

Współczesne oddziaływania psychoterapeutyczne wobec pacjentów z jadłowstrętem psychicznym — przegląd badań

Contemporary psychotherapeutic interventions in patients with anorexia nervosa — a review

Małgorzata Starzomska¹, Ewelina Wilkos², Katarzyna Kucharska²

¹ Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej,
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

² Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Nerwic,
Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Warszawa

Summary

Due to its ego-syntonic nature, anorexia nervosa (AN) is considered one of the most difficult mental disorders to treat. Patients are often reluctant to accept treatment, while a large group of those who receive therapy have a poor prognosis. Unfortunately, despite suffering from physical and psychosocial impairment, patients with AN are often reluctant to receive any intervention whatsoever. Recent years have seen the development of many new treatment methods for eating disorders in general, and AN in particular. Therapy of anorexia nervosa requires a multidisciplinary approach based on the “cornerstone” of psychotherapy. Despite the growing body of studies and publications concerning psychological treatment of AN, there is still a dearth of high-quality randomized controlled trials which could serve as the basis for developing guidelines in this area. This paper offers a compendium of knowledge on treatment standards recommended for AN, as well as on psychotherapeutic paradigms and programs. Most of the therapies presented herein have been empirically proven effective. Therefore, the paper may facilitate the selection of the most appropriate treatment choices, whether in outpatient or inpatient settings.

Słowa kluczowe: jadłowstręt psychiczny, psychoterapia, kontrolowane badanie z randomizacją

Key words: anorexia nervosa, psychotherapy, randomized controlled trial

Wprowadzenie

Jadłowstręt psychiczny (JP) jest uważany za jedno z najtrudniejszych do leczenia zaburzeń psychicznych. Pacjenci często niechętnie akceptują leczenie, a wśród tych, którzy je rozpoczynają, duża grupa ma złe rokowania. Według National Institute for

Health and Clinical Excellence (NICE) [1] nie istnieje terapia pierwszego wyboru dla dorosłych cierpiących na tę chorobę [por. 2]. Steinhausen [3] uważa, że wyniki leczenia JP nie uległy poprawie w ciągu 50 ostatnich lat. Autor ten na podstawie badań wysunął wniosek, że w przypadku zaledwie 1/3 pacjentów z JP można mówić o trwałej poprawie, a 1/5 można zaliczyć do osób chronicznie chorych. Przyczyny niewielkiej skuteczności obecnych interwencji w przypadku JP są wielorakie, a wśród nich wymienia się: wysoki odsetek przedwczesnego przerwania terapii (tzw. *drop out*) [np. 4], egosyntoniczną naturę JP [np. 5], niezdolność lub niechęć pacjentów do konfrontacji z osobistymi, emocjonalnymi tematami poruszonymi podczas terapii [np. 6] oraz negatywny wpływ niskiej wagi ciała i wyniszczenia na przetwarzanie poznawcze [np. 7]. W przebiegu leczenia JP rehabilitacji żywieniowej oraz farmakoterapii powinna towarzyszyć psychoterapia [8].

Pomimo tych doniesień w ciągu ostatnich lat obserwujemy rozwój wielu nowych podejść do psychoterapii zaburzeń odżywiania, w tym JP. Niniejszy artykuł prezentuje najnowsze z nich, uzupełnione wynikami RCTs na temat ich efektywności.

Terapia poznawczo-behawioralna

Zasady terapii poznawczo-behawioralnej dla pacjentów z JP po raz pierwszy opisali Pike, Loeb i Vitousek [9] w oparciu o teorię Becka [10]. Lepsze poznanie mechanizmów biorących udział w utrzymywaniu psychopatologii zaburzeń odżywiania doprowadziło do powstania specjalistycznego programu wzmocnionej terapii poznawczo-behawioralnej (*Enhanced Cognitive Behavioral Therapy* — CBT-E) [11], przeznaczonego do leczenia wszystkich form zaburzeń odżywiania. CBT-E dla pacjentów z niedowagą ma trzy główne etapy. Celem pierwszego jest pomóc pacjentowi zobaczyć potrzebę odzyskania wagi i podjąć decyzję o jej rehabilitacji. Celem etapu drugiego jest odzyskanie wagi do zdrowego poziomu, z jednoczesnym uwzględnieniem psychopatologii zaburzenia odżywiania, w tym czynników ją podtrzymujących. Celem trzeciego etapu CBT-E jest pomoc pacjentom w utrzymaniu ich nowej, zdrowej wagi. U pacjentów z niedowagą zaleca się stosowanie 40 sesji CBT-E przez ponad 40 tygodni [12].

Warto wspomnieć o obiecujących wynikach badań nad skutecznością CBT-E. W jednym z badań kohortowych [13] oceniano wpływ 40 sesji CBT-E u 99 dorosłych z JP. Dwie trzecie pacjentów ukończyło leczenie, a średni przyrost masy ciała wyniósł 7,5 kg (wzrost BMI o 2,77). Znaczącej poprawie uległy również psychopatologia zaburzeń odżywiania i ogólne cechy psychiczne. W jednym z badań [14] porównywano zogniskowaną formę CBT-E (*focused form of CBT-E* — CBT-Ef) skoncentrowaną wyłącznie na psychopatologii jedzenia i bardziej kompleksową formę CBT-E (*a more complex broad form* — CBT-Eb), która rozpatrywała także inne obszary, np. trudności interpersonalne u 80 hospitalizowanych pacjentów, z których 90% ukończyło 20 tygodni leczenia. Podczas wypisu pacjenci z obu grup wykazali znaczącą poprawę w zakresie wagi, zaburzeń jedzenia i ogólnej psychopatologii. W innym badaniu [15] porównywano wagę u 49 dorosłych i 46 adolescentów z JP leczonych za pomocą CBT-E w ramach leczenia ambulatoryjnego i okazało się, że znacznie więcej młodzieży niż dorosłych osiągnęło normalny zakres BMI (odpowiednio 65,3% vs. 36,5%), a średni

czas potrzebny na odbudowę masy ciała był o ok. 15 tygodni krótszy u adolescentów w porównaniu z dorosłymi pacjentami (14,8 tygodni vs. 28,3 tygodni). Także dwa inne badania przeprowadzone wśród nastoletnich pacjentów z JP [16, 17] (drugie badanie typu RCT w grupie pacjentów hospitalizowanych) wykazały wysoką skuteczność CBT-E pod względem przyrostu wagi oraz zmniejszenia objawów zaburzeń jedzenia. Jedno z badań wykazało wzrost jakości życia u 196 pacjentów ambulatoryjnych w wieku powyżej 16 lat, leczonych za pomocą CBT-E [18]. Obiecujące dane dotyczące skuteczności szpitalnych form CBT-E wśród młodzieży doprowadziły do wydania, zleconego przez NHS w Anglii, przewodnika rekomendującego CBT-E jako jedną z opartych na dowodach psychologicznych interwencji dla młodzieży z zaburzeniami odżywiania [19].

Pomimo tych zachęcających wyników przed badaczami i naukowcami zajmującymi się tym nurtem psychoterapii zaburzeń odżywiania pozostaje nadal wiele wyzwań. Przede wszystkim CBT-E u dorosłych wymaga oceny porównawczej wobec innych oddziaływań. Warto wspomnieć o badaniu randomizowanym —SWAN study, porównującym skuteczność oddziaływań terapeutycznych: CBT-E, MANTRA i specjalistyczne, wspierające postępowanie kliniczne (*Specialist Supportive Clinical Management* — SSCM) [20].

Terapia interpersonalna

Psychoterapia interpersonalna (*Interpersonal Psychotherapy* — IPT) jest terapią krótkoterminową, którą zaproponowali Klerman i wsp. [21], początkowo do leczenia pacjentów z depresją. Opiera się na założeniu, że niezależnie od etiologii relacje międzyludzkie są splecione z objawami. Głównym celem terapii jest poprawa interakcji międzyludzkich, a przez to zmniejszenie symptomów choroby. IPT skupia się na rozwiązaniu zarówno problemów interpersonalnych, które mogły poprzedzać zaburzenie odżywiania, jak i tych, które je podtrzymują lub są jego konsekwencją. W wersji standardowej IPT obejmuje 12—16 cotygodniowych sesji w trybie ambulatoryjnym (każda sesja trwa ok. 50 minut) i dzieli się na trzy główne fazy. W pierwszej fazie z pacjentem omawia się charakter i uzasadnienie zastosowania tego rodzaju terapii, rozpoznaje się jeden główny lub kilka problemów interpersonalnych i wspólnie uzgadnia te, które powinny stać się przedmiotem dalszej terapii. Druga faza obejmuje dziesięć spotkań, podczas których terapeuta pomaga pacjentowi skategoryzować występujące problemy do jednego z czterech problemowych obszarów, takich, jak: żal, rozdźwięk ról społecznych, zmiana/zamiana ról, deficyty interpersonalne. Ostatnia, trzecia faza służy utrwaleniu osiągniętych zmian i zapobieganiu nawrotom. IPT traktuje JP jako wyraz negatywnych emocji związanych z nieprawidłowymi relacjami z innymi ludźmi. W czasie terapii pacjent uczy się jak radzić sobie z frustracją i napięciami pojawiającymi się w relacjach z innymi oraz jak reagować na emocje takie jak np. żal spowodowany utratą bliskiej osoby, czy też negatywne uczucia towarzyszące konfliktom w związkach. Inne cele terapii interpersonalnej to budowanie u pacjenta poczucia własnej wartości, jego pozytywnej samooceny, które pozwalają na lepsze funkcjonowanie w związkach i w relacjach z innymi ludźmi.

IPT jest uznaną i potwierdzoną empirycznie interwencją, która może być stosowana równolegle z CBT-E. Okazało się, że przynosi ona pozytywne rezultaty u pacjentów z żarłocznością psychiczną (ŻP) [22, 23] i z napadowym objadaniem się [24, 25]. Biorąc pod uwagę podobieństwa JP i ŻP oraz znaczenie czynników interpersonalnych w etiologicznych teoriach JP, istnieje silne uzasadnienie teoretyczne dla stosowania IPT w leczeniu JP [26]. Potrzebne są jednak dalsze badania walidacyjne.

Terapia rodzin

Chociaż terapia rodzinna jest czasami zalecana dorosłym pacjentom z JP [27], zasadniczo stosuje się ją u młodszych pacjentów z tą chorobą. Dotychczas powstało kilka szkół terapii rodzinnej, a mianowicie: strukturalna [28], behawioralna [29], systemowa mediolańska [30], strategiczna [31], feministyczna [32], przywiązaniowa [33], skoncentrowana na rozwiązaniu problemu [34] i w ostatnich latach coraz bardziej popularna — szkoła narracyjna [35].

Wczesne teorie dotyczące terapii rodzinnej dla osób z zaburzeniami odżywiania [28, 30, 36] zakładały, że istnieje specyficzny typ organizacji rodziny bądź wzoru rodzinnej interakcji, który wyjaśnia rozwinięcie przez jednostki JP. Główną przyczyną zmiany w podejściu do terapii rodzinnej w przypadku JP był brak przekonujących dowodów empirycznych na związek między określonym typem funkcjonowania rodziny a wystąpieniem JP [37, 38].

Według nowego podejścia do terapii rodzinnej w przypadku JP spotkania z rodzinami zapewniają kontekst dla zmiany, a nie obiekt zmiany, co prowadzi do podejść w większym stopniu opartych na współpracy i akcentowaniu potrzeby mobilizacji zasobów rodziny zamiast dążenia do jej zmiany [39]. Warto zwrócić szczególną uwagę na podejście zastosowane po raz pierwszy w The Maudsley Hospital w latach 80. XX wieku, nazwane opartą na rodzinie terapią JP (*Family-Based Treatment for AN* — FBT-AN) [40]. Obecnie FBT-AN jest najrzetelniej opisanym typem terapii dla adolescentów z JP [1]. Główne zasady tej terapii obejmują pracę nad brakiem kontroli pacjentów nad wagą i nawykami żywieniowymi, starania aby rozwiązać problemy ze strukturą rodziny, jak również pracę w celu przezwyciężenia zniekształceń poznawczych pacjenta, a w późniejszych etapach promowanie jego autonomii [41]. FBT-AN różni się od innych typów terapii adolescenta z JP pod wieloma względami. Po pierwsze, jest on postrzegany nie tylko jako osoba poważnie chora, ale i potrzebująca definitywnej pomocy ze strony rodziców, zwłaszcza w obszarze jedzenia. To podejście pozostaje w opozycji do wielu innych teorii, według których JP jest walką o kontrolę z rodzicami, którzy są intruzywni i dominujący. Podkreśla ono, że rodzice wydają się walczyć o kontrolę nad dzieckiem ze względu na dezorientującą naturę symptomów JP, zaskoczenie zmianą w psychice dziecka, jaka towarzyszy chorobie i poczucie winy, że to oni spowodowali odmowę jedzenia.

Terapia FBT-AN była poddawana ocenie w kilku badaniach. Eisler, Lock i Le Grange w badaniu RCT [42] przebadali 220 adolescentów z JP poddanych tej terapii i wykazali znaczną poprawę. Jedno z badań [43] porównywało terapię rodzinną wprowadzoną przez grupę z The Maudsley Hospital i wspierającą terapię indywidualną

i objęło cztery podgrupy: adolescentów z krótkim stażem JP, adolescentów z długim stażem JP, dorosłych z JP i pacjentów (głównie dorosłych) z żarłocznością psychiczną (ŻP). Badanych poddawano trzymiesięcznemu leczeniu szpitalnemu. Najważniejszym odkryciem tego badania było ujawnienie, że podgrupa z JP o krótkim stażu choroby, poddana terapii rodzinnej, uzyskała najlepsze efekty, które utrzymywały się po 5 latach od zakończenia leczenia [44]. Wyniki badań typu RCT [45, 46] porównujących dwie formy FBT-AN (pierwsza z nich polegała na tym, że w spotkaniach uczestniczyli pacjent i rodzina, w drugiej zaś terapeuta przeprowadzał rozmowy odrębnie z pacjentem i z jego rodziną) okazały się niejednoznaczne [por. 47]. Wyniki dwóch innych badań [48, 49] pokazują, że zarówno adolescenty, jak i ich rodzice akceptują FBT-AN i mówią o dużej satysfakcji z jej przebiegu i rezultatów.

Należy podkreślić, że badanie skuteczności FBT-AN do niedawna było utrudnione z powodu różnych ograniczeń, m.in. nie istniały podręczniki, które pokazywałyby, jak taką terapię przeprowadzać. Jedynie dwa badania stosowały ujednoczony program leczenia [41, 50]. Aby zaradzić tym dylematom, Lock i wsp. [40] napisali podręcznik terapeutyczny zawierający dokładny program FBT-AN, odzwierciedlający przebieg terapii stosowanej w badaniach grupy z The Maudsley Hospital. Istnieje konsensus co do tego, że terapia rodzinna jest obecnie leczeniem pierwszego wyboru w przypadku adolescentów z JP [1, 51].

Terapia psychodynamiczna

Ogniskowa terapia psychodynamiczna (*Focal Psychodynamic Therapy* — FPT) jest zwykle przeznaczona dla pacjentów z zaburzeniami odżywiania (głównie z JP), u których współwystępują istotne zaburzenia psychiczne, takie jak trudności osobowościowe, ciężkie i intensywne trudności interpersonalne. Opiera się na teorii, że zaburzenia psychiczne mogą się łączyć z nierozwiązanymi konfliktami z przeszłości, zwykle z okresu dzieciństwa. Terapia zachęca pacjentów z JP do analizy, jak wczesne doświadczenia z dzieciństwa mogły wpłynąć na powstanie zaburzenia odżywiania. Jej głównym celem jest znalezienie skuteczniejszych sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, z negatywnymi myślami i emocjami. FPT trwa zazwyczaj 40 sesji i wymaga motywacji, wytrwałości i zaangażowania czasowego. Ma dwa zasadnicze elementy terapeutyczne: pomaga zrozumieć, jakie znaczenie dla pacjenta ma jedzenie oraz znaleźć alternatywny sposób wyrażania swoich zmartwień, uczuć, co często pozwala „puścić” objawy zaburzenia odżywiania. W terapii psychodynamicznej JP jest postrzegany jako sposób wyrażania konfliktów wewnętrznych w sferze seksualności, rywalizacji, problemów z usamodzielnianiem się, wszystkiego, co dana osoba w sobie nie akceptuje. Główną rolę w terapii odgrywa relacja pomiędzy osobą chorą a terapeutą, a jej celem jest przeniesienie różnych istotnych zdarzeń, myśli i emocji, odpowiedzialnych za wykształcenie się JP, na tę więź. Terapeuta pomaga interpretować te zdarzenia, a pacjent uczy się akceptować je oraz radzić sobie z nimi [52].

Badanie RCT [27], w którym porównywano FPT z terapią rodzinną, terapią poznawczo-analityczną (*Cognitive Analytic Therapy* — CAT) i „rutynowym” leczeniem JP pokazuje, że dzięki terapii psychodynamicznej pacjenci osiągnęli większą poprawę

(52%) niż po „rutynowym” leczeniu (21%) oraz osiągnęli wyniki porównywalne do terapii rodzin (41%) i poznawczej terapii analitycznej (32%). Badanie [53] przeprowadzone w ramach *The Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients* (ANTOP), w którym ogniskowa dynamiczna psychoterapia została porównana ze wzmocnioną CBT i standardowym leczeniem, do którego włączono tę samą intensywność psychoterapii, wykazało, że pod koniec leczenia waga ciała wzrosła we wszystkich grupach, przy czym FPT przyniosła największą poprawę, gdy skuteczność terapii oceniano po 12 miesiącach po zakończeniu badania, natomiast wzmocniona terapia CBT okazała się najbardziej efektywna pod względem szybkości przyrostu wagi i poprawy w zakresie psychopatologii zaburzeń jedzenia.

Psychoterapia psychodynamiczna stanowi obiecującą opcję leczenia pacjentów z JP, chociaż pozostaje ona nadal mało dostępna dla pacjentów, zwłaszcza w Polsce.

Terapia poznawczo-analityczna

Terapia poznawczo-analityczna (*Cognitive Analytic Therapy* — CAT) została opracowana przez Ryle’a w Wielkiej Brytanii [54]. Opiera się na innych, klasycznych terapiach, w tym terapii psychoanalitycznej i terapii poznawczo-behawioralnej. Podobnie jak CBT koncentruje się na identyfikacji negatywnych wzorców myślowych i usiłuje pomóc pacjentom z zaburzeniami odżywiania zrozumieć specyficzne psychologiczne elementy swoich problemów poprzez rozważanie przeszłych doświadczeń i zdarzeń. Już po udziale w kilku sesjach terapeutycznych pacjenci są w stanie odpowiedzieć sobie np. na pytanie: *kiedy po raz pierwszy rozwinęły się u mnie negatywne uczucia wobec żywności i jedzenia?* Głównym celem CAT jest zmiana negatywnych zachowań na bardziej pomocne, umożliwiające pacjentom przejście do zdrowej przyszłości, bez zaburzeń odżywiania oraz rozpoznanie własnych mocnych stron, które może poprawić codzienne strategie radzenia sobie. CAT składa się z trzech etapów, są to: przeformułowanie, które polega na analizie przeszłych doświadczeń wyjaśniających rozwinięcie się u pacjenta niezdrowych wzorców zachowania i myślenia; identyfikacja, czyli rozpoznanie przez pacjenta, jak te wzorce przyczyniają się do rozwoju JP, i rewizja, czyli identyfikacja zmian, które mogą przerwać te niezdrowe wzorce [54].

Wciąż istnieje niedostatek dowodów przemawiających za wykorzystaniem CAT w pracy z osobami chorującymi na zaburzenia odżywiania. Warto wspomnieć o badaniach, jakie przeprowadzili Tanner i Carolan [55], którzy zbadali 100 pacjentów uczestniczących w CAT, a ich wyniki wykazały znaczną poprawę objawów u pacjentów, zarówno z JP, jak i z ŻP [por. 27, 56; drugie badanie typu RCT]. Wytyczne NICE [1] odwołują się do potencjalnej wartości CAT w leczeniu JP, ale nie jest to terapia rekomendowana w leczeniu ŻP i zaburzeń odżywiania inaczej nieokreślonych (*Eating Disorder Not Otherwise Specified* — EDNOS).

Wnioski

Priorytetem w leczeniu JP powinny być przyrost wagi oraz leczenie osiowych symptomów i współwystępujących zaburzeń psychicznych. Aby te cele zostały

osiągnięte, rehabilitacji żywieniowej oraz farmakoterapii powinna towarzyszyć psychoterapia [np. 8]. Większość programów leczenia zamkniętego ma charakter multimodalny (obejmują różne typy terapii) i są one oparte na biopsychospołecznym modelu choroby. CBT pozostaje jedną z najczęściej stosowanych terapii w przypadku pacjentów z JP. Wyniki badań pokazują, że pacjenci nastoletni otrzymujący CBT-E są w stanie skuteczniej i w szybszym tempie niż dorośli odzyskać prawidłową masę ciała. FBT-AN jest obecnie leczeniem pierwszego wyboru w przypadku adolescentów z JP. Zgromadzone dane potwierdzają jej efektywność u adolescentów, ale dostępność tego podejścia w Polsce jest ograniczona. Dobrą alternatywą dla długoterminowej terapii psychodynamicznej wydaje się CAT. Pacjenci z JP często są negatywnie nastawieni do jakiegokolwiek interwencji, nierzadko są przewlekle chorzy, a ich funkcjonowanie pod względem zdrowotnym i psychospołecznym jest upośledzone. Potrzeby tych osób zasługują na większą niż dotychczas uwagę badaczy, zwłaszcza korzystne okazałoby się być może zaproponowanie farmakoterapii, która poprawiłaby jakość ich życia.

Reasumując, możemy stwierdzić, że psychoterapia jest niezwykle ważnym elementem leczenia pacjentów z JP. Istnieje wiele podejść do psychoterapii JP i chociaż można mieć wątpliwości, które z nich jest optymalne, bogata literatura przedmiotu, zwłaszcza zawierająca rzetelne wyniki badań, dostarcza wiedzy i pomaga zaplanować odpowiedni program leczenia. Niewątpliwie najbardziej obiecujące jest wdrażanie terapii wykorzystującej osiągnięcia różnych szkół psychoterapii. Takie rozwiązania są coraz częściej stosowane także w Polsce, zwłaszcza na oddziałach ukierunkowanych na leczenie zaburzeń odżywiania.

Podziękowania: Praca została przygotowana przy wsparciu grantu NCN No 2014/15/B/HS6/01847.

Piśmiennictwo

1. *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004.
2. Wilson GT, Grilo CM, Vitousek KM. *Psychological treatment of eating disorders*. *Am. Psychol.* 2007; 62(3): 199—216.
3. Steinhausen H. *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. *Am. J. Psychiat.* 2002; 159(8): 1284—1293.
4. Roux H, Ali A, Lambert S, Radon L, Huas C, Curt F i wsp. *Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa*. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 339.
5. Griffiths S, Mond JM, Murray SB, Touyz S. *Positive beliefs about anorexia nervosa and muscle dysmorphia are associated with eating disorder symptomatology*. *Aust. NZ J. Psychiat.* 2015; 49(9): 812—820.
6. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, De-Bacco C, Fassino S. *Resistance to treatment in eating disorders: A critical challenge*. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 282.
7. Mathia JL, Kent PS. *Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restriction in patients with anorexia nervosa*. *J. Clin. Exp. Neuropsych.* 1998; 20(4): 548—564.

8. *Treatment of anorexia nervosa*. W: *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*, 3rd ed. APA; 2010, s. 75—81.
9. Pike KM, Loeb K, Vitousek K. *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa*. W: Thompson JK. red. *Body image: Eating disorders and obesity*. Washington, DC: American Psychological Association; 1996, s. 253—302.
10. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
11. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. *Cognitive behavior therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual*. New York: Guilford Press; 1993.
12. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. *Cognitive behavioral therapy for eating disorders*. *Psychiat. Clin. N. Am.* 2010; 33(3): 611—627.
13. Fairburn CG, Grave RD. “Enhanced” CBT for anorexia nervosa: Findings from Oxford, Leicester and Verona. W: Marcus M. (Chair). *Psychotherapy contexts, processes, and outcomes*. Symposium conducted at the 14th Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society, Montreal, Quebec, Canada; 2008, September.
14. Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. *Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial*. *Psychother. Psychosom.* 2013; 82(6): 390—398.
15. Calugi S, Dalle Grave R, Sartirana M, Fairburn CG. *Time to restore body weight in adults and adolescents receiving cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa*. *J. Eat. Disord.* 2015; 3: 21.
16. Dalle Grave R, Calugi S, Doll HA, Fairburn CG. *Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy?* *Behav. Res. Ther.* 2013; 51(1): R9—R12.
17. Dalle Grave R, Calugi S, El Ghoch M, Conti M, Fairburn CG. *Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects*. *Frontiers in Psychiatry*. 2014; 5: 14.
18. Watson HJ, Allen K, Fursland A, Byrne SM, Nathan PR. *Does enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders improve quality of life?* *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2012; 20(5): 393—399.
19. *National Collaborating Centre for Mental Health. The access and waiting time standard for children and young people with an eating disorder*. Commissioning Guide; 2015.
20. Andony LJ, Tay E, Allen KL, Wade TD, Hay P, Touyz S i wsp. *Therapist adherence in the strong without anorexia nervosa (SWAN) study: A randomized controlled trial of three treatments for adults with anorexia nervosa*. *Int. J. Eat. Disorder.* 2015; 48(8): 1170—1175.
21. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.
22. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O’Connor ME i wsp. *Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial*. *Arch. Gen. Psychiat.* 1991; 48(5): 463—469.
23. Fairburn CG, Peveler RC, Jones R, Hope RA, Doll HA. *Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight*. *J. Consult. Clin. Psych.* 1993; 61(4): 696—698.
24. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG i wsp. *Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison*. *J. Consult. Clin. Psych.* 1993; 61(2): 296—305.
25. Wilfley DE, Frank MA, Welch RR, Spurrell EB, Rounsaville BJ. *Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments*. *Psychother. Res.* 1998; 8(4): 379—391.

26. McIntosh VV, Bulik CM, McKenzie JM, Luty SE, Jordan J. *Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa*. Int. J. Eat. Disorder. 2000; 27(2): 125—139.
27. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. *Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments*. Brit. J. Psychiat. 2001; 178(3): 216—221.
28. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
29. Robin AL, Foster SL. *Negotiating parent — adolescent conflict: A behavioral—family systems approach*. New York: Guilford Press; 1989.
30. Selvini-Palazzoli M. *Self Starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London: Chaucer; 1974.
31. Madanes C. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
32. Luepnitz DA. *The family interpreted: Psychoanalysis, feminism and family therapy*. New York: Basic Books; 1988.
33. Dallos R. *Attachment narrative therapy: Integrating ideas from narrative and attachment theory in systemic family therapy with eating disorders*. J. Fam. Ther. 2004; 26(1): 40—65.
34. Jacob F. *Solution focused recovery from eating distress*. London: BT Press; 2001.
35. Madigan SP, Goldner EM. *A narrative approach to anorexia: Discourse, reflexivity and questions*. W: Hoyt MF. red. *The handbook of constructive therapies*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998, s. 380—400.
36. Minuchin S, Baker L, Rosman BL, Liebman R, Milman L, Todd TC. *A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy*. Arch. Gen. Psychiat. 1975; 32(8): 1031—1038.
37. Steiger H, Liquornik K, Chapman J, Hussain N. *Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of “restricters” and “bingers” to normal controls*. Int. J. Eat. Disorder. 1991; 10(5): 501—512.
38. Kog E, Vandereycken W. *Family interaction in eating disordered patients and normal controls*. Int. J. Eat. Disorder. 1989; 8(1): 11—23.
39. Eisler I, Lask J. *Family interviewing and family therapy*. W: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson JS, Taylor EA i wsp. red. *Rutter’s child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2008, s. 1062—1078.
40. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. *Treatment manual for anorexia nervosa: A family based approach*. New York: Guilford Press; 2001.
41. Robin AL, Siegal PT, Moye A, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. *A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psy. 1999; 38(12): 1482—1489.
42. Eisler I, Lock J, Le Grange D. *Family based treatments for adolescents with anorexia nervosa: Single-family and multi-family approaches*. W: Grilo CM, Mitchell JE. red. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*. New York: The Guildford Press; 2010, s. 150—174.
43. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. *An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Arch. Gen. Psychiat. 1987; 44(12): 1047—1056.
44. Eisler I, Dare C, Russell GFM, Szmukler GI, Le Grange D, Dodge E. *Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up*. Arch. Gen. Psychiat. 1997; 54(11): 1025—1030.
45. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GFM. *Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: A pilot study*. Int. J. Eat. Disorder. 1992; 12(4): 347—358.

46. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell GFM, Dodge E, Le Grange D. *Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions*. J. Child Psychol. Psyc. 2000; 41(6): 727—736.
47. Szmukler GI, Eisler I, Russell GFM, Dare C. *Anorexia nervosa, parental “expressed emotion” and dropping out of treatment*. Brit. J. Psychiat. 1985; 147(3): 265—271.
48. Le Grange D, Gelman T. *The patient’s perspective of treatment in eating disorders: A preliminary study*. S. Afr. J. Psychol. 1998; 28(3): 182—186.
49. Bulik CM, Berkman N, Kimberly A, Brownly JS, Sedway JA, Lohr KA. *Anorexia nervosa: A systematic review of randomized clinical trials*. Int. J. Eat. Disorder. 2007; 40(4): 310—320.
50. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. *A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psy. 2005; 44(7): 632—639.
51. Lock J, La Via MC. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psy. 2015; 54(5): 412—425.
52. Thompson-Brenner H, Weingeroff J, Westen D. *Empirical support for psychodynamic psychotherapy for eating disorders*. W: Levy RA, Ablon J. red. *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*. Totowa, NJ, US: Humana Press; 2009, s. 67—92.
53. Zipfel S, Wild B, Groß G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D i wsp. *Focal psychodynamic therapy, cognitive behavioural therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial*. Lancet. 2014; 383(9912): 127—137.
54. Denman C. *Cognitive-analytic therapy*. Adv. Psychiat. Res. 2001; 7(4): 243—252.
55. Tanner C, Carolan A. *Audit of cognitive analytic therapy cases in eating disorders*. Presented at the 2009 International ACAT conference.
56. Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. *A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa*. Behav. Res. Ther. 1995; 33(4): 363—367.

Adres: Katarzyna Kucharska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 19.01.2017

Zrecenzowano: 5.03.2017

Otrzymano po poprawie: 1.04.2017

Przyjęto do druku: 15.05.2017