



FORUM¹:

JAK ZORGANIZOWAĆ KOMPLEKSOWY SYSTEM LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA?

HOW TO ORGANIZE A COMPREHENSIVE SERVICE FOR THE MANAGEMENT OF EATING DISORDERS?

Istotne komponenty kompleksowego systemu leczenia zaburzeń odżywiania

Salient components of a comprehensive service for eating disorders

KATHARINE A. HALMI

Eating Disorders Program, Weill Cornell Medical College,
21 Bloomingdale Road, White Plains, NY 10605, USA

STRESZCZENIE

Zaburzenia odżywiania stanowią wyzwanie trudne do leczenia, ponieważ dla uzyskania dobrych wyników niezbędny jest wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, poza tym jadłowstręt psychiczny charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem śmiertelności. Prawidłowe wstępne postępowanie diagnostyczne wymaga oceny psychiatrycznej, zebrania wywiadu o historii choroby, badania lekarskiego, uzyskania informacji o danych socjodemograficznych, warunkach mieszkaniowych i trybie życia pacjenta, oraz przeprowadzenia wywiadu z członkami rodziny lub innymi, postronnymi informatorami. Zespół prowadzący kompleksowe leczenie zaburzeń odżywiania składa się z psychiatry koordynującego leczenie oraz odpowiednich lekarzy specjalistów, dietetyków i psychoterapeutów. Dobra przychodnia prowadząca ambulatoryjne leczenie zaburzeń odżywiania powinna zapewnić pacjentom indywidualną psychoterapię obejmującą techniki poznawczo-behawioralne specyficzne dla jadłowstrętu psychicznego (anoreksji) i żarłoczności psychicznej (bulimii), a także terapię rodzin, farmakoterapię, oraz możliwość przeprowadzenia właściwych badań laboratoryjnych. Pacjentów z zaburzeniami odżywiania wymagających opieki całodobowej najlepiej leczyć w oddziale szpitalnym specjalizującym się w zaburzeniach odżywiania. W warunkach szpitalnych najbardziej przydatne jest podejście poznawczo-behawioralne. Głównym celem leczenia szpitalnego są postępowanie lekarskie i rehabilitacja żywieniowa. W różnych formach terapii grupowej można zająć się podstawowymi problemami psychopatologicznymi wspólnymi dla różnych zaburzeń odżywiania, zaś grupowa dialektyczna terapia behawioralna może być przydatna w leczeniu rozchwiania emocjonalnego. Programy leczenia w ośrodkach stałego pobytu (residential), częściowej hospitalizacji oraz terapii w oddziale dziennym są przydatne przy przenoszeniu pacjenta z warunków szpitalnych, lub w przypadku osób, którym w jakimś stopniu potrzebne jest monitorowanie. W ramach tych programów zaleca się podawanie co najmniej jednego ustrukturalizowanego posiłku dziennie, a także poradnictwo żywieniowe, sesje terapii grupowej lub doradztwa indywidualnego. W terapii grupowej zwykle zajmujemy się takimi zagadnieniami, jak trening umiejętności społecznych, lęk społeczny, zniekształcenie obrazu ciała lub obawy związane z dojrzewaniem. Niestety, brakuje dowodów naukowych z randomizowanych, kontrolowanych badań skuteczności leczenia, na których można by oprzeć zalecenia co do istotnych komponentów kompleksowego systemu leczenia zaburzeń odżywiania. Klinicyści z doświadczeniem w zakresie zaburzeń odżywiania doszli do wniosku, że wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny zapewnia największą skuteczność leczenia.

SUMMARY

Eating disorders are challenging and difficult to treat, because of the necessity of a multidisciplinary treatment team for effective outcomes and the high mortality rate of anorexia nervosa. An adequate initial assessment and evaluation requires a psychiatric assessment, a medical history and medical examination, a social history and an interview of family members or collateral informants. A comprehensive eating disorder treatment team includes a psychiatrist coordinating the treatment and appropriate medical physician specialists, nutritionists, and psychotherapists. An adequate outpatient eating disorder clinic needs to provide individual psychotherapy with cognitive behavioral techniques specific for anorexia nervosa and bulimia nervosa, family therapy, pharmacological treatment and the resources to obtain appropriate laboratory tests. Eating disorder patients requiring inpatient care are best treated in a specialized eating disorder inpatient unit. A cognitive behavioral framework is most useful for the overall unit milieu. Medical management and nutritional rehabilitation are the primary goals for inpatient treatment. Various group therapies can cover common core eating disorder psychopathology problems and dialectical behavior therapy groups can be useful for managing emotional dysregulation. Residential, partial hospitalization and day treatment programs are useful for transitioning patients from an inpatient program or for patients needing some monitoring. In these programs, at least one structured meal is advisable as well as nutritional counseling, group therapy or individual counseling sessions. Group therapies usually address issues such as social skills training, social anxiety, body image distortion or maturity fears. Unfortunately there is a paucity of evidence based randomized control trials to recommend the salient components for a comprehensive service for eating disorders. Experienced eating disorder clinicians have come to the conclusion that a multidisciplinary team approach provides the most effective treatment.

¹ Przedruk z *World Psychiatry* 2009; 8(3):150-165 – za zyczliwą zgodą wydawcy. *World Psychiatry* jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (*World Psychiatric Association*). Tłumaczenie: Dr Barbara Mroziak.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania / leczenie kompleksowe / opieka ambulatoryjna / opieka szpitalna

Key words: Eating disorders / comprehensive treatment / outpatient / inpatient

W ciągu ostatnich dziesięciu lat zaburzeniom odżywiania poświęcono wiele pełnej dramatyzmu uwagi w mediach publicznych. Trudno jednak ocenić rzeczywistą zachorowalność i rozpowszechnienie tych zaburzeń, z kilku powodów.

Większość badań nad zachorowalnością na zaburzenia odżywiania i ich rozpowszechnieniem przeprowadzono na ograniczonych populacjach i w rozmaitych, różniących się od siebie krajach. Wiele osób z zaburzeniami odżywiania niechętnie się do nich przyznaje, wobec czego najprawdopodobniej liczna grupa osób z tymi problemami jest niezdiagnozowana i nieleczona. Zaburzenia odżywiania bywają przejściowe lub nawracające, a zatem punktowe wskaźniki rozpowszechnienia mogą nie w pełni odzwierciedlać rozmiar patologii związanej z zaburzeniami odżywiania w populacji ogólnej. Wiele osób cierpiących na zaburzenia odżywiania nie spełnia wszystkich kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej, wobec czego zalicza się je do mniej precyzyjnie zdefiniowanej kategorii „zaburzenia odżywiania, inaczej nie określone”. Dokładne zdefiniowanie tego obszaru w badaniach epidemiologicznych stanowi problem.

Badania nad pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej w Anglii wykazały, że rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego wynosi 20,2 przypadku na 100 000 ludności (0,02% populacji ogólnej). Rozpowszechnienie wśród pacjentek w wieku 15-29 lat wynosiło 115,4 przypadku na 100 000 ludności (0,1%) [1]. Inne, późniejsze badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że rozpowszechnienie anoreksji w ciągu całego życia wynosi 0,6% [2]. W próbie środowiskowej badanej przy użyciu wywiadu strukturyzowanego wskaźnik rozpowszechnienia bulimii wynosił 1% [3].

Standaryzowany wskaźnik umieralności dla zaburzeń odżywiania wynosi 23,14 [4], zaburzenia te mają zatem najwyższy wskaźnik umieralności wśród wszystkich zaburzeń psychicznych. Przyczyną zgonu może być samobójstwo, powikłania zdrowotne z powodu niedożywienia, lub powikłania związane ze współistniejącymi chorobami fizycznymi.

Jadłowstręt psychiczny jest jednym z zaburzeń psychicznych najtrudniejszych do leczenia. Z kilku powodów niewiele jest kontrolowanych badań nad leczeniem tego zaburzenia: (a) zaburzenie to jest stosunkowo rzadkie, trudno więc w jakimkolwiek ośrodku o uzyskanie odpowiednio licznej próby; (b) pacjenci z anoreksją przejawiają silny opór wobec leczenia oraz (c) powikłania zdrowotne często zmuszają do wycofania się z procedur leczenia zgodnych z protokołem badawczym.

Niechęć do poddania się leczeniu często wykazywana przez pacjentów z anoreksją może wynikać z faktu, że zaburzenie odgrywa silną rolę pozytywną w życiu pacjenta, umożliwiając ucieczkę od awersyjnych kwestii rozwojowych lub stresujących zdarzeń życiowych. Zaburzenie to staje się wysoce wzmacniające, a perspektywa pozbycia się anorektycznego wzoru zachowania jest dla pacjenta przerażająca. Inną możliwością jest ego-syntoniczny charakter

tego zaburzenia, o którym świadczy zaprzeczanie i odmawianie przez pacjentów przyjęcia do wiadomości, jak poważne są jego konsekwencje zdrowotne. Trudności dotyczą zatem pozyskania dostatecznej liczby pacjentów do badań nad skutecznością leczenia, skłonienia ich do przestrzegania zaleconego leczenia, oraz zatrzymania pacjentów aż do zakończenia leczenia. W badaniu przeprowadzonym niedawno na 122 losowo dobranych przypadkach ogólna liczba pacjentów z anoreksją, którzy przerwali leczenie, wynosiła 46% [5].

Przyjęcie pacjenta do szpitala bez zgody może być konieczne w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub poważnego pogorszenia się stanu zdrowia, kiedy pacjent nie chce współpracować i nie leczy się. Odżywianie przez sondę nosowo-żołądkową może być konieczne przy karmieniu przymusowym. Badania katamnesticzne wykazały, że przyjęcie pacjenta bez jego zgody i przymusowe karmienie nie mają niekorzystnego wpływu na wynik leczenia [6].

Profesjonalne szkolenie dotyczące rozpoznania i leczenia zaburzeń odżywiania najlepiej przejść w renomowanym ośrodku, który prowadzi leczenie zaburzeń odżywiania ambulatoryjnie, na oddziale dziennym oraz całodobowym, oraz ma wielodyscyplinarny zespół profesjonalistów złożony z psychiatrów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, dietetyków, psychologów, a także terapeutów rodzin – mogą to być psychologowie lub specjalnie przeszkoleni pracownicy socjalni. W artykule podsumowano komponenty idealnego ośrodka prowadzącego leczenie zaburzeń odżywiania oraz szkolenie w tym zakresie.

PORADNIA DIAGNOSTYCZNO-EWALUACYJNA

Pierwsza ocena i wstępna diagnoza pacjenta z zaburzeniami odżywiania zwykle ma miejsce w ramach poradni. W postępowaniu diagnostycznym należy uwzględnić kilka specyficznych cech. Po pierwsze, pacjenci z zaburzeniami odżywiania często niechętnie udzielają pełnych informacji o historii choroby. Wobec tego pożądanym jest udział członków rodziny lub innych osób, które mogłyby takich informacji udzielić. W przypadku dorastających i młodszych pacjentów jest to konieczne. Po drugie, ocena musi być kompleksowa: diagnoza psychiatryczna, badanie fizykalne i wywiad dotyczący przebytych chorób, a także zebranie informacji o sytuacji społecznej i funkcjonowaniu społecznym pacjenta. Po trzecie, ocena taka zwykle wymaga kilku godzin.

Informacje z wywiadu konieczne do rozpoznania zaburzenia odżywiania według kryteriów DSM-IV [7] podsumowano w tabl. 1. Większość pacjentów zaburzeniami odżywiania ma inne, często współwystępujące patologiczne zachowania oraz rozpoznania psychiatryczne, które należy uwzględnić w wywiadzie: przedstawiono je w tabl. 2. Najczęstsze odchylenia od normy stwierdzone w badaniu fizykalnym i w badaniach laboratoryjnych zamieszczono w tabl. 3 i 4.

Tabela 1. Informacje z wywiadu jako podstawa diagnozy jadłowstrętu psychicznego (anoreksji) i żarłoczności psychicznej (bulimii)

Historia wagi ciała
Największa waga, jaką pacjentka osiągnęła, w jakim wieku
Najmniejsza waga (po schudnięciu), jaką pacjentka osiągnęła, w jakim wieku
Obecna waga ciała
Zachowania związane z jedzeniem
Zmiany zwyczaju jedzenia posiłków razem z rodziną (np. jądanie posiłków samotnie)
Sposób odżywiania się – co pacjentka je i kiedy?
Epizody napadowego objadania się? Opisz
Przeczyszczanie
Prowokowanie wymiotów
Nadużywanie środków przeczyszczających
Nadużywanie środków moczopędnych
Lewatywy
Zaabsorbowanie i rytuały dotyczące jedzenia i wagi
Częstość ważenia się przez pacjentkę
Przeoglądanie się w lustrze, komentowanie, że jest gruba
Zbieranie przepisów kulinarnych, zwiększone zainteresowanie gotowaniem i pieczeniem
Ciągle liczenie kalorii i troszczenie się o zawartość tłuszczu w pokarmach
Lęk, że nie będzie w stanie przestać jeść
Specjalne rytuały związane z przyjmowaniem pokarmu
Aktywność
Bieganie – jak daleko i ile czasu poświęca na bieganie
Jazda na rowerze – jak daleko i ile czasu na to poświęca
Ćwiczenia fizyczne – jakiego rodzaju i ile czasu na to poświęca
Ogólna nadmierna aktywność w domu (chodzi, nigdy nie siada)
Historia miesiączkowania
Wiek wystąpienia pierwszej menstruacji
Data ostatniego okresu
Regularność cykli miesięczkowych

Tabela 2. Informacje z wywiadu dotyczące często współistniejących zachowań patologicznych i rozpoznań psychiatrycznych

Depresja
Zaburzenia snu
Drażliwość i trudności z koncentracją
Napady płaczu
Myśli samobójcze
Zachowania impulsywne
Nadużywanie narkotyków
Nadużywanie alkoholu
Próby samobójcze
Samookaleczanie się, nacinanie ciała
Objawy lękowe
Zachowania obsesyjno-kompulsyjne
Fobia społeczna
Uogólniony lęk i lękliwość
Napady lęku panicznego
Zaburzenia osobowości
Wzorzec niestabilności w relacjach interpersonalnych, obrazie własnej osoby, emocjach
Wzorzec zahamowania społecznego, poczucie niższości, nadwrażliwość na negatywne oceny
Wzorzec zachowania zależnego, podporządkowanie, trudność rozstania się z rodzicami
Nadmierna koncentracja na porządku, perfekcjonizm i kontrola

Tabela 3. Nieprawidłowości w zaburzeniach odżywiania stwierdzone w badaniu fizykalnym

Objawy somatyczne	Przyczyna
Sucha, pękająca skóra	Odwodnienie, utrata podskórnej tkanki tłuszczowej
Lanugo (meszek na ciele)	Zagłodzenie
Modzelowata skóra na grzbiecie dłoni	Prowokowanie wymiotów przez pocieranie ręką o zęby
Okolowargowe zapalenie skóry	Wymioty
Powiększone ślinianki przyuszne	Wymioty
Nadżerki szkliva, próchnica zębów	Wymioty
Zapalenie ozębnej	Wymioty
Bradykardia (rzadkoskurcz)	Zagłodzenie
Obniżone ciśnienie tętnicze	Zagłodzenie i odwodnienie
Arytmie	Hipokalemia spowodowana przez przeczyszczanie się

Tabela 4. Nieprawidłowości w zaburzeniach odżywiania stwierdzone w badaniach laboratoryjnych

Wyniki analiz laboratoryjnych	Przyczyna
Pełna morfologia krwi	
Leukopenia ze względną limfocytozą	Zagłodzenie
Anemia	Zagłodzenie
Surowica i plazma (osocze) krwi	
Hipokalemia	Nadużywanie środków przeczyszczających i moczopędnych
Hipochloremiczna alkalozja metaboliczna	Przeczyszczanie
Hiperamylazemia	Przeczyszczanie
Hipercholesterolemia	Zagłodzenie
Hiperkarotynemia	Spożywanie pokarmów o wysokiej zawartości karotenu
Elektrokardiogram	
Zmiany Q-T i fali T	Hipokalemia, kardiomiopatia spowodowana przez ipekakuanę
Absorpcjometria fotonowa	
Zmniejszona gęstość kości	Zagłodzenie

Diagnozowanie rodziny

Należy zebrać dane świadczące o zaburzeniach odżywiania i innych zaburzeniach psychicznych, alkoholizmie, zaburzeniach związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, oraz o występowaniu otyłości u krewnych pierwszego stopnia i członków dalszej rodziny będących w bliskich relacjach z pacjentem. Trzeba zapytać o przypadki przemocy fizycznej lub molestowania seksualnego w rodzinie, poznać rodzinne style komunikowania się oraz strukturę rodziny.

Ważną kwestią jest zidentyfikowanie stresorów w rodzinie, które mogą nasilać zaburzenie odżywiania, oraz określenie postawy rodziny wobec pacjenta; na przykład, czy

też oddana i dodaje mu otuchy. Takie informacje pomogą klinicyście określić stopień zaangażowania rodziny w plan leczenia.

Wielowymiarowy zespół terapeutyczny

Zespół terapeutyczny prowadzący kompleksowe leczenie zaburzeń odżywiania oznacza zespół współpracujących ze sobą specjalistów. Wskazane, aby rolę koordynatora czy kierownika takiego zespołu i programu przyjął psychiatra. W przypadkach ostrych lub przewlekłych powikłań zdrowotnych i stomatologicznych może być potrzebna konsultacja innych lekarzy specjalistów lub dentystów.

Wstępne pełne badanie fizykalne przeprowadza zwykle lekarz podstawowej opieki zdrowotnej. Specjalista dietetyki pomaga w zakresie rehabilitacji żywieniowej, udzielając porad co do wystarczającego ilościowo i prawidłowego spożycia pokarmów. Psychoterapię może prowadzić psychiatra lub psycholog, zaś terapię rodzinną psychiatra, psycholog lub specjalnie przeszkolony pracownik socjalny [8].

AMBULATORYJNE LECZENIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Przychodnia prowadząca ambulatoryjnie kompleksowe leczenie zaburzeń odżywiania powinna dysponować zespołem terapeutycznym składającym się z psychiatrów, psychologów, dietetyków, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, oraz pracowników socjalnych. Pacjenci przyjmowani do leczenia ambulatoryjnego powinni być z medycznego punktu widzenia w stabilnym stanie zdrowia. Oznacza to, że waga pacjenta powinna wynosić ponad 75% normalnej wagi dla danego wieku, wzrostu i budowy kostnej, poziom elektrolitów w surowicy krwi powinien być w normie, elektrokardiogram w normie, nic nie powinno też wskazywać na myśli samobójcze lub inwalidyzujące zachowania powodujące złe funkcjonowanie i niewywiązywanie się z obowiązków w pracy, szkole, czy w domu.

Ponieważ zaburzenia odżywiania wymagają leczenia rozmaitych stanów patologicznych zarówno psychicznych, jak i somatycznych przy użyciu psychoterapii, farmakoterapii i postępowania lekarskiego, byłoby wskazane, aby psychiatra był odpowiedzialny za plan leczenia każdego pacjenta z zaburzeniami odżywiania.

Przychodnie dla osób z zaburzeniami odżywiania powinny móc zapewnić psychoterapię indywidualną, w tym terapię poznawczo-behawioralną specjalnie przygotowaną pod kątem zaburzeń odżywiania, terapię interpersonalną, oraz dialektyczną terapię behawioralną. Farmakoterapia może być potrzebna do leczenia depresji, zaburzeń lękowych, oraz skrajnego pobudzenia. Terapia rodzinna musi być dostępna dla wszystkich dorastających z zaburzeniami odżywiania. Poradnictwo dietetyczne i edukacja żywieniowa są przydatnymi komponentami wszystkich planów leczenia zaburzeń odżywiania.

Aby opracować indywidualny plan leczenia pacjenta z zaburzeniami odżywiania się konieczna jest kompleksowa diagnoza. Zawsze będą pacjenci, w przypadku których metody leczenia oparte na dowodach naukowych nie będą skuteczne, natomiast mogą być potrzebne inne, innowacyj-

ne podejścia. Kiedy w zespole terapeutycznym są doświadczeni psychoterapeuci, psychofarmakolodzy, dietetycy i lekarze, możliwości opracowania kreatywnego i skutecznego planu leczenia są większe.

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja)

Badania skuteczności opartych na dowodach naukowych metod leczenia są szczególnie rzadkie w tych zaburzeniach ze względu na niechęć pacjentów do udziału w takich badaniach oraz na duży odsetek osób przerywających leczenie. Do indywidualnej psychoterapii ambulatoryjnej dorosłych z anoreksją wytyczne NICE [9] zalecają terapię poznawczo-behawioralną. Tego rodzaju terapię szczegółowo opisują Pike i in. [10] oraz Kleifield i in. [11].

Najbardziej solidne dowody naukowe wskazujące na skuteczność leczenia anoreksji dotyczą terapii rodzinnej wieku dorastania. Eisler i in. [12] oraz Lock i in. [13] wykazali, że poznawczo-behawioralny styl terapii rodzinnej jest skuteczny w przypadku osób w tym wieku [14].

Większość wytycznych medycznych zaleca, aby farmakoterapię uważać jedynie za leczenie uzupełniające w jadłowstręcie psychicznym. Randomizowane badania kontrolowane wykazały, że cyproheptadyna [14] podawana w dużych dawkach, do 24 mg/dziennie, może minimalnie ułatwiać przybór wagi i zmniejszać depresję. Są także dane wskazujące, że fluoksetyna [15] może w niektórych przypadkach pomagać w zapobieganiu nawrotom. W niedawnych badaniach wykazano, że olanzapina skutecznie ułatwia przybieranie na wadze oraz zmniejsza lęk i myśli natrętne u pacjentów z anoreksją [16].

Żarloczość psychiczna (bulimia)

W licznych randomizowanych badaniach kontrolowanych stwierdzono, terapia poznawczo-behawioralna jest najbardziej skuteczną metodą leczenia bulimii. Wiele badań podsumowali w swym artykule przeglądowym Shapiro i in. [17]. W pracach tych często szczegółowo opisywano stosowaną technikę lub podawano dane bibliograficzne podręczników, z których korzystali autorzy.

Dowody naukowe świadczące o skuteczności farmakoterapii w bulimii nie są tak mocne jak te wskazujące na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej. Liczne randomizowane badania lekowe wykazują, że wszystkie inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny skutecznie ograniczają zachowania typu „napadowe objadanie się-przeczyszczenie” [17]. Preferuje się selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI), ponieważ mają one mniej skutków ubocznych niż inne leki, które jak wykazano, również ograniczają zespół napadowego objadania się-przeczyszczenia.

Dowody naukowe skuteczności samopomocy w leczeniu bulimii są słabe, a w odniesieniu do innych interwencji – albo słabe, albo ich brak.

Zespół napadowego objadania się

Nieliczne randomizowane badania kontrolowane nad skutecznością psychoterapii w leczeniu zespołu napadowego objadania się (*binge eating disorder*; BED) wskazują, że metodą z wyboru jest terapia poznawczo-behawioralna [18].

Badania farmakologiczne w BED wykazują umiarkowaną skuteczność inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny – leki te zmniejszają częstość napadów objadania się oraz ciężkość choroby [19, 20]. Randomizowane kontrolowane badania topiramatu [21] i sibutraminy [22] również ujawniły ich umiarkowany wpływ na ograniczenie zachowań związanych z napadami objadania się w przebiegu BED.

LECZENIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA W WARUNKACH SZPITALNYCH

Większość wymagających hospitalizacji i leczenia całodobowego pacjentów z zaburzeniami odżywiania ma anoreksję. Najczęstszymi i najważniejszymi powodami do hospitalizacji w przypadkach żarłoczności psychicznej są wskazania lekarskie podane w tabl. 5. Współistniejące zaburzenia psychiczne, które również mogą wymagać hospitalizacji pacjenta, przedstawiono w tabl. 6.

Środowisko szpitalne

Podejście poznawczo-behawioralne jest ogólnie przydatne w warunkach szpitalnych. Techniki ekspozycji i za-

pobiegania reakcjom można stosować po to, by nie dopuścić do przeczyszczenia się i uprawiania ćwiczeń fizycznych przez pacjentów. Terapia grupowa może służyć do rozwiązywania konfliktów interpersonalnych, psychoedukacji na temat żywienia, komplikacji zdrowotnych i zapobiegania nawrotom, do treningu asertywności oraz strategii samokontroli, do omawiania zagadnień dojrzewiania i niezależności, oraz problemów z ustanawianiem granic. Podczas zajęć grupowych pacjenci mogą omawiać swoje objawy i uzyskać wzrost świadomości w zakresie czynników wyzwalających objawy, a także strategii radzenia sobie.

Struktura fizyczna całodobowego oddziału szpitalnego

Idealny oddział całodobowy dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania powinien mieć jadalnię o odpowiednich rozmiarach, tak, aby można było bezpośrednio monitorować pacjentów podczas posiłków. W miejscach pełniących funkcję pokoju dziennego również należy zaplanować możliwość monitorowania pacjentów przez personel pielęgniarski. W niektórych ośrodkach wprowadzono monitoring przy użyciu kamer telewizji przemysłowej, aby ograniczyć ukradkowe ćwiczenia fizyczne pacjentów. Taki system wymaga świadomej zgody pacjentów. Łazienki i toalety na takim oddziale muszą być zamykane na klucz,

Tabela 5. Najczęstsze wskazania lekarskie do hospitalizacji osób z jadłowstrętem psychicznym

– Ogólnie, waga ciała <75% oszacowanej dla danego pacjenta wagi w normie lub ostry spadek wagi wraz z odmową przyjmowania pokarmów
– Dla dorosłych: Tętno <40 /min. Ciśnienie krwi <90/60 mmHg lub podciśnienie ortostatyczne (ze wzrostem tętna >20 unum lub spadkiem ciśnienia krwi >10-20 mmHg/min. przy zmianie pozycji z leżącej na siedzącą)
– Dla dzieci: Tętno <50 unum Zmiany ortostatyczne >20 /min. Ciśnienie krwi <80/50 mmHg
– Poziom glukozy we krwi <60 mg/dL, potasu <3 mEq/L
– Zaburzenia równowagi elektrolitowej (hipo- lub hipernatremia, hipofosfatemia, hipomagnezemia, hipokaliemia)
– Temperatura ciała < 36°C
– Upośledzenie funkcji wątroby, nerek lub układu krążenia, zmiany narządowe wymagające leczenia w trybie ostrym

Tabela 6. Współistniejące zaburzenia psychiczne jako podstawa do hospitalizacji pacjenta z zaburzeniami odżywiania

Myśli i zachowania samobójcze

Konkretny plan samobójstwa o wysokim ryzyku zgonu lub zamiar: próba samobójcza, depresja psychiatryczna.

Motywacja

Bardzo słaba motywacja: pacjenci mogą być pochłonięci natrętnymi, powtarzającymi się myślami powodującymi głębokie zaburzenia funkcjonowania; pacjenci mogą odmawiać współpracy w leczeniu i potrzebują bardzo ustrukturyzowanego otoczenia, aby można było podjąć skuteczne leczenie.

Zespół przeczyszczenia (obejmujący stosowanie środków przeczyszczających i moczoopędnych)

Tacy pacjenci nie są w stanie kontrolować epizodów przeczyszczenia się powtarzanych wielokrotnie w ciągu dnia; epizody te są ciężkie, uporczywe i inwalidyzujące, mimo właściwych prób opieki ambulatoryjnej. Pacjenci wymagają nadzoru podczas wszystkich posiłków i po nich, także w łazience i toalecie.

Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych

Pacjenci tacy mogą potrzebować kompleksowego planu leczenia, obejmującego oprócz rehabilitacji żywieniowej dodatkowo odstawienie substancji psychoaktywnych w placówce całodobowej.

Stres środowiskowy

Silne środowiskowe stresory psychospołeczne przy niedostatecznym wsparciu społecznym mogą sprzyjać upośledzeniu funkcjonowania, a zabranie pacjenta z takiego otoczenia może być dla niego korzystne. Przykładem jest głęboki konflikt rodzinny lub brak rodziny, wskutek czego pacjent nie ma ustrukturyzowanego środowiska w domu, albo też mieszka sam, bez systemu wsparcia.

aby zapobiec zachowaniom związanym z oczyszczaniem się. W jednym z nowych ośrodków używa się w toaletach spłuczki uruchamianej za pomocą klucza elektronicznego, tak by zapewnić pacjentom prywatność – lecz muszą poczekać na pielęgniarkę, aby przed spuszczeniem wody sprawdziła zawartość toalety.

Postępowanie lekarskie i rehabilitacja żywieniowa

Postępowanie lekarskie obejmuje przywrócenie wagi ciała, rehabilitację żywieniową, nawodnienie i wyrównanie poziomu elektrolitów w osoczu. Wymaga to codziennego monitorowania wagi ciała oraz ilości oddawanego moczu. Aby zapewnić właściwą opiekę, niezbędni są lekarze z doświadczeniem w postępowaniu ze skrajnie wyniszczonymi pacjentami z anoreksją. Łączna liczba kalorii w przypadku pacjentów wyniszczonych powinna zaczynać się od spożycia 30-40 kcal/kg/dziennie. Można ją stopniowo zwiększać, jeśli nie ma obręzków obwodowych lub objawów niewydolności serca.

Pokarmy w postaci płynnej są korzystne, ponieważ nie tylko zawierają niezbędną ilość witamin i minerałów, ale także mogą być podawane w małych porcjach, rozłożonych na 6 równych posiłków w ciągu dnia. Randomizowane badanie kontrolowane rzeczywiście wykazało, że takie podejście podczas wczesnej hospitalizacji jest bardziej skuteczne niż wymaganie, aby pacjent jadł pokarmy stałe [23]. Na tym etapie leczenia może wystąpić hipofosfatemia w przebiegu zespołu ponownego odżywiania [*refeeding*], co wymaga podawania suplementów fosforanowych.

Odpoczynek w łóżku może być konieczny, tak samo jak spacer z osobą towarzyszącą oraz obserwowanie pacjenta pod kątem powstawania odleżyn. Należy unikać leków, które wydłużają odstępy QT_c. Dla skorygowania nieprawidłowości w poziomie elektrolitów niekiedy może być konieczne podawanie roztworów dożylnie.

W miarę poprawiania się stanu pacjentów, powinno się włączać poradnictwo żywieniowe obejmujące planowanie posiłków, które będą sobie przygotowywać po wypisaniu ze szpitala.

Idealne kryteria kwalifikujące do wypisu ze szpitala przedstawiono w tabl. 7.

Pacjenci, którzy mają napady objadania i przeczyszczania się, przy czym utrzymują wagę w granicach normy, zwykle wymagają tylko krótkiej hospitalizacji w celu ustabilizowania. Często mają podwójną diagnozę – zaburzenia osobowości typu *borderline*, albo nadużywanie substancji

psychoaktywnych i alkoholu. Terapię odwykową lepiej przeprowadzić w specjalistycznej placówce leczenia uzależnień i dopiero potem przenieść pacjenta do ośrodka dla osób z zaburzeniami odżywiania. Grupowa dialektyczna terapia behawioralna może być przydatna w leczeniu rozchwiania emocjonalnego u pacjentów typu *borderline* cierpiących na napadowe objadanie i przeczyszczanie się. Dowody naukowe wskazują, że prawdopodobieństwo nawrotów jest mniejsze u pacjentów, którzy przy wypisie z placówki szpitalnej mają wskaźnik masy ciała równy 19 lub większy [24].

PROGRAMY LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA – OŚRODKI STAŁEGO POBYTU, CZĘŚCIOWA HOSPITALIZACJA I ODDZIAŁY DZIENNE

Różnie nazywane programy leczenia opracowano dla pacjentów przenoszonych się z placówki szpitalnej (lecznictwa zamkniętego), lecz zbyt zinvalidyzowanych, aby podjąć leczenie ambulatoryjne. Programy te przeznaczone są także dla osób leczonych ambulatoryjnie, których stan się pogorszył, lecz nie do tego stopnia, by wymagały hospitalizacji i leczenia w warunkach szpitalnych. Zalecany jest wieloaspektowy program ukierunkowany na zmianę objawów przy użyciu terapii poznawczo-behawioralnej. W literaturze opisano takie programy, w których u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym uzyskano przybór wagi, poprawę postawy wobec zaburzeń odżywiania się, oraz zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych [25-27]. Opisano programy o różnej intensywności, lecz nie przeprowadzono randomizowanych badań kontrolowanych.

W tych programach wskazane jest podawanie co najmniej jednego posiłku strukturyzowanego, zaś poradnictwo żywieniowe i planowanie posiłków można prowadzić w ramach terapii grupowej lub specjalnych indywidualnych sesji doradztwa. Skutecznym sposobem kontynuowania tematów podjętych podczas całodobowego leczenia szpitalnego są różne formy terapii grupowej, poświęconej takim zagadnieniom jak: trening umiejętności społecznych, lęk społeczny, zniekształcenie obrazu ciała lub obawy związane z dojrzewaniem.

W tego rodzaju ośrodkach lecznictwa pośredniego muszą być dostępni lekarze interniści prowadzący obserwację lekarską, dietetycy od poradnictwa żywieniowego, psycho-

Tabela 7. Idealne kryteria kwalifikujące pacjentów z zaburzeniami odżywiania do wypisania ze szpitala/oddziału całodobowego

– Osiągnięcie idealnej wagi ciała
– Stabilny stan zdrowia (normalny elektrokardiogram i poziom elektrolitów w osoczu)
– Brak ryzyka samobójstwa
– Zdolność do utrzymania idealnej wagi ciała oraz spożycia pokarmów w normalnej ilości podczas przepustek poza strukturyzowanym środowiskiem
– Zdolność wybierania pokarmów spośród posiłków podawanych w rodzinie
– Brak epizodów napadowego objadania i przeczyszczania się lub nadmiernych ćwiczeń fizycznych przez co najmniej 1 tydzień
– Brak zaburzeń upośledzających funkcjonowanie, spowodowanych przez współistniejące choroby
– Rodzina została przeszkolona na temat danego zaburzenia odżywiania się i jest przygotowana do pomagania pacjentowi w powracaniu do zdrowia w warunkach ambulatoryjnych
– Zidentyfikowanie ambulatoryjnego zespołu terapeutycznego i złożenie odpowiedniego skierowania

terapeuci do terapii zarówno grupowej, jak indywidualnej, oraz psychofarmakologii dla tych pacjentów, którzy potrzebują leczenia farmakologicznego.

Nie ma badań, które dostarczyłyby dowodów naukowych umożliwiających sformułowanie kryteriów wypisu z takich pośrednich programów. Generalnie wskazane jest, aby waga pacjenta osiągnęła ponad 90% normalnej wagi ciała oraz by nastąpiła poprawa zachowania funkcjonalnego, z istotnym spadkiem objawów podstawowego zaburzenia odżywiania. Dane świadczące o tym, że pacjent ma zamiar nadal korzystać z wyuczonych umiejętności poznawczo-behawioralnych w celu ograniczenia zachowań kluczowych w danym zaburzeniu odżywiania stanowią również cenne kryterium decyzji o przeniesieniu pacjenta do leczenia wyłącznie ambulatoryjnego.

WNIOSKI

Mało jest dowodów naukowych opartych na randomizowanych badaniach kontrolowanych, które pozwoliłyby sformułować zalecenia dotyczące istotnych elementów systemu kompleksowego leczenia zaburzeń odżywiania. Renomowane ośrodki kliniczne z doświadczeniem w zakresie leczenia zaburzeń odżywiania doszły do wniosku, że praca wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego stanowi najbardziej skuteczny sposób leczenia pacjentów z tymi zaburzeniami.

W skład kompleksowego systemu leczenia wchodziłyby poradnia diagnostyczno-ewaluacyjna, przychodnia, całodobowy oddział szpitalny oraz program dzienny z komponentem leczenia w ośrodku stałego pobytu. Psychiatra powinien być kapitanem tego wielodyscyplinarnego zespołu, złożonego z psychoterapeutów, psychofarmakologów, dietetyków i terapeutów rodzin. Specyfika owych istotnych elementów w poszczególnych krajach będzie zależała od finansowania oraz zakresu działalności ochrony zdrowia psychicznego.

PIŚMIENICTWO

- Rooney B, McClelland L, Crisp A. The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in Southwest London. *Int J Eat Disord* 1995;18:299-307.
- Lewinsohn P, Striegel-Moore R, Seeley J. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1284-92.
- Garfinkel P, Goering L, Speeg C. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1052-8.
- Harris E, Barrowclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
- Halmi K, Agras S, Crow S et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:776-81.
- Russell G. Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 2001;24:337-49.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 2006.
- National Institute for Clinical Excellence: Eating disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline No. 9. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
- Pike K, Walsh B, Vitousek K et al. Cognitive therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2046-9.
- Kleifield E, Wagner S, Halmi K. Cognitive behavioral treatment of anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 1996;19:715-37.
- Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl* 2000;41:727-36.
- Lock J, Agras W, Bryson S et al. A comparison of short and long term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:632-9.
- Halmi K, Eckert E, LaDu T et al. Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 177-81.
- Kaye W, Nagata T, Weltzin T et al. Double blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2001;49: 644-52.
- Bissada H, Tasca G, Barber A et al. A double-blind randomized control trial of olanzapine for anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2008; 165:10-3.
- Shapiro J, Berkman N, Brownley K et al. Bulimia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord* 2007;40:1-16.
- Wilfly D, Welch R, Stein R et al. A randomized comparison of group cognitive behavioral therapy and group interpersonal therapy for the treatment of overweight individuals with binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:713-21.
- Arnold L, McElroy S, Hudson J et al. A placebo-controlled, randomized trial of fluoxetine in the treatment of binge eating disorder. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1028-33.
- McElroy S, Casuto I, Nelson E et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1004-6.
- McElroy S, Arnold L, Shapiro N et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorder associated with obesity: a randomized, placebo controlled trial. *Am J Psychiatry* 2003; 160:255-61.
- Appolinario J, Bacaltchuk J, Sichieri R et al. A randomized, double-blind placebo controlled study of sibutramine in the treatment of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:1109-16.
- Okamoto A, Yamashita T, Nagoshi Y. A behavior therapy program combined with liquid nutrition designed for anorexia nervosa. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 56:515-22.
- Howard W, Evans K, Quintero C. Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1999;156:1697-702.
- Dancyger I, Fornari V, Schneider M. Adolescents and eating disorders: an example of a day treatment program. *Eat Weight Disord* 2003; 8:242-8.
- Heinberg A, Haug N, Freeman Y. Clinical course and short-term outcome of hospitalized adolescents with eating disorders: the success of combining adolescents and adults on an eating disorder unit. *Eat Weight Disord* 2003;8:326-31.
- Zipfel S, Reas D, Thornton C. Day hospitalization programs for eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord* 2002; 31:105-17.

K O M E N T A R Z E – C O M M E N T A R I E S

Diagnoza, świadczenie usług i organizacja leczenia*Diagnosis, provision and service organization*

ROBERT PALMER

Leicester Eating Disorders Service, Leicestershire Partnership NHS Trust, Leicester, UK

K. Halmi podzieliła się z nami swoją wizją elementów, które powinny znaleźć się w każdym „kompleksowym” systemie leczenia w odpowiedzi na potrzeby osób z klinicznymi zaburzeniami odżywiania. I niewielu klinicystów z tej dziedziny zechciałoby się z nią sprzeczać o większość przedstawionych przez nią propozycji

Niektórzy szukający dziury w całym skrupulanci, tacy, jak ja, znaleźliby jednak parę spraw, do których można się przychylić. Na przykład, liczba 23, którą autorka przytacza jako standaryzowany wskaźnik śmiertelności, jest raczej zawyżona [1, 2]. W gruncie rzeczy prawdopodobnie z tego właśnie powodu często się ją cytuje przedstawiając argumenty, że zaburzenia odżywiania należy traktować poważnie. Sam tak robiłem.

Inni krytykanci mogliby kwestionować jej propozycję, że „kapitanem” wielodyscyplinarnych zespołów zawsze powinien być psychiatra. Ponieważ sam jestem lekarzem, wydaje mi się to absolutnie rozsądne i zgodne z moim poglądem na to, jak być powinno, chociaż irytująca część mego umysłu nalega, by podać przykłady dobrych placówek kierowanych – albo administracyjnie, albo klinicznie, albo i jedno i drugie – przez klinicystów nie będących lekarzami. A co z pielęgniarkami? Nie ma ich na liście Halmi. A jednak tam, gdzie pracuję, są one największą grupą zawodową, zarówno na oddziałach szpitalnych, co oczywiste, oraz, co mniej oczywiste, w zespołach ambulatoryjnych, w których po dalszym przeszkoleniu i z odpowiednim wsparciem wykonują badanie diagnostyczne i prowadzą terapię psychologiczną. Ale nie ma co się rozwodzić nad takimi sprawami, bo nie o to głównie chodzi. Chciałbym poruszyć i skomentować przede wszystkim dwa zagadnienia. Każde z nich pojawiło się w tekście Halmi, ale żadnemu nie poświęcono dostatecznej uwagi.

Pierwsze zagadnienie dotyczy diagnozy i jej implikacji. Oczywiście, jest o tym mowa w artykule Halmi, lecz wydaje się, że terminy „zaburzenia odżywiania” i „jadłowstręt psychiczny/anoreksja” często używane są niemal zamiennie. Większość twierdzeń o tym, co jest potrzebne, dobrze pasuje do omawiania anoreksji, lecz już gorzej do zaburzeń odżywiania innego typu. Nacisk na wielodyscyplinarne zespoły, w skład których wchodzi psychiatry, psychologowie, dietetycy, lekarze i tak dalej, jest słuszny, jeśli chodzi o postępowanie lecznicze wobec najpoważniej chorych i zagrożonych pacjentów. Takimi stanowiącymi wyzwanie przypadkami będą głównie oso-

by z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, lecz nawet w obrębie tej kategorii diagnostycznej będą one stanowiły mniejszość. Większość zaburzeń odżywiania może należycie zdiagnozować i leczyć odpowiednio przeszkolony klinicysta pracujący w ambulatorium lub w gabinecie prywatnym. Tę większość – przypuszczam, że byłaby ona rzędu co najmniej 90% zgłaszających się przypadków – stanowi wiele osób z anoreksją oraz przeważająca większość pacjentów z bulimią oraz różnymi formami nieokreślonych inaczej zaburzeń odżywiania, m.in. z zespołem napadowego objadania się. Taki klinicysta musiałby mieć świadomość zagrożenia fizycznego, a także powinien wiedzieć, gdzie ma szukać odpowiedniej specjalistycznej konsultacji w przypadku powikłań lub niepewności. Ale wymaganie, by cały wielodyscyplinarny zespół stawał twarzą w twarz ze wszystkimi pacjentami nie jest ani konieczne, ani praktyczne.

Współczesna klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń odżywiania jest z różnych powodów niewystarczająca, a stanowisko „transdiagnostyczne” pod wieloma względami ma swoje zalety [3]. Nikt jednak nie przeczy, że bardzo niska waga ciała i związane z nią powikłania mają znaczenie praktyczne. W skład kompleksowego systemu leczenia musi wchodzić ośrodek lub zespół, który potrafi poradzić sobie z najtrudniejszymi i obciążonymi największym ryzykiem przypadkami. Całodobowe leczenie szpitalne powinno być jedną z dostępnych interwencji, jednak ta niewielka część systemu klinicznej opieki zdrowotnej dla zaburzeń odżywiania nie musi dominować i można udowodnić, że w przeszłości przywiązywano do niej zbyt dużą wagę. Tym, czego często brakuje, jest dostępność odpowiednio finansowanych, kompetentnych i pewnych siebie koordynatorów przypadku (*case managers*), potrafiących zająć się większością osób z zaburzeniami odżywiania.

Druga kwestia, na którą nie położono nacisku w tekście Halmi, dotyczy organizacji leczenia. Jakie mają być wzajemne relacje między różnymi elementami systemu kompleksowej opieki zdrowotnej? Do pewnego stopnia będzie to zależało od kontekstu ekonomiczno-politycznego, w jakim świadczone są usługi lecznicze. Może to być tematem drażliwym, który często pomija się w wytycznych klinicznych [4,5]. System opieki zdrowotnej finansowany z podatków przez państwo, taki, jak *National Health Service* (Narodowa Służba Zdrowia) w Zjednoczonym Królestwie, na ogół miewa problemy, lecz to samo odnosi się do systemów finansowanych z ubezpieczeń. Co więcej,

istnieje pewna zbieżność między rozwojem ogromnych systemów kompleksowej opieki zdrowotnej finansowanych przez firmy ubezpieczeniowe a próbami wprowadzania koncepcji „rynku” i „wyboru” w państwowym systemie leczenia. Wszelkiego rodzaju ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (*third parties*) zaczynają mieć coraz większy wpływ. Trzeba, by klinicyści zastanowili się, w jakim stopniu i przez kogo mają być finansowane świadczenia zdrowotne tak, by było to korzystne dla populacji. Musimy zająć się tymi pytaniami i znaleźć odpowiedzi istotne dla praktyki klinicznej, aby ci, którzy reprezentują bardziej odległy i głównie finansowy punkt widzenia nie poganiiali nas lub nie narzucili nam nadmiernych ograniczeń. Oczywiście, tym, co liczy się dla pacjenta, jest łatwy dostęp do świadczeń leczniczych dobrej jakości, spójnych i zapewniających – przy minimum zamieszania i zamętu – przejście na przykład z lecznicy dziecięcej do placówki opieki zdrowotnej dla dorosłych, czy z lecznictwa stacjonarnego do ambulatoryjnego. Organizacje pacjentów i ich rodzin powinny być ważnym sprzymierzeńcem w tych sprawach.

Zadanie polegające na zdefiniowaniu elementów składowych systemu kompleksowej opieki zdrowotnej dla

osób z zaburzeniami odżywiania jest ważne i zarówno K. Halmi, jak też *World Psychiatry* należą się gratulacje za zmierzenie się z tym problemem. Jest to skomplikowana kwestia, dodatkowo wzbogacona o pytanie, jak te składowe można najlepiej połączyć w praktyce. Niewątpliwie istnieje na to więcej niż jeden sposób.

PIŚMIENNICTWO

1. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173:11-53.
2. Neilsen S, Moller-Madsen S, Isager T et al. Standardised mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res* 1998; 44: 413-34.
3. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41:509-28.
4. National Collaborating Centre for Mental Health. Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Guideline no. CG9. London: British Psychological Society and Gaskell, 2004.
5. Palmer RL, Treasure J. Providing specialized services for anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1999; 175:306-309.

Planowanie systemu opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami odżywiania na podstawie danych epidemiologicznych

Planning an eating disorder service on the basis of epidemiological data

HANS WIJBRAND HOEK

Parnassia Bavo Psychiatric Institute, Kiwistraat 43, 2552 DH Haga, Holandia; Department of Epidemiology, Columbia University New York, NY, USA; Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, Holandia

K. Halmi przedstawia istotne elementy składowe kompleksowego systemu leczenia zaburzeń odżywiania. Planując taki system decydenci ustalający politykę zdrowotną muszą znać rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w rejonie, któremu ma służyć ów system. Wielkość systemu przeznaczonego dla zaburzeń odżywiania zależy nie tylko od wielkości rejonu, ale także od właściwości demograficznych zamieszkującej go populacji.

Ponieważ zaburzenia odżywiania występują głównie u młodych kobiet, ważne jest, aby dowiedzieć się, jaki procent obsługiwanej populacji ogólnej stanowi ta grupa wysokiego ryzyka. Ważne są jednak także cechy samego rejonu, takie, jak stopień urbanizacji. Na przykład, w Holandii stwierdzono, że zachorowalność na żarłoczność psychiczną (bulimie) jest pięciokrotnie wyższa w miastach niż na terenach wiejskich [1].

Ponadto, większość danych epidemiologicznych dotyczących zaburzeń odżywiania pochodzi z badań przeprowadzonych w krajach zachodnich, zwłaszcza w Europie zachodniej, ze względu na dostępność obszer-nych systemów rejestracji danych zdrowotnych oraz sta-

tystyk populacyjnych. W przypadku zaburzeń odżywiania trzeba zachować szczególną ostrożność, jeśli chodzi o korzystanie z wyników badań z krajów zachodnich przy planowaniu systemu opieki zdrowotnej w krajach nie-zachodnich. Na przykład, w szeroko zakrojonych badaniach przeprowadzonych na karaibskiej wyspie Curaçao wskaźnik zachorowalności na zaburzenia odżywiania wśród mniejszości, czyli mieszkańców rasy mieszanej i populacji białych, był podobny jak w Stanach Zjednoczonych i Europie zachodniej, natomiast w stanowiącej większość populacji czarnych nie stwierdzono żadnych tego typu przypadków [2].

W meta-analizie przedstawiającej roczne wskaźniki rozpowszechnienia na 100.000 młodych kobiet w Holandii na różnych poziomach opieki zdrowotnej [3] wykazaliśmy, że dla jadłowstrętu psychicznego wskaźnik ten wynosił 370 w społeczności lokalnej: 160 na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz 127 na poziomie ambulatoryjnego i stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego. Odpowiednie wskaźniki dla żarłoczności psychicznej wynosiły 1500, 170 i 87. Dane te potwierdzają, że tylko mniejszość chorych

z zaburzeniami odżywiania trafia ze środowiska do systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Odnosi się to szczególnie do bulimii. Te niskie wskaźniki dotyczące liczby objętych opieką zdrowotną osób z zaburzeniami odżywiania wynikają prawdopodobnie z odkładania leczenia na później przez pacjenta, z powodu zaprzeczania lub wstydu, oraz opóźnienia ze strony lekarzy, spowodowanego przez niedostateczne wykrywanie tych ciężkich zaburzeń.

W środowiskowym badaniu fińskich bliźniaczek [4] wskaźnik całożyciowego rozpowszechnienia żarłoczności psychicznej według kryteriów DSM-IV wynosił 2,3%, lecz niewiele z tych kobiet zostało zidentyfikowanych przez system opieki zdrowotnej. Całożyciowe rozpowszechnienie jadłowstrętu psychicznego według kryteriów DSM-IV wynosiło 2,2% oraz aż 4,2% dla szeroko definiowanej anoreksji [5]. Tylko połowa przypadków anoreksji zdiagnozowanych w tym badaniu została wykryta w ramach systemu opieki zdrowotnej, chociaż większość z nich chorowała na anoreksję od kilku lat. Innym godnym uwagi wynikiem cytowanych badań jest wskaźnik całożyciowego rozpowszechnienia jadłowstrętu psychicznego wśród młodych mężczyzn, który w Finlandii na poziomie społeczności lokalnej wynosił 0,24%, czyli był znacznie wyższy niż sądzono wcześniej [6].

Badania przeprowadzone w Holandii i Szwecji dostarczyły szczegółowych dowodów, że wczesne wykrycie anoreksji ma ogromne znaczenie dla pomyślnego wyniku leczenia [7,8]. Anoreksję nadal cechuje wysoki całożyciowy wskaźnik umieralności z przyczyn zarówno naturalnych, jak i nienaturalnych [9]. Umieralność młodych pacjentek z anoreksją poddawanych leczeniu w warunkach szpitalnych w Szwecji radykalnie zmalała, co jest prawdopodobnie związane z uruchomieniem specjalistycznych placówek leczniczych [10].

Programy leczenia zaburzeń odżywiania tradycyjnie opracowuje się dla pacjentów z jadłowstrętem psychicznym lub żarłocznością psychiczną. W dzisiejszych czasach jednak większość przypadków zaburzenia odżywiania można zaliczyć według DSM-IV tylko do kategorii zaburzeń odżywiania nieokreślonych inaczej (ZONOI). Należą do niej częściowo zespoły anoreksji lub bulimii, a także zespół napadowego objadania się, który zaproponowano jako nową kategorię DSM-IV dla celów badawczych [11]. W przeprowadzonym w Portugalii badaniu środowiskowym nad zaburzeniami odżywiania, trzy czwarte młodych kobiet z jakimś zaburzeniem odżywiania zaklasyfikowano jako ZONOI [12]. Nawet w opiece ambulatoryjnej osoby z ZONOI stanowią przeciętnie około 60% wszystkich przypadków [13]. Chociaż pacjentów tych charakteryzuje podobna podstawowa psychopatologia poznawcza, reprezentują oni najmniej zbadaną grupę pacjentów z zaburzeniami odżywiania.

Utworzenie systemu opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami odżywiania wymaga znajomości obsługiwanego rejonu oraz epidemiologii zaburzeń odżywiania w ogóle. Ale chyba jeszcze ważniejsze jest uświadomienie sobie, że większość osób z zaburzeniami odżywiania nigdy nie trafia do leczenia. Przy planowaniu opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami odżywiania zasadnicze znaczenie ma uwzględnienie olbrzymiej ukrytej chorobowości tych zaburzeń w populacji oraz opracowane metod pozwalających się nią zająć.

PIŚMIENNICTWO

1. Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AI et al. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *Br J Psychiatry* 2006; 189:562-3.
2. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KME et al. The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 748-52.
3. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:389-94.
4. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2009; 39: 823-31.
5. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES et al. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1259-65.
6. Raevuori A, Hoek HW, Susser E et al. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS ONE* 2009; 4: e4402.
7. Van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF et al. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord* (in press).
8. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H et al. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 168-74.
9. Papadopoulos FC, Ekblom A, Brandt L et al. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 10-7.
10. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1433-5.
11. Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry* 2007; 6: 142-8.
12. Machado PP, Machado BC, Gonçalves S et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 212-7.
13. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome 'not otherwise specified' (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005; 43: 691-701.

System kompleksowego leczenia musi uwzględniać elementy rozwojowe, systemowe oraz współpracę pacjenta

A comprehensive treatment service must include developmental, systemic and collaborative components

BRYAN LASK

Great Ormond Street Hospital, University of London, UK; Regional Eating Disorders Service, Oslo University Hospital, Oslo, Norwegia; Ellem Mede Centre, Londyn, UK

Ze względu na brak mocnych dowodów naukowych dotyczących leczenia zaburzeń odżywiania, nieuniknione są różnice zdań co do tego, jaki powinien być najwłaściwszy system leczenia. Przeglądowy artykuł K. Halmi, który opisuje, co składa się na taki system, jest w dużej mierze użyteczny i nie budzi kontrowersji. W swoim komentarzu skupię się na tym, co moim zdaniem zostało pominięte, niedocenione lub jest niezgodne ze współczesnymi poglądami lub praktyką.

Po pierwsze, pominięto aspekt rozwojowy. Szczyt zachorowań na zaburzenia odżywiania obserwuje się między 14. a 18. rokiem życia, czyli w wieku intensywnego dojrzewania fizycznego i psychicznego. Zaburzenia te coraz częściej występują u dzieci przed okresem pokwitania. Możliwość dekomensacji fizycznej jest znacznie większa u dzieci i młodzieży niż u dorosłych. Szczególną uwagę należy zwracać na wzrost kości (zarówno ich długości, jak i gęstości), oraz na stan narządów rozrodczych – wszystkie są zagrożone wskutek niedostatecznego odżywiania. Wskaźnik masy ciała (BMI) sam w sobie jest nieprzydatny, ponieważ powinien być monitorowany z uwzględnieniem wieku, w kategoriach centyli BMI dla danej grupy wiekowej [1]. Określanie konkretnego BMI u pacjenta poniżej 18 roku życia i na tej podstawie podejmowanie decyzji jest mylące.

Z psychologicznego punktu widzenia kwestie rozwojowe odgrywają zasadniczą rolę w patogenezie i utrzymywaniu się zaburzeń odżywiania, a później powinny być kluczowe dla rozpoznania i leczenia. Wiąże się z tym ogromne znaczenie perspektywy systemowej. Dzieci i dorastający mieszkają z rodziną, chodzą do szkoły, oraz mocno angażują się w życie grupy rówieśniczej. Historia chorób w rodzinie jest znacznie mniej istotna niż postępowanie rodziców w sprawie choroby dziecka. Rodzice *zawsze* powinni być włączani zarówno w planowanie leczenia, jak i jego przebieg. Faktem jest, że wiele dowodów naukowych świadczy o skuteczności opartych na rodzinie metod leczenia anoreksji w wieku dorastania i że takie podejście ma kluczowe znaczenie w wytycznych *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, Narodowy Instytut Doskonałości Klinicznej) w sprawie postępowania w tej chorobie [2].

Zespół wielodyscyplinarny, jak proponuje Halmi, stanowi podstawę każdego programu leczenia. Halmi jednak nie wspomina o pielęgniarkach, które odgrywają zasadniczą rolę w leczeniu na szpitalnych oddziałach stacjonarnych, często włączone są w pracę oddziałów dziennych, przy-

chodzi ambulatoryjnych oraz uczestniczą w leczeniu domowym. W opisywanym przez autorkę środowisku szpitalnym oraz fizycznej strukturze placówki stacjonarnej kładzie się nacisk na „przestrzeganie zaleceń lekarskich”, z monitorowaniem, kontrolowaniem i ograniczaniem aktywności pacjenta. Na autonomię, prywatność, komfort i prawa pacjenta praktycznie nie zwraca się uwagi. Nie wspomina się też o podstawowych elementach składowych leczenia czy to stacjonarnego, czy ambulatoryjnego takich jak: (a) budowanie sojuszu terapeutycznego; (b) umiejętność komunikacji; (c) empatyczna eksploracja lęków, trosk i reprezentacji poznawczych pacjenta; (d) wzmacnianie motywacji – prawdopodobieństwo przerwania leczenia jest znacznie większe w przypadku pacjenta, któremu brak motywacji [5].

Halmi twierdzi, że w szpitalnej placówce całodobowej najlepsze jest podejście poznawczo-behawioralne. Chociaż istnieją mocne dane świadczące o skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w przypadkach bulimii, jednak nie ma dowodów naukowych wskazujących, że taka terapia ma jakąkolwiek wartość w odniesieniu do pacjentów z anoreksją, którzy mają niską wagę ciała, czyli do przeważającej większości pacjentów przyjmowanych do szpitala z powodu zaburzeń odżywiania.

Jeśli chodzi o postępowanie lekarskie, nie zgadzam się z twierdzeniem Halmi, że pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych należy ważyć codziennie. Takie nadmierne koncentrowanie się na wadze ciała jest lustrzanym odbiciem tego, co robią nasi pacjenci i po prostu to wzmacnia [1]. W każdym razie, waga ciała nie jest trafnym wskaźnikiem dobrostanu fizycznego, z wielu powodów: (a) wahania wagi w ciągu każdych 24 godzin wynoszą aż 1,5 kg; (b) proces ważenia jest kompletnie nierzetelny, biorąc pod uwagę zawodność wag (sprzętu do ważenia); (c) wagę ciała łatwo zafałszować i wielu pacjentów to robi, aby uwolnić się od przymusowego karmienia; i przeciwnie, niektóre dzieci i dorastający unikają przybrania na wadze, aby ich nie wypisano do domu, w którym panuje przemoc; (d) to, co stanowi zadowalający BMI dla jednej osoby może być zbyt wysokie lub zbyt niskie dla kogoś innego, przy ogromnym zróżnicowaniu zdrowego BMI w populacji.

Waga ciała/BMI powinna być tylko jedną z miar dobrostanu fizycznego, przy czym trzeba uznać i uwzględnić jej nierzetelność. Wagę ciała można sprawdzać regularnie, ale nigdy nie powinna być jedynym czynnikiem, od którego zależą decyzje co do postępowania leczniczego, oraz z całą pew-

nością należy unikać codziennego ważenia. Jeśli stan fizyczny pacjenta jest bardzo niepokojący, to znacznie bardziej przydatne i rzetelne informacje uzyskamy obserwując podstawowe objawy czynności życiowych oraz stan elektrolitów.

Halmi nie odwołuje się do fascynujących postępów w dziedzinie neuronauk, dzięki którym lepiej rozumiemy podłoże zaburzeń odżywiania i jego implikacje kliniczne [4-6]. Niemal na pewno pierwotne podłoże zaburzeń odżywiania ma charakter neurobiologiczny, biorąc pod uwagę zaburzenia neuroprzekazników [7,8], spójne i uporczywe odchylenia od normy w bardzo specyficznych aspektach funkcjonowania neuropsychologicznego [9-13], oraz specyficzne, zlokalizowane i utrzymujące się nieprawidłowości ujawniane dzięki neuroobrazowaniu [5, 14, 15]. Implikacje kliniczne są doniosłe i wskazują na potrzebę metod leczenia ukierunkowanych na podłoże neurobiologiczne zaburzeń odżywiania. Stosowanie w terapii korygowania poznawczego (*cognitive remediation therapy*) daje imponujące wyniki, nawet w przypadkach bardzo długotrwałej choroby, przynosząc poprawę objawową zarówno objawów, jak deficytów poznawczych (11, 16).

I wreszcie, w artykule Halmi brak wzmianki o tym, jak ważne jest uwzględnienie w takim systemie oddziału intensywnej pielęgnacji (*high dependency unit*) oraz wzmożonego nadzoru (*secure facility*) dla tych osób, które z powodu zaburzeń odżywiania wymagają znacznie bardziej intensywnej opieki pielęgniarskiej niż zwykle, lub których zachowanie zagraża życiu. Dostępność placówek o stopniowo malejącej intensywności opieki, począwszy od oddziałów intensywnej pielęgnacji/wzmożonego nadzoru, poprzez specjalistyczne szpitalne oddziały stacjonarne (całodobowe) i dzienne, a skończywszy na przychodniach ambulatoryjnych i leczeniu domowym, stanowiłaby znacznie bardziej kompleksowy system leczenia.

Prawdziwie kompleksowy system leczenia musiałby mieć do dyspozycji specjalistów w pełnym zakresie, m.in. pielęgniarki i terapeutów wyszkolonych w terapii ukierunkowanej na wzmacnianie motywacji oraz terapii nastawionej na korekcję poznawczą (*cognitive remediation therapy*). System musiałby być wyraźnie podzielony na dwie części, jedną dla dzieci i młodzieży, z naciskiem na kwestie rozwojowe i systemowe, oraz drugą dla dorosłych. Etos tego kompleksowego systemu musi opierać się nie tyle na przestrzeganiu zaleceń, przymusie i monitorowaniu, ile na sojuszu terapeutycznym.

PIŚMIENNICTWO

1. Lask B, Frampton I. Anorexia nervosa – irony, misnomer and paradox. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17:165-8.
2. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Understanding NICE guidance: a guide for people with eating disorders, their advocates and carers, and the public. www.nice.nhs.org.
3. Geller J. Mechanism of action of process of change – helping eating disorder clients make meaningful change in their lives. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006; 11: 225-37.
4. Katzman D, Zipursky R, Lambe E et al. A longitudinal MRI study of brain changes in adolescents with anorexia nervosa. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151:793-7.
5. Lask B, Gordon I, Christie D et al. Neuroimaging in early onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2005;37:S49-51.
6. Nunn K, Frampton I, Gordon I et al. The fault, Horatio, is not in her parents but in her insula – a neuroscience theory of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2008; 16:355-60.
7. Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Exaggerated 5-HT1A but normal 5-HT2A receptor activity in individuals ill with anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 1090-9.
8. Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Serotonin transporter binding after recovery from eating disorders. *Psychopharmacology* 2007; 195: 315-24.
9. Lena SM, Fiocco AJ, Leyenaar JAK. The role of cognitive deficits in the development of eating disorder. *Neuropsychol Rev* 2004; 14: 99-113.
10. Tchanturia K, Anderlueh M, Morris R et al. Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Int Neuropsychol Soc* 2004; 10:513-20.
11. Tchanturia K, Davies H, Campbell IC. Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6:1186-214.
12. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D et al. Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med* 2008; 38: 1393-404.
13. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D et al. Central coherence in women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2008; 41:340-7.
14. Rastam M, Bjure J, Vestergren E et al. Regional cerebral blood flow in weight restored anorexia nervosa. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43: 239-42.
15. Uher R, Brammer M, Murphy T et al. Recovery and chronicity in anorexia nervosa: brain activity associated with differential outcomes. *Biol Psychiatry* 2003; 54:934-42.
16. Tchanturia K, Davies H (eds). Cognitive remediation programme for anorexia nervosa: a manual for practitioners. London: NHS Foundation Trust, 2008.

Psychiatrzy, otoczenie i klej

Psychiatrists, milieu and glue

JANICE RUSSELL

Eating Disorder Programs, Royal Prince Albert Hospital, Missenden Rd., Camperdown, NSW 2050,
i Northside Clinic 2, Greenwich Rd., Greenwich, NSW 2065, Australia

K. Halmi jednoznacznie stwierdza w swym szczególnym artykule przeglądowym, że „kapitanem zespołu wie-

lodyscyplinarnego” powinien być psychiatra – i słusznie, ponieważ można oczekiwać, że tylko psychiatra będzie miał

odpowiednie przygotowanie do tej roli. Coraz trudniej jednak zainteresować psychiatrów, a nawet lekarzy ogólnych podjęciem się tego zadania, natomiast coraz więcej innych profesjonalistów z dziedziny ochrony zdrowia przyciągają korzystne rabaty ubezpieczeń zdrowotnych, metody leczenia oparte na dowodach naukowych, a nawet prawo wypisywania recept. Ideał Halmi może zatem stać się coraz mniej osiągalny, o ile nie zrozumiemy, dlaczego lekarze z odpowiednimi kwalifikacjami unikają zaburzeń odżywiania się i nie zajmujemy się tą kwestią.

W każdym komponencie kompleksowego programu leczenia zaburzeń odżywiania potrzebne są regularne zebrania zespołu wielodyscyplinarnego i tej potrzeby nie sposób przecenić. Zebrania takie stanowią forum, które umożliwi zwiększenie spójności zespołu, formułowanie celów leczenia, ocenę postępów, ciągle poszerzanie bieżącej wiedzy o każdym pacjencie, sklaryfikowanie roli każdego z członków zespołu, a także udzielanie im wsparcia i wskazówek dotyczących wyzwań, z jakimi mają do czynienia. Pacjenci i ich opiekunowie również powinni mieć prawo głosu. Kiedy wyniki leczenia nie spełniają oczekiwań, co się nierzadko zdarza, złość i rozczarowanie pacjentów, ich rodzin i opiekunów może się skupić na psychiatrach, członkach zespołu i samym programie. Może to prowadzić nie tylko do uskarżania się, niepłacenia rachunków i kwestionowania świadczonej opieki zdrowotnej, ale może również stać się źródłem wielkiego lęku i zniechęcenia, będąc silnym czynnikiem demobilizującym perfekcjonistycznych klinicystów. Tym obciążeniem trzeba się dzielić z innymi, lecz w końcu prowadzący leczenie, a zwłaszcza psychiatrzy kierujący zespołem, będą musieli skorzystać z własnej superwizji, wsparcia, a często terapii.

Otoczenie stanowi ważny element wśród wszystkich komponentów programu. Pełni funkcję „przytrzymania”, którą najłatwiej zdefiniować w sytuacji szpitalnego leczenia stacjonarnego, lecz która działa również w programach dziennych i leczeniu ambulatoryjnym. W pierwszych dwóch sytuacjach obejmuje to personel pielęgniarski, który budzi bezwarunkowy szacunek i może służyć do identyfikowania się i modelowania [1]. Gdy pacjenci są pod opieką przychodni, kontakt z personelem administracyjnym oraz otoczenie fizyczne przyczyniają się do ich pozostawania w leczeniu w okresie, kiedy zaczynają prowadzić życie na zewnątrz. Do czynników środowiskowych podczas leczenia całodobowego lub częściowej hospitalizacji należy również wspieranie podczas posiłków i nadzór. W naszym własnym programie leczenia stacjonarnego, ku naszemu zdziwieniu, to właśnie było najwyżżej oceniane przez pacjentów, którzy twierdzili, że zwłaszcza tego brakowało im w domu [2]. Mijmy nadzieję, że już tak nie będzie, kiedy pacjent przejdzie przez wszystkie elementy programu, które powinny obejmować pracę z jego czy jej najbliższą grupą wsparcia.

„Metoda Maudsley” polegająca na wzmacnianiu pozycji rodziców anorektycznych dzieci i młodszej młodzieży, jest sposobem na zapewnienie tym pacjentom właściwszego środowiska – o ile działa. Nie wszyscy rodzice stają na wysokości zadania, a metoda ta może być bardzo obciążają-

ca dla rodzeństwa pacjenta. Tym niemniej, liczne badania wskazują na jej skuteczność, chociaż można oczekiwać, że począwszy od około 15. roku życia stanie się ona dla pacjentów rozwojowo mniej odpowiednia [3]. „Nowa metoda Maudsley” [4] opiera się na coraz bardziej realistycznym założeniu, iż powrót do zdrowia u starszych pacjentów może trwać znacznie dłużej, o ile rzeczywiście wyzdrowieją, a koszty dla rodziny mogą być bardzo duże. W podręczniku opartym na umiejętnościach opisuje się przy użyciu metafor zwierzęcych pożądane i niepożądane zachowania rodziny czy opiekunów, które równie dobrze odnoszą się do profesjonalistów z ochrony zdrowia pracujących w wielodyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Rodzicom i opiekunom koniecznie trzeba dopomóc nie tylko dbać o siebie, ale także współpracować z pacjentem w jego wysiłkach ukierunkowanych na powrót do zdrowia.

Może się wydawać, że mniej chorzy pacjenci z zaburzeniami odżywiania tzn. ci, których zachowanie w mniejszym stopniu wymaga ograniczania, potrafią wyzdrowieć przy bardzo różnorodnych podejściach terapeutycznych i w różnego typu placówkach leczniczych. Wydaje się jednak, że grupa starszych pacjentów z przewlekłym jadłowstrętem psychicznym szybko rośnie i stanowi coraz większe wyzwanie. Jak dotąd, farmakologiczne i endokrynologiczne metody leczenia przyniosły stosunkowo niewielkie efekty, przyczyniając się do tego, że wskaźniki liczby wyzdowień nie wzrosły w ciągu ostatniego dwudziestolecia [5]. Co więcej, pespektywy wydają się gorsze ze względu na większą liczbę nieudanych hospitalizacji, lecz wykazano, że dłuższa hospitalizacja ogranicza rolę czynników metabolicznych w utrwalaniu się utraty wagi [6]. Są to ci pacjenci, którzy często stawiają klinicystów przed dylematem, czy należy podjąć przymusowe karmienie i jak długo warto je stosować [7]. Pacjenci z jadłowstrętem psychicznym rzadko wymagają opieki paliatywnej, jednak często bywamy w takiej sytuacji, że naszym zdaniem tylko to możemy im zaoferować i że jest to dalekie od ideału.

„Klejem” który łączy w całość istotne elementy systemu leczenia często bywa lekarz ogólny, czy też lekarz pierwszego kontaktu (podstawowej opieki zdrowotnej), którego rola w terapii zaburzeń odżywiania polega na umówieniu się na wizytę, wczesnym rozpoznaniu oraz interwencji. Ta ostatnia może się zacząć od skierowania do specjalisty dietetyka i/lub psychologa, lecz prawdopodobnie wkrótce będzie to skierowanie do jakiegoś elementu wielodyscyplinarnego programu, a następne monitorowanie i wspieranie pacjenta po okresie stacjonarnego leczenia szpitalnego. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej czy pierwszego kontaktu ma zadanie nie do pozazdroszczenia: musi przekonać pacjentów i ich rodziców, partnerów czy opiekunów, że trzeba wrócić do jednego z elementów programu lub kontynuować w nim leczenie.

Porozumiewanie się z personelem programu wielodyscyplinarnego jest absolutnie konieczne, prowadzący pacjenta lekarz ogólny czy lekarz pierwszego kontaktu musi otrzymywać wystarczające informacje, wsparcie i wskazówki, jak ma pracować z tą stanowiącą niezwykle wyzwanie grupą pacjentów i ich rodzin.

PIŚMIENNICTWO

1. Russell J, Mearns R. Paradox, persecution and the double game: psychotherapy in anorexia nervosa. *Aust N Zeal J Psychiatry* 1997; 31: 691-9.
2. Russell J, Poland T, Abraham S. Milieu in the management of eating disorders. Presented at the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress, Christchurch, May 2004.
3. Lock J, le Grange D, Agras WS et al. Treatment manual for anorexia nervosa: a family – based approach. New York: Guilford, 2002.
4. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder. London: Routledge, 2007.
5. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1284-93.
6. Heilbronn L, Milner KL, Kriketos A et al. Metabolic dysfunction in anorexia nervosa. *Obesity Res Clin Pract* 1997;1:139-46.
7. Russell J. Treating anorexia nervosa. Humbling for doctors. *BMJ* 1995; 311:584.

System leczenia zaburzeń odżywiania: co oznacza kompleksowy?

Services for eating disorders: how comprehensive is comprehensive?

TIMOTHY D. BREWERTON

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, Charleston, S.C., USA

Tematem mego komentarza będzie: co oznacza *kompleksowy*? Poruszę kilka zagadnień, o których nie wspomina K. Halmi, a które moim zdaniem są ważne dla opracowania kompleksowego systemu leczenia, a także zwrócę uwagę na kilka kwestii, o których była mowa w jej artykule. Należą do nich: (a) pojawienie się w nazewnictwie zaburzeń odżywiania nowych pojęć; (b) potrzeba oddzielenia dzieci i młodziej młodzieży od dorosłych i starszej młodzieży w placówkach leczniczych; (c) rola wcześniejszej traumy i jej związek z współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi; (d) ogromne znaczenie podejścia terapeutycznego opartego na rodzinie (metody Maudsley) w leczeniu dzieci i młodzieży, oraz (e) rola uzupełniających metod leczenia.

Okolo połowa pacjentów leczonych w klinikach zaburzeń odżywiania nie spełnia wszystkich kryteriów diagnostycznych albo jadłowstrętu psychicznego, albo żarłoczności psychicznej, albo zespołu napadowego objadania się, najlepiej pasując do kategorii „zaburzenie odżywiania nie określone inaczej” według DSM-IV. Istnieje już nieco prac, których celem jest bardziej precyzyjne zdefiniowanie tej dużej podgrupy. Jednym z obiegowych mitów jest pogląd, że pacjenci z zaburzeniem odżywiania nie określonym inaczej nie są tak ciężko chorzy jak pacjenci z pełnymi zespołami, lecz nie musi to być prawdą. Zastanówmy się nad kimś, kto wymiotuje kilka razy dziennie, lecz nie ma napadów objadania się, w odróżnieniu od osoby, która napadowo objada się i przeczyszcza² dwa razy na tydzień. Ukuto termin „zespół przeczyszczania” (*purging disorder*) na określenie osób, które przeczyszczają organizm bez napadowego objadania się – stwierdzono, że są one równie zaburzone jak pacjenci z żarłocznością psychiczną (bulimią), oraz że mają podobną do pacjentów z bulimią [1,2] chorobowość, współistniejące zaburzenia psychicz-

ne i przebieg choroby. Brewerton i in. stwierdzili, że rozpowszechnienie dowolnej formy przeczyszczania organizmu w ciągu całego życia, w dużej, reprezentatywnej próbie kobiet w Stanach Zjednoczonych wynosiło 12,6% [3]. Ta grupa miała istotnie wyższe wskaźniki występowania w ciągu całego życia dużej depresji, nadużywania substancji psychoaktywnych, zespołu stresu pourazowego (PTSD) oraz doświadczeń wiktymizacyjnych, a także wyższy wskaźnik masy ciała (BMI) oraz liczby współwystępujących zaburzeń psychicznych.

Jednym z zagadnień, którym Halmi się nie zajmuje, jest problem prowadzenia leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania w różnym wieku. Większość specjalistów w tej dziedzinie zaleca formy leczenia dostosowane do wieku i uważa, że optymalnym rozwiązaniem jest oddzielenie dzieci i młodziej młodzieży od dorosłych i młodzieży starszej podczas leczenia w stacjonarnym oddziale szpitalnym, w ośrodku stałego pobytu (*residential facility*), oraz w warunkach częściowej hospitalizacji i oddziału dziennego [4]. Ważne, aby chronić dzieci i młodzież przed wpływem starszych pacjentów, którzy niechętnie mogą „nauczyć” je nowych nieprzystosowanych zachowań i często mają bardzo poważne, „dorosłe” problemy do przepracowania, m.in. traumatyczne wydarzenia życiowe.

Obecnie dobrze wiadomo, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania o symptomatologii bulimicznej mają istotnie wyższe wskaźniki doświadczeń wiktymizacyjnych, a w konsekwencji także pełnego lub częściowego zespołu stresu pourazowego (PTSD), który z kolei jest czynnikiem pośredniczącym dla wyższych wskaźników współistniejących chorób [5-7]. Tacy pacjenci mogą stanowić duże wyzwanie i są nadreprezentowani na całodobowych oddziałach szpitalnych. Ze względu na to placówki systemu

² Tzn. prowokuje wymioty i/lub nadużywa środków przeczyszczających i odwadniających (przyp. tłum.)

kompleksowego leczenia zaburzeń odżywiania muszą być dobrze przygotowane do diagnozowania i leczenia osób po ciężkich urazach, a także z wszelkimi zaburzeniami związanymi z traumą (5).

Halmi zauważa, że „najbardziej solidne dowody naukowe wskazujące na skuteczność leczenia anoreksji dotyczą terapii rodzinnej dorastających”. Ten bardzo ważny wynik wymaga obszerniejszego omówienia. Pierwsze liczące się badanie skuteczności terapii rodzinnej w jadłowstręcie psychicznym wykazało przydatność tej formy leczenia u pacjentów, którzy odzyskali utraconą wagę ciała, co stwierdzono przy wypisie ze szpitala Maudsley [8]. Po roku leczenia pacjentów, których choroba nie była przewlekła i zaczęła się przed 19. rokiem życia, terapia rodzinna okazała się bardziej skuteczna niż terapia indywidualna. Ponadto, bardziej prowizorycznym wynikiem było stwierdzenie, że indywidualna terapia podtrzymująca ma większą wartość u starszych pacjentów z bardziej przewlekłym zaburzeniem. Wyniki te potwierdzono po 5 latach w badaniu katamnestycznym [9]. Od tego czasu w innych badaniach stosowano z dobrym skutkiem oparty na rodzinie model terapii Maudsley u dzieci i młodzieży z niedostateczną wagą spowodowaną jadłowstrętem psychicznym [10].

W niektórych kompleksowych programach włączono specyficzne, uzupełniające formy leczenia, m.in. ukierunkowane na duchowość, takie, jak terapia masażem, joga, medytacja i grupy 12 Kroków. W jednym z badań masaż leczniczy istotnie zmniejszył wskaźniki niezadowoloności z własnego ciała oraz poziom kortyzolu w osoczu u pacjentów z anoreksją [11]. Osoby z bulimią, które otrzymywały masaż, opisywały u siebie mniejsze nasilenie depresji i lęku, a także miały istotnie lepsze wyniki w kilku podskalach *Eating Disorders Inventory* (inwentarza zaburzeń odżywiania) [12]. Inne uzupełniające formy leczenia, jak np. joga, mogą być skuteczną metodą zwiększania samoświadomości, osobistej refleksji, oraz zadowolenia z ciała, a także zmniejszania lęku [13, 14]. Zasady medytacji ukierunkowanej na uważność stanowią integralną część dialektycznej terapii behawioralnej, czyli empirycznie zweryfikowanej metody leczenia bulimii, zespołu napadowego objadania się, oraz zaburzeń osobowości typu borderline [15-17]. W niektórych modelach uwzględniono takie programy 12 Kroków jak grupy Anonimowych Żarłoków – jak wykazano, pomagają one pacjentom z zaburzeniami odżywiania [18]. Coraz więcej dowodów naukowych wskazuje, że duchowość jest ważnym, lecz niedocenianym czynnikiem w długofalowym procesie powracania do pełnego zdrowia u osób z zaburzeniami odżywiania [19-23], i że w kompleksowych programach leczenia dobrze byłoby te wyniki badań honorować.

PIŚMIENNICTWO

1. Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2005; 38:191-9.

2. Keel PK, Wolfe BE, Liddle RA et al. Clinical features and physiological response to a test meal in purging disorder and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:1058-66.
3. Brewerton TD, Dansky BS, O'Neil PM et al. Relationship between "purging disorder" and crime victimization in the National Women's Study. Presented at the 2004 International Conference on Eating Disorders, Orlando, April 2004.
4. Gowers S, Green L. Models of service delivery. In: Jaffa T, McDermott B (eds). *Eating disorders in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006: 248-59.
5. Brewerton TD. Eating disorders, victimization and PTSD: principles of treatment. In: Brewerton TD (ed). *Clinical handbook of eating disorders: an integrated approach*. New York: Dekker, 2004: 509-45.
6. Brewerton TD. Psychological trauma and eating disorders. *Rev Eat Disord* 2005; 1:137-54.
7. Brewerton TD. Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord* 2007; 15:285-304.
8. Russell GF, Szmukler GI, Dare C et al. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:1047-56.
9. Eisler I, Dare C, Russell GF et al. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:1025-30.
10. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:666-72.
11. Hart S, Field T, Hernandez-Reif M et al. Anorexia nervosa symptoms are reduced by massage therapy. *Eat Disord* 2001; 9:289-99.
12. Field T, Schanberg S, Kuhn C et al. Bulimic adolescents benefit from massage therapy. *Adolescence* 1998; 33:554-63.
13. Douglass L. Yoga as an intervention in the treatment of eating disorders: does it help? *Eat Disord* 2009; 17:126-39.
14. Javnbakht M, Hejazi Kenari R, Ghasemi M. Effects of yoga on depression and anxiety of women. *Complement Ther Clin Pract* 2009; 15:102-4.
15. Palmer RL, Birchall H, Damani S et al. A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder – description and outcome. *Int J Eat Disord* 2003; 33:281-6.
16. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001; 158:632-4.
17. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 1061-5.
18. Wasson DH, Jackson M. An analysis of the role of Overeaters Anonymous in women's recovery from bulimia nervosa. *Eat Disord* 2004; 12:337-66.
19. Berrett ME, Hardman RK, O'Grady KA et al. The role of spirituality in the treatment of trauma and eating disorders: recommendations for clinical practice. *Eat Disord* 2007; 15:373-89.
20. Espindola CR, Blay SL. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: a metasynthesis of qualitative studies. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21:38-48.
21. Marsden P, Karagianni E, Morgan JF. Spirituality and clinical care in eating disorders: a qualitative study. *Int J Eat Disord* 2007; 40:7-12.
22. Matussek JA, Knudson RM. Rethinking recovery from eating disorders: spiritual and political dimensions. *Qual Health Res* 2009; 19:697-707.
23. Richards PS, Berrett ME, Hardman RK et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2006; 14:401-15.

Środowisko terapeutyczne w zaburzeniach odżywiania się

The eating disorders milieu

MOIRA GOLAN

Shahaf Community Services for Eating Disorders, Tel-Hai Academic College,
Upper Galilee and Hebrew University of Jerusalem, Izrael

K. Halmi przedstawia obszerny i stymulujący przegląd istotnych elementów systemu leczenia zaburzeń odżywiania. Oprócz tych elementów, zgodnie z wiedzą o wpływie silnych reakcji przeciwprzeniesienia wywołanych podczas leczenia zaburzeń odżywiania na wyniki leczenia, niezwykle ważną częścią takiego systemu jest superwizja.

Na przykład, w grupie 225 kanadyjskich lekarzy- stażystów specjalizujących się w psychiatrii, 28% respondentów stwierdziło, że spotkali się z negatywnymi postawami wobec pacjentów z zaburzeniami odżywiania się ze strony kolegów stażystów, personelu pielęgniarskiego, lekarzy lub innych profesjonalistów z dziedziny opieki zdrowotnej [1]. W próbie 90 terapeutów, 31% wskazało, że nie chce leczyć pacjentów z zaburzeniami odżywiania [2]. Te reakcje biorą się z wielu źródeł, między innymi z historii życia i osobistych cech terapeutów i pacjentów, oraz z uruchomienia takich procesów, intrapsychicznych i interpersonalnych, jak: identyfikacja, odrzucenie, rywalizacja, testowanie identyfikacja projekcyjna, rozszczepienie lub procesy równoległe [3]

Praca z klientami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania wywołuje wszystkie skutki często wiązane z wypaleniem osób prowadzących leczenie, między innymi utratę napędu i motywacji, oraz wyczerpanie psychiczne, fizyczne i emocjonalne. Co więcej, zajmujący się opieką zdrowotną profesjonaliści pracujący z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia odżywiania opisywali zmiany swoich nawyków żywieniowych, obrazu ciała i wyglądu, a także podwyższoną świadomość pokarmów i zdrowia fizycznego [4,5].

Wszyscy terapeuci zmagają się niekiedy z reakcjami emocjonalnymi, które mogą być albo twórcze, albo destrukcyjne dla nich samych i dla ich klientów. A zatem zasadnicze znaczenie ma forum wrażliwej superwizji, gdzie terapeuci otrzymują od „wystarczająco dobrych rodziców” wsparcie gojące ich „rany”, zaś superwizorzy posiadają szeroki wachlarz umiejętności i cech osobistych, dzięki którym ośmielają się wkraczać w drażliwe obszary z osobami, których superwizję prowadzą [6].

Co więcej, niezwykle ważna rola środowiska terapeutycznego polega na tym, że działa ono jako otoczenie dodające członkom zespołu odwagi, by wykorzystali swoje emocje związane z przeciwprzeniesieniem jako drogę prowadzącą w głąb, do odkrycia podłoża ich własnych emocji. Środowisko terapeutyczne powinno dostarczać silnie wzmacniających okazji do nowych wzorów myślenia, odczuwania i działania, a także wyrażania i badania starych wzorów i motywów [4]. Interwencja w obrębie tego środowiska musi przerwać błędne koło złych transformacji, w których spostrzegana potrzeba czułości wobec pacjenta

automatycznie wywołuje przewidywanie lęku lub bólu ze strony terapeuty. Poprzez odpowiednią interpretację postaw i zachowań oraz leżących u ich podstaw przeniesień i przeciwprzeniesień, członkowie środowiska terapeutycznego mogą stworzyć otoczenie, które hamuje zjawiska negatywne i oferuje zdrowsze możliwości wyrażania intensywnych, lecz uzasadnionych stanów emocjonalnych [7].

K. Halmi powiada, że „psychiatra powinien być kapitanem tego wielodyscyplinarnego zespołu”. Jeśli chodzi o leczenie ambulatoryjne, można argumentować, że chociaż „zaburzenia odżywiania wymagają leczenia różnorodnych stanów chorobowych”, to jednak prowadzenie takich przypadków jest dziedziną, w której najlepsze kwalifikacje na stanowisko kapitana mają osoby z najbardziej odpowiednimi umiejętnościami koordynacji.

Prowadzenie placówki leczniczej dla osób z zaburzeniami odżywiania wymaga radzenia sobie z narastającymi żądaniami i przeciążeniem emocjonalnym pacjentów, ich rodzin, oraz członków zespołu. Oprócz umiejętności klinicznych kapitan powinien zatem mieć doskonale umiejętności interpersonalne i funkcjonowania w relacjach z innymi, zdolność negocjowania i omawiania z odpowiedzianymi klinicystami planów koordynacji terapii zdolność do kontaktowania się i współdziałania z urzędami i władzami społeczności lokalnej, a także korzystania z superwizji, ocen i opinii kolegów, oraz procedur odreagowania psychologicznego zarówno w kwestiach klinicznych, jak i w sprawach pracowników.

Umiejętności te człowiek przyswaja sobie głównie poprzez intuicję i doświadczenie, nie zaś drogą specjalnego szkolenia zawodowego. Tym niemniej psychiatra odgrywa kluczową rolę w zakresie diagnozy psychiatrycznej i farmakoterapii, oraz służy terapeutom i pacjentom jako konsultant.

W obecnym stanie rzeczy, wiele placówek leczniczych dla osób z zaburzeniami odżywiania prowadzą profesjonaliści, którzy nie są psychiatrami. W Izraelu trzy spośród pięciu środowiskowych ośrodków leczenia zaburzeń odżywiania prowadzą pracownicy socjalni lub inni pracownicy opieki zdrowotnej, a ich placówki cieszą się powszechnym uznaniem i znakomicie funkcjonują.

Cawley [8] omawiając szkolenie psychiatrów w XXI wieku powiada: „Kto powinien przewodzić, a kto podążać za przywódcą? W tego rodzaju kontekście nikt nie może wygrać. Kwestie obowiązków i odpowiedzialności są skomplikowane, lecz niewątpliwie dadzą się rozwiązać, jeśli członkowie zespołu widzą jego wspólny cel i siłę oraz zdają sobie sprawę, jak marne staną się ich wysiłki, jeśli się nie zintegrują.”

Omawianie problemu psychoterapii osób z zaburzeniami odżywiania przekracza zakres tego artykułu. Tym niemniej uważam, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza ci, którzy mają trudności z samoregulacją i komunikacją werbalną, mogą odnieść większe korzyści przy stosowaniu narzędzi projekcyjnych. Nasi pacjenci często mają ograniczoną zdolność korzystania z psychoterapii werbalnej ze względu na deficyt w zakresie funkcji refleksyjnej, objawy o charakterze *acting-out*, a także dlatego, że mogą wpaść w pułapkę konkretności symboliki ciała [9].

Co więcej, wielu pacjentów posługuje się racjonalizacją, a niektórzy bardzo dużo mówią, odwracając uwagę od rzeczywistego konfliktu. Arteterapia, biofeedback i inne niewerbalne metody terapii, głównie w początkowych etapach leczenia mogą skuteczniej niż zwykła terapia poznawczo-behawioralna rozładować napięcie i internalizować samoregulację. Konkludując, dla uniknięcia „drzwi obrotowych” w ambulatoryjnym leczeniu zaburzeń odżywiania melodia może być ważniejsza niż słowa. Najcenniejszym elementem programu jest to, jak klinicyści reagują i jak podchodzą do tej choroby i klientów (pacjentów i ich rodzin). Cała sztuka polega na tym, by zaburzenie odżywiania trzymać na krótkiej wodzy i ćwiczyć (*nurture*) pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Williams M, Leichner P. More training needed in eating disorders: a time cohort comparison study of Canadian psychiatry residents. *Eat Disord* 2006; 14:323-34.
2. Burket RC, Schramm LL. Therapists' attitudes about treating patients with eating disorders. *South Med J* 1995; 88:813-8.
3. Golan M, Yeruslavski A, Stein D. Managing eating disorders – Countertransference and other dynamic processes in the therapeutic milieu. *Int J Child Adolesc Health* (in press).
4. Shisslak CM, Gray N, Crago M. Health care professionals' reactions to working with eating disorders patients. *Int J Eat Disord* 1989; 8:689-94.
5. Warren SC, Crowley ME, Olivardia R et al. Treating patients with eating disorders: an examination of treatment providers' experiences. *Eat Disord* 2009; 17:27-45.
6. Hawkins P, Shohet R. Supervision in the helping professions. Buckingham: Open University Press, 2000.
7. Wheeler S. What shall we do with the wounded healer? The supervisor's dilemma. *Psychodynamic Practice* 2007; 13: 245-56.
8. Cawley RH. Educating the psychiatrist of the 21st century. *Br J Psychiatry* 1990; 157:174-81.
9. Skarderud F. Eating one's words, Part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev* 2007; 15:163-74.

Terapeutyczne podejście do zaburzeń odżywiania: podłoże biologiczne

Therapeutic approach to eating disorders: the biological background

PALMIERO MONTELEONE, FRANCESCA BRAMBILLA

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Neapol, Włochy

Panuje wielka niepewność w kwestii odpowiedzi zaburzeń odżywiania na leczenie. Częściowo wynika to z faktu, że nie tylko etiologia i podłoże patogenetyczne tych zaburzeń, ale także ich klasyfikacja, rozpowszechnienie, przebieg, współistniejące choroby i rokowanie są ciągle oceniane i definiowane od nowa. Zaburzenia odżywiania są wyrazem patologii zarówno psychicznej, jak i fizycznej. Każdy z tych komponentów od czasu do czasu bierze górę, a ich dominacja zmienia się także w zależności od badania, skłaniając do różnych diagnoz i uzasadniając różne metody leczenia.

W dzisiejszych czasach komponent psychiczny uważany jest za podstawę zaburzeń odżywiania, natomiast komponent fizyczny uważa się tylko za konsekwencję nieprawidłowych zachowań związanych z odżywianiem się. Jest to jednak do pewnego stopnia wątpliwe, ponieważ niektóre fizyczne odchylenia od normy mają udział w powstawaniu pewnych aspektów psychopatologii, przyczyniając się do ich utrzymywania się, rokowania i odpowiedzi na leczenie.

Czynniki genetyczne, biologiczne, temperamentalne i rodzinno-społeczne uważano z kolei za pierwotne przy-

czyny powstawania zaburzeń odżywiania, lecz prawdopodobnie mają one takie działanie tylko wtedy, gdy występują wszystkie razem jako przyczyny współistniejące [1-4]. Nasuwa to intrygujące pytania dotyczące leczenia zaburzeń odżywiania: z którymi czynnikami etiopatogenetycznymi musimy się zmierzyć w leczeniu? Którymi powinniśmy się zająć najpierw? Czy może powinniśmy walczyć z wszystkimi naraz? Niestety, w tej chwili nie mamy rozstrzygającej odpowiedzi na te pytania.

K. Halmi opisuje coś, co można dzisiaj uznać za optymalne podejście do leczenia zaburzeń odżywiania. Dlaczego wyniki tego podejścia nie są przewidywalne i nie zawsze bywają zadowalające? Jednym z powodów może być to, że nie wiemy dokładnie, jakie odchylenie od normy istnieją w mózgu pacjentów z zaburzeniami odżywiania podczas objawowych stadiów tej choroby, po wyzdrowieniu, oraz wtedy, gdy zaburzenie staje się przewlekłe. Opisano zmiany neuroprzekazników w ośrodkowym układzie nerwowym w małych grupach pacjentów, polegające na obniżeniu poziomu serotoniny, noradrenaliny, oraz mózgowego czynnika neurotroficznego,

a także podwyższeniu poziomu neuropeptydu Y i wzroście wydzielania endokannabinolu u pacjentów z anoreksją, a w niektórych przypadkach – z bulimią [5-7]. Jeśli chodzi o dopaminę dane są rozbieżne, wskazują albo na obniżenie wydzielania, albo nadmierne wydzielanie tej aminy w anoreksji, oraz na obniżony lub normalny poziom jej wydzielania w bulimii [8,9]. Wszystkie te zmiany odzwierciedlają jednak średnie wartości w badanych grupach. Nie wiemy, czy zmiany te występują u każdego pacjenta, czy też tylko u niektórych, odpowiadając za rokowanie zaburzeń odżywiania lub za niektóre aspekty psychopatologii charakteryzujące podgrupy pacjentów. Nie mamy obecnie wystarczających danych, aby rozstrzygnąć tę kwestię, lecz możliwa zmienność biochemiczna wyrażająca się różnicami między poszczególnymi pacjentami lub zmianami w czasie przebiegu choroby, może być jedną przyczyną stosunkowo niespójnych i nieprzewidywalnych odpowiedzi na leczenie [10].

Ponadto, niektóre zmiany neuroprzebieżników utrzymują się jeszcze długo po ustąpieniu zaburzeń odżywiania i być może odpowiadają za nawroty i przewlekły charakter choroby. Wzrost liczby receptorów 5-HT_{2A} w anoreksji i bulimii oraz spadek liczby receptorów 5-HT_{1A}, a także zwiększone wiązanie receptorów D₂/D₃ w anoreksji obserwowano w określonych okolicach mózgu w rok po wyzdrowieniu; wysunięto przypuszczenie, że hiperaktywność związana z poziomem serotoniny i/lub dopaminy w o.u.n. może reprezentować biologiczną cechę podatności na zaburzenia odżywiania, wymagającą korekcji po to, by zapobiec pogarszaniu się stanu pacjenta i/lub nawrotom choroby [11-13]. Nie przeprowadzono dotychczas żadnych konkretnych badań psychofarmakologicznych, aby zweryfikować tę hipotezę.

Jak pisze Halmi w niedawno opublikowanym artykule wstępnym [14]: „mało prawdopodobne, aby metoda leczenia jadłowstrętu psychicznego (a sądzimy, że także innych zaburzeń odżywiania) o przewidywalnej skuteczności była osiągalna, dopóki nie odszyfrujemy wzmacniającego mechanizmu neurobiologicznego, podtrzymującego te zaburzenia”.

PIŚMIENNICTWO

- Gillberg C, Rastman M. The etiology of anorexia nervosa. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (eds). *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: Wiley, 1998: 127-41.
- Palmer RL. The aetiology of bulimia nervosa. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA (eds). *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: Wiley, 1998: 143-59.
- Keel PK, Klump KL, Miller KB et al. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 99-105.
- Bulik C, Sullivan P, Tozzi F et al. Prevalence, heritability and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:305-12.
- Brambilla F, Cavagnini F, Invitti C et al. Alpha-2-adrenoceptor sensitivity in anorexia nervosa: GH responses to clonidine or GHRH stimulation. *Biol Psychiatry* 1989; 25: 256-64.
- Kaye WH, Frank GK, Meltzer GC et al. Altered serotonin 2A receptor activity in women who have recovered from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001;158:1152-5.
- Monteleone P, Castaldo E, Maj M. Neuroendocrine dysregulation of food intake in eating disorders. *Regulat Peptides* 2008;149:39-50.
- Kaye WH, Frank GK, McConaha C. Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21:503-6.
- Brambilla F, Bellodi L, Arancio C et al. Central dopaminergic function in anorexia nervosa – a psychoneuroendocrine approach. *Psychoneuroendocrinology* 2001; 26:393-410.
- Bulik CM, Brownley KA, Shapiro JR. Diagnosis and management of binge eating disorder. *World Psychiatry* 2007; 6: 142-8.
- Frank GK, Bailer UF, Henry SE et al. Increased dopamine D₂/D₃ receptor binding after recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2005; 58:908-12.
- Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Altered brain serotonin 5HT_{1A} receptor binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [Carbonyl 11C] WAY-100635. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1032-41.
- Bailer UF, Frank GK, Henry SE et al. Exaggerated 5HT_{1A} but normal 5HT_{2A} receptor activity in individuals ill with anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 2007; 61:1090-9.
- Halmi KA. The perplexities of conducting randomized, double-blind, placebo-controlled treatment trials in anorexia nervosa patients. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1227-8.

Uważność (mindfulness) w leczeniu zaburzeń odżywiania

Mindfulness in the management of eating disorders

TOSHIHIKO NAGATA

Department of Neuropsychiatry, Osaka City University Graduate School of Medicine,
1-4-3 Asahimachi, Abunoku, Osaka 545-8585, Japonia

K. Halmi przedstawia znakomite podsumowanie najnowszych postępów w leczeniu zaburzeń odżywiania. Nie ma wątpliwości co do przydatności ustrukturyzowanych oddziaływań dla osób z jadłowstrętem psychicznym (anoreksją) oraz terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w przypadkach żarłoczności psychicznej (bulimii).

Strukturyzowane oddziały kliniczne wymagają wielodyscyplinarnego (wielowymiarowego) zespołu, w skład którego wchodzi pielęgniarki, dietetycy, psychologowie, a także pracownicy socjalni i terapeuci rodzinni. Tak doświadczony personel można jednak zorganizować tylko w środowisku, w którym nasza specjalizacja ma wyso-

ką pozycję. Nawet w szpitalach uniwersyteckich często zdarza się, że personel pielęgniarski przenoszony jest okresowo na inne oddziały, a zatem zatrzymanie dobrze wyszkolonych pielęgniarek może być trudne. Co więcej, większość placówek psychiatrycznych ma charakter ogólny, a uruchomienie specjalistycznego oddziału czy pododdziału może być niełatwe. Z drugiej strony, intensywnego programu ambulatoryjnego czy leczenia w ośrodku stałego pobytu (*residential care*) nie można zastąpić oddziałem strukturyzowanym: wszystkie te formy powinny być częścią kompleksowego systemu lecznictwa.

Dla pacjentów, którzy przejawiają zachowania typu napadowego objadania się/przeczyszczania i utrzymują przy tym wagę ciała w granicach normy, terapia poznawczo-behawioralna (CBT) stała się metodą standardową. Wiele osób jednak nie reaguje na tę formę leczenia, lub przedwcześnie przerywa leczenie. Większość pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami odżywiania doświadczyła już nieudanej CBT w ciągu swojej długiej historii choroby i nie poprawia się po krótkotrwałych rozmowach motywacyjnych. Terapia transdiagnostyczna i wspomaganą CBT okazały się obiecujące [1], lecz trzeba udokumentować, że są one bardziej skuteczne niż rutynowa CBT w zwykłych warunkach klinicznych.

Zaburzenia odżywiania powstają jako sposób ucieczki przed trudnościami, jakie mogą mieć pacjenci. W obliczu tych zagrażających życiu zaburzeń musimy być uważni [2,3], uczciwi, oraz świadomi swoich ograniczeń. Celem leczenia w oddziałach strukturyzowanych i wspomaganą CBT jest szybka zmiana zachowania lub schematów myślowych, lecz pacjenci chroniczni są zwykle niezmiernie mało elastyczni i zmiany następują powoli. W psychologicznym „dżudo” podczas rozmów motywacyjnych kładzie się na-

cisk raczej na wykorzystanie „momentu bezwładności” pacjentów w celu uzyskania zmian, niż na bezpośrednią konfrontację z ich nieustannym dążeniem do szczupłości.

W Azji relacje między matką a córką są bliższe niż w krajach zachodnich. Chociaż podobny odsetek pacjentów z zaburzeniami odżywiania to osoby impulsywne [4], większość pacjentów ma wsparcie rodziny. Wsparcie rodziny jest mieczem obosiecznym (ze względu na ryzyko nadmiernego zaangażowania oraz poddawania manipulacji), lecz istnieje możliwość, że rodzina rzeczywiście pomoże.

Leczenie zaburzeń odżywiania jest zawsze wyzwaniem. Surowe podejście jednak usztywni pacjentów.

My, psychiatrzy mający do czynienia z pacjentami cierpiącymi na zaburzenie odżywiania, nie powinniśmy z nimi postępować agresywnie, lecz raczej okazywać zrozumienie dla bolesnych przeżyć pacjenta oraz nadzieję na jego powrót do zdrowia. Ważne, aby opracować system na małą skalę, który będzie w stanie poprowadzić zaledwie jeden psychiatrę, chociaż może to być z różnych względów trudne

PIŚMIENNICTWO

1. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009; 166:311-9.
2. Linehan MM, Hayes SC, Follette VM. *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford, 2004.
3. Nhat Hanh T. *Zen Keys. A guide to Zen practice*. Paris: Seghers, 1973.
4. Nagata T, Kawarada Y, Kiriike N et al. Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Res* 2000; 94: 239-50.

Postępowanie w zaburzeniach odżywiania: leczenie optymalne a minimalne

Management of eating disorders: optimal vs. minimum treatment

MANFRED M. FICHTER

Roseneck Hospital for Behavioral Medicine affiliated by University of Munich, D-83209 Prien, Niemcy

Jak zauważa K. Halmi, jadłowstręt psychiczny jest tym zaburzeniem psychicznym młodych ludzi, które ma najwyższy wskaźnik śmiertelności. Wprawdzie wskaźniki śmiertelności, jakie Harris i Barrowclough wskazali dla jadłowstrętu psychicznego w roku 1997 [1] są nadal prawdziwe, jednak dane, które przedstawili dla żarłoczności psychicznej oraz zespołu napadowego objadania się oparte były na zbyt małej liczbie przypadków. Według późniejszych danych dotyczących większych serii przypadków, procentowy wskaźnik śmiertelności w grupie leczonych przypadków bulimii wynosi 2,04%, dla zespołu napadowego objadania się 2,94%, natomiast wskaźnik śmiertelności dla anoreksji wynosi 7,7% w okresie 12 lat (2-4). Czynniki przyczyniające się

do tych wysokich wskaźników umieralności, zwłaszcza jadłowstręcie psychicznym, to zaprzeczanie chorobie, ukrywanie objawów oraz opór przed leczeniem. Nadal stanowią one wyzwanie dla skutecznego zaplanowania i wdrożenia kompleksowego systemu leczenia zaburzeń odżywiania.

K. Halmi słusznie podkreśla niedostatek kontrolowanych badań skuteczności leczenia opartych na dowodach randomizowanych, na podstawie których moglibyśmy rekomendować określone, istotne komponenty kompleksowego systemu leczenia zaburzeń odżywiania. Popierano podejście polegające na opiece kroczącej, które oznaczałoby, że każdy pacjent otrzymuje *minimum* potrzebnego mu leczenia. Z punktu widzenia najbliższej rodziny czy

przyjaciół należałoby jednak opowiedzieć się za *optymalnymi* warunkami leczenia. Wybierając opiekę kroczącą zapomniano czasem, że im bardziej intensywne leczenie zastosuje się na początku, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że przebieg choroby będzie przewlekły. Badania katamnesticzne przeprowadzone przez psychiatrów dzieci i młodzieży, którzy leczyli pacjentów z anoreksją w młodszym wieku wykazują, że rokowanie jest znacznie lepsze w przypadkach osób leczonych wcześniej i intensywnie niż u osób leczonych przez psychiatrów w placówkach dla dorosłych z zaburzeniami odżywiania [5]. Psychiatrzy w placówkach dla dorosłych często leczą przypadki, w których zaburzenia stały się chroniczne, ponieważ osoby te nie otrzymały właściwego leczenia na czas lub odmówiły takiego leczenia.

Różne kraje świata znacznie się różnią pod względem świadczeń medycznych i psychoterapeutycznych dla osób z zaburzeniami odżywiania. W niektórych krajach bardzo ogranicza się leczenie stacjonarne w warunkach szpitalnych. W wielu krajach duża część populacji nie ma (dostatecznego) ubezpieczenia zdrowotnego. Często ilość pieniędzy wydawanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe lub z budżetu państwa na opiekę zdrowotną dla osób z zaburzeniami odżywiania jest niedostateczna, zwłaszcza w porównaniu z takimi chorobami, na rzecz których poparcie jest bardziej aktywne, jak cukrzyca, rak czy nadciśnienie. W wielu krajach zaburzenia odżywiania uważa się za drugoplanowe, nie mieszczące się w głównym nurcie psychiatrii.

Jednak w ciągu ubiegłych kilkudziesięciu lat w krajach uprzemysłowionych liczba i jakość świadczeń zdrowotnych dla osób z zaburzeniami odżywiania poprawiła się, zaś rolę i znaczenie tych zaburzeń oraz ich leczenia w coraz większym stopniu doceniają laicy i profesjonaliści.

Powstało specjalistyczne kompleksowe leczenie dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania, zwykle oferujące metody leczenia ukierunkowane na samo zaburzenie odżywiania (lęki związane z dojrzewaniem, zniekształcenia obrazu ciała, lęk dotyczący jedzenia i przybrania na wadze), poradnictwo żywieniowe, trening umiejętności społecznych. Często oferowane są również specjalistyczne metody leczenia ukierunkowane na zaburzenia współistniejące takie, jak zaburzenia osobowości typu *borderline* (dialektyczna terapia behawioralna), depresja, lęk społeczny i fobie. Często dobrze rozwinięta jest sieć kontaktów i współdziałanie z lekarzami pierwszego kontaktu oraz grupami samopomocy. Dokonuje się obecnie oceny możliwości korzystania ze specjalistycznych programów komputerowych w ramach kompleksowego systemu leczenia zaburzeń odżywiania.

PIŚMIENNICTWO

1. Harris E, Barrowclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
2. Fichter MM, Quadflieg N. Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychol Med* 2004; 34: 1395-406.
3. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 577-86.
4. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 87-100.
5. Herpertz-Dahlmann B, Mueller B, Herpertz S et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 603-12.