej mapy ciała”), czy z psychorysunkiem oraz psychodramy Morenowskiej, głównie biograficznej, reparacyjnej (podejście psychodynamiczne, systemowe i socjometryczne) [31, 29, 31, 19, 22]<sup>6</sup>. Powstała z własnej metody „portretu muzycznego” (PM), który obejmował zespół technik stałych i sytuacyjnych (ekspresyjnych – z użyciem instrumentów muzycznych i percepcyjnych, opartych na mechanizmie percepcji muzyki) i dotyczył pracy nad zaburzoną strukturą Ja, nad tożsamością pacjenta (atrybuty Ja, repertuar i sposób pełnienia ról, stosunek do własnego ciała). Wśród technik percepcyjnych kluczową i stałą techniką było „lustro” muzyczne struktury Ja pacjenta w postaci kolażu muzycznego (translacja osobowości pacjenta na muzykę, dokonywana przez terapeutę i prezentowana portretowanemu pacjentowi podczas MT grupowej); por. Galińska [20, 15, 28,

---

<sup>6</sup> Autorka jest jednym z pionierów muzykoterapii w Polsce, stworzyła dziedzinę muzykoterapii klinicznej w odniesieniu do zaburzeń psychicznych w Klinice Nerwic (kier. prof. S. Leder) i w I Klinice Psychiatrycznej (kier. prof. J. Jaroszyński) Instytutu Psychiatrii i Neurologii i prezentowała ją podczas szkoleń w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Posiada certyfikat psychoterapii Sekcji Naukowej Psychoterapii Pol. Tow. Psychiatr., certyfikat Psychodrama Institut für Europa (PIfE) oraz certyfikat z zakresu psychoterapii ciała Ecole Européenne de Psychothérapie Socio- et Samato-Analytique w Strasburgu.

13, 33, 21, 22]. Około 1995–1998 r. zamiast kolażu muzycznego została wprowadzona psychodrama biograficzna i reparatorna.

Coraz większa liczba badaczy dostrzega, że niektóre nurty psychoanalityczne, np. teoria relacji z obiektem, zajmują się tymi samymi zjawiskami, co społeczna psychologia poznawcza (por. koncepcję Ukierunkowań Ja Higginsa<sup>7</sup> jako integrację paradygmatu społeczno-poznawczego i teorii relacji z obiektem [61], a także artykuł Drat-Ruszczuk [9]). Pojęciami, które integrują teorię relacji z obiektem z prezentowaną tu muzykoterapią i psychodramą morenowską, są: „relacyjność”, „więź emocjonalna”, „pierwotny patologiczny wzorzec relacji z matką i jego uwewnętrznienie” (M. Klein). Odpowiednikiem tego u Moreno jest „patologiczna intrapsychiczna matryca”, składająca się z obrazu siebie w relacji z wewnętrznymi obiektami [46]. Jest to pierwotny wzór myślenia, odczuwania i zachowania się pacjenta związany często z traumą, a więc z lękiem i zahamowaniem spontaniczności. Z wzorca tego wyrasta rola ofiary (lub ukrytego agresora, zob. niżej). Definicja ta związana jest z *locus, matrix* i *status nascendi* – koncepcją tożsamości Moreno [32, 14].

Kolejnym wspólnym pojęciem jest „reparacja” – w języku M. Klein jest to przemiana „złego” obiektu w „dobry” i introjekcja tego „dobrego” obiektu [27], w języku Moreno – jest to „re-matrycyzacja” zachodząca w tzw. „poszerzonej rzeczywistości” („surplus reality”), w której uzupełnia się deficyty rozwojowe oraz buduje nowe wzorce zachowań i wartości [17, 27, 32, 29, 14]. Pacjent zyskuje tu także „dobre” obiekty i rozprawia się ze „złymi”. W języku psychologii społeczno-poznawczej jest to „naprawa” rozumiana jako przywrócenie zachwianej integralności Ja i tym samym wzmocnienie pewności siebie [9]. Wspólne zarówno dla teorii relacji z obiektem, jak i opisywanej muzykoterapii i psychodramy, jest podejście rozwojowe, kładące nacisk na formowanie się wczesnej traumatycznej lub destrukcyjnej relacji matka-dziecko, utrzymującej się w życiu dorosłym. W odniesieniu do metody „portretu muzycznego” chodzi o formowanie się zaburzonych relacyjnych modeli Ja [26, 31]. Relacyjny model Ja obejmuje łańcuch przyczynowo-skutkowy następujących składowych: przekazu rodzicielskiego i jego odbioru przez dziecko, wynikającej stąd strategii działania, pozycjonowania społecznego (7 pozycji zajmowanych w relacji z partnerem: „powyżej”, „poniżej”, „od”, „do”, „przeciw”, „obok” „poprzez”),

---

<sup>7</sup> Prof. psychologii Ewa Trzebińska dostrzegła podobieństwa między koncepcją Ja Higginsa a koncepcją Ja Galińskiej, leżącą u podłoża metody „portretu muzycznego” (informacja z bezpośredniego kontaktu).

roli społecznej i celu terapeutycznego, polegającego na inspiracji za pomocą muzyki (3 utwory dla pacjentów, 4 dla osób ze szkoleń) do stworzenia nowego modelu Ja [26, 31, 22], zob. niżej. „Relacyjność” jest pojęciem niezwykle ważnym dla Moreno, który, w odróżnieniu od współczesnych mu Freuda i Junga, ujmuje człowieka z perspektywy socjometrycznej i z tej interakcyjnej perspektywy tworzy nawet swoją teorię emocji. Nie mówi on o pojedynczych emocjach, takich jak radość, smutek, czy gniew, lecz o emocjach: *harmonijnych*, kiedy obie osoby odwzajemniają swoje uczucia, *dyszarmijnych*, kiedy ich nie odwzajemniają, *złamanych*, kiedy silna emocja jednej osoby styka się z obojętnością (murem) ze strony drugiej oraz *towarzyszących mimochodem*, kiedy osoba, np. patrząc na drugą z wściekłością, nie jest świadoma swoich emocji [77, 29]. Zostały tu wymienione wybrane wspólne pojęcia teoretyczne.

### **Struktura metody muzykoterapii łączonej z psychodramą**

Od momentu wprowadzenia psychodramy reparatornej do „portretu muzycznego” psychodrama zdominowała muzykoterapię w oczach pacjentów. Jest ona dla nich ważniejsza, bo jest bardziej konkretna niż muzykoterapia, „wchodzi w ich życie”, dotyczy pracy z rodziną i pozwala wreszcie na wyrażenie wprost zaległych emocji rodzicom i sprawcom ich krzywd (np. molestowania seksualnego) oraz dokonanie zmiany, a nawet przemiany siebie, np. odrodzenia kobiecości, czy męskości [17, 27, 18, 32]. Zajęcia trwają 2 h dla jednego pacjenta, który omawiany jest na tle i przy pomocy grupy. Metoda ta składa się z dwóch części:

1) **muzykoterapii** – diagnoza i regulacja zaburzonej struktury Ja z użyciem instrumentów muzycznych (m.in. „lustro” muzyczne pacjenta grane przez grupę, a także technika „kodowania muzycznego” E. Galińskiej [27], wprowadzająca jakby „implant rytmiczny” jako „muzyczny zarodek własnego Ja” [26], dający wewnętrzne oparcie w sobie w trudnych sytuacjach granych następnie podczas MT, a także przeciwdziałający tendencjom do „zlewania się” z inną osobą) oraz interpretacja projekcji wygenerowanych (uprzednio) przez dwa utwory muzyczne. Dotyczą one identyfikacji siebie z wyobrażoną postacią do dwóch utworów muzycznych: „z całej osobowości” oraz wycinkowej – z obszaru ciała i seksualności. Ponadto interpretacja narysowanych (uprzednio) bez muzyki aspektów obrazu Ja, z podaniem do każdego wizerunku siebie jego wieku emocjonalnego (zob. niżej). Część muzykoterapeutyczna ma na celu wyłonienie tematu psychodramy, pełni więc rolę rozgrzewki do niej.

2) **psychodramy**, najczęściej regresywnej, wzbogaconej o obsadzenie przez protagonistę ról instrumentami muzycznymi, niekiedy także o muzyczne scenki improwizacyjne, takie jak „ponowne narodziny”, czy „karmienie pierśią” (terminologia i struktura psychodramy morenowskiej) [26, 14]. W przypadku pacjentek z ZO, które są wysoko reaktywne, mają wysoki poziom lęku oraz „zalewającą” potrzebę bezpieczeństwa w procesie terapeutycznym [3, 8], regułą jest wprowadzenie roli *wsparcia* i *własnej siły* oraz niepowtarzanie dokładnie zdarzenia traumatycznego, żeby nie traumatyzować na nowo (zob. opis kolejnych kroków reparacyjnych działań – Galińska) [17, 27, 18, 32, 29]. Z tego względu wymienione wyżej badania [3, 8] wskazują na większe korzyści dla pacjentek z ZO z grania ról w cudzych psychodramach i z oglądania cudzych psychodram, niż z przeprowadzania własnych [8].

### **Instrument muzyczny jako rola psychodramatyczna**

Muzyka i instrument muzyczny rozumiane są tu jako nośnik informacji, znaczeń, emocji, symbolizują człowieka i sytuację społeczną [20, 24, 13, 26, 25], przy czym instrument muzyczny pełni ponadto rolę psychodramatyczną. Protagonista na scenie obsadza wszystkie role, czyli wszystkie *ego pomocnicze* instrumentami i przy *zamianie ról* z każdym ego pomocniczym jest ono prezentowane werbalnie i muzycznie, a tzw. *zdanie ogniskowe*, które wypowiada dana rola, jest także „wypowiadane” instrumentem muzycznym. W ten sposób widać, z których ról płyną do protagonisty „podwójne komunikaty” [17, 27, 18, 32]. Instrument pełni następujące funkcje:

- **diagnostyczną:**
  - jako nośnik cech człowieka: płci, wieku, potrzeb, emocji itd. (zob. Muzyczny Test Tożsamości autorstwa E.Galińskiej) [25]; np. pacjentka z AN i OCD dostrzegła, że dała bratu, który powiesił się 6 lat wcześniej, ten sam instrument, co sobie. Zrozumiała, że przejęła symbolicznie jego rolę męską, że „złała się” z nim, że „idzie także w kierunku śmierci” (nawet zaczęła uprawiać ryzykowny sport motocyklowy), że jest lojalna wobec brata i nie może żyć, skoro on umarł (por. rolę miłości romantycznej męczeńskiej, jako jeden z modeli Ja) [31, 22];
  - jako wskaźnik układu sił w rodzinie (np. ojciec może dostać mały dziecięcy instrument, a matka największy bęben lub talerze);
  - jako wskaźnik doświadczenia traumy, np. molestowania, gwałtu,

- aborcji, poronienia (wybierany jest zawsze ten sam zniszczony instrument z naderwaną membraną);
- jako wskaźnik „podwójnych komunikatów” przekazywanych z danej roli (rozbieżność między komunikatem werbalnym, a muzycznym);
- jako wskaźnik parentyfikacji, gdy protagonistka w roli małego dziecka trzyma dużo większy i cięższy instrument niż jej matka (w procesie psychodramy matka podejmuje swoją rolę, przejmując instrument „dorosły” i dając dziecku instrument zabawkę, lekki, mały i bez troski) lub gdy trzyma instrument męski, zastępując rolę nieobecnego w rodzinie lub biernego ojca;
- **emocjonalną** (wyrażanie emocji):
  - odreagowanie (katharsis) lub wzmocnienie argumentów w konfrontacji z antagonistą czy sprawcą;
  - przeżycie poczucia bezpieczeństwa, czułości i bliskości w scenkach improwizacyjnych, np. przy ponownych „narodzinach” i „karmieniu piersią”;
- **modelującą**: dawanie wzorców kobiecości, męskości, dorosłości; uczenie dialogu.

Zmiana instrumentu w trakcie gry psychodramatycznej w danej roli, np. ojca czy matki, a także własnej, sygnalizuje dojrzewanie zachodzące u protagonistki i rozwój relacji z rodzicami.

### **Diagnoza i terapia tożsamości w muzykoterapii i psychodramie – modele Ja i funkcje tożsamościowe choroby**

Problematyka tożsamości wydaje się być kluczowa w ZO ze względu na to, że dezadaptacyjne psychologiczne mechanizmy obronne stosowane w sytuacji traumy skutkują deficytami emocjonalnymi, takimi jak dysocjacja czy aleksytymia, i prowadzą do wytlumienia Ja i osłabienia poczucia tożsamości (zob. wyżej) [67]. Z tego względu napady żarłoczości, czy zachowania autodestrukcyjne można rozumieć jako dostymulowywanie się, żeby siebie lepiej poczuć [71]. Objawy ZO mają wtedy funkcję „tożsamościową”. Z drugiej strony relacja z matką, określana w literaturze psychoanalitycznej jako „złanie”, „fuzja”, nie pozwala na rozwinięcie własnego odrębnego Ja [55]. Pacjentki nie

czują własnych potrzeb, natomiast doskonale czują potrzeby rodziców, starając się stworzyć dla nich idealny wizerunek siebie, co Kohut i Kernberg nazywają w wypadku AN narcystyczną obroną i idealnym ego<sup>8</sup>. Doświadczenia kliniczne wskazują, że pacjentki z ZO pochodzą z rodzin, gdzie oczekiwano (zwłaszcza ojciec) na narodziny syna (w wypadku pacjentek z bulimią często już przed urodzeniem się dziewczynka ma przygotowane imię męskie) lub gdzie córka rośnie w cieniu brata, faworyzowanego przez matkę (w wypadku pacjentek z AN).

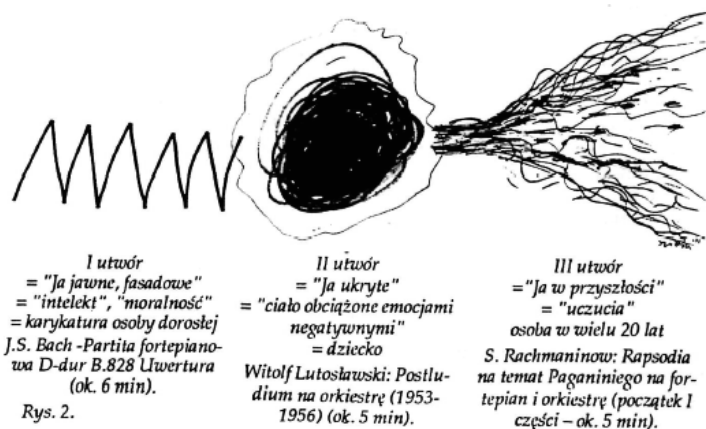
Gdyby spojrzeć na problematykę tożsamości z perspektywy w/w relacyjnych modeli Ja [26, 31, 22], zob. wyżej, to przekaz rodzinny, jaki słyszy i uwewnętrznia córka, wyraża zakaz bycia kobietą. Skłania ją to do stosowania strategii perfekcjonizmu i rygoryzmu jako pozyskiwania uczuć, i radzenia sobie z zagrożeniem w relacji z rodzicami, w myśl, że skoro nie jestem synem, to przynajmniej muszę wynagrodzić ten fakt rodzicom i być bezwzględnie doskonałą kobietą. Przekaz rodzinny, niekiedy niejawny, rozszczepia jej myślenie i uczucia, gdyż z jednej strony obniża jej poczucie własnej wartości (czuje się gorsza jako płeć), a z drugiej – odczuwa wymagania wobec siebie dużo większe, niż byłyby wobec syna. Ten mechanizm rozszczepienia rzutuje na relację z ludźmi, wobec których ustawia się zarówno „powyżej” na poziomie psychiki, gdzie ma poczucie lepszej niż inni kontroli sytuacji (zwłaszcza w AN restrykcyjnej) [37], jak i „poniżej” – na poziomie ciała, które devaluje. Występuje tu zatem rozszczepienie między ciałem a psychiką, które poszerza się także na rozszczepienie, dotyczące pełnionej roli społecznej i wieku emocjonalnego [25]. Na poziomie autoprezentacji pacjentki, zwłaszcza z AN, przejmują rolę krytycznego rodzica, surowej, ascetycznej, zamrożonej emocjonalnie matrony (niekiedy w projekcjach generowanych do muzyki pojawia się nawet identyfikacja z babcią, co można rozumieć jako ucieczkę od roli młodej kobiety w wieku „produkcyjnym”), natomiast na poziomie ciała rolę dziecka, „biednego pisklątka”, obciążonego wspomnianą wyżej somatyzacją emocji negatywnych w postaci ogromnej destrukcyjnej siły śmierci. Jedna z pacjentek z AN skojarzyła ją z tsunami (podczas słuchania muzyki) i porównała do „zalania siebie” przez rodziców i braku przestrzeni na relację społeczną. Celem terapeutycznym jest wtedy, wg opisywanego modelu

---

<sup>8</sup> Klein i Guntrip rozumieją AN jako schizoidalną obronę przeciw pragnieniu pożarcia obiektu, przy czym Guntrip [18] pozycję schizoidalną określa jako głód miłości, który prowadzi do miłości destrukcyjnej.



Ja, pozwolić sobie na bycie kobietą, ale wyodrębnioną od matki, zintegrować poziom ciała i psychiki oraz wyrażać emocje, zwłaszcza negatywne (rys. 1).



**Rysunek 1.** Graficzne przedstawienie „lustra” muzycznego struktury Ja u pacjentek z anoreksją

Źródło: E. Galińska: *Ciało, emocje, myślenie w obrazie Ja pacjentek z anoreksją w muzykoterapii*, Światowy Kongres Medycyny Psychosomatycznej, Berno, Szwajcaria, 1993; fragment posteru

Pierwszy utwór (Bacha) pokazuje rygorystyczne, sztywne myślenie (schemat intelektualny Ja), drugi utwór (Lutosławskiego) rozpoczyna się jakby cichutkim „popiskiwaniem pisklątka” – na rysunku wyraża to delikatna otoczka wokół czarnego wiru, który wkrótce nadchodzi (schemat emocjonalny Ja). Trzeci utwór (Rachmaninowa) w formie tematu z wariacjami, z jednej strony daje elementarny model struktury, „abecadło muzyczne”[30], z drugiej – symbolizuje proces separacji i indywidualizacji. Temat może wtedy być metaforą matki, a kolejne wariacje oparte na jego motywach – stopniowym, a więc bezpiecznym uniezależnianie się od niej. Utwór ten ma na celu inspirację do stworzenia nowego modelu Ja przez pacjenta. Warto zaznaczyć, że na początku leczenia u pacjentek występuje „tożsamość chorobowa”. Gdy mają zaprezentować się grupie za pomocą instrumentu muzycznego, a następnie zagrać swoje objawy, okazuje się często, że obie ekspresje Ja brzmią identycznie, że nie ma innego Ja niż chorobowe.

Wspomniane wyżej projekcje „postaci” wygenerowane do muzyki oraz uzyskane w Muzycznym Teście Tożsamości (MTT) [25], pokazują, że pacjentki z ZO identyfikują się często niezgodnie z własną płcią biologiczną, zwłaszcza pacjentki z bulimią (są bardziej męskie; zob. niżej badania własne) i te molestowane seksualnie. Wydaje się, że wolą się identyfikować z rolą sprawcy, agresora niż z rolą ofiary. Identyfikacja ta zachodzi w obszarze ciała i seksualności (muzyka drugiego utworu z testu). Przejmują wzorzec męski dla realizacji siebie; głównie dotyczy on siły fizycznej, nieokazywania słabości, ubioru.

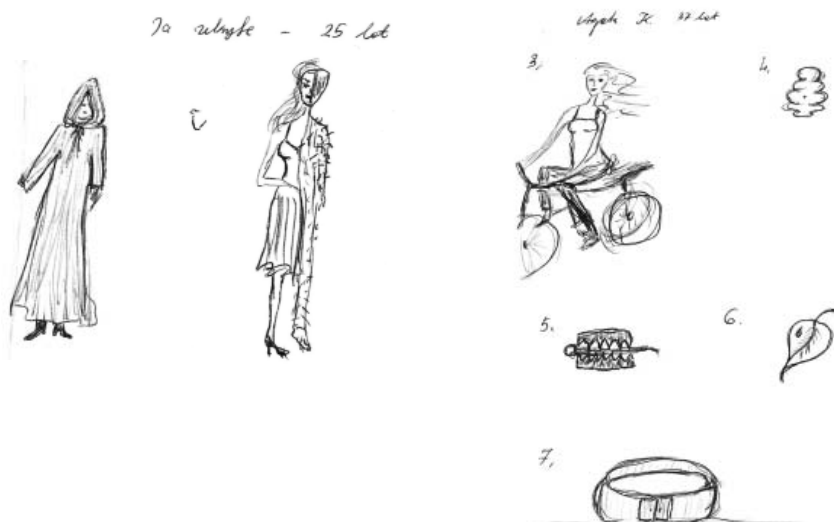
Bardzo ważnych informacji na temat tożsamości dostarcza także 7 wizerunków własnego Ja:

1. dotyczy Ja jawnego, zewnętrznego, „jaka się pokazuję ludziom”,
2. to „Ja ukryte”, którego nie pokazuję ludziom,
3. „jaka chciałabym być”,
4. „moje ciało”,
5. „moja choroba”,
6. „moje zdrowie”,
7. „moja rodzina” ujęta jako jeden kształt.

Do każdego rysunku należy dodać swój wiek emocjonalny oraz krótki komentarz słowny. Oto przykład 37 letniej pacjentki z AN – wczesny *drop out* (rys. 2). W „Ja jawnym” pacjentka jest całkowicie zakryta jako kobieta, łącznie z głową, natomiast w „Ja ukrytym” jest odsłonięta i jedynie na tym rysunku zaznacza wiek emocjonalny – 25 lat. Widać tu rozszczepienie dotyczące płci. Rysunek przedstawia pół kobiety atrakcyjnej i prowokującej seksualnie oraz pół mężczyzny „zwierzęcego” (pokrytego sierścią), bo stosuje przemoc (?). Ta część postaci może także kojarzyć się z poraniem „Jaka chciałabym być” – rysunek pokazuje scalenie rozszczepienia, jest tu już „pełna” kobieta, wolna, aktywna, odsłaniająca swoje ciało, ale zadowolona i pewna siebie. „Moje ciało” kojarzyło się grupie terapeutycznej z embrionem, natomiast „choroba” ze zjadaniem kogoś bardzo chudego, miażdżeniem go w zębach, wyglądających jak sztuczna szczeka (matki?). M. Klein dostrzega w objawach ZO analogię do kanibalizmu, np. napad żarłoczości rozumie jako niekontrolowane pragnienie zabezpieczenia obiektu przez połknięcie go [18]. „Moje zdrowie” to listek z kropelką wody, płaczący? Czyżby zdrowie poległo tutaj na ujawnieniu emocji, na oplakaniu sytuacji, na współczuciu wobec siebie? „Moja rodzina ujęta jako jeden kształt” kojarzyła się grupie terapeutycznej

z obrączką, albo zapiętym paskiem, czyli przedmiotem szczelnie zamkniętym (zob. poniżej, rys. 3).

We własnych badaniach dotyczących stylu komunikacji za pomocą instrumentu muzycznego [35] grupa z ZO reprezentowała dziecięcy styl komunikacji i przekaz typu tła, niezróżnicowany, wytłumiony i „zlewający się” z partnerem. Przypominał on kontakt z idealizowaną matką, wobec której pacjentki rezygnowały z własnych potrzeb i ustawiały się na pozycji „poniżej”, uległej oraz reprezentowały postawę „od” – ucieczkową (zob. wyżej, 7 pozycji społecznych) [31, 22]. Z perspektywy analizy transakcyjnej Berne’a przypominały „dziecko przystosowane” (a nie „naturalne”, odznaczające się spontaniczną ekspresją), czyli stan ego zawierający przekonania i działania polegające na dostosowaniu się i samoograniczeniu. Jednostkę o cechach tak zależnych, że niemalże o tożsamości przylegającej, formują tzw. splątane rodziny (por. Olson, za: Cierpka 2000 za: [35]), o skrajnie wysokim poziomie jednorodności, które same jako system nie posiadają odrębności (tzw. „niezróżnicowane ego rodzinne” Bowena). Wydaje się, że rodzina narysowana przez omawianą pacjentkę z AN przypomina kształtem jednorodnym takie „niezróżnicowane ego”, silne w swym zamknięciu.



**Rysunek 2.** Siedem wizerunków własnego Ja

Źródło: E. Galińska, materiały własne

Kolejna ekspresja rysunkowa 25 letniej pacjentki (zob. niżej, rys. 3) uwi-  
docznia typowy dla pacjentów Kliniki Nerwic związek „Ja ukrytego” (oko,  
kontrolujące?) z „chorobą” (oko płaczące – być może z powodu stojącego tam  
mężczyzny). Wskazuje on na to, że tłumiona problematyka i emocje ujawniane  
są dopiero poprzez chorobę. Widać ponadto rozmycie i zamazanie (ukrycie)  
obrazu siebie na poziomie „Ja jawnego”, zewnętrznego. Komuś z grupy tera-  
peutycznej skojarzył się z on wisielcem (pacjentka „złana” z matką, sterowana  
przez nią). „Ja jawne” („wisielec”) koresponduje z „moim ciałem” (całkowicie  
bezpłciowym). To połączenie autoprezentacji z ciałem jest już specyficzne dla  
pacjentek z ZO. Zwraca uwagę także pewne podobieństwo między tym „jaka  
chciałabym być”, a „zdrowiem” – tylko tutaj widać elementy kobiece (twarz,  
włosy, usta, piersi – obrazek 3 i „usta” – obrazek 6), choć zaznaczone bardzo  
delikatną kreską.



**Rysunek 3.** Siedem wizerunków własnego Ja

Źródło: E. Galińska, materiały własne

Metody muzykoterapii i psychodramy diagnozują zaskakujące niekiedy funkcje ZO, zwłaszcza w anoreksji. Tak np. muzykoterapia ujawniła funkcje typu: osłabienie własnej agresywności, gdyż mam siłę „połowy” kobiety (np. u niezwykle agresywnej pacjentki, leczonej w poradni dla dzieci autystycznych – zabijała małe zwierzęta, które hodowała w domu; prawdopodobnie gdyby była silniejsza, zabiłaby swojego psa wilczura, nad którym się tylko znęcała), wzmocnienie kobiecości (np. u pacjentki dominującej, o cechach męskich w zachowaniu – androgynia wg Inwentarza IPP A. Kuczyńskiej – anoreksja pozwalała jej być wyjątkowo drobną, kruchą, słabą, potrzebującą pomocy i opieki mężczyzny, a także dawała jej przynależność do świata kobiet z racji choroby kobiecej, jaką jest AN).

Psychodrama ujawnia z kolei związek parentyfikacji (dźwigania ról dorosłych za rodziców) ze zniekształconym obrazem ciała (pacjentki głównie z AN rysują wtedy nadmiernie wielkie ramiona w swoim obrysie ciała). Wydaje się, że zachodzi tu specyficzna mentalizacja samej siebie, w postaci nieświadomego procesu wizualizacji i ukonkretnienia własnych odczuć i emocji w zniekształcony obraz ciała; np. „jest mi ciężko, mam myśli „S”, czuję się jak wieloryb” (pacjentka z AN), ale zarazem naprawdę widzę siebie jako wieloryba. Być może jest to związane z uszkodzoną u wszystkich pacjentek z ZO, jak pisze M. Lawrence [55], zdolnością do myślenia symbolicznego i fantazjowania, a w związku z tym przewagą myślenia konkretnego (zob. wyżej).

### **Pilotażowe wyniki badań dotyczące tożsamości pacjentek z ZO i oceny ich procesów regulacji emocjonalnej**

Wyniki są ograniczone do **narzędzi**, którymi aktualnie dysponowałam, tj. do niektórych metod, badających deficyty emocjonalne: skala anhedonii (SHAPS – *Snaith-Hamilton Pleasure Scale*) i dysocjacji (Bernstein i Putnama, pol. adaptacja Gołąb) [38] oraz wymiarów tożsamości: *Inwentarz Płci Psychologicznej (IPP)* A. Kuczyńskiej [51] i *Muzyczny Test Tożsamości (MTT)* E. Galińskiej (2006) [25]<sup>9</sup>. Badanie nie było jeszcze kontrolowane.

<sup>9</sup> Badano także empatię emocjonalną i aleksytymię, spostrzeganie emocji baterią testów Penna, Teorię Umysłu, a także objawy kliniczne: stopień nasilenia objawów ZO, poziom lęku jako cechy i stanu oraz depresji. W tym projekcie współautorką jest psycholog M. Kokowska, a opiekunem naukowym prof. K. Kucharska.

IPP bazuje na teorii schematu płci Bem [51]. Służy do oceny płci psychologicznej, rozumianej jako spontaniczna gotowość do posługiwania się wymiarem płci w odniesieniu do siebie i świata (asymilacja obrazu „Ja” do schematu płci) i zawiera dwa wymiary stereotypów kulturowych Kobiecości i Męskości, których konfiguracje dają 4 typy płci psychologicznej: zgodną i niezgodną z płcią biologiczną, androgyniczną i nieokreśloną seksualnie. IPP ma nadal dobre własności psychometryczne [50].

*Muzyczny Test Tożsamości (MTT)*, opracowany przez E. Galińską w 2006 r., oparty jest na założeniach teorii poznawczo-rozwojowych oraz modelu społecznego uczenia się. Muzyka jako narzędzie terapeutyczne i diagnostyczne traktowana jest jako nośnik znaczeń służących do poznawania, dawania wzorów i przekształcania człowieka [20, 15, 13, 33, 26]. MTT służy do diagnozy pięciu wymiarów tożsamości: płci, wieku emocjonalnego (zdolność do zidentyfikowania w muzyce ról rozwojowych: *dziecka, nastolatka, dorosłego, starego człowieka* oraz *osoby nieokreślonej pod względem wieku*), emocjonalności, głębi uczuciowości oraz zmysłowości/erotyzmu (cielesny aspekt tożsamości).

**Problem badawczy** dotyczy zależności między płcią psychologiczną a wymiarami tożsamości identyfikowanymi w muzyce oraz deficytami emocjonalnymi: anhedonią i dysocjacją; 3 podskale: Amnezji (dysocjacyjna niepamięć), Absorpcji (pochłonięcie przez sytuację i zatopienie w marzeniach) i Depersonalizacji/Derealizacji (poczucie niebycia sobą i życia w nierzeczywistym świecie).

**Wyniki** zebrane przy użyciu w/w narzędzi zostały opracowane statystycznie przez psycholog M. Kokowską w programie SPSS (wersja 2.1). Istotność różnic została określona z prawdopodobieństwem  $p < 0.05$  i  $p < 0.001$ . Prezentujemy tu wybrane istotne wyniki w maksymalnie skrótowej formie<sup>10</sup>. W zależności od tego, czy można było zastosować wskaźnik parametryczny, gdyż rozkład zmiennej był zbliżony do normalnego lub trzeba było użyć wskaźnika nieparametrycznego, wyniki korelowano wg współczynnika  $r$  Pearsona lub  $\rho$  Spearmana.

Zbadano 49 pacjentek: 24 z anoreksją i 25 z bulimią. Średnia wieku ( $M=27,14$ ;  $SD=8,03$ ). Przeważają wśród nich *kobiety kobiece* – ok. 60% a w drugiej kolejności *nieokreślone seksualnie* 22,4% (wg IPP Kuczyńskiej). Pacjentki z anoreksją mają więcej cech kobiecych ( $SD$  w skali kobiecej jest u nich najniższe), pacjentki z bulimią – więcej cech męskich.

---

<sup>10</sup> Ze względu na limity dotyczące wielkości tekstu.

Wartości średnie zmiennych zależnych:

1) ( $M = 26,50$ ;  $SD = 8,32$ ) – dla anhedonii (ogółem): identyczne dla AN i bulimii. Wskazują na obniżenie zdolności do przeżywania przyjemności w porównaniu z większością pacjentów Kliniki Nerwic, których wynik wynosi około lub powyżej 40 punktów; 2) dla dysocjacji wynoszą dla obu grup ( $M = 44,82$ ;  $SD = 29,95$ ); pacjentki bulimiczne wykazują więcej przeżyć dysocjacyjnych, w stosunku do AN ( $M = 48,17$ ;  $SD = 33,05$ ).

Zależności między płcią psychologiczną (IPP) a deficytami emocjonalnymi.

Wystąpiła korelacja ujemna skali anhedonii i skali neutralnej w IPP Kuczyńskiej ( $r = -0.460$ ;  $p < 0.001$ ), co oznacza, że pacjentki z ZO nie posługujące się wymiarem płci w odniesieniu do siebie i świata, nie asymilujące obrazu „Ja” do schematu płci, „obojętne” na problematykę płci tj. stereotypów społecznych kobiecości i męskości, wykazywały niższą gotowość do anhedonii. Potwierdza to znany fakt, że płeć psychologiczna stanowi źródło napięcia i przeżywania przykrości dla pacjentek z ZO.

Zależności między płcią psychologiczną (IPP) a zmiennymi w teście MTT.

Pacjentki bardziej kobiece silniej przeżywały emocje w muzyce, a także wyczuwały w niej erotyzm i głębię uczuciową. Skala Męskości nie korelowała z erotyzmem i głębią uczuciową.

Kobiecość korelowała wysoko z nasileniem emocji, odczuwanych w muzyce ( $r = 0.517$ ;  $p < 0.001$ ), (Męskość  $r = 0.380$ ;  $p < 0.05$ ) oraz z erotyzmem ( $r = 0.404$ ;  $p < 0.001$ ) i głębią uczuciową ( $r = 0.401$ ;  $p < 0.05$ ).

Pacjentki bardziej kobiece łatwiej odczytywały w muzyce męczyznę reprezentującego siłę fizyczną (tzw. „boksera”). Ponadto Kobiecość korelowała dodatnio z rolą dorosłego ( $r_s = 0.298$ ;  $p < 0.05$ ), a ujemnie z rolą nieokreślonego wieku ( $r_s = -0.316$ ;  $p < 0.05$ ).

Pacjentki bardziej męskie łatwiej odczytywały rolę kobiecą w muzyce ( $r = 0.366$ ;  $p < 0.001$ ) a zależność ta wystąpiła silniej w przypadku anoreksji ( $r_s = 0.511$ ;  $p < 0.001$ ). Natomiast trudniej odczytywały cechy obu płci ( $r_s = -0.284$ ;  $p < 0.05$ ), być może czuły się zagrożone androgynią. To przypuszczenie potwierdziło się zwłaszcza w odniesieniu do pacjentek z bulimią w skali Neutralności (IPP, czyli pacjentek funkcjonujących poza schematem płci), które nie odczytywały kobiety w muzyce; jest tu ujemna korelacja ( $r_s = -0.405$ ;

$p < 0.05$ ). Pacjentki bardziej męskie odrzucały słabość i emocję smutku – wystąpiła korelacja ujemna utworu odwzorowującego człowieka starego i emocje negatywne ze skalą Męskości w IPP ( $r_s = -0.411$ ;  $p < 0.001$ ).

Zależności między deficytami emocjonalnymi: anhedonią i dysocjacją a zmiennymi MTT

Pacjentki o wyższej anhedonii mniej identyfikowały w muzyce emocje ( $r_s = 0.303$ ;  $p < 0.05$ ), erotyzm ( $r_s = -0.453$ ;  $p < 0.001$ ) i głębię uczuciową ( $r_s = -0.422$ ;  $p < 0.001$ ) (umiarkowane ujemne korelacje). Wystąpił też bardzo silny ujemny związek anoreksji i anhedonii, który przejawiał się w niewyczuwaniu w muzyce erotyzmu ( $r = -0.621$ ;  $p < 0.001$ ) i głębi uczuciowej ( $r = -0.620$ ;  $p < 0.001$ ). Jeśli chodzi o skalę dysocjacji, to dopiero po wysłuchaniu muzyki testu MTT (35 min) wystąpiła dodatnia korelacja z podskalą Absorpcji ( $r_s = 0.368$ ;  $p < 0.05$ ) – rodzaj przeżycia dysocjacyjnego polegający na pochłonięciu przez sytuację i zatopieniu się w marzeniach. Muzyka testu wywołuje zatem u pacjentek z ZO tego rodzaju zmieniony stan świadomości (przed słuchaniem muzyki nie było korelacji).

## Dyskusja

Występują istotne wzajemne zależności między płcią psychologiczną a wymiarami tożsamości identyfikowanymi w muzyce oraz skalami deficytów emocjonalnych: anhedonią i dysocjacją. Pacjentki bardziej kobiece silniej wyczuwają w muzyce emocje, erotyzm i głębię uczuciową, w przeciwieństwie do męskich, które ich nie wyczuwają. Natomiast nie rozpoznają one obrazu kobiety w muzyce, chociaż znają stereotyp kulturowy kobiecości (ok. 60% identyfikuje się z nim w IPP). Prawdopodobnie nie aprobują go i jest on źródłem przykrości (ujemna korelacja płci neutralnej z anhedonią w bulimii). Spośród ról rozwojowych najlepiej rozpoznają rolę dorosłego. Są zatem wdrożone do przejmowania obowiązków, odpowiedzialności i kontroli nad sytuacją (co wiąże się prawdopodobnie z parentyfikacją przeżywaną w dzieciństwie) oraz do myślenia konkretnego (nie tolerują nieokreśloności). Z łatwością odczytują obraz mężczyzny, zwłaszcza reprezentujący siłę fizyczną. Przeciwnie – pacjentki bardziej męskie, zwłaszcza anorektyczne, rozpoznają z łatwością obraz kobiety w muzyce. Stereotyp kobiecości (utożsamiany ze słabością) prawdopodobnie jest dla nich mniej zagrażający. Zagrażająca wydaje się natomiast właśnie dla



nich muzyka, obrazująca starego człowieka i emocję smutku, na którą reagują obronnością percepcyjną (podwyższony próg rozpoznania bodźca [63], nie przeżywając jej (ujemna korelacja). Prawdopodobnie sygnalizuje to ich lęk przed śmiercią. Wydają się być także zagrożone androginią (ujemna korelacja z obrazem obu płci w muzyce).

Pacjentki z AN okazują się być grupą bardziej jednorodną tożsamościowo niż bulimiczne, są też bardziej kobiece od pacjentek z bulimią. Prawdopodobnie duże zróżnicowanie osobowościowe pacjentek bulimicznych jest odpowiedzialne za występującą u nich znacznie mniejszą, w stosunku do pacjentek z AN, liczbę korelacji. Anhedonia, zgodnie z jej definicją, bardzo silnie upośledza intensywność przeżywania emocji w muzyce, a zwłaszcza odczuwanie erotyzmu i głębi uczuciowej, szczególnie w anoreksji. Pacjentki z AN i bulimią mają identyczne średnie dla anhedonii. Muzyka wprowadza u pacjentek z ZO zmieniony stan świadomości w rodzaju absorpcji – pochłonięcia sytuacją i zatopienia się w marzeniach. Wartość średnia dysocjacji w badanej grupie pacjentek z ZO okazuje się bardzo wysoka (44,5) w stosunku do badań autorów skali DES [5] przeprowadzonych na populacji klinicznej, sięgająca zaburzeń dysocjacyjnych typu osobowości mnogiej (43-57). Bardziej podatne na przeżycia dysocjacyjne okazują się pacjentki z bulimią.

## Wnioski

Wyniki potwierdzają przedstawiony wyżej – w części teoretycznej i klinicznej – obraz zaburzeń odżywiania oraz stosowane mechanizmy regulacji emocjonalnej, w takich aspektach, jak:

1. wytłumienie emocjonalne Ja, związane z deficytami emocjonalnymi anhedonią i dysocjacją,
2. brak aprobaty roli kobiecej jako wyrazu słabości i stosowaną wobec niej obronność percepcyjną, tj. podwyższony próg rozpoznania bodźca,
3. zagrożenie śmiercią oraz nastrojem depresyjnym i stosowana wobec tych przeżyć obronność percepcyjna,
4. zagrożenie androginią u pacjentek bardziej męskich lub funkcjonujących poza schematem płci, zwłaszcza bulimicznych,
5. parentyfikacja roli dziecka (najłatwiejsze rozpoznawanie roli dorosłego spośród badanych ról rozwojowych i nietolerancja nieokreślonego wieku),

6. nietolerancja „nieokreśloności” (co prawdopodobnie związane jest zarówno z potrzebą nadmiernej kontroli, jak i przewagą myślenia konkretnego).

Wyniki należy traktować orientacyjnie, stanowią bowiem pilotaż, nie są kompletne i nie są kontrolowane.

## PIŚMIENNICTWO

1. Altenmüller E., Schlaug G., *Neurologic music therapy: The beneficial effects of music making on neurorehabilitation*. *Acoust. Sci. Technol.* 2013; 34(1): 5–12.
2. Arntz A., van Genderen H., *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*, przekł. Agnieszka Pałynyczko-Ćwiklińska, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. GWP, 2016.
3. Baratką C., *Healing Your Body: The Therapeutic Spiral Model With Eating Disorders* [w:] Hudgins K, Toscani F. (eds.) *Healing World Trauma with the Therapeutic Spiral Model: Psychodramatic Stories from the Frontlines*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2013.
4. Bauer S., *Music Therapy and Eating Disorders. a single Case Study about the Sound of Human Needs, Voices*. *A World Forum for Music Therapy* 2010; 10(2).
5. Bernstein Carlson E., Putnam F., *An update on the Dissociative Experiences Scale*, *Dissociation* 1993; 6: 16–27.
6. Brewer R., Cook R., Cardi V. i wsp., *Emotion recognition deficits in eating disorders are explained by co-occurring alexithymia*, *R. Soc. Open Sci.* 2015; 2: 140382.
7. Carnabucci K., Anderson R., *Integrating Psychodrama and Systemic Constellation Work: New Directions for Action Methods, Mind-body Therapies and Energy Healing*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2012: 333–350.
8. Carnabucci K., Ciotola L., *Healing Eating Disorders with Psychodrama and other Action Methods. Beyond the Silence and the Fury*, London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2013.
9. Drat-Ruszczyk K., *Psychoanaliza i społeczna psychologia poznawcza: wspólna perspektywa badawcza?* [w:] Fajkowska M., Drat-Ruszczyk K., Marszał-Wiśniewska M. (red.), *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej*, Warszawa: Academica Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, 2004: 73–92.
10. Faiburn Ch., G., *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*, przekł. Magdalena Stec, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013.
11. Fox J.R.E., Smithson E., Baillie S. i wsp., *Emotion Coupling in Regulation in Anorexia Nervosa*, *Clin. Psychol. Psychother.* 2013; 20: 319–333.
12. Fox J.R.E., Power M.J., *Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model*, *Clin. Psychol. Psychother.* 2009; 16(4): 240–267.
13. Galińska E., *Analiza mechanizmów poznawczych muzykoterapii nerwic*, *Psychoterapia* 1995; 2(93): 27–60.
14. Galińska E., *Aneks. Podstawowe elementy i terminy psychodramy Moreno* [w:] Bielańska A. (red.), *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*, Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, 2009: 341–348.
15. Galińska E., *Ciało, emocje, myślenie w obrazie Ja pacjentek anorektycznych w muzykoterapii* (na podstawie posteru ze Światowego Kongresu Medycyny Psychosomatycznej w Bernie, Szwajcaria 1993), *Gestalt* 1994; 18: 25–29.

16. Galińska E., *Czy muzyka leczy?* [w:] *Medycyna w sztuce* [kat. wyst.] , Kraków: Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie MOCAK, 2016: 62–83.
17. Galińska E., *Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą portretu muzycznego (PM)*, *Psychoterapia* 2003; 1(124): 19–40.
18. Galińska E., *Elementy reparacji w psychodramie i w muzykoterapii według teorii Melanie Klein*, *Psychoterapia* 2004; 4: 17–28.
19. Galińska E., *Historia integracji w psychoterapii* [w:] Grzebiuk L., Suszek H. (red.), *Psychoterapia. Podręcznik Akademicki. T. IV: Integracja*, Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, 2010: 293–316.
20. Galińska E., *La musicotherapie cognitive; le portrait musical du patient*, *La Revue de Musicotherapie (Association Fr. de Musicotherapie)* 1989; 1: 33–63.
21. Galińska E., *Le portrait musical. Une méthode d'harmonization de la structure du "moi"*, *Rev. Musicoth.* 1998; 3: 3–21.
22. Galińska E., *Metoda Portretu Muzycznego jako forma psychoterapii* [w:] Stachyra K. (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2012: 97–115.
23. Galińska E., *Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią*, *Psychoterapia* 2001; 3(118): 5–17.
24. Galińska E., *Musical thinking in the process of music therapy for neurotics and psychotics* [w:] Manturzevska M., Miklaszewski K., Białkowski A. (red.), *Psychology of Music Today*, Warszawa: Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina, 1995: 104–114.
25. Galińska E., *Muzyka jako nośnik cech człowieka – Muzyczny Test Tożsamości (MTT)*, *Przegląd Psychologiczny* 2008; 4(51): 423–442.
26. Galińska E., *Muzykoterapia* [w:] Grzebiuk L. (red.), *Psychoterapia. Podręcznik akademicki. T. I: Teoria*, Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, 2005: 531–541.
27. Galińska E., *Muzykoterapia poczucia tożsamości. „Kodowanie muzyczne” – instalacja ego*, *Psychoterapia* 2003; 3(126): 61–72.
28. Galińska E., *Ocena niektórych aspektów efektywności metody portretu muzycznego na tle analogicznych metod psychoterapii nerwic*, *Psychoterapia* 1994; 3: 39–50.
29. Galińska E., *Psychodrama* [w:] Grzebiuk L. (red.), *Psychoterapia. Podręcznik akademicki. T. I: Teoria*, Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, 2005: 517–530.
30. Galińska E., *Rola struktur i form muzycznych w psychoterapii*, *Muzyka* 2008; 3: 45–74.
31. Galińska E., *Strategie kontaktu w rodzinie a autoprezentacja pacjenta*, *Psychoterapia* 2006; 3: 21–32.
32. Galińska E., *Temat śmierci i odrodzenia w psychodramie. Część II: Praktyka kliniczna*, *Psychoterapia* 2005; 1: 49–74; *Część I: Teoria*, *Psychoterapia* 2006; 4: 23–49.
33. Galińska E., *Wpływ metody portretu muzycznego na aktualny obraz własnego „ja” u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi*, *Psychoterapia* 1997; 3: 57–72 .
34. Galińska E., *Znaczenie muzykoterapii w rehabilitacji neurologicznej*, *Psychiatria Polska*. 2015; 49(4): 835–846.
35. Galińska E., Aranowska E., *Metodologiczne podstawy analizy stylu komunikacji muzycznej*, *Przegląd Psychologiczny* 2004; 4: 327–344.
36. Geller J., Cockell S.J., Hewitt P.L. i wsp., *Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 28(1): 8–19.
37. Gleba E. 2014, *Cechy osobowości i obraz rodziców u kobiet z nieprawidłowymi postawami wobec odżywiania się (niepublikowana praca doktorska)*, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

38. Gołąb A., *Przeżycia dysocjacyjne w życiu osób, które trafiły do więzienia*, Nowiny Psychologiczne 1999; 4: 29–40.
39. Goss K., Allan S., *Shame, pride and eating disorders*, Clin. Psychol. Psychother. 2009; 16(4): 303–316.
40. Grawe K., Grawe-Gerber M., *Ressourcenaktivierung. Ein Primäres Wirkprinzip der Psychotherapie*, Psychotherapeut 1999; 44: 63–73.
41. Greeno C.G., Wing R.R., *Stress-induced eating*, Psychol. Bulletin 1994; 115: 444–464.
42. Grzesiuk L., Suszek H. (red.), *Psychoterapia. Podręcznik akademicki. T. IV: Integracja*, Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, 2010.
43. Harrison A., Mountford V.A., Tchanturia K., *Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders*, Psychiatry Res. 2014; 218(1–2): 187–94.
44. Hatch A., Madden S., Kohn M. i wsp., *Anorexia nervosa: Towards an integrative neuroscience model*, Europ. Eat. Disord. Rev. 2010; 18: 165–179.
45. Hornyak L., Baker E. (eds.), *Experiential Therapies for Eating Disorders*, New York, London: The Guilford Press, 1989.
46. Izydorczyk B., *Psychoterapia oparta na teorii relacji z obiektem i psychodramie – integracyjne podejście w leczeniu zaburzeń odżywiania*, Psychiatria Polska 2010, XLIV(5): 677–689.
47. Jones S.H., *Circadian rhythms, multilevel models of emotion and bipolar disorder – An initial step towards integration?*, Clin. Psychol. Rev. 2001; 8: 1193–1209.
48. Kaczmarek Ł., *Skala Sprężystości Psychicznej – polska adaptacja Ego Resiliency Scale*, Czasopismo Psychologiczne 2011; 17: 263–265.
49. Kearney-Cooke A., *Group treatment of sexual abuse among women with eating disorder*, Women and Therapy 1988; 7: 5–22.
50. Korzeń R., *Nowa Charakterystyka psychometryczna Inwentarza Oceny Płci Psychologicznej (IPP)*, Studia Psychologica 2006; 6: 37–50.
51. Kuczyńska A., *Inwentarz do oceny płci psychologicznej*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Pol. Tow. Psychologicznego, 1992.
52. Kucharska K., Kułakowska D., *Zaburzenia psychiczne [w:] Jarema M. (red.), Standardy farmakologiczne leczenia niektórych zaburzeń psychicznych*, Via Medica, 2016.
53. Leahy R.L., Tirsch D., Napolitano L.A., *Regulacja emocji w psychoterapii*, tłum. K.Zamojska, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.
54. Lane R.D., *Presidential Adress: Neural substrates of implicit and explicit emotional processes a unifying framework for psychosomatic medicine*, Psychosomatic Medicine 2008; 70: 2014–231.
55. Lawrence M., *Anorektyczny umysł. Psychoanalityczna perspektywa w leczeniu zaburzeń odżywiania*, tłum. M.Żylicz, Gdańsk: Imago, 2015.
56. Maruszewski T., Ścigala E., *Aleksytymia, procesy emocjonalne, a kodowanie informacji*, Koloquia Psychologiczne 1997; 6: 98–122.
57. Miquelarena M., *L'écoute musicale et les troubles du comportement alimentaire*, La Revue Française de Musicotherapie 2003; 44–46.
58. Mohr C.D., Brannan D., Mohr J. i wsp., *Evidence for positive mood buffering among college student drinkers*, Personality and Social Psychol. Bull. 2008; 34: 1249–1259.
59. Paige S., Reid G., Allen M. i wsp., *Psychophysiological correlates of PTSD*, Biol. Psychiatry 1990; 58: 329–196.

60. Pelizza L., Pupo S., Ferrari A., *Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait?*, J. Psychopat. 2012; 18: 145–155.
61. Perwin L.A., *Psychologia osobowości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. GWP, 2002.
62. Porges S.W., *The polyvagal perspective*, Biol. Psychol. 2011; 74 (2): 116–143.
63. Reber A.S., Reber E.S., *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.
64. Rogers P.J., *Sexual abuse and eating disorders: A possible connection indicated through music therapy?* [w:] Dokter D. (ed.), *Arts Therapies and clients with eating disorders*, London: Jessica Kingsley Publishers, 1994: 262–278.
65. Schier K., *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2014.
66. Schiltz L., *Le monde en blanc dans l'anorexie mentale de la preadolescence*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2006; 54(5): 297–303.
67. Schore A.N., *Zaburzenia regulacji prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego* [w:] Murawiec S., Żechowski C. (red.), *Od neurobiologii do psychoterapii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2009: 71–121.
68. Schwabe C., *Resource-Oriented Music Therapy – The Development of Concept*, Nord. J. Music Ther.. 2005; 14(1): 49–56.
69. Schwartz M., Galperin L., Gleiser K.A., *Attachment as a Mediator of Eating Disorder: Implications for Treatment*, [www.castlewoodtc.com/wp-content/uploads/2011/07](http://www.castlewoodtc.com/wp-content/uploads/2011/07).
70. Siegel D., *The Developing Mind: How Relationship and the Brain Interact to Shape Who We Are*, 2<sup>nd</sup> ed., New York: Guilford Press, 2012.
71. Sokolik M., *Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 1988.
72. Trondalen G., *The Future of Music Therapy for Persons with Eating Disorders* [w:] Dileo Ch. (ed.), *Envisioning the Future of Music Therapy*, Temple University, 2016: 31–44.
73. Waller G., Babbs M., Milligan R.J. i wsp., *Anger and core beliefs in the eating disorders*, Int. J. Eat. Disord. 2003; 34(1): 118–124.
74. van der Kolk B.A., *The neurobiology of childhood trauma and abuse*, Child Adolesc. Psych. Clin. 2003; 12: 293–317.
75. Wonderlich S.A., Peterson C.B., Crosby R.D. i wsp., *A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa*, Psychol. Med. 2014; 44(3): 543–53.
76. Zdankiewicz-Ścigała E., *Aleksytymia i dysocjacja jako podstawowe czynniki zjawisk po-traumatycznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2017.
77. Zeitlinger-Hochreiter K., *Kompendium der psychodrama-Therapie. Analyse, Praxisierung und Reformulierung der Aussagen zur psychodramatischen Therapie nach J. L. Moreno*, Köln: inScenario Verlag, 1996.
78. Zerbe K.J., *Integrated Treatment of Eating Disorders: Beyond the Body Betrayed*, New York: W.W. Norton and Company, 2008.



## REHABILITACJA ŻYWIENIOWA

---

**Emilia Kot**

---

### Wstęp

Zaburzenia odżywiania charakteryzują się występowaniem nieprawidłowych zachowań żywieniowych prowadzących do poważnych konsekwencji somatycznych. Zarówno w etiopatogenezie, jak i w procesie leczenia tych zaburzeń, mają znaczenie liczne wzajemnie oddziałujące na siebie czynniki kształtujące obraz choroby oraz wpływające na skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Rehabilitacja żywieniowa, której celem jest przywrócenie prawidłowej masy ciała i poprawa stanu odżywienia, stanowi kluczowy element leczenia jadłowstrętu psychicznego [2, 33]. Leczenie żywieniowe zaburzeń odżywiania powinno skutkować normalizacją zachowań żywieniowych, ukształtowaniem prawidłowych postaw wobec jedzenia oraz osiągnięciem przez pacjenta zdolności do właściwej percepcji stanu głodu i sytości [2, 48]. Istotne aspekty, warunkujące przebieg i skuteczność rehabilitacji żywieniowej, stanowią: specyfika nieprawidłowych zachowań żywieniowych pacjenta, sposób żywienia i stan odżywienia, wpływ aktywności fizycznej i tempa przemian metabolicznych na proces normalizacji stanu odżywienia, medyczne konsekwencje przywracania masy ciała oraz historia zmian masy ciała pacjenta [6, 29].

Postępowanie w zakresie leczenia żywieniowego zaburzeń odżywiania powinno bazować na praktyce klinicznej, doświadczeniu i kwalifikacjach

osób sprawujących opiekę w ramach interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, wynikach badań naukowych, ale przede wszystkim na wytycznych dotyczących leczenia zaburzeń odżywiania, przedstawionych w dokumentach opisujących metody oparte na dowodach (*evidence-based*) [2, 15, 33]. Do najczęściej stosowanych algorytmów postępowania, sformułowanych w języku angielskim przez profesjonalne organizacje, należą wytyczne opracowane w 2006 r. przez *American Psychiatric Association* (APA) [2] oraz wydane w Wielkiej Brytanii standardy, stworzone przez *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) [33]. Powszechnie znanym i stosowanym w praktyce klinicznej dokumentem jest MARSIPAN (*Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*), opublikowany w 2010 r. pod egidą *Royal College of Psychiatrists* i *Royal College of Physicians* [28]. Wytyczne sformułowane przez *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (RANZAP) również przedstawiają sposób postępowania medycznego u pacjentów z zaburzeniami odżywiania [15].

### **Planowanie leczenia żywieniowego u pacjentów z zaburzeniami odżywiania**

Prawidłowe zaplanowanie i przeprowadzenie rehabilitacji żywieniowej u pacjenta z zaburzeniami odżywiania powinny poprzedzać ocena stanu fizjologicznego, stanu odżywienia i sposobu żywienia oraz ocena ryzyka wystąpienia zespołu realimentacyjnego (*refeeding syndrome*). Dopiero w oparciu o dokonaną ocenę oraz standardy leczenia możliwe jest odpowiednie zaplanowanie i przeprowadzenie interwencji żywieniowej.

#### **Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia**

Ocena stanu odżywienia obejmuje metody antropometryczne, biochemiczne, badania ogólnolekarskie oraz wywiad żywieniowy [42]. Pacjenci z zaburzeniami odżywiania często prezentują szereg nieprawidłowości w zakresie stanu odżywienia [12] (tabela 4). Problem może stanowić niedożywienie ilościowe i jakościowe [45]. Niedożywienie można zdefiniować jako stan odżywienia, w którym występuje niedobór lub brak równowagi w zakresie gospodarki energetycznej, białkowej lub dotyczącej innego składnika odżywczego, prowadzący do mierzalnych niekorzystnych skutków w poszczególnych tkankach bądź całym organizmie [35]. Zarówno nadmierna, jak i ograniczona podaż



pokarmu oraz zachowania przeczyszczające mogą wpływać ograniczająco na wchłanianie i dostępność składników pożywienia z diety [33].

#### **Tabela 4. Najczęściej obserwowane nieprawidłowości w stanie odżywiania pacjentów z zaburzeniami odżywiania**

---

Ciężkie niedożywienie białkowo-kaloryczne wymagające odbudowy masy ciała, prezentowane przez pacjentów stosujących restrykcje żywieniowe, którzy wykazują lub nie wykazują zachowań kompensacyjnych.

---

Niedożywienie białkowo-kaloryczne wymagające nieznacznego przyrostu masy ciała lub niewymagające zwiększenia masy ciała, prezentowane przez pacjentów stosujących i niestosujących zachowania kompensacyjne.

---

Stan odżywienia wskazujący na dobre odżywienie w zakresie makroskładników oraz prawidłowa bądź bliska prawidłowej masa ciała u pacjentów stosujących zachowania kompensacyjne, które mogą wpływać negatywnie na stan odżywienia.

---

Stan odżywienia wynikający ze zbyt wysokiej podaży energetycznej w stosunku do zapotrzebowania energetycznego przy braku zachowań kompensacyjnych, skutkujący nadmierną masą ciała.

---

Niedobór białka w diecie może doprowadzić do ujemnego bilansu białkowego i degradacji białek w mięśniach, w tym w mięśniu sercowym, układzie nerwowym, nerkach, wątrobie i innych narządach. Deficyt białkowy wywołuje zmiany w zakresie funkcji neuroprzebieżników i hormonów. Restrykcje żywieniowe mogą skutkować wystąpieniem objawów niedożywienia w przewodzie pokarmowym. Zaburzenia te obejmują m.in. spowolnione opróżnianie żołądkowe (gastroparezę) i zespół tętnicy górnej krezkowej, którego objawy przypominają zespół dyskomfortu poposiłkowego. Objawy te mogą utrudniać przyjmowanie pokarmu i wchłanianie składników pożywienia [47]. Częste prowokowanie wymiotów może prowadzić do zaburzeń wodno-elektrolitowych, choroby refluksowej żołądkowo-jelitowej, a także problemów stomatologicznych [31]. Niedobory pokarmowe w zaburzeniach odżywiania skutkują deficytami w zakresie funkcjonowania poznawczego [49] i obniżają skuteczność prowadzonych oddziaływań psychoterapeutycznych [47].

Pacjenci z zaburzeniami odżywiania często wykazują szereg niedoborów w zakresie spożycia mikroskładników, które mogą prowadzić do nieprawidłowego stanu odżywienia. Do często obserwowanych niedoborów

zawartości mikrośladników w diecie należą zbyt niska podaż wapnia, żelaza, cynku, miedzi, seleny, witamin B1, B2, B6, B9, B12, A i D [29, 45]

### Pomiary antropometryczne

W praktyce klinicznej parametrem najczęściej stosowanym do oceny stanu odżywienia i wyznaczania należnej masy ciała pacjenta jest wskaźnik *Qetelata II*, powszechnie znany jako BMI. Współczynnik ten stanowi iloraz masy ciała ujętej w kilogramach i kwadratu wzrostu podanego w metrach. Wartość wskaźnika pomiędzy 18,5 a 24,99 kg/m<sup>2</sup> obrazuje prawidłową masę ciała. Wartości poniżej 18,5 kg/m<sup>2</sup> wskazują na niedożywienie, a powyżej 25 kg/m<sup>2</sup> na występowanie nadwagi [8]. W tabeli 5 przedstawiono sposoby oceny nasilenia anoreksji, uwzględniające masę ciała [3, 31].

**Tabela 5. Metody oceny stopnia nasilenia jadłowstrętu psychicznego**

Stopień nasilenia	Wskaźnik BMI	% spadku masy ciała
łagodne	≥17 kg/m <sup>2</sup>	10% idealnej masy ciała
umiarkowane	16–16,99 kg/m <sup>2</sup>	20% idealnej masy ciała
ciężkie	15–15,99 kg/m <sup>2</sup>	30% idealnej masy ciała
bardzo ciężkie	<15 kg/m <sup>2</sup>	<30% idealnej masy ciała

Do oceny prawidłowości masy ciała w populacji dzieci i młodzieży stosuje się siatki centylove BMI dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat [23]. Wskaźnik BMI o wartości mieszczącej się poniżej 5 centyla dla danej płci i wieku świadczy o niedowadze. U młodszych dzieci stosowany jest również wskaźnik Cole'a, który stanowi iloraz aktualnej wartości BMI i wartości BMI dla 50 centyla dla danej płci i wieku pomnożony przez 100%. Wynik 85–90% wskazuje na łagodne niedożywienie, 75–85% na umiarkowane niedożywienie, a wartości <75% – na ciężkie niedożywienie [6].

Użyteczne i ogólnie dostępne metody oceny stanu odżywienia, niewymienione w dokumentach przedstawiających algorytmy postępowania medycznego u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, to pomiar bioimpedancji (BIA), służący określeniu zawartości tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała, pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych, pomiar grubości fałdów

skórno-tłuszczowych na ramieniu czy pomiar środkowego obwodu mięśni ramienia [26].

### **Badania laboratoryjne i wywiad żywieniowy**

Podstawowe badania laboratoryjne stosowane w ramach oceny stanu odżywienia obejmują między innymi oznaczenie poziomu albumin we krwi, poziomu potasu, sodu, magnezu, fosforanów i mocznika [22]. Poziom albumin stanowi najlepszy wskaźnik wyjściowego stanu odżywienia, ale ze względu na to, że okres półtrwania albumin wynosi 18–21 dni, nie stanowi on dobrego wskaźnika szybkich zmian zachodzących w trakcie leczenia żywieniowego [43]. Dodatkowym wskaźnikiem biochemicznym pozwalającym na ocenę stanu odżywienia jest transferyna, która ma dwukrotnie krótszy okres półtrwania we krwi w stosunku do albumin. Przy prawidłowym poziomie żelaza we krwi może być wiarygodnym wskaźnikiem stanu odżywienia. Prealbumina i fibronektyna o jeszcze krótszym okresie półtrwania stanowią dobre wskaźniki służące do śledzenia szybkich zmian w stanie odżywienia, które zachodzą w trakcie leczenia żywieniowego [26]. Dodatkowy wskaźnik stanu odżywienia może stanowić całkowita liczba limfocytów, która w wyniku niedożywienia ulega obniżeniu [43]. Regularne monitorowanie poziomu potasu we krwi jest zalecane u pacjentów, którzy stosują zachowania kompensacyjne w postaci wymiotów [2].

Niedożywienie jest zjawiskiem wtórnym w stosunku do zaburzeń odżywiania i postępuje stopniowo. W wyniku obniżenia tempa procesów metabolicznych w organizmie homeostaza organizmu może być podtrzymywana przez długi czas, wskutek czego wartości wyników badań laboratoryjnych mogą mieścić się w zakresie norm wartości referencyjnych. Z tego względu dobrze przeprowadzona ocena stanu odżywienia powinna opierać się również na wywiadzie żywieniowym, obejmującym historię i sposób żywienia oraz stosowaną suplementację. Ocena sposobu żywienia, który jest nieodłącznie związany ze stanem odżywienia, powinna dotyczyć ilości, rodzaju i formy spożywanych produktów [45].

### **Określanie zapotrzebowania energetycznego, tempa przyrostu i docelowej masy ciała**

Jeden z głównych celów leczenia żywieniowego w jadłowstręcie psychicznym stanowi normalizacja masy ciała. Wraz ze zwiększaniem się masy ciała u pacjenta niedożywionego obniża się ryzyko zagrożenia życia, poprawie ulega

stan odżywienia organizmu, zmniejsza się również nasilenie objawów wynikających z niedożywienia [31]. Rehabilitacji żywieniowej pacjentów z ciężkim niedożywieniem towarzyszą dwa przeciwstawne zadania. Zarówno niedopuszczenie do wystąpienia zespołu ponownego odżywienia spowodowanego zbyt wysoką podażą energetyczną, jak i uniknięcie w początkowym okresie terapii żywieniowej, wskutek nadmiernej ostrożności, zastosowania zbyt niskiej podaży energetycznej, stanowią wyzwanie dla prawidłowego przebiegu leczenia [10].

Obliczenie zapotrzebowania energetycznego oraz zapotrzebowania na składniki odżywcze i płyny w przypadku pacjentów z jadłowstrętem psychicznym jest odnoszone do aktualnej masy ciała chorego. Wyliczenie należnej masy ciała jest natomiast pomocne w określeniu stanu docelowego normalizacji [6]. Przy określaniu zapotrzebowania energetycznego dla pacjenta z zaburzeniami odżywiania należy rozważyć kilka czynników. Wśród pacjentów ograniczających ilość przyjmowanego pożywienia długość trwania choroby, wielkość deprywacji podaży energetycznej oraz stopień niedożywienia stanowią istotne czynniki, które należy wziąć pod uwagę. Żywnienie pacjentów prezentujących znaczące nasilenie procesów katabolicznych w reakcji na długotrwały ujemny bilans energetyczny, stanowi wysokie ryzyko rozwinięcia zespołu ponownego odżywienia (*refeeding syndrome*). Ryzyko dotyczy przede wszystkim wczesnego etapu rehabilitacji żywieniowej. Chociaż rozwojem tego zaburzenia najbardziej są zagrożeni pacjenci o objawach głębokiego niedożywienia, to może ono rozwinąć się również u pacjentów, którzy nie prezentują wyraźnych symptomów niedożywienia. Z tego względu wdrożenie rehabilitacji żywieniowej u pacjentów z zaburzeniami odżywiania wymaga szczególnej ostrożności [12]. Stopniowe zwiększanie podaży kalorycznej, monitorowanie parametrów biochemicznych oraz wczesna interwencja pozwalają na bezpieczne rozpoczęcie leczenia żywieniowego pacjenta.

Wytyczne opracowane przez NICE i APA w dokładny sposób określają zapotrzebowanie energetyczne pacjentów w początkowej fazie leczenia. Nie opisano jednak równie precyzyjnie zapotrzebowania energetycznego pacjentów w dalszych etapach leczenia. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym wymagają stałego zwiększania podaży kalorycznej, by osiągać systematyczny wzrost masy ciała [29]. Wytyczne APA określają początkowe zapotrzebowanie pacjentów z anoreksją jako 30–40 kcal/kg/dobę (około 1000–1600 kcal/dobę). W kolejnych etapach leczenia żywieniowego podaż energetyczna powinna być stopniowo zwiększana do wartości 70–100 kcal/kg/dobę. Pacjenci płci

męskiej mogą wykazywać jeszcze większe zapotrzebowanie kaloryczne [2]. Należy również odnotować, iż aby uzyskać taki sam wzrost masy ciała, pacjenci z restrykcyjnym typem anoreksji potrzebują większej podaży energetycznej niż pacjenci z bulimicznym typem anoreksji [18].

Decyzja o docelowej masie ciała, którą pacjent powinien osiągnąć w procesie leczenia, może zostać podjęta w oparciu o szereg wskaźników. W piśmiennictwie naukowym nie istnieje konsensus dotyczący kryteriów stanu remisji u osób niedożywionych [42]. Z perspektywy biologicznej, pacjent powinien osiągnąć masę ciała, która umożliwi prawidłowy przebieg wszystkich procesów fizjologicznych, między innymi prawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego i hormonalnego. Przywrócenie odpowiedniej masy ciała pozwala na ograniczenie utraty masy kostnej oraz pozostałych powikłań somatycznych o odległych konsekwencjach [12]. Najprostszą metodą obliczenia należnej masy ciała jest wyznaczenie takiej masy ciała, przy której BMI pacjenta będzie wynosiło między 18,5 a 24,99 kg/m<sup>2</sup>. W ramach podejścia poznawczo-behawioralnego zaleca się natomiast, aby docelowy wskaźnik masy ciała pacjenta z zaburzeniami odżywiania wynosił 20–24,9 kg/m<sup>2</sup> [7].

W literaturze coraz częściej pojawiają się doniesienia o innych sposobach określania należnej masy ciała pacjenta, które mogą charakteryzować się większą użytecznością kliniczną. Docelowa masa ciała powinna być określona stosownie do płci, wieku, wzrostu, historii masy ciała sprzed okresu choroby oraz – w przypadku dzieci i młodzieży – stadium pokwitania. Oznaką powrotu do zdrowia u dziewcząt i kobiet jest pojawienie się miesiączki. Jednym z celów leczenia może więc być osiągnięcie takiej wartości masy ciała, przy której wystąpi menstruacja. Zazwyczaj powrót miesiączki jest obserwowany przy osiągnięciu około 90% należnej masy ciała [26].

W wytycznych NICE jako jedno z założeń rehabilitacji żywieniowej pacjentów z anoreksją w warunkach szpitalnych określono przyrost masy ciała na poziomie 0,5–1 kg/tygodniowo. W warunkach ambulatoryjnych oczekiwany tygodniowy wzrost masy ciała wynosi 0,5 kg. Takie wartości przyrostu masy ciała wymagają dodatkowych 3500–7000 kcal tygodniowo [33]. Wyniki badań naukowych wskazują na dodatnią zależność pomiędzy wczesną rehabilitacją masy ciała a rezultatem leczenia szpitalnego [1], co potwierdza znaczenie odpowiedniej podaży energetycznej już na początku leczenia. Wczesny przyrost masy ciała wydaje się szczególnie ważny w odniesieniu do dotkniętych zaburzeniami odżywiania dzieci i młodzieży, u których niedożywienie wpływa negatywnie na procesy wzrostu i rozwoju organizmu [16]. W czasie rehabilitacji

żywnościowej konieczna jest obserwacja i dokumentacja zmian masy ciała. Nie należy przypisywać nadmiernego znaczenia zmianom masy ciała na przestrzeni czasu krótszego niż tydzień, ponieważ mogą być powodowane wahaniami wynikającymi ze zmian w retencji płynów i funkcjonowania układu pokarmowego [29].

Jadłowstręt psychiczny charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem nawrotów, wynoszącym od 9 do 65% [4]. W piśmiennictwie naukowym podkreśla się, że najlepsze predyktory podtrzymania masy ciała u pacjentów z anoreksją w uzyskanym w wyniku leczenia stanie remisji stanowią wielkość osiągniętej masy ciała oraz uniknięcie utraty masy ciała bezpośrednio po zakończeniu leczenia [17]. Dodatnią zależność z utrzymaniem masy ciała przez pacjentów wykazują ponadto wysoka motywacja do zmiany, niski poziom obserwowanych patologicznych zachowań żywieniowych, niski poziom objawów depresji w momencie wypisu oraz wyższa wartość BMI na początku leczenia, [5]. Po osiągnięciu przez osobę z anoreksją docelowej masy ciała konieczna jest odpowiednia podaż energii w celu jej podtrzymania. Ta grupa pacjentów charakteryzuje się zwiększonym zapotrzebowaniem kalorycznym, wynikającym z wysokiego poziomu metabolizmu oraz powolnej normalizacji procesów neuroendokrynych. Ilość energii potrzebnej do utrzymania docelowej masy ciała u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym wynosi 50–60 kcal/kg/dobę. W okresie od 3 do 6 miesięcy od osiągnięcia prawidłowej masy ciała u pacjentów dochodzi do normalizacji tempa przemian metabolicznych. Wyniki badań naukowych wskazują, iż po tym okresie pacjenci potrzebują około 20–40 kcal/kg/dobę, co stanowi wartość zbliżoną do zapotrzebowania energetycznego dorosłej kobiety [29]. U mężczyzn z anoreksją zapotrzebowanie energetyczne zarówno w najbliższym, jak i późniejszym okresie po zakończeniu leczenia, może być znacząco wyższe w porównaniu do zapotrzebowania chorujących kobiet.

Pacjenci powinni być edukowani w zakresie zmian w funkcjonowaniu, mogących wystąpić w czasie leczenia żywieniowego. W początkowej fazie re-alimentacji możliwe jest pojawienie się takich objawów, jak drażliwość, wzrost poziomu lęku, nasilenia depresji i myśli samobójcze. Pacjenci nadużywający środków przeczyszczających lub diuretycznych mogą doświadczać trwającej wiele tygodni retencji płynów, prowadzącej do obrzęków oraz wzdęć. W kolejnych etapach wzrostu masy ciała powinna następować poprawa w zakresie objawów somatycznych i funkcjonowania poznawczego [2].

## **Wpływ zaburzeń tempa przemian metabolicznych i aktywności fizycznej na proces rehabilitacji masy ciała**

Długotrwałe i znaczące ograniczanie przez pacjentów z jadłowstrętem psychicznym ilości spożywanego pokarmu skutkuje zaburzeniami tempa procesów metabolicznych. Chronicznemu niedożywieniu towarzyszy zmniejszony wydatek energetyczny związany z podstawową przemianą materii. Sugeruje się, iż taki stan może być związany z obniżoną masą ciała oraz niską aktywnością metaboliczną beztłuszczowej masy ciała u pacjentów z anoreksją. Wskazuje się także na związek niskiego poziomu produkowanej przez tarczycę trójiodotyroniny (T<sub>3</sub>) z obniżonym poziomem przemiany materii [21]. Ponadto w jadłowstręcie psychicznym występują zaburzenia neuroendokrynne, obejmujące między innymi zaburzenia funkcjonowania osi hormon wzrostu-insulinopodobny czynnik wzrostowy typu-I, osi podwzgórzowo-przysadkowo-gonadalnej oraz osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, stanowiące mechanizmy adaptujące organizm do stanu niedożywienia [32]. Obserwowane są również nieprawidłowości w wydzielaniu leptyny i adipokin, wynikające z niskiej zawartości tkanki tłuszczowej w ciele, zaburzony poziom greliny oraz nieprawidłowości w funkcjonowaniu mechanizmów regulujących łaknienie – sekrecji substancji anoreksygennych i oreksygennych [25, 37].

U pacjentów niedożywionych poddawanych realimentacji występuje podwyższenie poziomu przemian energetycznych, co w połączeniu z oporem pacjenta do zwiększania ilości przyjmowanego pożywienia może skutkować dodatkowymi trudnościami w procesie normalizacji masy ciała [29]. Różnice w poziomie przemian metabolicznych oraz zaburzone wchłanianie składników odżywczych z pożywienia mogą mieć kluczowy wpływ na tempo oraz efektywność procesu rehabilitacji masy ciała. Normalizacja masy ciała u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym, którzy byli kiedyś otyli, przebiega szybciej niż u osób, które nigdy nie były otyłe [42]. Sugeruje się, że podwyższony poziom przemian energetycznych u pacjentów poddawanych realimentacji może być spowodowany większym wydatkiem energetycznym związanym z termogenezą poposiłkową, który u osób z anoreksją może wynosić do 30% dobowych wydatków energetycznych w porównaniu do 14–16% u osób zdrowych [29].

W aspekcie psychopatologii jadłowstrętu psychicznego osoby chore potrafią wykazywać nadmierną aktywność fizyczną, często wynikającą z kompulsywnego wykonywania ćwiczeń fizycznych. Niektórzy pacjenci nawet

w stanie skrajnego niedożywienia i wyniszczenia organizmu potrafią podejmować czynności zwiększające wydatki energetyczne organizmu. Osoby chore wykazujące tego rodzaju zachowania mają podwyższony wydatek energetyczny spoczynkowy oraz podwyższony całodobowy wydatek energetyczny [50]. W jednym z przeprowadzonych badań zaobserwowano, że pacjenci o niskiej aktywności fizycznej potrzebowali dodatkowo 4000 kcal, aby zwiększyć masę ciała o 1 kg w ciągu tygodnia. Pacjenci wykonujący intensywne ćwiczenia fizyczne potrzebowali w tym celu aż 12000 dodatkowych kilokalorii [19]. Nadmierna aktywność fizyczna u pacjentów z jądłowstrętem psychicznym stanowi również zagrożenie dla podtrzymania masy ciała uzyskanej w wyniku leczenia. Według niektórych doniesień naukowych osoby z anoreksją po odbytym leczeniu mogą wykazywać większą aktywność fizyczną niż osoby zdrowe [11]. Z tego względu poziom aktywności fizycznej pacjenta powinien być przedmiotem szczególnej uwagi – zarówno w trakcie realimentacji, jak i po osiągnięciu docelowej masy ciała.

## Wdrożenie realimentacji

### **Droga podaży pożywienia**

Rodzaj planowanego leczenia żywieniowego, w tym decyzja o drodze podania pożywienia, zależy od stanu somatycznego pacjenta. W przypadku pacjentów, których stan fizyczny i psychiczny to umożliwia, preferowanym sposobem leczenia jest żywienie doustne, które wspiera normalizację zachowań i nawyków żywieniowych. Żywienie enteralne – drogą przewodu pokarmowego – sprzyja prawidłowej pracy przewodu pokarmowego. Żywienie parenteralne – pozajelitowe – jest najmniej preferowaną formą leczenia żywieniowego, ale bywa konieczne w przypadku pacjentów w poważnym stanie somatycznym [33]

W oddziałach szpitalnych prowadzących leczenie żywieniowe pacjentów z zaburzeniami odżywiania deficyt kaloryczny może być rekompensowany przez zwiększoną podaż pożywienia w ramach posiłków bądź przekąsek [33]. Powszechnie jest również stosowanie dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego, mających formę płynną. Preparaty odżywcze mogą być używane jako zamiennik standardowego posiłku lub uzupełnienie diety. W jednym z badań wykazano, że podawanie na początku rehabilitacji żywieniowej pokarmów płynnych w postaci sześciu



posiłków dziennie było bardziej skuteczne, niż oczekiwanie od pacjenta, aby jadł pokarmy stałe [38]. W późniejszych etapach leczenia powinno się jednak dążyć do tego, aby pacjent spożywał więcej pokarmów stałych, co sprzyja kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych [2]. Rzadziej stosowane jest żywienie za pomocą sondy nosowo-żołądkowej, które jest najbardziej rekomendowaną formą żywienia enteralnego w przypadku, gdy żywienie doustne jest niemożliwe. Taka metoda podaży pokarmu nie niesie za sobą negatywnych konsekwencji somatycznych, ani nie zwiększa ryzyka wystąpienia zespołu ponownego odżywienia [27, 39]. Najczęściej stosowanymi formami odżywiania pacjentów są żywienie drogą przezskórnej gastrostomii endoskopowej (PEG) oraz żywienie pozajelitowe [33]. Metody te mogą być wykorzystywane w przypadkach bardzo ciężkiego niedożywienia oraz u pacjentów w stanie zagrożającym życiu, którzy odmawiają jedzenia [2].

### **Profilaktyka zespołu realimentacyjnego**

Zespół realimentacyjny (zespół ponownego odżywienia, szoku pokarmowego) stanowi stan bezpośredniego zagrożenia życia, który może wystąpić u pacjentów z ciężkim niedożywieniem, poddawanych leczeniu żywieniowemu drogą enteralną lub parenteralną [28]. Pierwsze 7–10 dni od wprowadzenia realimentacji u osoby dotkniętej niedożywieniem wiąże się z największym ryzykiem wystąpienia zespołu ponownego odżywienia [33]. Może się on rozwinąć pod wpływem zbyt intensywnej realimentacji, prowadzącej do gwałtownego spadku poziomu fosforanów we krwi. Fosfor stanowi kluczowy składnik biorący udział w procesach wewnątrzkomórkowych, w tym produkcji adenozynotrifosforanu (ATP), będącego nośnikiem energii [44]. Biochemicznie zespół realimentacyjny charakteryzuje się gwałtownie następującymi zaburzeniami elektrolitowymi, obejmującymi hipofosfatemię, hipokaliemię, hipomagnezemię i hipokalcemię, spadkiem poziomu tiaminy w osoczu, zaburzeniami gospodarki glukozy oraz retencją płynów w organizmie [12]. Patomechanizm jest związany z indukowanym insuliną gwałtownym przemieszczeniem się glukozy, fosforanów i szeregu składników niezbędnych do produkcji energii z przestrzeni zewnątrzkomórkowej do przestrzeni wewnątrzkomórkowej. Przesunięcie tych składników do wnętrza komórek skutkuje znaczącym ich niedoborem we krwi. Dyselektrolitemia i niedobór tiaminy prowadzą do poważnych, zagrożających życiu konsekwencji somatycznych, obejmujących niewydolność mięśnia sercowego, arytmie, nagłe zatrzymanie krążenia, niewydolność oddechową, zaburzenia nerwowo-mięśniowe, zaburzenia neurologiczne, obrzęki

obwodowe i płucne, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, powikłania hematologiczne i zaburzenia immunologiczne [22, 44].

Wskazuje się, iż najbardziej zagrożoną wystąpieniem zespołu realimentacyjnego grupą pacjentów są osoby, których masa ciała wynosi poniżej 70% należnej masy ciała [2]. Wytyczne zawarte w dokumencie MARSIPAN określają wartości BMI z odpowiadającą im oceną ryzyka powikłań somatycznych u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym [28] (tabela 6).

**Tabela 6. Ryzyko wystąpienia zespołu realimentacyjnego według wartości BMI pacjenta**

niskie ryzyko	15–17,5 kg/m <sup>2</sup>
umiarkowane ryzyko	13–15 kg/m <sup>2</sup>
wysokie ryzyko	<13 kg/m <sup>2</sup>

Wytyczne NICE definiują szereg kryteriów dla identyfikacji osób z grupy ryzyka rozwoju zespołu realimentacyjnego [34] (tabela 7).

**Tabela 7. Kryteria dla identyfikacji osób z grupy ryzyka rozwoju zespołu realimentacyjnego**

Spełnienie przynajmniej 1 kryterium	Spełnienie przynajmniej 2 kryteriów
BMI <16 kg/m <sup>2</sup>	BMI <18,5 kg/m <sup>2</sup>
Utrata >15% masy ciała w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy	Utrata >10% masy ciała w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy
Głodówka lub niewielkie ilości przyjmowanego pożywienia przez >10 dni	Głodówka lub niewielkie ilości przyjmowanego pożywienia przez >5 dni
Niski poziom potasu, fosforanów lub magnezu przed rozpoczęciem realimentacji	W wywiadzie: nadużywanie alkoholu, przyjmowanie niektórych leków, takich jak insulina, chemioterapeutyki, leki zobojętniające, diuretyki

Profilaktyka zespołu realimentacyjnego prowadzona jest poprzez ocenę stanu odżywienia pacjenta dokonaną na podstawie pomiarów antropometrycznych, badań laboratoryjnych poziomu elektrolitów we krwi oraz badań

lekarskich. Odpowiednio przeprowadzona ocena ryzyka somatycznego umożliwia zaplanowanie prawidłowego postępowania żywieniowego. Główny czynnik ryzyka stanowią stopień niedożywienia białkowo-kalorycznego oraz obniżony poziom fosforanów we krwi [44].

Według wytycznych APA zalecane jest rozpoczęcie żywienia od podaży energetycznej na poziomie 30–40 kcal/kg/dobę – około 1000–1600 kcal/dobę [2]. Brytyjskie wytyczne NICE prezentują bardziej konserwatywne podejście. Jako bezpieczna dla rozpoczęcia odżywiania pacjenta z BMI < 14 jest określana podaż energetyczna na poziomie 5 kcal/kg/dobę, natomiast dla osób bez ryzyka wystąpienia zespołu realimentacyjnego – 25–35 kcal/kg/dobę [34] [33]. W standardach opracowanych przez RANZAP zaleca się rozpoczęcie leczenia żywieniowego od podaży 1400 kcal/dobę i zwiększania dobowej podaży energetycznej o 400–500 kcal co 2–3 dni. Poza odpowiednią rekomendowaną podażą kaloryczną, u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia zespołu realimentacyjnego zaleca się suplementację fosforanów w dawce 500 mg dwa razy na dobę oraz tiaminy w dawce 100 mg/dobę przez pierwszy tydzień leczenia. Dawka suplementacji w kolejnym okresie powinna być ustalona w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych poziomu tych składników we krwi. U pacjentów karmionych przez sondę nosowo-żołądkową, którzy wykazują wysokie ryzyko zespołu ponownego odżywiania, zaleca się podaż preparatów odżywczych o obniżonej zawartości węglowodanów – 40–50% [15].

W dokumencie MARSIPAN wskazano na konieczność podania przed rozpoczęciem realimentacji pełnej dawki tiaminy dożylnie i 50 mg tiaminy doustnie cztery razy dziennie oraz preparatu multiwitaminowego z zawartością mikroelementów. Postępowanie żywieniowe w przypadku pacjentów z grupy wysokiego ryzyka rozwinięcia zespołu realimentacyjnego przedstawiono w tabeli 8. Po osiągnięciu podaży energii na poziomie podstawowej przemiany materii, jeśli pacjent jest w stabilnym stanie fizycznym, rekomenduje się zwiększenie kaloryczności o 15–20%, a w przypadku pacjentów leżących – o 10%. W następnym kroku zaleca się dodatek 400 kcal/dobę [28].

W piśmiennictwie naukowym coraz częściej pojawiają się doniesienia, że obecne standardy postępowania w zakresie profilaktyki zespołu realimentacyjnego mogą być zbyt restrykcyjne. Podkreślany jest problem zagrożeń, wynikających ze zbyt niskiej podaży energetycznej na początku leczenia żywieniowego, która może wpłynąć niekorzystnie na stan somatyczny pacjenta oraz efektywność przebiegu rehabilitacji masy ciała [9, 27, 40]. Wskazuje się, iż ryzyko wystąpienia zespołu realimentacyjnego może w większym stopniu

wynikać ze zbyt wysokiej podaży węglowodanów, niż zbyt wysokiej podaży energii [20]. Ostrożność w podaży węglowodanów może skutkować niższym wydzielaniem insuliny i zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu realimentacyjnego [36]. Doniesienia te nie znalazły jednak do tej pory odzwierciedlenia w oficjalnych standardach leczenia.

### **Tabela 8. Standardy postępowania w realimentacji pacjentów z ryzykiem rozwinięcia zespołu ponownego odżywienia**

---

Rozpoczęcie żywienia od podaży energetycznej na poziomie 20 kcal/kg/dobę.

---

Zachowanie szczególnej ostrożności w leczeniu żywieniowym pacjentów o bardzo niskim BMI, wykazujących znaczące zaburzenia elektrolitowe lub choroby współistniejące – rozpoczęcie realimentacji od podaży 5–10 kcal/kg/dobę. Pacjenci powinni być poddawani częstej ocenie medycznej (minimum co 12 godzin) w celu dokonania wymaganego podniesienia kaloryczności w przypadku braku wystąpienia zespołu realimentacyjnego.

---

Poziom elektrolitów i stan kliniczny pacjenta powinien być stale monitorowany. Pacjent może wymagać przeniesienia do oddziału internistycznego jeśli jego stan somatyczny ulegnie znacznemu pogorszeniu (np. spadek poziomu fosforanów <0,4 mmol/l).

---

W przypadku rozpoczęcia realimentacji od bardzo niskiej podaży energetycznej (5–15 kcal/kg/dobę), ocena stanu klinicznego wraz z badaniami laboratoryjnymi powinny być przeprowadzane dwa razy dziennie. Podaż energetyczna powinna być zwiększana stopniowo do 20 kcal/kg/dobę w przeciągu dwóch dni, jeśli nie ma ku temu przeciwwskazań.

---

Łagodne lub umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (na przykład poziom aminotransferazy alaninowej przekraczający czterokrotnie górną wartość zakresu normy) nie powinny stanowić powodu do opóźniania zwiększenia podaży kalorycznej.

---

### **Postępowanie dietetyczne w leczeniu i profilaktyce nawrotów zaburzeń odżywiania**

Interwencje żywieniowe poza głównym obszarem oddziaływań, jakim jest leczenie żywieniowe, powinny obejmować także działania wspierające pacjentów w kształtowaniu i utrzymywaniu prawidłowych nawyków żywieniowych. Leczenie żywieniowe zaburzeń odżywiania powinno charakteryzować się zmiennością podejścia w zależności od etapu leczenia – od ścisłej struktury,

nadzoru, wsparcia w kierunku większej elastyczności [2]. Poradnictwo dietetyczne oraz edukacja żywieniowa są zalecane jako element opieki sprawowanej przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny. Wsparcie w zakresie planowania posiłków powinno obejmować również członków najbliższej rodziny pacjenta, szczególnie jeśli problem zaburzeń odżywiania dotyczy dzieci i młodzieży [33]. Celem osoby chorej powinno być wypracowanie bezpiecznej i swobodnej postawy wobec jedzenia, a także sposobu odżywiania opartego na zasadach zdrowego żywienia. Jadłospis powinien bazować na zróżnicowanej diecie, obejmującej wszystkie grupy produktów spożywczych, włączanych w ilościach odpowiednich do zapotrzebowania pacjenta. Ponadto celem osoby kończącej leczenie jest powstrzymanie się od stosowania zachowań kompensacyjnych, obejmujących między innymi nieprawidłowe zachowania żywieniowe [46]. Istotne jest zachęcanie pacjentów z zaburzeniami odżywiania do rozszerzania jadłospisu poprzez stopniowe włączanie produktów do tej pory wykluczanych [2].

### **Zalecenia dietetyczne w jadłowstręcie psychicznym**

Postępowanie dietetyczne w jadłowstręcie psychicznym powinno być oparte na zindywidualizowanym podejściu do pacjenta, obejmującym ocenę deficytów i potrzeb żywieniowych, edukację w zakresie doboru odpowiednich ilości i wielkości porcji oraz znaczenia poszczególnych grup produktów spożywczych dla zdrowia pacjenta. Prawdłowo ułożony plan żywieniowy bazuje na produktach o wysokiej wartości odżywczej, dostarczających odpowiedniej ilości makroskładników i mikroskładników. Pacjent powinien być zachęcany do zbilansowanej diety opartej na zróżnicowanych posiłkach w celu promowania elastyczności w podejściu do jedzenia i eliminowania restrykcji żywieniowych [42].

Dieta pacjenta z jadłowstrętem psychicznym w początkowym okresie leczenia powinna być dietą lekkostrawną, ze względu na często występujące trudności w funkcjonowaniu układu trawiennego. Jeśli pacjent przed rozpoczęciem leczenia głodował, może być konieczne zastosowanie diety ubogotłuszczowej i bezlaktozowej [26]. Jeżeli nie występuje ryzyko wystąpienia zespołu ponownego odżywiania, podaż węglowodanów na poziomie 50–55% powinna być dobrze tolerowana. Tłuszcze mogą dostarczać około 30% dobowego zapotrzebowania energetycznego. Istotne jest zwrócenie uwagi na odpowiednią podaż wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3,

wpływających na funkcjonowanie układu nerwowego. Białko powinno być dostarczane na poziomie 1,5–2 g/kg/dobę [44]. Pożywienie należy wprowadzać stopniowo, w postaci małych i częstych posiłków. Warto uprzedzić pacjenta, że przez kilka tygodni może odczuwać nadmierną sytość po posiłku i zachęcać go do spożywania – pomimo odczuwanego dyskomfortu – pełnych porcji posiłków. W tym okresie należy unikać zbyt wysokiej podaży surowych owoców i warzyw, które nie należą do produktów o wysokiej gęstości energetycznej i mogą opóźnić opróżnianie żołądkowe. Jeżeli nie występuje nietolerancja laktozy, podaż fermentowanych produktów mlecznych może być korzystna dla wzmocnienia układu immunologicznego i kostnego. Unikanie nadmiernej podaży sodu ograniczy ryzyko wystąpienia zaburzeń elektrolitowych i obrzęków [14].

W procesie leczenia i tworzenia planu żywieniowego powinny być uwzględniane rozpoznane alergie i nietolerancje pokarmowe, a także zwyczajne żywieniowe determinowane przez specyfikę kulturową lub religijną [2]. W dalszych okresach leczenia zasady diety dla osób z niedowagą są takie same, jak dla osób zdrowych, ze zwiększoną podażą energii i białka. Jeżeli nie występują wskazania medyczne do eliminowania składników pokarmowych, to sposób żywienia pod względem jakościowym powinien być jak najbardziej zbliżony do sposobu żywienia osoby zdrowej. Korzystne jest podawanie 5–6 posiłków dziennie w odstępach 3–4 godzinnych, aby utrzymać właściwe tempo przemian metabolicznych i zapobiegać odraczaniu i unikaniu posiłków przez pacjentów [7]. Regularne monitorowanie stanu zdrowia, a w niektórych przypadkach suplementacja preparatami multiwitaminowymi lub multimineralnymi, są zalecane pacjentom z anoreksją, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i pozaszpitalnych ze wskazań lekarskich [33]

### **Postępowanie dietetyczne w bulimii**

Głównym celem rehabilitacji żywieniowej pacjentów z żarłocznością psychiczną jest wsparcie w ustaleniu i podtrzymaniu ustrukturyzowanego planu żywieniowego, który jest użyteczny w redukowaniu epizodów ograniczania pożywienia i zachowań kompensacyjnych. Przyczynę zaburzonej percepcji ustrojowych sygnałów głodu, sytości i pełności stanowią utrwalone nieprawidłowe zachowania żywieniowe, wynikające z nich zaburzenia somatyczne oraz problemy psychiczne [13]. Regularne posiłki, zaspokajające zapotrzebowanie pacjenta na składniki odżywcze i energię, mogą zapobiec epizodom objadania się i służyć zapewnieniu fizjologicznego odczucia sytości [2].

Jednym z kluczowych obszarów oddziaływań w założeniach terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń odżywiania są patologiczne zachowania żywieniowe. W odniesieniu do restrykcji żywieniowych celem jest eliminacja pomijania posiłków, unikania produktów, które w przekonaniu pacjentów są tuczące oraz prób ograniczania ilości spożywanych kalorii. Wylimitowanie restrykcji żywieniowych jest niezbędnym krokiem do ograniczenia napadów objadania się i zachowań kompensacyjnych. Przewyciężenie chaotycznych zachowań żywieniowych, obejmujących brak regularności i konsumpcję nieodpowiednich racji pokarmowych, poprzez promowanie elastycznego, ale jednocześnie opartego na odpowiednich porcjach wzorca odżywiania się, posiadającego wyraźne ramy i strukturę, stanowi cel oddziaływań dietetycznych opartych na zasadach podejścia poznawczo-behawioralnego [7, 24].

Wskaźnikami powrotu do zdrowia są osiągnięcie i utrzymanie prawidłowej masy ciała, normalizacja zachowań żywieniowych, przywrócenie percepcji sygnałów głodu i sytości oraz przywrócenie prawidłowego stanu odżywienia, zapewniającego prawidłowe funkcjonowanie psychiczne i somatyczne [42]. Zaleca się spożywanie pięciu posiłków dziennie w odstępach 3–4 godzinnych [7, 41]. Zapotrzebowanie na energię oraz poszczególne składniki odżywcze powinno być ustalone w oparciu o indywidualną ocenę zapotrzebowania i stanu odżywienia pacjenta. Jedzenie monotonne stanowi element symptomatologii zaburzeń odżywiania. Dieta powinna charakteryzować się zróżnicowaniem i obejmować wszystkie grupy produktów spożywczych. Edukacja żywieniowa i planowanie posiłków powinny uwzględniać zasady zdrowego żywienia, na przykład przedstawione w Piramidzie Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej [41]. Planowanie posiłków nie powinno obejmować użycia gramatur produktów. Dobrym narzędziem do nauki komponowania jadłospisu i oceniania w prawidłowy sposób zapotrzebowania na pożywienie są tabele wymienników, czyli produktów należących do tej samej grupy żywieniowej, mających porównywalną gęstość odżywczą, które można stosować zamiennie [12].

## PIŚMIENNICTWO

1. Accurso E.C., Fitzsimmons-Craft E.E., Ciao A.C. i wsp., *From efficacy to effectiveness: comparing outcomes for youth with anorexia nervosa treated in research trials versus clinical care*, Behav. Res. Ther. 2015; 65: 36–41.
2. *American Psychiatric Association. Eating Disorders, practice guidelines*, Washington, DC: APA, 2006.

3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., Washington, DC: APA, 2013.
4. Carter J.C., McFarlane T.L., Bewell C. i wsp., *Maintenance treatment for anorexia nervosa: a comparison of cognitive behavior therapy and treatment as usual*, *Int. J. Eat. Disord.* 2009; 42(3): 202–207.
5. Castro-Fornieles J., Casulà V., Saura B. i wsp., *Predictors of weight maintenance after hospital discharge in adolescent anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2007; 40(2): 129–135.
6. Dutkiewicz A., Grzelak T., *Diet therapy in patients with anorexia*, *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2016; 16(2): 104–109.
7. Fairburn C.G., Stec M., *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013.
8. Ferro-Luzzi A., Sette S., Franklin M. i wsp., *A simplified approach of assessing adult chronic energy deficiency*, *Eur. J. Clin. Nutr.* 1992; 46(3): 173–186.
9. Garber A.K., Sawyer S.M., Golden N.H. i wsp., *A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2016; 49(3): 293–310.
10. Gentile M.G., *Enteral nutrition for feeding severely underfed patients with anorexia nervosa*, *Nutrients*, 2012; 4(9): 1293–1303.
11. Gianini L.M., Klein D.A., Call C. i wsp., *Physical activity and post-treatment weight trajectory in anorexia nervosa*, *Int. J. Eat. Disord.* 2016; 49(5): 482–489.
12. Graves L.L., Scribner C., *Medical Nutrition Therapy for Eating Disorders* [w:] Smolak L. (ed.), *The Wiley handbook of eating disorders*, 1<sup>st</sup> ed., Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell, 2015: 843–858.
13. Hannon-Engel S., *Regulating satiety in bulimia nervosa: the role of cholecystokinin*, *Perspect. Psychiatr. Care.* 2012; 48(1): 34–40.
14. Hart S., Russell J., Abraham S., *Nutrition and dietetic practice in eating disorder management*, *J. Hum. Nutr. Diet.* 2011; 24(2): 144–53.
15. Hay P., Chinn D., Forbes D. i wsp., *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders*, *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2014; 48 (11): 977–1008.
16. Hudson L.D., Nicholls D.E., Lynn R.M. i wsp., *Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders*, *Arch. Dis. Child.* 2012; 97(9): 779–784.
17. Kaplan A.S., Walsh B.T., Olmsted M. i wsp., *The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa*, *Psychol. Med.* 2009; 39(6): 1037–1045.
18. Kaye W.H., Gwirtsman H.E., Obarzanek E. i wsp., *Caloric intake necessary for weight maintenance in anorexia nervosa: nonbulimics require greater caloric intake than bulimics*, *Am. J. Clin. Nutr.* 1986, 44(4): 435–443.
19. Kaye W., Gwirtsman H., Obarzanek E. i wsp., *Relative importance of calorie intake needed to gain weight and level of physical activity in anorexia nervosa*, *Am. J. Clin. Nutr.* 1988, 47: 989–994.
20. Kohn M.R., Madden S., Clarke S.D., *Refeeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the pathophysiology of protein calorie malnutrition*, *Curr. Opin. Pediatr.* 2011; 23(4): 390–394.
21. Kosmiski L., Schmiede S.J., Mascolo M. i wsp., *Chronic starvation secondary to anorexia nervosa is associated with an adaptive suppression of resting energy expenditure*, *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2014; 99(3): 908–14.



22. Kucharska K., Kułakowska K., *Zaburzenia odżywiania* [w:] Jarema M. (red.), *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, wyd. 2, Gdańsk: Via Medica, 2015: 287–319.
  23. Kułaga Z., Rózdżyńska A., Palczewska I. i wsp., *Siatki centylowe wysokości, masy ciała i wskaźnika Siatki centylowe wysokości, masy ciała dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki badania OLAF*, *Standardy Medyczne/Pediatrics* 2010; 7: 690–700.
  24. Latner J.D., Wilson G.T., *Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating*, *Eat. Behav.* 2000; 1(1): 3–21.
  25. Lawson E.A., Klibanski A., *Endocrine abnormalities in anorexia nervosa*, *Nat. Clin. Pract. Endocrinol. Metab.* 2008; 4(7): 407–414.
  26. Lewitt A., Brzęczek K., Krupienicz A., *Interwencje żywieniowe w leczeniu anoreksji – wskazówki dietetyczne*, *Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat.* 2008; 4(3): 128–136.
  27. Madden S., Miskovic-Wheatley J., Clarke S. i wsp., *Outcomes of a rapid refeeding protocol in Adolescent Anorexia Nervosa*, *J. Eat. Disord.* 2015; 3: 8.
  28. *MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*, Royal College of Physicians. College Report CR162O, 2010.
  29. Marzola E., Nasser J.A., Hashim S.A. i wsp., *Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment* *BMC Psychiatry* 2013; 13: 290.
  30. Mehler P.S., Rylander M., *Bulimia Nervosa – medical complications*, *J. Eat. Disord.* 2015; 3: 12.
  31. Mehler P.S., Winkelman A.B., Andersen D.M. i wsp., *Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient*, *J. Nutr. Metab.* 2010.
  32. Misra M., Klibanski A., *The neuroendocrine basis of anorexia nervosa and its impact on bone metabolism*, *Neuroendocrinology* 2011; 93(2): 65–73.
  33. National Institute for Clinical Excellence, *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders*, National Collaborative Centre for Acute Care at the Royal College of Surgeons of England. NICE 2004.
  34. National Institute for Clinical Excellence, *Nutrition support for adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding, and parenteral nutrition: methods, evidence & guidance*, National Collaborating Centre for Acute Care. NICE 2006.
  35. Norman K., Pichard C., Lochs H. i wsp., *Prognostic impact of disease-related malnutrition*, *Clin. Nutr.* 2008; 27(1): 5–15.
  36. O'Connor G., Goldin J., *The refeeding syndrome and glucose load*, *Int. J. Eat. Disord.* 2011; 44(2): 182–185.
  37. Ogiso K., Asakawa A., Amitani H. i wsp., *Ghrelin and anorexia nervosa: a psychosomatic perspective*, *Nutrition* 2011; 27(10): 988–993.
  38. Okamoto A., Yamashita T., Nagoshi Y. i wsp. *A behavior therapy program combined with liquid nutrition designed for anorexia nervosa*, *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002; 56(5): 515–520.
  39. Parker E.K., Faruque S.S., Anderson G. i wsp. *Higher Caloric Refeeding Is Safe in Hospitalised Adolescent Patients with Restrictive Eating Disorders*, *J. Nutr. Metab.* 2016; 2016: ID 5168978.
  40. Pettersson C., Tubic B., Svedlund A. i wsp., *Description of an intensive nutrition therapy in hospitalized adolescents with anorexia nervosa* *Eat. Behav.* 2016; 21: 172–178.
- Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej*, dostęp w internecie 2016: <http://www.izz>.

waw.pl/pl/zasady-prawidowego-ywienia

41. Reiter C.S., Graves L., *Nutrition therapy for eating disorders*, Nutr. Clin. Pract. 2010; 25(2): 122–136.
42. Rogulska A., *Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010.
43. Sachs K., Andersen D., Sommer J. i wsp., *Avoiding medical complications during the refeeding of patients with anorexia nervosa*, Eat. Disord. 2015; 23(5): 411–421.
44. Setnick J., *Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature*, Nutr. Clin. Pract. 2010; 25(2): 137–142.
45. Tholking M.M., Mellowspring A.C., Eberle S.G. i wsp., *American Dietetic Association: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (competent, proficient, and expert) in disordered eating and eating disorders (DE and ED)*, J. Am. Diet. Assoc. 2011; 111(8): 1242–1249.
46. Tyson E.P., *Ocena medyczna zaburzeń odżywiania się* [w:] Maine M., McGilley B.H., Bunnell D.W. (red.), *Leczenie zaburzeń odżywiania: pomost między nauką a praktyką*, wyd. 1, Wrocław: Elsevier, 2013: 93–118.
47. Watson H.J., Bulik C.M., *Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions*, Psychol. Med. 2013; 43(12): 2477–2500.
48. Zakzanis K.K., Campbell Z., Polsinelli A., *Quantitative evidence for distinct cognitive impairment in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, J. Neuropsychol. 2010; 4(1): 89–106.
49. Zipfel S., Mack I., Baur L.A. i wsp., *Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa*, J. Eat. Disord. 2013; 1(1): 37.

## ASPEKTY PRAWNE LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

---

**Piotr Sierakowski**  
**Barbara Remberk**

---

W niniejszym rozdziale przedstawione zostaną aspekty prawne leczenia zaburzeń odżywiania. Pierwsza część zawiera omówienie zagadnienia z punktu widzenia prawa, w drugiej odniesiemy się do tematów bliższych praktyce klinicznej.

### **Podstawy teoretyczne i aktualne uregulowania prawne**

---

Zagadnienie autonomii jednostki jest jednym z wiodących pojęć współczesnej teorii i filozofii prawa. Jego szczególne znaczenie w okresie nam współczesnym związane jest z dwoma zasadniczymi nurtami w XX-wiecznej refleksji nad prawem. Pierwszym z nich jest zakorzeniona jeszcze w XIX stuleciu filozofia personalizmu, która w centrum swojego spojrzenia na rzeczywistość stawiała człowieka jako osobę ludzką. Drugi natomiast należy do szeroko pojmowanego nurtu praw człowieka, który zaistniał ze szczególną wyrazistością w okresie następującym po II wojnie światowej.

Niezależnie od tego, którą z licznych koncepcji antropologicznych przyjmując, jest oczywiste, że u podstaw zagadnienia autonomii jednostki leży przekonanie o szczególnym statusie człowieka. Nie zamierzając nawet rozwijać tego

niezwykle złożonego i do końca jeszcze niezbadanego wątku, z całym przekonaniem na wstępie poniższych rozważań należy je w ten sposób umiejscowić w szerokim kontekście antropologicznym.

Cała problematyka autonomii jednostki w sposób szczególnie jaskrawy daje o sobie znać przy okazji rozważania zagadnienia przymusowego leczenia osób chorych psychicznie. Już w preambule do obecnie obowiązującej Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego [17] (dalej UoOZP) czytamy, iż zdrowie psychiczne jest nie tylko dobrem osobistym człowieka, ale również takim, które wprost zostało uznane za fundamentalne. W dalszej części preambuły przyjęto ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi do zakresu obowiązków państwa. W ten sposób zadeklarowano dwa zasadnicze cele, którym ustawa ta ma służyć. Z jednej bowiem strony ma się ona opierać na założeniu o podstawowym znaczeniu zdrowia psychicznego człowieka, z drugiej – na konieczności ochrony praw osób z zaburzeniami psychicznymi.

Tekst preambuły, mimo iż z natury rzeczy nie wykracza ona poza sformułowania o charakterze generalnym, stanowi istotną zapowiedź konfliktu wartości, na których będą musiały oprzeć się konkretne jej regulacje. Zasadniczy zrąb przepisów inkorporowanych w rozdziale 3 UoOZP zatytułowanym „Postępowanie lecznicze”, przewiduje warunki leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi tak właśnie, aby w możliwie najszerszym stopniu chronić dobro osobiste osoby chorej w postaci zdrowia psychicznego. W konkretnych jednak sytuacjach ochrona tego właśnie dobra osobistego wymagać będzie naruszenia innych jej dóbr osobistych. Jednym z nich jest prawo do wolności od czynności medycznych podejmowanych bez zgody pacjenta.

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż podjęcie czynności leczniczych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi wiąże się z naruszeniem szeregu ich dóbr osobistych, z których trzy wydają się mieć tu znaczenie zasadnicze. Pierwszym z nich jest wolność osobista, której pozbawiona zostaje osoba umieszczona bez zgody w szpitalu psychiatrycznym. Tym bardziej, że pobyt w zakładzie psychiatrycznym wiąże się z obowiązkiem poddania się zabiegom leczniczym zgodnie z art. 18 UoOZP. Tymczasem, zgodnie z art. 31 Konstytucji RP, wolność człowieka podlega ochronie prawnej. Kolejny przykład stanowić będzie naruszenie godności człowieka, która zadeklarowana została w art. 30 Konstytucji. Nie ulega wątpliwości, że samo już przebywanie w zakładzie psychiatrycznym może uderzać w godność człowieka. Fakt ten nie tylko wiąże się z koniecznością pobytu wspólnie z innymi osobami chorymi psychicznie, co samo w sobie

z kolei może stanowić źródło dodatkowego cierpienia dla umieszczonej tam osoby. Istotne znaczenie ma również zdarzające się i dziś społeczne napiętnowanie osób, które doświadczyły hospitalizacji psychiatrycznej. Możliwość stosowania wobec takiej osoby zabiegów leczniczych bez jej zgody, a nawet przymusu bezpośredniego w tym celu, stanowi dodatkowy czynnik, które może naruszać tę konstytucyjną wartość. Nie mniejsze znaczenie mieć będzie znaczne ograniczenie możliwości korzystania z gwarantowanego konstytucyjnie prawa do życia prywatnego, co przejawia się również, w pewnym przynajmniej zakresie, w reglamentowaniu możliwości kontaktowania się z osobami bliskimi. Ogół powyższych warunków zdaje się mieścić w szeroko pojętym prawie do życia (art. 38 Konstytucji).

Powstaje zatem pytanie, co uprawniło ustawodawcę zwykłego do poświęcenia tak istotnych dóbr osobistych człowieka? Jakie prawem chronione wartości decydują o słuszności tak znaczącego ograniczenia zakresu innych dóbr osobistych? Odpowiedzi na to pytanie dostarcza cytowana wyżej preambuła do UoOZP. Jest nią zdrowie psychiczne człowieka, rozumiane jako fundamentalne jego dobro osobiste. Stwierdzenie powyższe skłania jednak do stawiania dalszych pytań. Z jakiego powodu za tak istotne kryterium nie zostały uznane inne dobra osobiste człowieka? Z jakiego zatem powodu nie można zastosować leczenia przymusowego (i wszystkiego co się z takim leczeniem wiąże w aspekcie ograniczenia praw człowieka) względem osób chorych somatycznie?

W odniesieniu do zasad ogólnych zasadnicze znaczenie przypisuje się właśnie zgodzie pacjenta na dokonanie zabiegu leczniczego. Z całą mocą podkreśla to art. 32 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry [14], zgodnie z którym: *Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta..* Koresponduje z tym przepis art. 15 Kodeksu etyki lekarskiej, który przewiduje, iż: *Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta.*

Na takiej też zasadzie oparta jest zasadnicza część regulacji zawartej w UoOZP. Zgodnie z jej przepisem (art. 22) przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi następuje za jej pisemną zgodą. Regulacja ta stanowi zatem zasadę, co oznacza również, iż przewidziane w UoOZP przypadki, w których możliwe jest leczenie bez wymaganej zgody, stanowią od niej wyjątki. To z kolei, zgodnie z pochodzącą jeszcze z prawa rzymskiego publiczną zasadą *exceptiones non sunt extendae*, oznacza konieczność zawężającej wykładni przepisów je stanowiących. Zatem w razie jakichkolwiek wątpliwości związanych ze

stosowaniem przepisów art. 23, 24 i 29 UoOZP, należy je tak interpretować, aby wynik interpretacji skierowany był na korzyść wolności pacjenta (*in dubio pro libertate*).

Domykając niezbędną tu analizę pojęcia zgody pacjenta w takim rozumieniu, jakie nadają jej przepisy UoOZP, zaakcentować trzeba, iż – co do zasady – wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta stanowi czyn zabroniony przez prawo cywilne. Zgodnie z art. 24 k.c. ten, czyje dobro osobiste zostało zagrożone cudzym działaniem, może żądać zaniechania tego działania, chyba że nie jest ono bezprawne. Osoba taka może domagać się również zgodnie z art. 24 par. 2 k.c. naprawienia szkody, jeżeli takowa została wyrządzona takim właśnie, bezprawnym działaniem. W art. 445 k.c. ustawodawca przewidział z kolei możliwość dochodzenia zadośćuczynienia w razie wyrządzenia takim bezprawnym działaniem krzywdy. W orzecznictwie i doktrynie *expressis verbis* przesądzono, iż takiego zadośćuczynienia można domagać się w razie bezpodstawnego umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym [20], bądź też w sytuacji, gdy umieszczenie takie nastąpiło bez zachowania przewidzianego w UoOZP trybu [11]. Kodeks karny z kolei typizuje w art. 192 przestępstwo, do którego znamion przedmiotowych należy wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Odpowiedzialności karnej podlega ten, kto wykonuje zabieg leczniczy w sytuacji, w której bądź to nie dysponuje oświadczeniem pacjenta o wyrażeniu na taki zabieg zgody, bądź też dysponuje oświadczeniem negatywnym, to znaczy takim, w którym pacjent sprzeciwia się takiemu działaniu.

Pozostawiając na boku szerokie i niezwykle wielowątkowe rozważania dotyczące wspomnianej kwestii, należy jedynie podkreślić wagę autonomii pacjenta w zakresie decydowania o działaniach leczniczych jego dotyczących, która przejawia się w uznaniu działań przeciwnych tej zgodzie nie tylko za delikt prawa cywilnego, ale również za czyn zabroniony pod groźbą kary. Fakt ten niewątpliwie rzuca istotne światło na rozważania dotyczące leczenia pacjenta dotkniętego zaburzeniami psychicznymi bez jego zgody. Z jednej strony bowiem waga negatywnych konsekwencji błędnego zastosowania omawianych przepisów może w określonych sytuacjach stanowić utrudnienie przy ich stosowaniu. Z drugiej jednak, tak silne zaakcentowanie zasady autonomii pacjenta, skłania do jeszcze poważniejszego potraktowania tych przypadków, w których ustawodawca pozwala na podjęcie leczenia mimo braku jego zgody.

Analizując zatem ze stanowiska teoretycznoprawnego dylemat przedstawiony wyżej, należy w pierwszym rzędzie dostrzec, iż wspomniane przepisy art. 23, 24 i 29 UoOZP nie dotyczą każdej choroby psychicznej lub zaburzenia

psychicznego [8]. Zgodnie bowiem z art. 23 UoOZP osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej art. 22 UoOZP tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. W art. 24 UoOZP przewidziano możliwość przyjęcia do szpitala psychiatrycznego takiej osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości czy jest ona chora psychicznie. Pobyt taki ma na celu wyjaśnienie tych wątpliwości i może trwać do 10 dni (art. 24 ust. 2 UoOZP). W art. 29 UoOZP wskazano natomiast możliwość przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 UoOZP, na podstawie orzeczenia sądu, osoby, której zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia, bądź jest ona niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.

Już pobieżna analiza treści przytoczonych przepisów pozwala na stwierdzenie, że z teoretycznego punktu widzenia u podstaw tych regulacji leży konflikt dóbr prawem chronionych. Z jednej bowiem strony sytuują się zarysowane wyżej dobra osobiste osoby chorej psychicznie lub dotkniętej zaburzeniami psychicznymi. Z drugiej zaś, życie osoby chorej psychicznie, cały szereg dóbr osobistych osób trzecich, jak ich życie, zdrowie czy bezpieczeństwo osobiste, a także taka kategoria dotycząca spraw publicznych, jaką jest bezpieczeństwo publiczne, które będą zagrożone naruszeniem w razie niepodjęcia leczenia osoby dotkniętej chorobą psychiczną. Istotą zatem wspomnianej regulacji jest przyznanie prymatu tym ostatnim dobrom prawem chronionym, które to ustawodawca uznał za godne ochrony. Powód zaś takiego rozstrzygnięcia stanowić będzie fakt, iż człowiek poddawany leczeniu jest osobą chorą psychicznie. Choroba psychiczna o nasilonych objawach może w poważnym zakresie naruszać wspomniane wyżej wartości, plasujące się w zakresie dóbr innych osób, jak również mających charakter publiczny. Agresywne zachowania prezentowane przez osobę chorą uderzać mogą również w jej własne dobro. Zależność ta jest przy tym na tyle wyrazista, że skłania do pominięcia określonego zakresu innych dóbr osobistych osoby poddawanej leczeniu.

Po wyjaśnieniu powyższego możliwe jest dotarcie do zasadniczego przedmiotu niniejszego rozdziału, jakim jest dopuszczalność przymusowego leczenia osób dotkniętych zaburzeniami odżywiania.

## **Zgoda na leczenie w zaburzeniach psychicznych**

Zaburzenia psychiczne są szczególną grupą chorób, w których objawy i dolegliwości wyraźne dla otoczenia nie są odczuwane przez pacjenta jako dokuczliwe lub pacjent nie ma poczucia, że jego doznania mają charakter nieprawidłowy. Brak poczucia choroby określa się również jako brak lub obniżony krytycyzm. Obniżony krytycyzm nie oznacza jednak braku cierpienia. Osoby doświadczające omamów czy też urojeń, przeżywają często lęk, przerażenie, z powodu objawów psychotycznych nie przyjmują pokarmów, czy też dokonują drastycznych uszkodzeń swojego ciała. Do mniej dramatycznych, ale również trudnych konsekwencji zaburzeń psychicznych, należy niezdolność do pracy/edukacji, czy też do funkcjonowania w rodzinie.

Jak zostało to omówione w poprzedniej części rozdziału, każdy człowiek ma prawo do wyrażenia lub niewyrażenia zgody na leczenie. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, która dotyczy tej szczególnej grupy zaburzeń, również to uwzględnia. Tym niemniej, w przebiegu zaburzeń psychicznych pojawiają się sytuacje, kiedy to z powodu nasilenia objawów osoba chora nie jest w stanie podjąć decyzji w sposób wolny i świadomy. W związku z tym wprowadzono możliwość leczenia osoby chorej wbrew jej woli, na podstawie zgody sądu opiekuńczego.

Artykuł 23 UoOZP głosi: *Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Z kolei artykuł 24 dotyczy osoby, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Jeżeli zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta do szpitala bez zgody (...) w celu wyjaśnienia tych wątpliwości.*

Oba powyższe artykuły odnoszą się do sytuacji bezpośredniego zagrożenia. Według artykułu 29 ustawy, *do szpitala może być również przyjęta bez zgody osoba chora psychicznie, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie jej stanu zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia psychicznego.*

O przyjęciu do szpitala psychiatrycznego w tym ostatnim trybie orzeka sąd opiekuńczy, właściwy dla miejsca zamieszkania osoby, której dotyczy



wniosek. Postępowanie to zainicjowane może być przez wniosek złożony przez małżonka osoby, której dotyczy, jej krewnych w linii prostej, rodzeństwa, jej przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej nad nią faktyczną opiekę (art. 29 ust. 2 UoOZP). W stosunku do osób objętych oparciem społecznym wniosek taki może również złożyć organ do spraw pomocy społecznej (art. 29 ust. 3 UoOZP). Do wniosku dołączone być musi również zaświadczenie od lekarza psychiatrii szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia danej osoby w szpitalu psychiatrycznym (art. 30 ust. 1 UoOZP). W przypadku, gdy takie zaświadczenie nie zostanie dołączone lub też wprawdzie zostanie ono przedstawione, ale datowane jest na dzień wcześniejszy niż 14. dzień przed złożeniem wniosku, sąd opiekuńczy zwróci taki wniosek bez wzywania do uzupełniania jego braków. Jedynie w przypadku, gdy uzyskanie takiego zaświadczenia nie jest możliwe, a dołączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają konieczność leczenia psychiatrycznego, rygor ten nie będzie miał zastosowania (art. 30 ust. 2 i 3 UoOZP). W takim przypadku sąd opiekuńczy zarządza poddanie osoby, której postępowanie dotyczy, badaniu przez biegłego psychiatrę.

Ustawa w powyżej cytowanych artykułach korzysta z określenia *choroba psychiczna*, którą odróżnia od *zaburzeń psychicznych*. Równocześnie definicja choroby psychicznej nie jest nigdzie podana. Jako wskazówkę można potraktować art. 3 UoOZP, który podaje, że określenie *zaburzenia psychiczne* odnosi się między innymi do *osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne)*. Z medycznego punktu widzenia jednakże taka definicja nie jest wystarczająca. Jak zauważa Pużyński [10], kryterium obecności objawów psychotycznych nie jest elementem większości z proponowanych w medycynie definicji choroby psychicznej. Co więcej, zgodnie z koncepcją kontinuum psychozy, obecnie uważa się, że subkliniczne doznania psychotyczne mogą występować u osób zdrowych psychicznie [18]. Według twórców ustawy ocena, czy dana osoba jest chora psychicznie, jest wynikiem procesu diagnozy przeprowadzonego przez lekarza; proces ten powinien być zgodny z najnowszą wiedzą medyczną i dlatego definicja choroby nie powinna być podana w akcie prawnym [13]. Tym niemniej najczęściej za *choroby psychiczne* uważa się zaburzenia psychotyczne i zaburzenia nastroju o znacznym nasileniu. W obu przypadkach sposób odbioru i/lub interpretacji rzeczywistości jest głęboko zniekształcony. Za *zaburzenia psychiczne* z kolei uważa się dolegliwości teoretycznie mniej poważne, gdzie możliwości oceny sytuacji i racjonalnego postępowania są generalnie zachowane. Zagadnienie to jest dyskutowane

w pracach będących komentarzem do UoZP [2, 3], przy czym publikacje te prezentują nieco odmienne stanowiska.

Pojawia się wątpliwość, czy jest zgodne z zasadą demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji) uzależnianie poważnych skutków – jakimi bez wątpienia jest możliwość zamknięcia i leczenia osoby w szpitalu bez jej zgody – od treści pojęcia, którego zakres znaczeniowy z punktu widzenia aktu normatywnego byłby nieokreślony. Z drugiej strony, powstaje pytanie, czy w ogóle jest możliwe sformułowanie prawidłowej, to znaczy pełnej, niesprzecznej i jednocześnie funkcjonalnej definicji pojęcia choroby psychicznej.

Zagadnienie zgody na leczenie psychiatryczne jest bardzo złożone i omówienie wszystkich aspektów przekracza ramy niniejszego rozdziału. W tym miejscu skupimy się na kwestii leczenia zaburzeń odżywiania.

## **Zaburzenia odżywiania: co się dzieje, gdy osoba chora nie zgadza się na leczenie**

### **Anoreksja: dorośli.**

#### **Leczenie psychiatryczne**

Jak wspomniano w jednym z poprzednich rozdziałów, anoreksja jest zaburzeniem groźnym dla życia. W niektórych badaniach śmiertelność w przebiegu anoreksji szacuje się na 22% [5]. Nie ulega wątpliwości, że ten stan zagrożenia życia jest konsekwencją postępowania, które wynika z zakłócenia czynności psychicznych. Pojawia się pytanie, czy zakłócenie czynności psychicznych pozwala na skorzystanie w możliwości przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (zob. tabela 9).

Powracamy zatem do pytania o definicję choroby psychicznej. Jak wspomniano, ani w medycynie, ani w zapisach polskiego prawa taką jednoznaczną definicją nie dysponujemy. W praktyce jednak zdarza się wiele sytuacji, gdy w przypadku ciężkiej postaci anoreksji sądy opiekuńcze – na podstawie opinii biegłych psychiatrów – decydują o konieczności leczenia wbrew woli pacjenta. Nie wchodząc w szczegóły dotyczące poszczególnych przypadków, chciałabym uargumentować taką interpretację.

Przypomnę w tym miejscu definicję objawów psychotycznych: urojenia są to fałszywe sądy pochodzenia chorobowego, nekorygowalne

i nieuzasadnione kulturowo. Omamy to z kolei spostrzeżenia nieistniejących w rzeczywistości przedmiotów, którym towarzyszy błędny sąd realizujący [19].

**Tabela 9. Warunki przyjęcia do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej zgody**

Tryb przyjęcia do szpitala	Warunki
Nagły (najpierw pacjent zostaje przyjęty do szpitala, potem sąd opiekuńczy ocenia i zazwyczaj zatwierdza tę decyzję)	Osoba przyjęta do szpitala jest chora psychicznie. <b>ORAZ</b> Osoba ta bezpośrednio zagraża życiu swojemu lub życiu i zdrowiu otoczenia.
Wnioskowy (najpierw sąd opiekuńczy wydaje zgodę, a potem pacjent jest przyjęty do szpitala)	Osoba przyjęta do szpitala jest chora psychicznie. <b>ORAZ</b> Jeżeli nie będzie leczona, jej stan się pogorszy <b>LUB</b> jest niezdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Jak wiadomo, kluczowymi objawami anoreksji są nieprawidłowa ocena swojego ciała, które wydaje się zbyt grube i uporczywe dążenie do obniżenia masy ciała. Jeżeli o tym, że jego/jej ciało jest zbyt grube, przekonana jest osoba na granicy śmierci głodowej, można zastanawiać się, czy przekonanie to nie powinno zostać uznane za urojeniowe. Dyskusja dotycząca powiązań pomiędzy anoreksją a zaburzeniami psychotycznymi trwa od lat [4]. W badaniu, którego autorami byli Mountjoy i wsp. [7], osoby chore na schizofrenię i osoby chore na anoreksję uzyskały porównywalne wyniki w skali oceniającej nasilenie urojeń. U osób chorych na anoreksję opisywano także doznania natury omamowej [1, 9]. Odrębnym zagadnieniem jest, wcale nierzadkie, współwystępowanie anoreksji i zaburzeń psychotycznych innej natury [13].

Praktyka pokazuje, że w ocenie zarówno biegłych, jak i sądów, zaburzenia myślenia w anoreksji mogą osiągać nasilenie choroby psychicznej. Zazwyczaj osoby chore kierowane są do szpitala w trybie wnioskowym; ograniczanie kalorii najczęściej nie jest przyczyną bezpośredniego zagrożenia życia. Zdarza się jednak, że osoby chore na anoreksję nie tylko przestają jeść, ale także odmawiają przyjmowania płynów. Podobnie ograniczenie jedzenia u osoby skrajnie wyniszczonej może stanowić bezpośrednie zagrożenie. Takie sytuacje mogą być uznane za stany nagłe.

Dnia 1.12.2017 r., w trakcie XXIX Ogólnopolskiej Konferencji Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, odbyło się posiedzenie dotyczące przesłanek, które uzasadniają leczenie szpitalne bez zgody pacjentów cierpiących na jadłowstręt psychiczny. Stanowisko ekspertów w tej sprawie zostanie opublikowane wkrótce.

### **Anoreksja: dorośli.**

#### **Leczenie psychiatryczne – wypis na żądanie**

Osoba przyjęta do szpitala za swoją zgodą może tę zgodę wycofać. W takiej sytuacji lekarz ma możliwość zatrzymania pacjenta w szpitalu wbrew jego woli, ale tylko wtedy, gdy – analogicznie do art. 23 – jest chory psychicznie i stwarza bezpośrednie zagrożenie dla swojego życia lub życia i zdrowia otoczenia.

### **Bulimia: dorośli.**

#### **Leczenie psychiatryczne**

Chociaż powikłania zachowań bulimicznych mogą prowadzić do stanów bezpośredniego zagrożenia życia, sama bulimia zazwyczaj nie stanowi podstawy do decyzji o hospitalizacji wbrew woli, chyba że objawom zaburzeń odżywiania towarzyszą inne dolegliwości, takie jak zaburzenia nastroju lub myśli samobójcze.

### **Dorośli: zaburzenia odżywiania.**

#### **Leczenie internistyczne**

Zdarza się, że osoba chora, zwłaszcza na anoreksję, jest w tak złym stanie, że w danym momencie wymaga nie pobytu w szpitalu psychiatrycznym, lecz pobytu na oddziale intensywnej terapii lub na oddziale internistycznym [6]. Na taki pobyt powinna oczywiście wyrazić zgodę i sytuacji tej nie dotyczy ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Kwestia zgody na leczenie jest regulowana przez ustawę o zawodzie lekarza [14]. Dopuszcza ona możliwość leczenia pacjenta, który jest niezdolny do wyrażenia zgody, za zgodą sądu opiekuńczego. Dotyczy to niekiedy osób, które są niezdolne do wyrażenia zgody z powodu choroby psychicznej. W typowej sytuacji jednak, osoba chorująca na anoreksję nie może być uznana za niezdolną do wyrażenia zgody.

### **Dzieci i młodzież: leczenie psychiatryczne**

Według obowiązujących przepisów, zgodę na leczenie dziecka wyraża jego opiekun prawny, zaś w przypadku młodzieży od 16. do 18. roku życia – oprócz

opiekuna prawnego także sam pacjent. W praktyce procedury leczenia psychiatrycznego bez zgody osób powyżej 16. roku życia są takie same, jak dotyczące dorosłych, omówione powyżej.

Zgody na leczenie może także nie wyrazić lub wycofać nie dziecko, ale opiekun prawny. Jest to oczywiste prawo rodziców. Nie zawsze jednak takie decyzje mogą być ocenione jako właściwe z medycznego punktu widzenia. W przypadku zagrożenia życia dziecka (art. 23 UoOZP) i braku zgody rodziców stosowane są takie same procedury, jak w przypadku braku zgody samego pacjenta. Jeżeli natomiast problemem jest przewlekły brak zaangażowania rodziców w proces leczenia lub niestosowanie się do zaleceń lekarskich, właściwe może być zwrócenie się do sądu rodzinnego z prośbą o wgląd w sytuację rodzinną i nadzór nad procesem leczenia. Sąd może, na podstawie art. 109 par. 2 pkt 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego [15] zobowiązać rodziców do podjęcia koniecznego leczenia, czy to w formie ambulatoryjnej, czy to poprzez umieszczenie dziecka w szpitalu psychiatrycznym. Co ważne, sąd powinien jednocześnie dookreślić sposób kontroli nad tym, czy rodzice realizują ten obowiązek.

Leczenie dzieci regulują także dodatkowe akty prawne: ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich [16] w art. 12 daje możliwość umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Dotyczy to nieletniego, który popełnił czyn karalny lub jest zagrożony demoralizacją (art.1) i u którego stwierdzono *upośledzenie umysłowe, chorobę psychiczną lub inne zakłócenie czynności psychicznych*. Orzeczenie takie może mieć charakter kończący postępowanie lub być wydane w trybie postanowienia tymczasowego (art. 26 tejsze ustawy).

### **Czy warto leczyć wbrew woli?**

Jak wynika z literatury, leczenie wbrew woli jest związane z gorszym rokowaniem, niż leczenie osób, które na swoją terapię wyraziły zgodę [12]. Wydaje się jednak, że konieczność leczenia wbrew woli jest przejawem poważniejszego przebiegu choroby i współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, zatem mniejsza skuteczność leczenia nie wynika wyłącznie z niekorzystnych skutków przymusu.

Przymusowe leczenie jest niewątpliwie skuteczne w zakresie rehabilitacji masy ciała. Rehabilitacji masy ciała zwykle towarzyszy częściowa poprawa

stanu psychicznego. Zazwyczaj jednak z programów psychoterapeutycznych łatwiej skorzystać osobom, które posiadają wewnętrzną motywację do leczenia.

Warto zauważyć, że osoba z nasilonymi objawami anoreksji nie jest – w sensie egzystencjalnym – osobą wolną, lecz jej życie jest podporządkowane chorobie i objawom. Wiedząc, że leczenie oznacza konieczność jedzenia, a planowanym efektem terapii będzie zwiększenie masy ciała, niekiedy osoba chora nie potrafi – nie jest w stanie – wyrazić na to zgody. Jak wspomniano we wstępie, brak krytycyzmu nie oznacza braku cierpienia: życie osoby z nasilonymi zaburzeniami odżywiania zwykle koncentruje się na unikaniu sytuacji związanych z pokarmami, myślenie jest podporządkowane ciągłym rozważaniom dotyczącym własnego wyglądu czy też kaloryczności posiłków, a doświadczenia emocjonalne są zogniskowane na przeżywaniu głębokiego niezadowolenia ze swojego ciała. Są to sytuacje, kiedy jedyną możliwością rozpoczęcia leczenia bywa leczenie wbrew woli.

## Podsumowanie

Zaburzenia odżywiania, zwłaszcza anoreksja, mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia, zaś nasilenie objawów psychopatologicznych osiąga poziom choroby psychicznej. Obecny system prawny w niektórych sytuacjach umożliwia prowadzenie leczenia psychiatrycznego bez zgody osoby chorej. Tym niemniej w przypadku zaburzeń odżywiania rozstrzygnięcia prawne nie są jednoznaczne.

## PIŚMIENNICTWO

1. Delsedime N., Nicotra B., Giovannone M.C. i wsp., *Psychotic symptoms in a woman with severe Anorexia Nervosa: psychotic symptoms in Anorexia Nervosa*, *Eat. Weight Disord.* 2013; Mar; 18(1): 95–98.
2. Duda J., *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, wyd. 3, LexisNexis, 2012.
3. Galecki P., Bobińska K., Eichstaedt K., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2016.
4. Hudson J.I., Pope H.G. Jr, Jonas J.M., *Psychosis in anorexia nervosa and bulimia*, *Br. J. Psychiatry.* 1984; Oct; 145: 420–423.

5. Jagielska G., Kacperska I., *Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręcie psychicznym*, Psychiatr. Pol. 2017; 30; 51(2): 205–218.
6. Jarema M. (red.), *Standardy leczenia wybranych zaburzeń psychicznych*, VM Media 2015.
7. Mountjoy R.L., Farhall J.F., Rossell S.L., *A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa*, Psychiatry Res. 2014; Dec 15; 220(1–2): 507–512.
8. *Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 lutego 1996 roku II CRN 201/95.*
9. Pugh M., Waller G., *The anorexic voice and severity of eating pathology in anorexia nervosa*, Int. J. Eat. Disord. 2016; Jun; 49(6): 622–625.
10. Puzyński S., *Choroba psychiczna – problem z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, Psychiatr. Pol. 2007; 41(3): 299–308.
11. Safjan M. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz (red.) Pietrzykowski K.*, Warszawa 2008: 1435–1436.
12. Schreyer C.C., Coughlin J.W., Makhzoumi S.H. i wsp., *Perceived coercion in inpatients with anorexia nervosa: Associations with illness severity and hospital course*, Int. J. Eat. Disord. 2016; Apr; 49(4): 407–412.
13. Tylec A., Olajossy M., Dubas-Slomp H. i wsp., *Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne*, Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 531.
14. *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry – tekst jednolity*, Dz.U. z 2017 roku poz. 125.
15. *Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy.*
16. *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.*, Dz.U. 1982 nr 35 poz. 228 z późniejszymi zmianami.
17. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – tekst jednolity*, Dz.U. z 2017 roku poz. 882.
18. van Os J., Linscott R.J., Myin-Germeys I., Delespaul P. i wsp., *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder*, Psychol. Med. 2009; 39(2): 179–195.
19. Wciórka J., *Psychopatologia* [w:] Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J. i wsp., *Psychiatria t. 1*, Wrocław: Urban & Partner, 2002.
20. *Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 1979 roku, II CR 376/79 OSPiKA 1981 2/26.*

