

Marta Dudzińska

## PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA BULIMII PSYCHICZNEJ: TEORIA, METODA, STATUS EMPIRYCZNY I PRZYSZŁE KIERUNKI ROZWOJU

### COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOLOGICAL BULIMIA: THEORY, METHOD, EMPIRICAL STATUS AND FUTURE DIRECTIONS OF DEVELOPMENT

Centrum Zaburzeń Odżywiania z siedzibą we Wrocławiu

**cognitive-behavioral psychotherapy  
bulimia nervosa  
empirical status**

#### Streszczenie

*Pomimo rozwoju sposobów pomagania pacjentom z rozpoznaniem bulimii psychicznej, jej leczenie nadal stanowi wyzwanie terapeutyczne. Pierwszą metodą z wyboru w leczeniu żarłoczości psychicznej jest terapia poznawczo-behawioralna ze względu na dowiedzioną w randomizowanych badaniach skuteczność. Mimo to duża część pacjentów nie jest nią obejmowana, co może być związane z niewystarczającą liczbą klinicystów posługujących się tą metodą. Celem artykułu jest przedstawienie aktualnej wiedzy dotyczącej poznawczo-behawioralnej terapii bulimii (CBT-BN): podstaw teoretycznych, historii rozwoju, opisu metody i jej empirycznego statusu oraz opcji zwiększania skuteczności leczenia. Rozwój CBT-BN przyczynił się do powstania wzmocnionej terapii poznawczo-behawioralnej (CBT-E). W dalszej części artykułu opisano również podstawy teoretyczne CBT-BN. Następnie scharakteryzowano CBT-E — opisano jej zastosowanie, stadia terapii, a także wyniki badań weryfikujących podstawy teoretyczne i skuteczność leczenia. Ostatnia część pracy dotyczy możliwości zwiększania skuteczności CBT-BN, w tym integracji z innymi metodami pomagania, przykładowo dialogiem motywującym („Motivational Interviewing”, MI). W tym kontekście obiecujące wydaje się wykorzystanie nowych form terapii poznawczo-behawioralnej określanych jako trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej: dialektyczna terapia behawioralna (Dialectical Behavioral Therapy, DBT), integratywna poznawczo-afektywna terapia (Integrative Cognitive-Affective Therapy ICAT), terapia schematów (Schema Therapy, ST).*

#### Summary

Despite the development of ways to help patients diagnosed with bulimia nervosa, its treatment continues to be a therapeutic challenge. The first method of choice in the treatment of bulimia nervosa is cognitive-behavioral therapy because of its effectiveness, demonstrated in randomized studies. Nevertheless, a large proportion of patients are not covered by this method, which may be related to the insufficient number of clinicians using it. The aim of this article is to present the current knowledge on cognitive-behavioral therapy of bulimia (CBT-BN): its theoretical basis, development history, description of the method and its empirical status and options for increasing the effectiveness of treatment. The development of CBT-BN has contributed to the emergence of enhanced cogni-

tive-behavioral therapy (CBT-E). The following part of the article describes the theoretical basis of CBT-BN. Next, CBT-E is characterized – its application, stages of therapy as well as the results of tests verifying the theoretical basis and the effectiveness of the therapy are described. The last part of the work concerns the possibilities of increasing the effectiveness of CBT-BN, including integration with other methods of helping, for example, motivational dialogue (“Motivational Interviewing”, MI). In this context, it seems promising to use new forms of cognitive-behavioral therapy, referred to as the third wave of cognitive-behavioral therapy: dialectic behavioral therapy (DBT), integrative cognitive-affective therapy (ICAT), schema therapy (ST).

## Wstęp

Bulimia psychiczna jest uznawana za chorobę trudną do leczenia ze względu na niski poziom motywacji pacjentów do zmiany, wycofywanie się ich z terapii [1], utrzymywanie się objawów pomimo leczenia, nawroty [2, 3] oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych [4]. Zachorowanie wiąże się również z ograniczeniami funkcjonowania psychospołecznego, zwiększonym ryzykiem śmiertelności oraz dużymi kosztami leczenia w systemie opieki zdrowotnej [5]. Czynniki te sprawiają, że zaburzenie to problem wymagający zainteresowania klinicystów i ciągłego doskonalenia sposobów pomagania grupie pacjentów z tym rozpoznaniem.

Pierwszą metodą z wyboru w leczeniu bulimii psychicznej jest terapia poznawczo-behawioralna ze względu na najlepiej udokumentowaną skuteczność w badaniach [6]. Doświadczenie kliniczne i badawcze pokazuje jednak, że zbyt mała grupa pacjentów obejmowana jest tą formą terapii [7]. W związku z tym ważne jest rozpowszechnianie wiedzy o zastosowaniach terapii poznawczo-behawioralnej wśród klinicystów i pacjentów [13].

Celem tego artykułu jest przedstawienie aktualnej wiedzy na temat poznawczo-behawioralnej terapii bulimii (CBT-BN), począwszy od przedstawienia jej podstaw teoretycznych, historii rozwoju, po krótki opis metody oraz omówienie badań weryfikujących jej skuteczność. Ostatnia część pracy dotyczy możliwości zwiększania skuteczności leczenia żarłoczności psychicznej poprzez rozwój CBT-BN lub wykorzystanie trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej.

## Podstawy teoretyczne i rozwój metody

Klasyczny model poznawczy Becka kładzie nacisk na rolę procesów poznawczych w wyjaśnianiu ludzkiego funkcjonowania i przyczyn powstawania zaburzeń. Według tej koncepcji emocje i zachowania są rezultatem sposobu interpretowania wydarzeń. Natomiast schematy myślowe są nabywane w procesie uczenia. Ich zmiana jest możliwa — wymaga oparcia się na tym samym procesie. Bazując na technikach restrukturyzacji poznawczej można osiągnąć zmianę dysfunkcyjnych interpretacji, a więc zmianę w obszarze emocji i zachowań, które mogą być dezadaptacyjne [8].

Zgodnie z hipotezą specyficzności poznawczej w zaburzeniach psychicznych można wyróżnić charakterystyczne schematy poznawcze [9]. Dzięki temu możliwe jest tworzenie specyficznych modeli zaburzeń psychicznych stanowiących podstawę dla planowania terapii. Według Fairburna [10] bulimia psychiczna jest w znaczącym wymiarze zaburzeniem poznawczym, gdyż u pacjentów występują zniekształcenia poznawcze w przekonaniach dotyczących znaczenia wyglądu i wagi oraz postrzegania własnej wartości. Dysfunkcyjny

schemat niskiej samooceny powoduje uzależnianie własnej wartości od wyglądu, wagi i ich kontrolowania [12]. W związku z tym jednym z głównych celów terapii jest restrukturyzacja myśli i przekonań dotyczących nadmiernej koncentracji na sylwetce i wadze oraz budowanie poczucia własnej wartości w oparciu o inne sfery życia.

CBT-BN rozwija się od lat siedemdziesiątych XX wieku. W miarę upływu czasu metoda ta była udoskonalana m.in. przez Fairburna, światowej klasy badacza w dziedzinie zaburzeń odżywiania [12]. W rezultacie powstała wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive Behavioral Therapy-Enhanced*, CBT-E). Obecnie stanowi ona dominujące podejście w leczeniu bulimii.

Podstawą dla CBT-BN jest poznawczo-behawioralna teoria podtrzymywania bulimii, która opisuje specyficzne cechy tego zaburzenia: niską samoocenę, nadmierną koncentrację na wadze, figurze i ich kontroli, ograniczenia dietetyczne, napady objadania się i zachowania kompensacyjne [10]. Dysfunkcyjny schemat dotyczący samooceny stanowi korową psychopatologię. Pacjenci próbują kompensować niską samoocenę przez nadmierną koncentrację na figurze, wadze i zdolności do ich kontrolowania. Pozostałe cechy kliniczne bulimii są wtórne do tych mechanizmów. Jedynym wyjątkiem są napady objadania się, które nie wynikają bezpośrednio z głównej psychopatologii, tylko są wynikiem restrykcji w jedzeniu. Wprowadzanie rygorystycznej diety i innych zachowań nakierowanych na kontrolę wagi sprzyja występowaniu napadów objadania się, wpływających zwrótnie na zwiększenie obaw o figurę i wagę. Następnie dochodzi do prób wzmacniania kontroli w obszarze odżywiania poprzez nasilanie ograniczeń jedzenia, co znowu zwiększa prawdopodobieństwo napadów objadania się. W celu uniknięcia przyrostu masy ciała pacjenci stosują strategie kompensacyjne (np.: wymioty, używanie środków przeczyszczających), które w ich przekonaniu mogą ich przed tym uchronić. W ten sposób wykształca się charakterystyczny dla bulimii wzorzec postępowania polegający na przeplataniu się rygorystycznej diety z napadami objadania się i oczyszczaniem [12].

Do napadów objadania się prowadzą również nieprzyjemne wydarzenia i związane z nimi emocje. Sytuacje z życia pacjentów mogą powodować negatywne reakcje, w tym przykre dla nich emocje, które zwiększają ryzyko napadów objadania się. Dzieje się tak dlatego, że w takich momentach pacjentom jest szczególnie trudno wytrwać w ograniczaniu jedzenia. Dodatkowo funkcją napadów jest dystrakcja od trudnej sytuacji oraz kojenie negatywnych emocji.

Brak reakcji części pacjentów na CBT-BN skłonił Fairburna i wsp. [12] do ulepszenia dotychczasowej teorii poznawczo-behawioralnej, na której jest oparta CBT-E. Model ten opisuje cztery dodatkowe procesy podtrzymujące zaburzenie: niską samoocenę, nietolerancję nastroju, perfekcjonizm i problemy interpersonalne. W przypadku niektórych pacjentów odgrywają one znaczącą rolę, gdyż mogą uniemożliwiać skuteczne leczenie. W związku z tym stworzono dwie wersje CBT-E: „skoncentrowaną” (CBT-Ef) i „rozszerzoną” (CBT-Eb). Pierwsza jest podstawową wersją terapii skupioną na specyficznej dla zaburzeń odżywiania psychopatologii. Z czasem włączono do CBT-Ef moduł dotyczący nietolerancji nastroju. Natomiast CBT-Eb obejmuje dodatkowe mechanizmy podtrzymujące: rdzennie niską samoocenę, kliniczny perfekcjonizm oraz problemy interpersonalne. Wskazaniem do jej stosowania jest występowanie bardziej złożonej psychopatologii u pacjentów. Kolejną zmianą, wprowadzoną przez Fairburna i jego współpracowników [12], jest rozszerzenie

poznawczo-behawioralnej teorii podtrzymywania bulimii na inne zaburzenia odżywiania. Perspektywa transdiagnostyczna wprowadza innowacyjny sposób rozumienia i leczenia zaburzeń odżywiania. Dzięki temu CBT-E może być wykorzystywana w leczeniu różnych zaburzeń odżywiania.

### **Terapia bulimii: opis metody, techniki, zastosowania**

Jak podkreśla Fairburn [10], w zaburzeniach odżywiania kluczowe są czynniki poznawcze, w tym rdzeń psychopatologii, który stanowi nadmierna koncentracja na wadze, figurze i ich kontroli. Dlatego interwencje wykorzystywane w CBT-E są częściowo oparte na klasycznych technikach terapii poznawczo-behawioralnej opracowanej pierwotnie dla osób cierpiących na depresję [8]. Pacjenci uczą się poznawczych i behawioralnych technik ukierunkowanych na redukcję ograniczeń dietetycznych i zapobieganie napadom objadania się. Nabywają zdolności identyfikowania i zmieniania dysfunkcyjnych myśli i przekonań dotyczących wagi, figury i jedzenia.

Kluczem do zaplanowania terapii jest konceptualizacja, która opiera się na modelu poznawczym określonego zaburzenia z uwzględnieniem wczesnych doświadczeń pacjenta oraz ich wpływu na ukształtowane przekonania kluczowe i obecne problemy wraz z nadawanym im znaczeniem [11]. Również w CBT-E strategia leczenia opiera się na indywidualnej konceptualizacji [12]. Podczas leczenia nie ma konieczności zajmowania się wszystkimi objawami, lecz tylko tymi, które stanowią najważniejsze procesy podtrzymujące (np.: nadmierną koncentracją na wadze i wyglądzie, zachowaniami kompensacyjnymi). W przypadku psychopatologii bulimii psychiczne objawy, z punktu widzenia konceptualizacji, mogą wygasnąć same, jeśli nie są już aktywne główne mechanizmy podtrzymujące [10].

Leczenie jest ograniczone w czasie i zaadaptowane do różnych warunków [10]. W przypadku pacjentów ambulatoryjnych terapia może trwać 20 tygodni (20 sesji) lub 40 tygodni (40 sesji), jeśli BMI jest niższe niż 17,5. W obu przypadkach sesje odbywają się początkowo dwa razy w tygodniu, a w końcowym etapie leczenia raz na dwa tygodnie. CBT-E jest dostosowana do osób dorosłych i nastolatków, może być wdrażana w warunkach opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej, w wersji indywidualnej lub grupowej.

Głównym celem CBT-E jest zdystansowanie się pacjenta od występującego zaburzenia i jego objawów. Terapia obejmuje: unormowanie nawyków żywieniowych, wprowadzenie regularnych posiłków i planowanie ich, naukę poznawczo-behawioralnych technik radzenia sobie w sytuacjach mogących wyzwalać napady objadania się i wymioty, modyfikację dysfunkcyjnych przekonań dotyczących znaczenia wagi, jedzenia i figury oraz budowanie samooceny w oparciu o inne sfery życia i zapobieganie nawrotom [10].

CBT-E składa się z czterech etapów. Pierwszy z nich obejmuje nawiązanie wspierającej relacji i zaangażowanie pacjenta w terapię, psychoedukację (na temat wagi ciała i jej regulacji, somatycznych skutków objawów, nieskuteczności napadów objadania się i zachowań kompensacyjnych) oraz wspólne stworzenie poznawczego modelu podtrzymywania bulimii. Kluczowe jest również wprowadzenie dwóch procedur: ważenia na sesji i regularnego odżywiania się. Wprowadzenie tych oddziaływań stanowi podstawę do dalszych kroków w terapii.

Drugi etap CBT-E dotyczy szczegółowego podsumowania uzyskanych zmian i wykrycia ewentualnych czynników blokujących postęp. Jest to też czas na ponowne przeanalizowanie konceptualizacji i w razie potrzeby zmodyfikowanie jej oraz rozważenie wdrożenia „rozszerzonej” wersji terapii. Finalnie powstaje zindywidualizowany plan kolejnego stadium terapii.

Trzeci etap jest główną częścią terapii. Oddziaływania terapeutyczne koncentrują się na modyfikacji psychopatologii specyficznej dla bulimii: przecenianiu znaczenia figury i wagi, nadmiernej koncentracji na kontroli odżywiania, ograniczeniach dietetycznych, niedowadze, rygorystycznej diecie, zmianach w jedzeniu spowodowanych wydarzeniami zewnętrznymi lub zmianami nastroju. W zależności od indywidualnej konceptualizacji pacjenta stosowane są dodatkowe moduły ukierunkowane na niską samoocenę, perfekcjonizm lub problemy interpersonalne.

Ostatni etap leczenia koncentruje się na podsumowaniu efektów całej terapii, opracowaniu planu podtrzymywania zmiany i zapobiegania nawrotom.

### **Weryfikacja empiryczna teorii i skuteczności terapii**

Cechą charakterystyczną terapii poznawczo-behawioralnej jest poddawanie jej metod ciągłej weryfikacji w badaniach. Do tej pory przeprowadzono ponad 50 randomizowanych badań z grupami kontrolnymi, których wyniki były dość spójne i pokazały lepsze efekty terapii poznawczo-behawioralnej niż innych metod terapeutycznych [13].

Pośrednie dowody na korzyść modelu poznawczego bulimii pochodzą z badań dotyczących funkcjonowania poznawczego pacjentek. Charakterystyczne dla tej grupy osób jest skupianie się na tematach dotyczących jedzenia, wagi [14] i figury [15], co stanowi centralny element psychopatologii zaburzeń odżywiania. Dwa badania pokazały związek między nadmierną koncentracją na wadze i wyglądzie, ograniczeniami dietetycznymi i napadami objadania się [16, 17].

Hipoteza o wpływie zniekształceń poznawczych na podtrzymywanie objawów bulimii była również testowana w badaniach eksperymentalnych. Cooper i wsp. [18] pokazali, że zniekształcenia te, szczególnie nadmierna koncentracja na jedzeniu, wadze i figurze, mogą przyczynić się do podtrzymywania objawów bulimii.

Kolejnego potwierdzenia trafności zastosowania poznawczej koncepcji bulimii dostarczają badania efektów terapii pokazując, że jest ona skuteczna w przypadku pacjentów cierpiących na bulimię. U około połowy pacjentów występuje remisja objawów utrzymująca się po zakończeniu leczenia [19–21]. Dalsze dowody na rzecz tej teorii uzyskano poprzez porównanie skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej bulimii z jej wersją pozbawioną oddziaływań ukierunkowanych na zmianę poznawczą (terapią behawioralną). Okazało się, że osoby objęte terapią behawioralną miały większą podatność na nawrót zaburzenia [22]. Dodatkowo około połowa pacjentów przedwcześnie rezygnuje z leczenia i efekty terapii są słabsze [19, 23], ponieważ nie oddziałuje ona na nadmierną koncentrację na wadze i figurze.

Sprawdzano również związek nasilenia obaw dotyczących wagi i wyglądu z ryzykiem nawrotu choroby. Fairburn i wsp. [19] przedstawili wyniki świadczące o największym prawdopodobieństwie nawrotu w grupie pacjentów z najwyższym poziomem rezydualnych obaw dotyczących wagi i wyglądu. W grupie osób z najwyższym poziomem niepokoju

dotyczącego wagi i wyglądu 75% doświadczyło nawrotu bulimii, a w grupie z najniższym — tylko 9%.

Dowodem na potwierdzenie modelu poznawczego są również doniesienia z badań mediatorów efektów terapii bulimii. Wczesne interwencje ukierunkowane na zmniejszenie ograniczeń dietetycznych były mediatorem efektów terapii, mierzonych liczbą napadów objadania się i wymiotów [24]. Podobne rezultaty uzyskała grupa pacjentów z bulimią poddanych wyłącznie terapii behawioralnej [23]: zmniejszenie ograniczeń dietetycznych przyczyniło się do obniżenia nasilenia objawów. Natomiast prospektywne badanie nieleczonej bulimii pokazało, że początkowy poziom nadmiernej koncentracji na wadze i wyglądzie pozwalał przewidzieć uporczywość napadów objadania się. Związek nadmiernej koncentracji na wadze z objawami bulimii był częściowo mediowany przez nasilenie ograniczeń dietetycznych. Drugim predyktorem napadów objadania się była otyłość w dzieciństwie. Zgodnie z teorią poznawczą czynnik ten może uwrażliwiać na kwestie związane z wyglądem i wagą, prowadząc do ciągłych ograniczeń spożywanych pokarmów i w efekcie nasilenia ryzyka napadów objadania się. Wyniki opisywanego badania pokazały również, że uporczywość napadów objadania się była predyktorem utrzymywania się zachowań kompensacyjnych. Oba te zachowania wzmacniają się wzajemnie, co jest jednym z podstawowych założeń modelu poznawczego [25].

Pojawiły się również doniesienia dotyczące związku niskiej samooceny z nadmierną koncentracją na wadze i wyglądzie u osób cierpiących na bulimię [16]. Natomiast wstępne badania dotyczące wpływu samooceny na wynik terapii pokazały, że im niższa samoocena na początku terapii, tym mniejsze są efekty leczenia bulimii [19, 26]. Jednak nie wszystkie badania pokazują takie tendencje, prawdopodobnie ze względu na bardziej złożone relacje pomiędzy zmiennymi [27].

W jednym z przekrojowych badań sprawdzano założenia modelu poznawczo-behawioralnego bulimii, które w większości zostały potwierdzone. Predyktorami napadów objadania się i oczyszczania były: niska samoocena, nadmierna koncentracja na wyglądzie i wadze oraz ograniczenia dietetyczne. Wbrew hipotezom, wysoki poziom ograniczeń dietetycznych nie pozwalał przewidzieć zwiększenia napadów objadania się, co próbowano wyjaśnić użyciem specyficznych narzędzi pomiaru [28].

Opisane wyniki dociekań empirycznych stanowią podstawę do planowania oddziaływań terapeutycznych. Przedmiotem terapii bulimii oprócz unormowania nawyków żywieniowych powinny być pozostałe elementy podtrzymujące zaburzenie: niska samoocena, ograniczenia dietetyczne, nadmierna koncentracja na wadze i figurze [10].

W miarę rozwoju teorii poznawczo-behawioralnej bulimii powstała jej wzmocniona wersja (CBT-E), która również okazała się skuteczną metodą leczenia pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania, w tym osób z bulimią [20]. Dodatkowo w tym badaniu porównywano skuteczność dwóch wersji CBT-E: „skoncentrowanej” (CBT-Ef) i „rozszerzonej” (CBT-Eb). CBT-Ef przynosiła lepsze efekty dla pacjentów z mniej złożoną psychopatologią niż CBT-Eb i odwrotnie, dla grupy pacjentów z bardziej złożoną psychopatologią (poważne lub średnie nasilenie przynajmniej dwóch mechanizmów spośród nietolerancji nastroju, perfekcjonizmu, niskiej samooceny lub problemów interpersonalnych).

Skuteczność CBT-BN była również porównywana z farmakoterapią oraz innymi nurtami terapeutycznymi. Farmakoterapia okazała się mniej skuteczna niż terapia po-

znawczo-behawioralna [29, 30]. Poulsen i wsp. [31] przeprowadzili randomizowane badania, których wyniki pokazały mniejszą skuteczność terapii psychoanalitycznej, pomimo znacznie dłuższego czasu jej trwania, od CBT-E. W innych badaniach krótkoterminowa terapia psychodynamiczna okazała się mniej skuteczna od CBT-BN [32]. Terapia interpersonalna (*Interpersonal Psychotherapy*, IPT) jest uznawana za alternatywną formę leczenia do CBT-E, ale zgodnie z wynikami badań CBT-E daje lepsze efekty [21] i szybciej przyczynia się do remisji objawów bulimii [24].

Przedstawione wyniki dowodzą skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bulimii. Ma ona korzystny wpływ na redukcję napadów objadania się, oczyszczania, normalizację nawyków żywieniowych, zmniejszenie nadmiernej koncentracji na wadze, odżywianiu się i figurze oraz na wzrost poczucia własnej wartości. Obserwuje się również poprawę funkcjonowania społecznego i ograniczenie nasilenia objawów ogólnopsychiatrycznych u pacjentów. Rezultaty terapii, mierzone rok po zakończeniu leczenia, utrzymują się. Terapia poznawczo-behawioralna ma też większą skuteczność niż farmakoterapia i jest pierwszą z wyboru metodą leczenia spośród innych nurtów terapeutycznych, poza IPT [13, 27].

### Ograniczenia i przyszłe kierunki rozwoju

Proponowany przez Fairburna [11] model leczenia stanowi szansę pomocy dla wielu pacjentek, jak sam przyznaje, nie jest jednak panaceum dla wszystkich. W jednym z badań pokazano [20], że 15 miesięcy po zakończeniu leczenia 51,3% pacjentów z zaburzeniami odżywiania nadal doświadczało dużego nasilenia objawów zaburzeń odżywiania. W związku z tym priorytetem jest dalszy rozwój terapii poznawczo-behawioralnej lub integrowanie jej z innymi podejściami, tak by jak najwięcej osób otrzymywało efektywną pomoc [13].

Obserwowana egosyntoniczność objawów i ambiwalentny stosunek do zmiany u pacjentów z bulimią [33] może być obszarem, w którym warto zastosować dialog motywujący (*Motivational Intervening*, MI), by zwiększyć liczbę osób rozpoczynających i kontynuujących psychoterapię. Podstawą tej metody jest koncentracja na osobie i współpraca z pacjentem ukierunkowana na wzbudzanie motywacji do zmiany [34]. Pierwotnie MI został stworzony do pracy z osobami uzależnionymi, które nie chciały pomocy oraz rezygnowały z terapii, pomimo doświadczania negatywnych konsekwencji swojego zaburzenia. Taki opis odpowiada również pacjentom z bulimią i stanowi uzasadnienie do stosowania MI w tej grupie.

Wstępne wyniki badań dotyczące skuteczności MI w leczeniu osób z zaburzeniami odżywiania są obiecujące [33]. Macdonald i wsp. [35] w swoim przeglądzie badań dotyczących zastosowania MI i opartych na nim interwencji, pokazali skuteczność tej metody w zwiększaniu gotowości do zmiany w tej grupie pacjentów. W innych badaniach, przeprowadzonych wśród kobiet cierpiących na bulimię, porównywano skuteczność MI z CBT. Obie formy leczenia trwały cztery sesje i przyniosły podobne efekty w zakresie zmniejszenia nasilenia objawów zaburzenia [36]. Jednak badanie to ma pewne ograniczenia, które dotyczą dużego odsetka rezygnacji z leczenia (46%) oraz krótkiego okresu obserwacji.

Miller i Rollnick [34] proponują integrację MI z innymi podejściami terapeutycznymi, stanowiącą pomocne rozwiązanie. W kontekście łączenia z CBT-E istnieją dwie możli-

wości wykorzystania MI: jako metody poprzedzającej CBT-E lub w trakcie terapii, kiedy motywacja do zmiany zmniejsza się. W jednym z badań [37] przeprowadzonych na grupie pacjentów z zaburzeniami odżywiania porównywano skuteczność CBT-E z interwencją opartą na MI — terapią ukierunkowaną na motywowanie (*Motivation-Focused Therapy*, MFT), która poprzedzała CBT-E (MFT + CBT-E). Wyniki pokazały, że sama faza MFT była związana ze znaczącym zwiększeniem gotowości do zmiany. Natomiast nie wykazano większej skuteczności MFT + CBT-E od samej CBT-E w zakresie liczby osób kończących terapię i redukcji symptomów zaburzeń odżywiania. Są to wstępne wyniki i potrzebne są dalsze badania w tym obszarze.

Podsumowując, wstępnie doniesienia z badań udowodniły zasadność stosowania MI. Metoda ta może pomóc w zwiększaniu motywacji, określaniu stadium gotowości do zmiany u pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania i dopasowywaniu do niej interwencji. Dodatkowo służy wzmocnieniu relacji terapeutycznej i motywacji pacjenta przez cały okres terapii [33]. Potrzebne są jednak dalsze dociekania empiryczne na temat skuteczności tej metody w grupie pacjentów z bulimią i możliwości łączenia jej z CBT-E.

W problematykę bulimii i zaburzenia osobowości z pogranicza (*Borderline Personality Disorder*, BPD) są wpisane problemy interpersonalne i nietolerancja nastroju, które obniżają skuteczność CBT-E [10]. Według statystyk u około 30% osób cierpiących na bulimię współwystępuje BPD [38]. Przytaczane fakty mogą stanowić argument za stosowaniem u tej grupy pacjentów trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej: dialektycznej terapii poznawczo-behawioralnej (*Dialectic Behavioral Therapy*, DBT) oraz terapii schematów (*Schema Therapy*, ST), które pierwotnie zostały stworzone dla osób z zaburzeniami osobowości [39, 40].

DBT została przystosowana do pomocy osobom z bulimią przez Safer i wsp. [41]. Autorki uznają, że impulsywne napady objadania i zachowania kompensacyjne są wynikiem dysregulacji emocjonalnej, stanowiącej czynnik podtrzymujący zaburzenie. Leczenie składa się z modułów poświęconych nauce technik opartych na uważności oraz umiejętności regulacji emocji i tolerowania dystresu. Dzięki temu pacjenci zaczynają identyfikować, rozumieć i akceptować swoje emocje. Zyskują również umiejętność wyrażania i zmieniania swoich stanów emocjonalnych.

Istnieją już wstępne dowody na skuteczność DBT w leczeniu bulimii [41]. W randomizowanych badaniach z grupą kontrolną [42] okazało się, że DBT wpływa na zmniejszenie liczby napadów objadania się i epizodów oczyszczania się. Dodatkowo zmniejsza dysregulację emocjonalną, co może stanowić dowód na rzecz roli tego mechanizmu w podtrzymywaniu objawów. Należy jednak podkreślić, że w tym obszarze potrzebne są dalsze randomizowane badania z udziałem większej liczby osób badanych.

Obiecującym kierunkiem badań w celu zwiększenia skuteczności terapii bulimii psychicznej wydaje się również zastosowanie ST. Przemawia za tym kilka argumentów. Zgodnie z doniesieniami empirycznymi osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania mają również dysfunkcyjne przekonania niezwiązane z jedzeniem, wagą i wyglądem. W grupie osób cierpiących na bulimię psychiczną stwierdzono wyższe nasilenie wczesnych nieadaptacyjnych schematów (określanych ogólnym wynikiem Kwestionariusza Schematów Younga) niż w grupie kontrolnej [43]. Dodatkowo zidentyfikowane czynniki ryzyka dla rozwoju bulimii psychicznej: doświadczenie traumy, w tym przemocy emocjonalnej, fizycznej,



seksualnej, zaniedbania w dzieciństwie [44], mogą kształtować wczesne nieadaptacyjne schematy, do których leczenia została stworzona ST [40].

Do tej pory (31.08.2018) w bazie EBSCO, po wprowadzeniu słów kluczy „*schema therapy*”, „*eating disorder*”, „*bulimia nervosa*”, pojawił się tylko jeden artykuł, przeprowadzono jedno badanie [45] weryfikujące skuteczność grupowej terapii schematów w leczeniu zaburzeń odżywiania (*Group Schema Therapy for Eating Disorders*, ST-E-g). Niestety — badana próba składała się tylko z ośmiu osób cierpiących na chroniczne zaburzenia odżywiania (cztery miały bulimię psychiczną) i nie było grupy kontrolnej, co znacząco ogranicza możliwość uogólniania wstępnych doniesień o skuteczności tej metody. W leczeniu wykorzystano ST specjalnie zaadaptowaną do leczenia zaburzeń odżywiania, która obejmowała poznawcze, doświadczeniowe i interpersonalne techniki (np. ograniczone powtórne rodzicielstwo), ze szczególnym naciskiem na zmianę behawioralną. Specyficzne strategie ST koncentrowały się na obrazie ciała, spostrzeganiu doznań z ciała, umiejętnościach regulowania emocji. Leczenie obejmowało 20 sesji. Wyniki pokazały średnią redukcję nasilenia schematów po zakończeniu leczenia o 43%, a po pół roku o 59% oraz znaczące zmniejszenie nasilenia lęku, wstydu i psychopatologii zaburzeń odżywiania. Konieczne są dalsze badania testujące również indywidualną wersję ST na grupie osób cierpiących na bulimię [45].

Trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej przynosi kolejną metodę, która może być pomocna w leczeniu bulimii. Integratywna poznawczo-afektywna terapia (*Integrative Cognitive-Affective Therapy*, ICAT), w odróżnieniu od tradycyjnej CBT-BN, kładzie większy nacisk na wzorce interpersonalne, doświadczenie emocjonalne, wzorce zachowań ukierunkowanych na siebie (*self-directed style of behaviour*), czynniki intrapsychiczne — samopoznanie (*self-oriented cognition*) i kulturowe [46]. Opisanie w tym modelu elementy stanowią procesy podtrzymujące bulimię i powinny być objęte terapią. Dodatkowo w ICAT włączone są interwencje wzmacniające motywację do leczenia, oparte na technikach MI [34]. Dużą uwagę poświęca się reakcjom emocjonalnym i ekspozycji na emocje, również dotyczące jedzenia, figury i wagi. Podobnie jak w CBT-E, częścią terapii jest unormowanie nawyków żywieniowych, planowanie posiłków [46] oraz zapobieganie nawrotom.

Przeprowadzono randomizowane badania, w których porównywano skuteczność CBT-E z ICAT [47]. Okazało się, że obie metody mają podobną skuteczność w zmniejszaniu nasilenia objawów bulimii, depresji i lęku, poprawie regulacji emocjonalnej i samooceny. Wyniki te stanowią zachętę do dalszej weryfikacji skuteczności ICAT na większej grupie osób badanych. W przyszłych rozważaniach teoretycznych i badaniach warto rozważyć opcję łączenia CBT-E i ICAT, ponieważ stadia leczenia w obu metodach pokrywają się w pewnym stopniu.

Podsumowując, żarłoczność psychiczna jest trudnym zaburzeniem do leczenia [1]. Najlepiej zbadaną skuteczność ma terapia poznawczo-behawioralna (CBT-BN i oparta na niej CBT-E). Dlatego jest pierwszą z wyboru metodą leczenia [6] i powinna być oferowana pacjentom oraz promowana wśród klinicystów [13]. Należy jednak pamiętać, że CBT-E ma też swoje ograniczenia — około połowie pacjentów nie udaje się niestety pomóc [31], co wskazuje na konieczność dalszego udoskonalania tej metody. Jedną z możliwości jest integracja CBT-E z MI [34]. Innym obiecującym kierunkiem rozwoju terapii bulimii psychicznej, który może sprawić, że więcej osób uzyska skuteczną pomoc, jest wykorzystanie

trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej (DBT, ICAT i ST) w wersjach dostosowanych dla tej grupy pacjentów. Priorytetem jest prowadzenie dalszych dociekań empirycznych w tym obszarze oraz stworzenie szczegółowych wytycznych do stosowania opisywanych powyżej form terapii i MI, które przykładowo mogłyby obejmować następujące czynniki: niski poziom motywacji, chroniczność zaburzenia, problemy w regulacji emocji, trudne doświadczenia z dzieciństwa, impulsywność oraz współwystępujące zaburzenia osobowości i inne problemy ogólnopsychiatryczne u pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. Fassino S, Piero A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*. 2009; 9:67. doi:10.1186/1471-244X-9-67.
2. Keller MB, Herzog DB, Lavori, PW, Bradburn, IS, Mahoney ES. A naturalistic history of bulimia nervosa: extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. *Int. J. Eating Disord*. 2006; 12(1): 1–9.
3. Steinhausen HC, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *Am. J. Psychiatry*. 2009; 166(12): 1331–1341.
4. Fairburn CG, Cooper PJ. The clinical features of bulimia nervosa. *B. J. Psychiatry*. 1984; 144(3): 238–246.
5. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr. Clin. North Am*. 2001; 24(2): 201–214.
6. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna — praktyka oparta na dowodach empirycznych. *Psychiatr. Prakt. Klin*. 2009; 2(3): 146–155.
7. Mussell MP, Crosby RD, Crow S. Utilization of empirically supported psychotherapy treatments for individuals with eating disorders: a survey of psychologists. *Int. J. Eat. Disord*. 2000; 27(2): 230–237.
8. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
9. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wyd. Paradygmat; 2008.
10. Fairburn CG. *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
11. Beck JS. *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
12. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic” theory and treatment. *Beh. Res. Ther*. 2003; 41(5): 509–528.
13. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Semin. Lancet*. 2003; 361(9355): 407–416.
14. Mizes JS, Christiano BA. Assessment of cognitive variable relevant to cognitive behavioral perspectives on anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Beh. Res. Ther*. 1995; 33(1): 95–105.
15. Viken RJ, Treat TA, Nosofsky RM, McFall RM, Palmeri TJ. Modeling individual differences in perceptual and attentional processes related to bulimic symptoms. *J. Abnorm. Psychol*. 2002; 111(4): 598–609.
16. Lampard AM, Byrne SM, McLean N, Fursland A. An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa. *Behav. Res. Ther*. 2011; 49(9): 529–535.

17. Lampard AM, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2013; 21(2): 99–107.
18. Cooper MJ, Clark DM, Fairburn CG. An experimental study of the relationship between thoughts and eating behaviour in bulimia nervosa. *Beh. Res. Ther.* 1993; 31(8): 749–757.
19. Fairburn CG, Peveler RC, Jones R, Hope R, Doll HA. Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61(4): 696–698.
20. Fairburn CG, Cooper Z, Doll H, O'Connor ME, Bohn K, Hawker D, Wales JA, Palmer RL. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *Am. J. Psychiatry.* 2009; 166(3): 311–319.
21. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, O'Connor ME, Cooper Z. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Beh. Res. Ther.* 2015; 70: 64–71.
22. Cooper PJ, Steere J. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Beh. Res. Ther.* 1995; 33: 875–885.
23. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr S, Solomon R, O'Connor M, Burton J, Hope R. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1991; 48(5): 463–469.
24. Wilson G, Fairburn CG, Agras W, Walsh B, Kraemer H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002; 70(2): 67–74.
25. Fairburn CG, Stice E, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME. Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003; 71(1): 103–109.
26. Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M, Anastasiades P, Cooper PJ. Prognostic factors in bulimia nervosa. *Br. J. Clin. Psychol.* 1987; 26: 223–224.
27. Fairburn CG. Zaburzenia odżywiania. W: Clark DM, Fairburn CG, red. *Terapia poznawczo-behavioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna.* Gdynia: Alliance Press; 2006, s. 196–226.
28. Byrne SM, McLean NJ. The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *Int. J. Eat. Disord.* 2002; 31(1): 17–31.
29. Hay PJ, Bacaltchuk J. Bulimia nervosa. *BMJ.* 2001; 323: 33–37.
30. Mitchell JE, Pyle R, Eckert E, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1990; 47(2): 149–157.
31. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, Fairburn C. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry.* 2014; 171(1): 109–16.
32. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted M, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry.* 1993; 150(1): 37–46.
33. Geller J, Dunn EC. Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change. *Cogn. Behav. Pract.* 2011; 18(1): 5–15.
34. Miller W, Rollnick S. *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
35. Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2012; 200(1): 1–11.

36. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop, N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37(5): 405–18.
37. Allen KL, Fursland A, Raykos B, Steele A, Watson H, Byrne SM. Motivation-focused treatment for eating disorders: a sequential trial of enhanced cognitive. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012; 20(3): 232–239.
38. Cassin SE, von Ranson M. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clin. Psychol. Rev.* 2005; 25(7): 895–916.
39. Linehan M. Zaburzenie osobowości z pogranicza. *Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
40. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów*. Przewodnik praktyka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2013.
41. Safer DL, Telch CF, Chen EY. *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press; 2009.
42. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry*, 2001; 158(4): 632–634.
43. Waller G, Ohanian V, Meyer C, Osman S. Cognitive content among bulimic women; the role of core beliefs. *Int. J. Eat. Disord.* 2000; 28(2): 235–241.
44. Brewerton TD. Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on PTSD. *Eat. Disord.* 2007; 15(4): 285–304.
45. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group Schema Therapy for eating disorders: a pilot study. *Front. Psychol.* 2010; 1, 182. doi:10.3389/fpsyg.2010.00182.
46. Wonderlich SA, Carol P, Smith T, Klein M, Mitchell J, Crow S, Engel S. Integrative cognitive therapy for bulimia nervosa. W: Grilo C, Mitchell J, red. *The treatment of eating disorders: A Clinical Handbook*. New York: Guilford Press; 2010, s. 317–338.
47. Wonderlich SA, Peterson C, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell J, Crow S. 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): 543–553.

Adres: madudzinska@gmail.com