

JOANNA DUDEK
PAWEŁ OSTASZEWSKI
STANISŁAW MALICKI
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
Wydział Psychologii

TRANSDIAGNOSTYCZNE MODELE
ZABURZEŃ ODŻYWIANIA I METODY TERAPII
NA PRZYKŁADZIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNEGO
MODELU FAIRBURNA
ORAZ TERAPII AKCEPTACJI I ZAANGAŻOWANIA

Celem artykułu jest przedstawienie propozycji transdiagnostycznego podejścia do zaburzeń odżywiania (anoreksji psychicznej, bulimii psychicznej oraz zaburzeń odżywiania nie określonych inaczej) na przykładzie dwóch względnie nowych rodzajów terapii: poznawczo-behawioralnej, prowadzonej w oparciu o model Fairburna, oraz terapii akceptacji i zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT). W odniesieniu do obu terapii przedstawiono ich podstawy teoretyczne, przyjmowane modele psychopatologii, proponowane mechanizmy zmiany, a także cele i wybrane techniki pracy terapeutycznej. Zasugerowano kierunki rozwoju dalszych badań porównujących skuteczność obydwu podejść, czynniki moderujące ich efektywność oraz możliwości integracji obu modeli.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, terapia poznawczo-behawioralna, terapia akceptacji i zaangażowania, podejście transdiagnostyczne.

JOANNA DUDEK – doktorantka Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.

PAWEŁ OSTASZEWSKI – Wydział Psychologii, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa; e-mail: pawel.ostaszewski@swps.edu.pl

STANISŁAW MALICKI – doktorant Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej.

WPROWADZENIE

Zaburzenia odżywiania według klasyfikacji DSM-IV-TR obejmują jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*, AN), bulimię psychiczną (*bulimia nervosa*, BN) oraz zaburzenia odżywiania nie określone inaczej (*eating disorders not otherwise specified*, EDNOS). W tej ostatniej kategorii mieści się również BED (*binge eating disorder*), czyli zespół napadowego objadania się (American Psychiatric Association, 2000).

W ostatnich dekadach liczba osób cierpiących na zaburzenia odżywiania nieustannie się zwiększa (Currin i in., 2005), zarówno w krajach zachodnich, jak i w Polsce (Pilecki, Nowak i Zdenkowska-Pilecka, 2004). Z uwagi na zagrożenie życia oraz liczne konsekwencje dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego, skuteczne leczenie zaburzeń odżywiania jest tematem niezwykle istotnym i wymagającym uwagi.

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie dwóch względnie nowych (kształtujących się od lat osiemdziesiątych) rodzajów terapii zaburzeń odżywiania, opartych na transdiagnostycznym ujęciu szerokiego spektrum problemów klinicznych związanych z odżywianiem: terapii poznawczo-behawioralnej w modelu transdiagnostycznym Fairburna oraz terapii akceptacji i zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy*, ACT). Zostaną także wskazane potencjalne kierunki dalszych badań zmierzających do zmaksymalizowania skuteczności leczenia zaburzeń odżywiania.

Podjęcie transdiagnostyczne Fairburna wywodzi się z nurtu tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej i powstało na bazie obserwacji, że wszystkie rodzaje zaburzeń odżywiania mają podobne cechy charakterystyczne (Favaro, Ferrara i Santonastaso, 2003) i wynikają z podobnej psychopatologii, przejawiającej się w podobnych postawach i zachowaniach (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). W wielu przypadkach klinicznych można zaobserwować migracje pomiędzy diagnozami, na przykład z anoreksji w bulimię lub z bulimii w EDNOS (Milos i in., 2005). Większość pacjentów z zaburzeniami odżywiania (ponad 50%) otrzymuje rozpoznanie EDNOS, a takie rozpoznanie, do czasu stworzenia modelu transdiagnostycznego, nie było uwzględniane w badaniach dotyczących skuteczności metod leczenia zaburzeń odżywiania. W związku z tym brakowało konkretnych rekomendacji co do postępowania wobec osób z tą diagnozą (Fairburn i Harrison, 2003; Fairburn i Bohn, 2005).

*Terapia poznawczo-behawioralna
(model transdiagnostyczny Fairburna)*

W podejściu transdiagnostycznym Fairburna zaburzenia odżywiania rozumiane są jako zaburzenia poznawcze (Fairburn, Cooper i Shafran, 2013). Zgodnie z modelem, u podłoża wszystkich zaburzeń odżywiania leży ten sam zestaw dysfunkcyjnych przekonań dotyczących samooceny, zwany przez Fairburna „rdzeniem psychopatologii”. Polega on na przecenianiu ważności wagi ciała¹, wyglądu oraz ich kontroli (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). W odróżnieniu od osób, które budują własną samoocenę w oparciu o swoje dokonania w różnych dziedzinach życia, osoby z zaburzeniami odżywiania uzależniają poczucie własnej wartości w przeważającej mierze od wagi i figury oraz od zdolności kontrolowania tych atrybutów. W związku z tym podejmują szereg działań, które podtrzymują „rdzeń psychopatologii”. Osoby takie usiłują trzymać się licznych zasad dietetycznych, często bardzo restrykcyjnych i nieracjonalnych, jak np. całkowity zakaz jedzenia węglowodanów lub spożywanie 800 kcal dziennie. Złamanie którejkolwiek z tych zasad (co jest nieuniknione, biorąc pod uwagę ich restrykcyjność) prowadzi najczęściej do napadu objadania. Osoba tymczasowo rezygnuje ze wszystkich zasad i daje sobie wolność w jedzeniu, myśląc: „skoro i tak zламаłam zasadę, to mogę się teraz najeść na zapas”, co w kolejnych dniach prowadzi do nasilenia ograniczeń dietetycznych, związanych często z wyrzutami sumienia. U niektórych osób po napadzie objadania się dochodzi do wystąpienia zachowań kompensacyjnych (np. prowokowania wymiotów, wykonywania intensywnych ćwiczeń czy przyjmowania środków przeczyszczających), co wtórnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia kolejnego napadu za sprawą dysfunkcjonalnego przekonania o tym, że zachowania kompensacyjne pozwalają kontrolować wagę. U niektórych osób napady objadania się pojawiają się na skutek stresujących zdarzeń życiowych lub przeżywania negatywnych emocji i służą wtedy jako sposób na odwrócenie uwagi lub regulator nastroju.

U osób, u których napady objadania nie występują lub występują rzadko, ograniczenia dietetyczne prowadzą do stopniowego spadku masy ciała i niedowagi. Konsekwencjami niskiej wagi i niedożywienia są: trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji, generalne obniżenie jakości procesów poznawczych, zaabsorbowanie myślami o jedzeniu oraz stopniowe wycofanie się z życia społecznego. Długotrwała restrykcyjna dieta prowadzi również do odczuwania przyspieszonego uczucia pełności po posiłku. Wszystkie wyżej wymienione konse-

¹ Dla ułatwienia odbioru tekstu, autorzy posługują się potocznym określeniem „waga”, zamiast poprawnego terminu „masa ciała”.

kwencje niedowagi oraz niedożywienia, wtórnie podtrzymują „rdzeń psychopatologii” (Fairburn i in., 2013).

W ramach „konceptualizacji rozszerzonej” Fairburn wyróżnia również inne mechanizmy podtrzymujące „rdzeń psychopatologii”, takie jak: kontrolowanie wagi i figury (codzienne ważenie się, przeglądanie godzinami w lustrze, mierzenie centymetrem, porównywanie z innymi) i/lub ich unikanie (luster, basenu, przymierzania ubrań, zupełna rezygnacja z ważenia się), interpretowanie każdego odczucia czy dyskomfortu jako „poczucie, że jestem gruby/gruba”, marginalizacja aktywności w innych dziedzinach życia (społeczne wycofanie się) oraz zaabsorbowanie myślami o jedzeniu, wadze i wyglądzie.

Dodatkowo u części pacjentów wyróżnić można mechanizmy podtrzymujące, należące do ogólnej, niespecyficzej dla zaburzeń jedzenia psychopatologii. Są to: kliniczna postać perfekcjonizmu, niskie poczucie własnej wartości oraz trudności interpersonalne (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). Nie muszą one występować u każdego pacjenta ani pojawiać się w tym samym czasie co „rdzeń psychopatologii”. Sama ich obecność nie świadczy o tym, że u danej osoby rozwiążą się problemy z odżywianiem. Do rozwoju zaburzeń odżywiania konieczne jest bowiem występowanie u danej osoby zespołu dysfunkcyjnych przekonań dotyczących znaczenia wagi i kształtu ciała oraz konieczności ich kontroli (Hoiles, Egan i Kane, 2012).

Nadrzędnym celem terapii poznawczo-behawioralnej w modelu transdiagnostycznym jest poprawa jakości życia pacjenta, rozumianej jako ustąpienie objawów choroby. Jako że, zgodnie z założeniami terapii poznawczo-behawioralnej, sama zmiana zachowania jest niewystarczająca do uzyskania trwałego wyleczenia (Dimidjian i Dobson, 2005), ten nadrzędny cel można osiągnąć za sprawą zmiany dezadaptacyjnych przekonań na temat ważności wagi i kształtu ciała oraz potrzeby ich kontroli. Zmiany przekonań można dokonać w sposób bezpośredni, poprzez zastępowanie dotychczasowego sposobu myślenia nowym, bardziej adaptacyjnym (czyli poznawczą restrukturyzację), lub pośredni – poprzez przerwanie mechanizmów podtrzymujących dezadaptacyjne myślenie (Gelder, 2006). Ten drugi mechanizm zmiany poznawczej jest kluczowy w modelu transdiagnostycznym (Fairburn i in., 2013). Przerwanie mechanizmów podtrzymujących zachodzi poprzez realizację celów szczegółowych, takich jak normalizacja jedzenia, zredukowanie ograniczeń dietetycznych, wyeliminowanie objadania się i zachowań kompensacyjnych, rezygnacja z kontrolowania/unikania wagi i figury, uczenie radzenia sobie z emocjami w inny sposób niż poprzez jedzenie, a także rozwijanie aktywności w innych dziedzinach życia (Fairburn i in., 2013).

Protokół terapii w modelu transdiagnostycznym powstał na bazie 30-letniego doświadczenia, obserwacji oraz wprowadzania modyfikacji w tradycyjnym podejściu poznawczo-behawioralnym metodą prób i błędów. CBT-E (*Enhanced Cognitive Behavior Therapy*), czyli wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna, stworzona została jako terapia zindywidualizowana, złożona z modułów, których dobór i kolejność zastosowania wynika z konkretnej, tworzonej wspólnie z pacjentem konceptualizacji jego problemu (Fairburn i in., 2013).

W terapii tylko w niewielkim zakresie używa się tradycyjnych technik poznawczych, takich jak zapis myśli, identyfikowanie i kwestionowanie przekonań czy dialog sokratejski, ponieważ dotychczasowe obserwacje nie potwierdzają ich skuteczności w leczeniu zaburzeń odżywiania. Są dwie zasady doboru technik do terapii. Jedna dotyczy skuteczności – wybierane są te, które działają; druga prostoty – jeśli pożądaną zmianę można osiągnąć z użyciem prostszej techniki, nie należy korzystać z technik bardziej złożonych. Podstawową strategię w podejściu Fairburna stanowi psychoedukacja. Pacjenci w toku terapii uczą się obserwować swoje zaburzenie odżywiania oraz mechanizm jego działania, zachęceni są do podejmowania prób nowych sposobów zachowania i obserwacji ich efektów. Techniki czysto poznawcze stosowane są w tym podejściu do identyfikowania i radzenia sobie ze zniekształceniami poznawczymi występującymi w zaburzeniach odżywiania (szczególnie w odniesieniu do myślenia czarno-białego i selektywnej uwagi). Używane są również takie tradycyjne techniki, jak dzienniczki obserwacji, technika tortu, „problem solving”, czy bilans zysków i strat (Fairburn i in., 2013).

CBT-E stanowi rozwinięcie podejścia poznawczo-behawioralnego do bulimii psychicznej o udokumentowanej skuteczności (Wilson i Shafran, 2005). Wyniki pierwszego randomizowanego badania z grupą kontrolną (*Randomized Controlled Trial*, RCT), dotyczącego działania CBT-E, które uwzględniało osoby z diagnozą EDNOS oraz bulimii psychicznej, potwierdza dość wysoką skuteczność – zarówno terapii stosowanej w wersji skoncentrowanej (dotyczącej jedynie mechanizmów podtrzymujących zaburzenie odżywiania), jak i rozszerzonej, która uwzględniała dodatkowe mechanizmy podtrzymujące, takie jak kliniczna postać perfekcjonizmu, niskie poczucie własnej wartości czy trudności interpersonalne: 51,3% osób utrzymało poprawę po 60 tygodniach od ukończenia leczenia (Fairburn i in., 2009). W innym badaniu o charakterze RCT wykazano, że CBT-E jest skuteczna również wobec osób z BMI poniżej 17,5, który to wskaźnik stanowi kryterium diagnostyczne rozpoznania anoreksji psychicznej. W badaniu tym skuteczność plasowała się na poziomie 40%, zaś wśród osób, które ukończyły terapię (53%), u 2/3 nastąpiła poprawa (Byrne i in., 2011).

Dotychczasowe wyniki badań są obiecujące, zwłaszcza że skuteczność CBT-E wykazano również wobec osób z BMI poniżej 17,5 (wobec których, jak dotąd, skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej nie była potwierdzona) oraz wobec pacjentów z diagnozą EDNOS. Autorzy wskazują jednak na konieczność uwzględnienia w dalszych badaniach mediatorów zmiany (czyli czynników, których zmiana w wyniku terapii odpowiada za jej efektywność), moderatorów zmiany (czyli czynników sprzyjających lub utrudniających uzyskiwanie pożądanych efektów prowadzonej terapii) (Murphy i in., 2009) oraz ciągłego udoskonalania metod leczenia w celu zminimalizowania odsetka osób porzucających terapię.

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT)

Podobnie jak model Fairburna, ACT jest terapią zgodną z podejściem transdiagnostycznym, jednak proponuje model zdrowia i choroby, który odnosi się do zdecydowanie szerszego spektrum zaburzeń psychicznych niż tylko problematyka odżywiania. Jej podstawę filozoficzną stanowi funkcjonalny kontekstualizm, a teoretyczną – teoria ram relacyjnych (*Relational Frame Theory*, RFT), będąca kompleksową teorią dotyczącą ludzkiego języka i poznania (Hayes, Strosahl i Wilson, 2013). ACT ma udowodnioną skuteczność wobec problemów takich, jak chroniczny ból, depresja, psychozy, zaburzenia lękowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz wiele innych (Ruiz, 2010). Ponieważ ACT jest na razie stosunkowo mało znanym w Polsce rodzajem terapii, jej założenia zostaną przedstawione nieco szerzej.

Zgodnie z jednym z postulatów funkcjonalnego kontekstualizmu, odnoszącego się do tzw. pragmatycznej teorii prawdy (prawdziwe jest to, co użyteczne i funkcjonalne), twórcy ACT przyjmują, że cele terapii nie są narzucone na podstawie jakiegoś arbitralnego, zewnętrznego kryterium, lecz wynikają z wartości, które są istotne dla danej osoby. Zatem ACT, w odróżnieniu od ujęcia tradycyjnego, nie narzuca arbitralnej definicji „normalności” – zdrowie psychiczne rozumiane jest jako zdolność do realizacji ważnych dla danej osoby celów i wartości, a nie jako brak symptomów (Gifford i Hayes, 1999; Hayes, Strosahl i Wilson, 2013).

Podejście ACT do zdrowia psychicznego różni się od ujęcia tradycyjnego w jeszcze jeden, istotny sposób. Hayes, Strosahl i Wilson (2013), opierając się na teorii ram relacyjnych i wynikach badań jej dotyczących, utrzymują, że w związku z tym, jak funkcjonuje ludzki język, cierpienie psychiczne, zamiennie określane mianem bólu, jest nieodłącznym towarzyszem człowieka. Nie da się

go uniknąć, ponieważ w odróżnieniu od zwierząt, nie jesteśmy w stanie uciec od takiego cierpienia w sposób fizyczny i sytuacyjny. Na przykład, nie możemy uciec przed bólem po stracie najbliższej osoby albo przed wspomnieniem doznanej krzywdy. Człowiekowi zawsze towarzyszy jego umysł, którego wytwory (myśli) wywołują takie same reakcje, jakie wywołałyby autentyczne zdarzenia fizyczne. Zjawisko to nazywane jest fuzją poznawczą (*cognitive fusion*). Mamy z nią do czynienia wtedy, gdy werbalnie ustanowione² funkcje bodźców dominują nad innymi ich funkcjami, np. gdy ocena jakiegoś bodźca (wartość, uroda itp.) dominuje nad innymi jego aspektami i całkowicie kontroluje nasze reakcje na ten bodziec. Pod wpływem fuzji ludzkie zachowanie pozostaje bardziej pod kontrolą reguł werbalnych³ niż pod kontrolą bezpośredniego doświadczenia. Reguły werbalne rządzące zachowaniem przynoszą bez wątpienia liczne korzyści (np. ułatwiają ocenę sytuacji oraz umożliwiają przewidywanie konsekwencji i planowanie działań). Z drugiej strony, te same reguły zastosowane wobec doświadczenia wewnętrznego mogą stać się źródłem cierpienia, prowadząc do usztywnienia i ograniczenia repertuaru zachowań jednostki, utrudniając w rezultacie realizację ważnych dla danej osoby celów i wartości (Hayes Strosahl i Wilson, 2013). Procesy te, według teorii ram relacyjnych, są naturalną konsekwencją ludzkiego języka i „produktem ubocznym” typowo ludzkich mechanizmów poznania (Torneke, 2010; Ostaszewski i Malicki, 2013).

Według twórców ACT problemy psychiczne nie wynikają z samej obecności nieprzyjemnych myśli czy negatywnych emocji, lecz raczej są skutkiem prób ich unikania i kontrolowania za wszelką cenę. Prób z góry skazanych na niepowodzenie, ponieważ człowiek nie może kontrolować swojego wewnętrznego doświadczenia (swoich uczuć, wspomnień, myśli, doznań) w taki sam sposób,

² Poprzez werbalne ustanowienie funkcji bodźca teoria ram relacyjnych rozumie dołączenie do obiektywnych funkcji danego bodźca innych funkcji, ze względu na to, że bodziec ten włączony zostaje w tzw. ramy relacyjne z innymi bodźcami. Bardziej szczegółowe i precyzyjne informacje o teorii ram relacyjnych i jej konsekwencjach praktycznych, a także o jej związkach z psychoterapią opisują m.in. Torneke (2010), a w języku polskim Ostaszewski i Malicki (2013).

³ Współczesna psychologia behawioralna stoi na stanowisku, że w odróżnieniu od zachowania organizmów niewerbalnych, ludzkie zachowanie kontrolowane jest nie tylko poprzez bezpośrednie zależności sprawcze. Zgodnie z teorią ram relacyjnych posługiwanie się ramami relacyjnymi i wywodzenie relacji między nimi umożliwia ludziom tworzenie reguł kierujących zachowaniem oraz uczenie się nowych zachowań bez potrzeby ich bezpośredniego warunkowania. Reguły te tworzone są w oparciu o te same mechanizmy behawioralne, które leżą u podłoża rozwoju języka, i w tym znaczeniu nazywane są w RFT „regułami werbalnymi”. Jedną z podstawowych cech zachowania kontrolowanego przez reguły jest jego mała podatność na modyfikację poprzez bezpośrednie konsekwencje. Ma to oczywiście swoje pozytywne strony, ale w przypadku zachowań problematycznych w sensie klinicznym, stanowi duże wyzwanie dla terapeuty. Opracowanie problematyki dotyczącej reguł werbalnych przedstawia Torneke (2010).

w jaki kontroluje się zagrożenia zewnętrzne. Próby kontrolowania, zmiany lub uniknięcia własnych przeżyć (myśli, emocji, wspomnień, doznań fizycznych) nazywane są unikaniem doświadczania (*experiential avoidance*). Unikanie doświadczania przynosi odwrotne od oczekiwanych skutki w postaci zwiększenia ważności, intensywności i częstości niechcianych doświadczeń wewnętrznych (Luoma, Hayes i Walser, 2007). Co więcej, unikanie doświadczania, pochłaniając energię i czas, prowadzi do stopniowego usztywnienia i ograniczenia repertuaru zachowań, a także utraty kontaktu z istotnymi celami i wartościami. Każdy kolejny dzień życia sprowadza się do poszukiwania krótkoterminowej ulgi, którą daje ucieczka przed własnymi przeżyciami. Ucieczka przed własnym doświadczeniem zastępuje podążanie za tym, co naprawdę ważne i co mogłoby dać radość i poczucie sensu (Sandoz, Wilson i DuFrene, 2010; Hayes Strosahl i Wilson, 2013). Unikanie doświadczania prowadzi do tzw. wtórnego cierpienia – bólu związanego z życiem pozbawionym sensu, celu i wartości. Fuzja poznawcza i unikanie doświadczania przyczyniają się do braku psychologicznej elastyczności (*psychological inflexibility*), który jest podstawowym źródłem psychopatologii według ACT. Jest on definiowany jako niezdolność do powstrzymania, rozpoczęcia lub kontynuowania zachowania nawet wtedy, gdyby było to niezbędne do realizacji celów zgodnych z przyjętymi wartościami (Luoma, Hayes i Walser, 2007).

Według ACT podstawą zdrowia psychicznego oraz mediatorem zmiany terapeutycznej jest psychologiczna elastyczność, czyli bycie obecnym „tu i teraz”, ze wszystkimi swoimi myślami i emocjami oraz zdolnością do dokonywania wyborów i kierowania zachowaniem w taki sposób, by służyło ono realizacji osobistych wartości (Ciarrochi, Billich i Godsell, 2010; Hayes, Strosahl i Wilson, 2013). Psychologiczna elastyczność składa się z sześciu funkcjonalnie zdefiniowanych behawioralnych komponentów, których rozwijanie jest strategicznym celem ACT. Są to: defuzja, akceptacja, kontakt z chwilą obecną, Ja jako kontekst, wartości, zaangażowane działanie. Komponenty te zostaną omówione poniżej.

Defuzja jest procesem terapeutycznym polegającym na stworzeniu kontekstu, w którym myślenie zaczyna być doświadczane jako wewnętrzny, obserwowalny proces, a myśli tracą swoją dosłowność i tym samym swój wpływ na emocje i zachowanie. Można powiedzieć, że w rezultacie defuzji ludzie uczą się traktować symbole (w tym myśli i wspomnienia) jako to, czym są, a nie jako to, co symbolizują. Akceptacja jest z kolei rozumiana jako świadoma zgoda na to, by doświadczać rzeczywistość taką, jaką ona jest. Akceptacja to wybór doświadczania trudnych emocji, myśli, wspomnień i doznań fizycznych w pełni i bez obrony przed własnymi przeżyciami, wtedy gdy obrona taka utrudniałaby realizowanie

celów zgodnych z osobistymi wartościami. Kontakt z chwilą obecną to inaczej bycie uważnym i świadomym tego, czego doświadcza się w danym momencie, zaś Ja jako kontekst polega na przyjmowaniu perspektywy obserwatora, przede wszystkim w odniesieniu do treści własnej świadomości (np. myśli, emocji, wspomnień). Procesy te ułatwiają określenie wartości, które dla danej osoby są ważne, oraz podjęcie zgodnych z nimi działań (Hayes, Strosahl i Wilson, 2013).

W ACT (inaczej niż w terapii poznawczo-behawioralnej) zaburzenia odżywiania są rozumiane poprzez funkcję, jaką pełnią w życiu danej osoby, oraz w kontekście, z którego się wyłaniają (Sandoz, Wilson i DuFrene, 2010). Zaburzenia odżywiania i ich symptomy wymagają leczenia nie dlatego, że odbiegają od normy, niekorzystnie wpływają na organizm czy powodują stres, lecz dlatego, że uniemożliwiają realizację celów i wartości ważnych dla danej osoby. Poszczególne symptomy można rozumieć jako formę ucieczki od trudnych myśli, nieprzyjemnych emocji czy doznań płynących z ciała – zarówno na poziomie bardziej ogólnym, np. zaabsorbowanie jedzeniem i wagą odwraca uwagę od trudności życiowych, poczucia samotności, świadomości nieuchronności śmierci, jak i na poziomie poszczególnych zachowań i doświadczeń wewnętrznych, np. objadanie się stanowi formę ucieczki od uczucia smutku (Pearson, Heffner i Follette, 2010). Warto zaznaczyć, że w związku ze stale zmieniającym się kontekstem, spostrzegane zachowania – zarówno te mniej (uczucia, myśli), jak i bardziej obserwowalne (ograniczenia dietetyczne, napady objadania się, zachowania kompensacyjne) – mogą u różnych osób pełnić różne funkcje i należy je rozpatrywać indywidualnie (Sandoz, Wilson i DuFrene, 2010).

Poza bieżącym kontekstem, w jakim usytuowane są poszczególne symptomy, istotny jest również kontekst historyczny – specyficzny dla danej osoby szereg doświadczeń, kształtujących jej stosunek do wagi i wyglądu, jedzenia oraz własnych doświadczeń wewnętrznych. Osoby z zaburzeniami odżywiania uczą się w ciągu życia, że piękno wiąże się ze szczupłością oraz jest sposobem uzyskania społecznej akceptacji, która stanowi ważne pozytywne wzmocnienie dla człowieka. Osoby te uczą się także, że jedzenie jest nie tylko biologiczną potrzebą, ale spełnia również inne funkcje – umożliwia uzyskanie pozytywnych wzmocnień o charakterze społecznym, np. zadowolenie matki na widok zjedzonego przez dziecko posiłku. Pełni także istotną rolę w kulturze oraz celebracji świąt i uroczystości. Przykładowo, trudno wyobrazić sobie wesele czy kolację wigilijną bez jedzenia. Jest sposobem okazywania innym miłości – dla niektórych jedynym, jakiego mieli szansę doświadczyć. Jedzenie stanowi także dopuszczalną i łatwo dostępną formę odczuwania przyjemności czy znalezienia ulgi od nieprzyjemnych stanów emocjonalnych. Ponadto niektórzy ludzie już od wczesnego

dzieciństwa dowiadują się, że zły nastrój oraz negatywne myślenie są oznaką „nienormalności” oraz świadczą o istnieniu problemu, który należy rozwiązać. Uczą się również, że obecność pozytywnych emocji wiąże się z aprobatą społeczną. W konsekwencji podejmują próby unikania niepożądanych doświadczeń wewnętrznych, na przykład poprzez objadanie się czy ograniczanie jedzenia.

Do rozwoju zaburzeń odżywiania dochodzi, gdy na skutek szeregu doświadczeń (procesu uczenia się) ciało i jedzenie zaczynają sprawować kontrolę awersyjną nad zachowaniem danej osoby. Z czasem jej uwaga zawęża się coraz bardziej do ciała sprowadzonego do jednego tylko wymiaru – „gruby-chudy”, spychając inne dziedziny życia na dalszy plan. Jedzenie staje się bodźcem karzącym, a interakcje z nim są zorganizowane wokół unikania. Repertuar zachowań danej osoby ulega stopniowemu zawężeniu, jej myśli, uczucia, uwaga skierowane są coraz bardziej na ciało oraz unikanie jego obrazu (*body image avoidance*⁴). Zachowania związane z kontrolą wagi i wyglądu stają się ważniejsze niż nauka, relacje z najbliższymi czy pasje życiowe. Osoba traci zdolność do robienia tego, co jest dla niej naprawdę w życiu ważne, realizacji swoich celów i dążeń. Myśli o jedzeniu, wadze i wyglądzie odwracają uwagę od bieżącej chwili i uniemożliwiają doświadczanie rzeczywistości w pełni, ze wszystkimi jej aspektami. Ograniczanie jedzenia, objadanie się, unikanie wyobrażenia własnego ciała służą unikaniu niepożądanych doświadczeń wewnętrznych. Jej poczucie tożsamości (Ja) zaczyna się ograniczać tylko do wymiarów związanych z wagą, jedzeniem czy zaburzeniem odżywiania („jestem łakomczuchem”, „jestem anorektyczką”). Na skutek utraty kontaktu z długoterminowymi konsekwencjami podejmowanych działań obszar wartości, które są dla niej ważne, stopniowo się zawęża. Praca, rodzina, bliskie związki, spotkania towarzyskie, realizacja pasji czy marzeń przestają być istotne; życie osoby chorej koncentruje się na jedzeniu, wadze i wyglądzie. Kontrolę nad zachowaniem zaczynają sprawować reguły werbalne związane z narzuconymi z zewnątrz wartościami i potrzebą zyskania aprobaty społecznej, np. „poczuję się szczęśliwa dopiero wtedy, gdy schudnę”. Zachowania nie ulegają zmianie, mimo iż przynoszą liczne negatywne konsekwencje, i nie prowadzą do realizacji osobistych celów i wartości (Sandoz i in., 2010). Warto zauważyć, że w tym rozumieniu nie diagnoza (rozdzielenie między jadłowstrętem psychicznym, bulimią czy EDNOS), lecz konceptualizacja właściwa dla danej osoby decyduje o przebiegu leczenia (podobnie jak w modelu transdiagnostycznym Fairburna).

⁴ Na unikanie obrazu ciała składają się zachowania związane zarówno z obsesyjnym sprawowaniem wagi i wyglądu, jak i unikaniem luster, maskowaniem się pod obszernymi ubraniami i inne (określanie przez Fairburna mianem kontrolowania i unikania figury).

Nadrzędnym celem terapii jest umożliwienie klientowi prowadzenia życia zgodnego z ważnymi dla niego wartościami. Cel ten jest realizowany poprzez zwiększanie psychologicznej elastyczności (rozwijanie jej poszczególnych behawioralnych komponentów), która czyni wartościowe życie bardziej prawdopodobnym. Zgodnie z tak sformułowanym celem, ACT nie koncentruje się na redukcji symptomów zaburzeń odżywiania, lecz na poszerzeniu repertuaru zachowań oraz zmianie dominujących funkcji repertuaru behawioralnego (Sandoz, Wilson i DuFrene, 2010). Autorzy podkreślają, że w trakcie trwania terapii niezwykle istotne jest spostrzeganie drugiej osoby (klienta) nie jako problemu wymagającego rozwiązania, lecz jako istoty ludzkiej, ze wszystkimi jej trudnościami, wartościami, dążeniami, doświadczeniami i z całym jej cierpieniem.

W przebiegu terapii terapeuta zauważa brak elastyczności w trakcie sesji w zakresie poszczególnych komponentów behawioralnych i dostarcza doświadczeń, dzięki którym elastyczność psychologiczna jest bardziej prawdopodobna. Taka strategia prowadzi do zwiększenia wrażliwości klienta na alternatywne, względem reguł werbalnych, źródła kontroli zachowania, wzmocnienia jego autonomii i zdolności dokonywania wyborów oraz kształtowania nowych, efektywnych zachowań służących realizacji własnych celów i wartości. Twórcy ACT sugerują, że nie ma jednego właściwego protokołu dla prowadzenia terapii i pozostawiają terapeutę swobodę do tworzenia własnych protokołów (Sandoz, Wilson i Frene, 2010).

Techniki stosowane w ACT wybierane są na podstawie ich właściwości funkcjonalnych, a nie formalnych. Zgodnie z tym rozumieniem, w ACT można używać każdej techniki, o ile spełnia ona swoją funkcję (Hayes, Strosahl i Wilson, 2013). Terapeuta ACT korzysta więc z różnych technik stosowanych w innych podejściach terapeutycznych, wybierając je w taki sposób, by oddziaływały na specyficzne procesy, składające się na psychologiczną elastyczność. Wybór technik uzasadniany jest na podstawie tez zawartych w teorii ram relacyjnych i wyników badań empirycznych prowadzonych w jej obszarze (Blackledge i Drake, 2013).

W odróżnieniu od tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej (ale podobnie jak w podejściu transdiagnostycznym Fairburna) terapeuta nie pracuje nad modyfikacją samej treści myśli czy przekonań, gdyż prowadzi to do wzrostu ich ważności i częstotliwości. Terapeuta raczej stara się zmienić funkcję, jaką myśli i przekonania pełnią w życiu danej osoby. Terapeuta dokonuje zmiany psychologicznej funkcji problematycznych doświadczeń i ułatwia realizację celów i wartości poprzez zapewnienie odpowiedniego kontekstu terapeutycznego, stosując techniki wyobrazeniowe, *mindfulness*, metafory (w tym metafory angażujące

system niewerbalny, np. przeciąganie liny), ćwiczenia zmian perspektywy (np. „co Ty o 5 lat starszy mógłbyś powiedzieć Tobie dziś?”), ćwiczenia dotyczące klaryfikacji wartości oraz konstruowania celów. Jako że ACT wywodzi się z nurtu behawioralnego, korzysta również z technik takich, jak monitorowanie, ekspozycja czy eksperymenty behawioralne (Blackledge i Barnes-Holmes, 2009; Hayes, Strosahl i Wilson, 2013).

Wyniki badań dotyczące zastosowania ACT w problemach z odżywianiem, choć nieliczne, są obiecujące. Pierwsze opisane w postaci studium przypadku zastosowanie ACT w leczeniu zaburzeń odżywiania dotyczy anoreksji (Heffner i in., 2002). Kilka randomizowanych badań z grupą kontrolną (RCT) potwierdziło skuteczność ACT u osób mających problemy z jedzeniem (*disordered eating*), jednak żadne z nich nie odnosiło się do populacji klinicznej (osób z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania). Dotychczas badano następujące grupy: studentów, u których problemy z odżywianiem towarzyszyły innym zaburzeniom psychicznym (Juarascio, Forman, Herbert i in., 2010), osoby po operacji bariatrycznej (Weineland i in., 2011) oraz osoby przejawiające wysoki poziom niezadowolenia z własnego ciała (Pearson, Follette i Hayes, 2012). Badacze podkreślają konieczność przeprowadzenia badań na grupie osób z rozpoznaniem zaburzeń odżywiania i ważność ciągłego rozwoju podejścia (Sandoz, Wilson i DuFrene, 2010).

WNIOSKI KOŃCOWE

Choć opisane podejścia różnią się podłożem teoretycznym, proponowanymi mechanizmami zmiany oraz modelami psychopatologii, mają też cechy wspólne. Łączy je nacisk kładziony na empiryzm i konieczność potwierdzania skuteczności terapii w badaniach klinicznych. Obydwa prezentowane podejścia ujmują zaburzenia odżywiania w sposób transdiagnostyczny (choć modele psychopatologii są odmienne) oraz dostosowują podejście do indywidualnej konceptualizacji przypadku.

Na razie skuteczność CBT-E jest lepiej udokumentowana w badaniach. Jej dużym atutem jest konkretny, określony w czasie protokół oraz szybkie wprowadzenie zmian w zakresie zachowań zagrażających zdrowiu osoby (np. rezygnacja z zachowań kompensacyjnych). Jednak terapia skoncentrowana jest wokół symptomów oraz wymaga dużej motywacji ze strony pacjenta, a także zgody na regularne ważenie się i monitorowanie jedzenia od początku terapii. Nie udowodniono również, jakie mechanizmy leżą u podłoża poprawy. Pomimo iż dotych-

czasowe dane na temat CBT-E napawają optymizmem, warto zadać sobie pytanie teoretyczne o przewidywaną trwałość efektów terapii. Zgromadzona do tej pory w badaniach empirycznych ogólna wiedza na temat przebiegu procesów uczenia się wskazuje, że modyfikacja zachowań oznacza raczej wyuczenie nowego zachowania, niż wyeliminowanie poprzednich, nieadaptacyjnych zachowań. Fenomeny, takie jak samoistne odnowienie się odruchu w warunkowaniu klasycznym czy odrodzenie (*resurgency*) starych reakcji w warunkowaniu sprawczym, sugerują, że zmiana zachowań nie eliminuje ich poprzednich wersji (Bouton, 2002; Bouton i Swartzentruber, 1991). Zostają one raczej wytłumione, a nie „wymazane” i na zawsze pozostają w repertuarze możliwych zachowań jednostki. Jeśli natomiast nowe zachowania przestaną być w pewnym momencie podtrzymywane przez wzmocnienia środowiskowe (co w przypadku zaburzeń odżywiania jest prawdopodobne, gdyż środowisko społeczno-kulturowe pacjenta może podtrzymywać zachowania zmierzające do utrzymania szczupłego wyglądu), należy spodziewać się powrotu do poprzednich sposobów działania. Prognoza taka, choć sformułowana na gruncie behawiorystycznym, jest zgodna z modelem aktywacji-deaktywacji schematów poznawczych (Hollon, Evans i DeRubeis, 1988). Zgodnie z tym modelem dysfunkcjonalne schematy poznawcze nie ulegają w wyniku terapii przekształceniu, tylko zostają deaktywowane, podczas gdy nowe, bardziej funkcjonalne schematy przejmują rolę aktywnych regulatorów zachowania. Można zatem się spodziewać, że w niesprzyjających warunkach dojdzie do aktywacji starych i dezaktywacji nowych schematów. W świetle tego model CBT-E wydaje się w niewystarczającym stopniu wyposażać pacjenta w umiejętności o charakterze bardziej ogólnym, tak by mógł poradzić sobie w warunkach powrotu do poprzednich schematów działania. Być może terapia poprzez akceptację i zaangażowanie jest lepszą odpowiedzią na środowiskowo-kulturowe czynniki podtrzymujące psychopatologię zaburzeń odżywiania.

ACT skoncentrowana jest na osobie oraz ważnych dla niej celach i wartościach, a symptomy traktuje jako nieskuteczne, wyuczone zachowania adaptacyjne, tworzące bariery na drodze do ich osiągnięcia. Podejście to może ułatwiać zarówno rozpoczęcie leczenia, jak i znoszenie dyskomfortu związanego z wprowadzanymi zmianami oraz zmniejszać koncentrację na jedzeniu, wadze i wyglądzie, szczególnie u osób chorujących długo i mających zaburzenia współwystępujące. Wyposaża pacjenta w zespół umiejętności pozwalających mu na radzenie sobie w sytuacji, gdy wyuczone w przeszłości na przykład nieprzyjemne myśli czy emocje mogłyby uruchamiać poprzednie schematy postępowania. Tym samym zmniejszać się powinno ryzyko powrotu do zachowań stanowiących

problem, z jakim pacjent zwrócił się o pomoc do terapeuty. Co więcej, pacjent uczy się podejmować nowe zachowania, zgodne z osobistymi wartościami i celami, dostarczające mu rosnącej, w miarę upływu czasu, ilości wzmocnień pozytywnych, co sprawia, że ryzyko powrotu wyuczonych w przeszłości zachowań problematycznych tym bardziej maleje.

W przyszłości warto byłoby dokonać bezpośredniego porównania skuteczności jednego i drugiego podejścia w odniesieniu do zaburzeń odżywiania, zwłaszcza trwałości rezultatów terapii, oraz sprawdzić, czym charakteryzują się osoby, które odnoszą większe korzyści z jednego bądź drugiego podejścia. Do hipotetycznych czynników różnicujących można by zaliczyć poziom motywacji, dotychczasowy przebieg leczenia (czas trwania choroby, współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, ilość i rodzaj przebytych terapii) czy znaczenie przypisywane chorobie. Interesującym kierunkiem badawczym wydaje się uwzględnienie możliwości integracji obydwu podejść w leczeniu zaburzeń odżywiania, tak by wykorzystać najmocniejsze strony każdego z nich i zmaksymalizować efektywność oddziaływań terapeutycznych.

LITERATURA CYTOWANA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blackledge, J. T. i Barnes-Holmes, D. (2009). Core processes in acceptance and commitment therapy. W: J. T. Blackledge, J. Ciarrochi i F. P. Deane (red.), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory, research, and practice* (s. 1-40). Sydney: Australian Academic Press.
- Blackledge, J. T. i Drake, C. E. (2013). Acceptance and commitment therapy: Empirical and theoretical considerations. W: S. Dymond i B. Roche (red.), *Advances in Relational Frame Theory. Research and application* (s. 219-252). Oakland: Context Press.
- Bouton, M. E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction. *Biological Psychiatry*, 52, 976-986.
- Bouton, M. E. i Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian and instrumental learning. *Clinical Psychology Review*, 11, 123-140.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L. i Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.
- Ciarrochi, J., Billich, L. i Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. W: R. Baer (red.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (s. 51-75). Oakland: Context Press.
- Curran, L., Schmidt, U., Treasure, J. i Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135.

- Dimidjian, S. i Dobson, K. S. (2005). Proces zmiany w terapii poznawczej. W: M. Reinecke i D. Clark (red.), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce* (s. 525-556). Gdańsk: GWP.
- Fairburn, C. G. (2013). Zaburzenia odżywiania: perspektywa transdiagnostyczna i teoria poznawczo-behawioralna. W: C. G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania* (s. 8-26). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fairburn, C. G. i Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome „not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A. i Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. i Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. i Shafran, R. (2013). Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania (CBT-E): struktura ogólna. W: C. G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania* (s. 26-40). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R. i Straebl, S. (2013). Wzmocniona terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania: protokół główny. W: C. G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania* (s. 55-227). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Fairburn, C. G. i Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Favaro, A., Ferrara, S. i Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic Medicine*, 65, 701-708.
- Gelder, M. (2006). Naukowe podstawy terapii poznawczo-behawioralnej. W: D. M. Clark i C. G. Fairburn (red.), *Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna* (s. 23-41). Gdynia: Alliance Press.
- Gifford, E. V. i Hayes, S. C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioural science. W: W. O'Donohue i R. Kitchener (red.), *Handbook of behaviorism* (s. 285-327). San Diego: Academic Press.
- Grave, R. D. (2011). Eating disorders: Progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153-160.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. i Wilson, K. G. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka uważnej zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H. i Detweiler, M. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232-236.
- Hoiles, K. J., Egan, S. J. i Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, 13, 123-126.
- Hollon, S. D., Evans, M. D. i DeRubeis, R. J. (1988). Preventing relapse following treatment for depression: The cognitive pharmacotherapy project. W: T. M. Field, P. M. McCabe i N. Schneiderman (red.), *Stress and coping across development* (s. 227-243). New York: Erlbaum.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. i Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Therapy for the treatment of co morbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34, 175-190.

- Luoma, J. B., Hayes, S. C. i Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U. i Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578.
- Murphy, R., Cooper, Z., Hollon, S. J. i Fairburn, C. G. (2009). How do psychological treatments work? Investigating mediators of change. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1-5.
- Ostaszewski, P. i Malicki, S. (2013). Człowiek – zwierzę werbalne: wprowadzenie do Teorii Ram Relacyjnych. *Przegląd Psychologiczny*, 56(1), 45-57.
- Pearson, A. N., Follette, V. M. i Hayes, S. C. (2012). A pilot study of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 181-197.
- Pearson, A. N., Heffner, M. i Follette, V. M. (2010). *Acceptance and CommitmentT for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Pilecki, M. W., Nowak, A. i Zdenkowska-Pilecka, M. (2004). Change in the frequency of consultations concerning eating disorders in the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Kraków (Poland) in the years 1988-2004. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 35-40.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Sandoz, E., Wilson, K. G. i DuFrene, T. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: A process-focused guide to treating anorexia and bulimia*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. i Dahl, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research and Clinical Practice*, 6, 21-30.
- Wilson, G. T. i Shafraan, R. (2005). Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*, 365, 79-81.