

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania

Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders

A Comprehensive Treatment Guide



Glenn Waller

Helen Cordery

Emma Corstorphine

Hendrik Hinrichsen

Rachel Lawson

Victoria Mountford

Katie Russell



CAMBRIDGE
UNIVERSITY PRESS

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania

Wszechstronny przewodnik terapeutyczny



Glenn Waller

Helen Cordery

Emma Corstorphine

Hendrik Hinrichsen

Rachel Lawson

Victoria Mountford

Katie Russell

Redaktor naukowy wydania polskiego:

lek. med. Maria Gałuszko-Węgielnik



medipage


CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders

Published in the United States of America by Cambridge University Press New York

© G. Waller, H. Cordery, E. Corstorphine, H. Hinrichsen, R. Lawson, V. Mountford, K. Russel 2007

This publication is in copyright. Subject to statutory exception and to the provisions of relevant collective licensing agreements, no reproduction of any part may take place without the written permission of Cambridge University Press. First published 2007

ISBN 978-0-521-67248-1

medipage

Copyright © by MediPage, Warszawa 2011

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka jest chroniona prawem autorskim. Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości lub części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Medycyna jest nauką podlegającą ciągłym zmianom. W miarę uzyskiwania nowych wyników badań i doświadczenia klinicznego należy dokonywać zmian w doborze leków i sposobach leczenia. Autorzy i wydawcy tej książki opierali się na źródłach uznawanych za miarodajne, zapewniających informacje pełne i zgodne ze standardami aktualnymi w okresie publikacji. Jednak wobec ludzkiej omyłności oraz zmian wiedzy medycznej ani wydawcy, ani wydawnictwo, ani też żadna ze stron uczestniczących w przygotowaniu tego wydania nie może gwarantować, że zawarte tutaj informacje są pod każdym względem wyczerpujące i dokładne; tym samym nie ponoszą oni odpowiedzialności za jakiegokolwiek błędy, uchybienia lub wyniki uzyskiwane na podstawie danych zawartych w tej publikacji. Zachęcamy zatem Czytelników do porównywania zawartych tu informacji z innymi źródłami. Czytelnik powinien zwrócić szczególną uwagę na zalecenia zawarte w ulotce informacyjnej dołączonej do opakowania leku, który zamierza zastosować, aby upewnić się, że informacja z tego podręcznika jest dokładna i że nie wprowadzono żadnych zmian w dawkowaniu lub przeciwwskazaniach do jego stosowania. Takie postępowanie jest szczególnie istotne w przypadku leków nowych lub rzadko stosowanych.

ISBN 978-83-61104-47-6

Redaktorzy prowadzący: Agnieszka Kosowska, Alicja Lang

Tłumaczenie: Agata Maksimowska, Magdalena Stec

Weryfikacja anglistyczna: Aldona Janowicz

Konsultacja stylistyczna: Monika Nicińska, Konrad Niciński

Redakcja naukowa: dr n. med. Maria Gałuszko-Węgielnik

Redakcja stylistyczna i korekta: Agnieszka Kosowska

MediPage Sp. z o.o.

Redaktor Naczelny: Bogdan Materna

02-594 Warszawa, ul. J. Bruna 12/20

tel./faks 022-646-41-50

www.medipage.pl

Skład i łamanie: Julia Gorol

Projekt okładki i redakcja techniczna: Maria Matysiak-Gorol

Druk i oprawa:

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania

Wszechstronny przewodnik terapeutyczny

W książce przedstawiono stosowanie zasad terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu pacjentów z szeroko pojętymi zaburzeniami odżywiania: zarówno tych, którzy przejawiają jednoznaczne objawy, jak i tych z bardziej złożonymi problemami i zaburzeniami współwystępującymi. Przyjęto w niej bardzo pragmatyczny punkt widzenia. Książka powstała na podstawie opublikowanych danych, podkreślono w niej jednak znaczenie zindywidualizowanej pracy z pacjentem, opartej na zasadach postępowania klinicznego. Przedstawione zostały techniki reprezentujące szeroki kontekst kliniczny, odpowiednie dla pacjentów w różnym wieku i na różnych etapach leczenia (od diagnozy po zakończenie terapii). Zaakcentowano relacje między teorią i praktyką, aby podkreślić znaczenie elastycznego stosowania umiejętności w nowych sytuacjach. Zamieszczone opisy przypadków, a także fragmenty rozmów z pacjentami pozwalają zademonstrować działanie opisywanych zasad w praktyce. Na końcu znajduje się zestaw materiałów, które mogą być przydatne dla pacjentów oraz klinicystów. Książka ta może być ważną lekturą dla wszystkich osób stykających się z zaburzeniami odżywiania: psychologów, psychiatrów, personelu medycznego, terapeutów zajęciowych, doradców i dietetyków.

Glenn Waller – konsultant z zakresu psychologii klinicznej w Vincent Square Eating Disorders Service, Central and North West London Mental Health NHS Trust, jako profesor wizytujący współpracuje z Institute of Psychiatry King's College w Londynie.

Helen Cordery – dyplomowany dietetyk w St. George's Eating Disorders Service oraz Kingston Hospital NHS Trust.

Emma Corstorphine – główny psycholog kliniczny w St. George's Eating Disorders Service, South West London i St. George's Mental Health NHS Trust, jako wizytujący pracownik naukowy współpracuje z Institute of Psychiatry King's College w Londynie.

Hendrik Hinrichsen – główny psycholog kliniczny w St. George's Eating Disorders Service, South West London i St. George's Mental Health NHS Trust, jako wizytujący pracownik naukowy współpracuje z Institute of Psychiatry King's College w Londynie.

Rachel Lawson – psycholog kliniczny w South Island Eating Disorders Service, Canterbury District Health Board, jako wizytujący pracownik naukowy współpracuje z Institute of Psychiatry King's College w Londynie.

Victoria Mountford – dyplomowany psycholog kliniczny w St. George's Eating Disorders Service, South West London & St. George's Mental Health NHS Trust, jako wizytujący pracownik naukowy współpracuje z Institute of Psychiatry King's College w Londynie.

Katie Russel – dyplomowany psycholog kliniczny w St. George's Eating Disorders Service, South West London & St. George's Mental Health NHS Trust.

Naszym Rodzinom

Podziękowania

Jesteśmy wdzięczni wielu osobom i instytucjom za ich inspirację i wsparcie podczas pisania tej książki. Szczególne podziękowania składamy:

- naszym kolegom pracującym w zespołach interdyscyplinarnych (w szczególności Joan Brunton za rady w zakresie ryzyka medycznego);
 - naszym pracodawcom (South West London i St. George's Mental Health NHS Trust; Kingston Hospital NHS Trust; Central and North West London Mental Health NHS Trust);
 - stażystom, studentom i asystentom, którzy z nami współpracowali;
 - klinicystom i badaczom, którzy nas zainspirowali,
- oraz
- pacjentom, którzy stanowili wyzwanie dla naszych wstępnych założeń i wspierali nas w naszej pracy.

Spis treści

Przedmowa

str. xxv

Część I Wprowadzenie

1	Teoretyczne podstawy terapii poznawczo-behawioralnej	3
1.1	Znaczenie dowodów	3
1.2	Objęcie procesem leczenia całej osoby	4
1.3	Postawa kliniczna: dociekliwy klinicysta	4
1.3.1	Relacja terapeutyczna oparta na współpracy	5
1.4	Podejście transdiagnostyczne	6
1.4.1	Stosowanie modelu transdiagnostycznego w praktyce	7
1.5	Główne treści w procesie leczenia	8
1.5.1	Przejęciowy dyskomfort, konieczny do osiągnięcia długotrwałych korzyści	8
1.5.2	Pacjent w roli swojego terapeuty	9
1.5.3	Praca nad sztywnością myślenia	10
1.5.4	Ustalanie celów	11
1.6	Znaczenie sformułowania przypadku	11
1.7	Znaczenie eksperymentów behawioralnych	12
2	Podstawowe etapy terapii poznawczo-behawioralnej i forma jej prowadzenie	14
2.1	Podstawowe etapy w TPB zaburzeń odżywiania	14
2.2	Czas trwania leczenia. Kiedy oczekiwać zmian?	15
2.3	Forma terapii	16
3	Przygotowania klinicysty przed rozpoczęciem terapii	18
3.1	Bezpieczeństwo medyczne	18
3.2	Ocena ryzyka w zaburzeniach odżywiania	19
3.3	Kto jest zagrożony z medycznego punktu widzenia?	19
3.4	Ocena skrajnych zagrożeń na początku terapii	20
3.4.1	Zmiany masy ciała w ostatnim czasie	21
3.4.2	Nieinwazyjne badania siły mięśni: test „usiądź, kucnij, wstań”	23
3.5	Planowanie opieki na podstawie wyników podstawowych testów fizycznych	23

3.6	Ocena zagrożenia chronicznego	24
3.7	Monitorowanie ryzyka w czasie terapii	25
3.7.1	Kiedy przerwać TPB z powodu zagrożenia zdrowia?	25
3.8	Znaczenie pracy w zespole interdyscyplinarnym	26
3.9	Przygotowanie miejsca terapii	28
3.10	Rozwiązywanie problemów: realistyczne oczekiwania wobec TPB	28
	Podsumowanie	30

Część II Kluczowe umiejętności kliniczne stosowane w terapii poznawczo-behawioralnej pacjentek z zaburzeniami odżywiania

4	Ocena	33
4.1	Obszary zainteresowania klinicznego poruszane w wywiadzie	33
4.1.1	Informacje demograficzne	34
4.1.2	Zachowania związane z odżywianiem	34
4.1.3	Pomiar masy ciała i wzrostu pacjentki	35
4.1.4	Funkcjonowanie psychoseksualne obecnie i w przeszłości	36
4.1.5	Podstawowe obszary koncentracji myślenia	37
4.1.5.1	Postawa względem własnego ciała – niezadowolenie	37
4.1.5.2	Postrzeganie własnego ciała	37
4.1.5.3	Lęk przed byciem grubą i przybraniem na wadze	38
4.1.6	Rozpoznanie zaburzeń odżywiania	38
4.1.7	Ogólny stan zdrowia	38
4.1.8	Współwystępujące zaburzenia behawioralne i psychologiczne	40
4.1.9	Ocena ryzyka	40
4.1.10	Historia leczenia	40
4.1.11	Struktura rodziny	41
4.1.12	Historia życia	41
4.1.13	Motywacja pacjentki i cele leczenia	41
4.1.14	Preferencje co do sposobu leczenia	41
4.1.15	Dodatkowa ocena przekonań, emocji i zachowań	42
4.2	Eliminowanie problemów pojawiających się w fazie dokonywania oceny	42
4.2.1	Ocena rozbudowana	42
4.2.2	Zachowania mogące zakłócać terapię	42
4.2.3	Postępowanie z pacjentką odmawiającą ważenia	43
5	Przygotowanie pacjentki do leczenia	44

6	Motywacja	46
6.1	Uwarunkowania motywacji: rozumienie pacjentki i budowanie relacji	46
6.1.1	Zrozumienie sytuacji pacjentki	46
6.1.2	Postawa klinicysty	48
6.1.3	Zaangażowanie klinicysty i pacjentki	49
6.1.4	Stadia zmiany zachowań	49
6.1.4.1	Stadium poprzedzające rozważanie zmiany („nie jestem gotowa”)	50
6.1.4.2	Stadium rozważania zmiany („myślę o tym”)	50
6.1.4.3	Stadium przygotowania („przygotowuję się do zmiany”)	50
6.1.4.4	Stadium działania („na miejsca, gotowi, start”)	50
6.1.4.5	Stadium utrzymywania zmiany („zostań tam”)	51
6.1.5	Gotowość i zasoby: dwie składowe zmiany	51
6.2	Ocena motywacji do zmiany	52
6.2.1	Kwestionariusze i wywiad	52
6.2.2	Lista argumentów za i przeciw	53
6.2.3	Pytanie o cud	54
6.2.4	Motywacja jako ruchomy cel	57
6.3	Narzędzia i techniki wzmacniania motywacji	58
6.3.1	List do przyjaciela, list do wroga	59
6.3.2	Plany życiowe	60
6.3.3	List od siebie z przyszłości	61
6.3.4	Argumenty za zmianą i przeciwko niej	62
6.3.5	Problemy i cele	63
6.3.6	Opracowanie i stosowanie fiszek z podsumowaniami	64
6.4	Rozwiązywanie problemów: powszechne trudności związane z analizą i wzmacnianiem motywacji	64
6.4.1	Praca nad wahaniami w zakresie motywacji	64
6.4.2	Proces zmiany: argumenty za i przeciw	65
6.4.3	Uwolnienie się od zaburzenia odżywiania	68
6.4.4	Gdy pacjentka nie jest gotowa na zmianę	69
7	Ważne zagadnienia dotyczące diety i odżywiania: przewodnik	71
7.1	Do czego służy jedzenie w przypadku zaburzeń odżywiania?	71
7.2	Dietetyczny przewodnik dla początkujących: co klinicysta i pacjentka wiedzieć powinni	72
7.3	Jak powinien wyglądać podstawowy jadłospis?	74
7.3.1	Posiłki	75
7.3.2	Przekąski	75
7.3.3	Pokarmy bogate w wapń	81
7.3.4	Owoce i warzywa	82

7.3.5	Tradycyjne desery i smakołyki	82
7.3.6	Zapotrzebowanie na płyny	83
7.4	Planowanie posiłków a liczenie kalorii	84
7.5	Pomoc pacjentce w udoskonaleniu diety: pierwsze kroki	86
7.5.1	Planowanie zmian w diecie	87
7.5.1.1	Pory posiłków	87
7.5.1.2	Wartość odżywcza	88
7.6	Praca z pacjentkami z nadwagą i niedowagą	89
7.6.1	Kierowanie przyrostem masy ciała u pacjentek z niedowagą	89
7.6.1.1	Ile pacjentka musi zjeść dodatkowo, żeby przybrać na wadze?	89
7.6.1.2	Zmiany w zakresie metabolizmu i zapotrzebowania na energię w okresie przybierania na wadze	90
7.6.1.3	Jak kierować przyrostem masy ciała u pacjentek z niedowagą?	91
7.6.2	Pacjentki z nadwagą i otyłe	92
7.6.3	Wegetarianizm i weganizm	93
7.6.4	Suplementacja witamin i minerałów	95
7.6.5	Aktywność fizyczna	95
7.6.5.1	Zdrowy poziom aktywności	96
7.6.5.2	Aktywność fizyczna kompulsyjna a aktywność nadmierna	96
7.6.6	Alkohol	97
7.6.6.1	Odpowiednie spożycie alkoholu: poradnictwo	97
7.6.7	Pacjentki wymagające odpowiedniej porady dietetycznej	98
7.7	Psychoedukacja w dietetyce	99
7.8	Podsumowanie	100
8	Sformułowanie przypadku	102
8.1	Na czym polega sformułowanie przypadku?	102
8.1.1	Dlaczego w TPB potrzebujemy zindywidualizowanego sformułowania przypadku?	103
8.2	Konstruowanie sformułowania przypadku: zasady ogólne	103
8.2.1	Jak zacząć: kilka podstawowych zasad	103
8.2.2	Modele poznawczo-behawioralne użyteczne podczas konstruowania sformułowania przypadku	104
8.2.3	Transdiagnostyczna konceptualizacja przypadku	105
8.3	Rozumienie i sformułowanie przypadków typu bulimii	105
8.3.1	Dysfunkcyjny system samooceny	105
8.3.2	Skrajne reguły dietetyczne i ich łamanie	105
8.3.3	Konsekwencje długoterminowe: dieta a spirala napadów objadania się i oczyszczania	106
8.3.4	Jedzenie pod wpływem emocji	106

8.3.5	Podstawowe etapy konstruowania sformułowania przypadku	107
8.3.5.1	Koncentracja na problemach pacjentki z odżywianiem	107
8.3.5.2	Odkrywanie zasad rządzących sposobem odżywiania pacjentki	108
8.3.5.3	Związek napadów objadania się z emocjami: wprowadzenie tezy	108
8.3.5.4	Przecenianie znaczenia jedzenia, sylwetki i masy ciała: rozpoznanie zjawiska	108
8.3.5.5	Wykorzystanie sformułowania do kierowania terapią i informacja zwrotna od pacjentki	109
8.3.5.6	Przykład sformułowania przypadku: dialog z pacjentką cierpiącą na bulimię	109
8.4	Rozumienie i sformułowanie przypadków typu restrykcyjnego	113
8.4.1	Sformułowanie przypadku typu restrykcyjnego: pierwsze kroki	113
8.4.2	Przykład sformułowania przypadku: dialog z pacjentką cierpiącą na <i>anorexia nervosa</i>	113
8.4.2.1	Dialog	114
8.4.2.2	Schemat sformułowania przypadku Karen	116
8.5	Im bardziej złożony przypadek, tym większe znaczenie sformułowania	116
8.6	Sprawdzenie trafności sformułowania przypadku	117
8.6.1	Oszczędność	117
8.6.2	Kolejny krok: eksperymenty behawioralne	117
8.7	Doskonalenie umiejętności konstruowania sformułowań	118
9	Zachowania zakłócające terapię	120
9.1	Nazywanie przyczyn trudności w terapii: zachowania zakłócające terapię	121
9.1.1	Rozumienie terapii: analogia rzeki	122
9.2	Reakcja na zachowania zakłócające terapię	122
9.2.1	Wykorzystanie krótkoterminowych kontraktów	123
9.2.2	Sesje pięciominutowe	123
9.3	Szczególne grupy pacjentek	125
10	Prace domowe	126
10.1	Wyjaśnianie znaczenia pracy domowej	126
10.1.1	Nagrywanie i odsłuchiwanie sesji w ramach pracy domowej	127
10.2	Ogólne wskazówki odnośnie do ustalania prac domowych	128
10.2.1	Wyjaśnić pacjentce powody, dla których odrabianie prac domowych jest tak ważne	128
10.2.2	Poprosić pacjentkę, by wyjaśniła, dlaczego warto odrabiać prace domowe	128
10.2.3	Określić dokładnie, co i jak pacjentka powinna zrobić	129
10.2.4	Przećwiczyć wykonanie zadania domowego z pacjentką w czasie sesji	129
10.2.5	Zapytać pacjentkę o jej obawy dotyczące pracy domowej	129

10.2.6	Podsumowanie pracy domowej	129
10.3	Niewykonywanie prac domowych: postępowanie	130
11	Pozostać skutecznym klinicystą	132
11.1	Fizyczne aspekty zaburzeń odżywiania	132
11.1.1	Zagrożenia fizycznego stanu zdrowia związane z zaburzeniami odżywiania	132
11.1.2	Rola ważenia pacjentki w relacji terapeutycznej	133
11.1.3	Masa ciała jako element komunikacji	133
11.1.4	Radzenie sobie z kwestiami związanymi z odżywianiem: zachować spokój	134
11.2	Cechy charakterystyczne zaburzeń odżywiania	135
11.2.1	Egosyntoniczny charakter objawów	135
11.2.2	Przewlekły charakter zaburzenia	136
11.2.3	„Specjalna” pacjentka	136
11.2.4	„Manipulacja”	137
11.3	Cechy osobowości pacjentki i klinicysty	137
11.3.1	Dlaczego zajmujemy się prowadzeniem terapii?	137
11.3.2	Wizerunek własnego ciała	138
11.3.3	Różnice w zakresie władzy	138
11.3.4	Postawa pacjentki wobec klinicysty	138
11.4	Jak pozostać skutecznym klinicystą?	139
11.4.1	Podejście zorientowane na współpracę	139
11.4.2	Superwizja	140
11.4.3	Praca zespołowa	140
11.4.4	Równowaga na płaszczyźnie pracy zawodowej	141
11.4.5	Troska o siebie w sytuacji, gdy sprawy osobiste mogą mieć na nas wpływ	141
11.4.6	Błędy i sprawianie zawodu pacjentce	141
11.5	Podsumowanie	142
12	Ustalenie i przestrzeganie planu sesji terapeutycznej	143
12.1	Ogólny plan sesji terapeutycznych	143
12.1.1	Monitorowanie nastroju i sposobu odżywiania się pacjentki	143
12.1.2	„Program obowiązkowy” sesji	143
12.2	Jak ustalić plan?	144
12.3	Kilka praktycznych wskazówek dotyczących ustalania planu sesji	144
12.3.1	Współpraca	144
12.3.2	Pilnowanie czasu	144
12.3.3	Zachowanie odpowiedniej elastyczności	144
12.3.4	Rozwiązywanie problemów pojawiających się podczas pracy według planu	145
12.3.4.1	Problem 1: Omówienie pierwszej kwestii zajmuje za dużo czasu	145
12.3.4.2	Problem 2: Pacjentka ustaliła plan, ale nie chce się go trzymać	145

13	Psychoedukacja	147
13.1	Kiedy stosować psychoedukację?	149
13.2	Jak efektywnie stosować psychoedukację?	149
13.3	Internet jako źródło informacji psychoedukacyjnych	150
13.4	Kluczowe tematy psychoedukacyjne	150
13.4.1	Psychologiczne konsekwencje wygłodzenia	151
13.4.2	Wykorzystanie wykresów zmian zapotrzebowania energetycznego w celu ułatwienia pacjentce zrozumienia zapotrzebowania na energię	152
13.4.2.1	Krok 1: Przygotowanie pacjentki do stosowania wykresów zmian zapotrzebowania energetycznego	153
13.4.2.2	Krok 2: Uzupelnianie wykresu zmian zapotrzebowania energetycznego wspólnie z pacjentką	154
13.4.2.3	Krok 3: Szukanie związków między sposobem odżywiania się pacjentki a odczuwanymi przez nią poziomami energii w ciągu dnia	156
13.4.2.4	Krok 4: Omówienie z pacjentką sposobu na rozpoczęcie normalizowania ilości dostarczanej energii	156
13.5	Wybrane mity na temat jedzenia, które można obalić za pomocą psychoedukacji	158
13.5.1	Mit 1: Moje napady objadania się nie podlegają kontroli i zdarzają się bez związku z moim postępowaniem	158
13.5.2	Mit 2: Mogę nauczyć się kontroli jedzenia poprzez stosowanie restrykcji	159
13.5.3	Mit 3: Wymiotowanie po napadach objadania się jest skuteczną strategią zapobiegania przybieraniu na wadze	159
13.5.4	Mit 4: Stosowanie środków przeczyszczających jest skuteczną strategią zapobiegania przybieraniu na wadze	160
13.5.5	Mit 5: Wymioty i środki przeczyszczające są nieszkodliwe dla zdrowia	160
13.5.6	Mit 6: Jedzenie przed snem prowadzi do znacznego zwiększenia masy ciała, ponieważ organizm podczas snu nie spala kalorii	160
13.5.7	Mit 7: Tłuszcze i węglowodany sprawiają, że ludzie tyją, dlatego należy ich unikać	161
13.6	Podsumowanie	161
14	Dzienniki odżywiania	162
14.1	Stosowanie dzienników: uzasadnienie	162
14.2	Jak wygląda dziennik odżywiania?	164
14.3	Prowadzenie dziennika: możliwe problemy i sposoby ich rozwiązywania	165
14.4	Omawianie z pacjentką zapisów w dzienniku	167
14.5	Zaawansowane sposoby prowadzenia dzienników odżywiania	168
14.6	Kiedy zaprzestać korzystania z dzienników odżywiania?	169

14.7	Dzienniki odżywiania: ograniczenia metody	169
14.8	Podsumowanie	170
15	Rola ważenia w terapii poznawczo-behawioralnej	171
15.1	Tworzenie wykresu wagi	172
15.2	Procedura ważenia: przykład kliniczny	174
15.3	Czego pacjentka może się dowiedzieć z cotygodniowego ważenia?	176
15.4	Wprowadzenie twierdzenia dotyczącego genetycznej determinacji masy ciała	179
15.5	Moja waga zwiększy się w sposób niekontrolowany: jak pracować nad tym przekonaniem?	180
15.6	Rola ważenia w przyszłości	181
	Podsumowanie	183

Część III Kluczowe metody pracy w ramach terapii poznawczo-behawioralnej stosowane w zaburzeniach odżywiania

16	Dialog sokratejski	187
16.1	Jak prowadzić dialog sokratejski?	187
17	Metoda strzałki w dół	189
17.1	Jak stosować metodę strzałki w dół?	190
17.2	Przykład kliniczny: Sarah	190
17.3	Rozwiązywanie problemów	192
18	Restrukturyzacja poznawcza	193
19	Myślenie niedychotomiczne	194
19.1	Praca nad negatywnymi myślami automatycznymi i przekonaniem rdzennymi: zajmowanie się pojedynczym wymiarem	194
19.2	Praca nad przekonaniem warunkowymi: korzystanie z dwóch wymiarów	195
20	Praca nad negatywnymi przekonaniem: zapis danych pozytywnych	196
20.1	Przykład kliniczny	196
20.2	Rozwiązywanie problemów	197
21	Ekspertyzy behawioralne	199
21.1	Jak projektować skuteczne ekspertyzy behawioralne?	200

21.1.1	Eksperymenty typu: testowanie hipotezy	200
21.1.2	Eksperymenty polegające na odkrywaniu nowych informacji	201
21.2	Eksperymenty polegające na obserwacji	201
21.3	Sondaże	202
	Podsumowanie	203

Część IV Postępowanie wobec obaw dotyczących jedzenia, sylwetki i masy ciała w zaburzeniach odżywiania

22	Przecenianie znaczenia jedzenia, masy ciała i sylwetki	207
22.1	Poznawcze i behawioralne przejawy przeceniania roli jedzenia, sylwetki i masy ciała	208
22.2	Sformułowanie przypadku z uwzględnieniem nadmiernych obaw	209
22.3	Uświadomienie pacjentce roli przeceniania: kołowy diagram samooceny	212
22.4	Poznawcze i behawioralne strategie terapeutyczne, służące modyfikacji postrzegania jedzenia, sylwetki i masy ciała	216
22.4.1	Restrukturyzacja poznawcza	216
22.4.1.1	Ocena dowodów za danym przekonaniem i przeciw niemu	216
22.4.1.2	Wykorzystanie myślenia niedychotomicznego do zmiany wyolbrzymionych obaw	218
22.4.1.3	Sondaże	222
22.4.2	Eksperymenty behawioralne	223
22.4.2.1	Eksperymenty behawioralne odnoszące się do przekonań o niekontrolowanym zwiększeniu masy ciała	224
22.4.2.2	Eksperymenty behawioralne odnoszące się do przekonań na temat akceptacji przez innych	231
22.4.3	Użycie „anorektycznego chochlika” jako pomoc we wprowadzaniu technik TPB	232
22.5	Podsumowanie	233
23	Obraz własnego ciała	234
23.1	Czym jest obraz ciała?	235
23.2	Cel terapii: akceptacja zamiast zadowolenia	235
23.3	Założenia terapii dotyczącej wizerunku ciała	236
23.3.1	Opracowanie sformułowania w celu zrozumienia wizerunku ciała	237
23.3.1.1	Wykorzystanie wyobraźni w odkrywaniu znaczenia i ładunku emocjonalnego wizerunku ciała	237

	23.3.1.2	Odkrywanie przekonań wiążących się z wizerunkiem ciała	238
23.4		Psychoedukacja dotycząca wizerunku ciała	239
	23.4.1	Zrozumienie funkcji ciała	239
	23.4.2	Rola fizjologii	239
	23.4.2.1	Teoria <i>set point</i> lub „punktu równowagi”	240
	23.4.2.2	Znaczenie tkanki tłuszczowej dla zdrowego funkcjonowania biologicznego	240
	23.4.3	Rola obowiązującej w społeczeństwie koncepcji urody	241
23.5		Terapia wizerunku własnego ciała	241
	23.5.1	Restrukturyzacja poznawcza	241
	23.5.1.1	Lista „za” i „przeciw”	242
	23.5.1.2	Obserwacja świadomości ciała i wydawanych sądów	242
	23.5.1.3	Błędne określanie emocji	243
	23.5.2	Eksperymenty behawioralne	243
	23.5.2.1	Unikanie oglądania ciała i sprawdzanie go	243
	23.5.2.2	Porównywanie własnego ciała	244
	23.5.3	Metody oparte na ekspozycji	245
	23.5.3.1	Ekspozycja na obraz ciała	245
	23.5.4	Wykorzystanie wyobrażeń dotyczących obrazu ciała	246
	23.5.4.1	Użycie wyobraźni w celu radzenia sobie z głosem anorektycznym	246
	23.5.4.2	Zastosowanie wyobraźni w sytuacji, gdy przekonania na temat obrazu ciała związane są z wcześniejszymi negatywnymi doświadczeniami	247
23.6		Podsumowanie	248
		Podsumowanie	249

Część V Kiedy nie wystarczają standardowe metody terapii poznawczo-behawioralnej?

24		Współwystępowanie zaburzeń osi I	255
	24.1	Zasady ogólne	255
	24.2	Depresja i niska samoocena	256
	24.2.1	Ocena objawów	256
	24.2.2	Sformułowanie przypadku	256
	24.2.3	Terapia	257
	24.2.3.1	Restrukturyzacja poznawcza	259

24.2.3.2	Aktywizacja behawioralna i eksperymenty	259
24.3	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne	260
24.3.1	Ocena objawów	260
24.3.2	Sformułowanie przypadku	260
24.3.3	Terapia	261
24.3.3.1	Restrukturyzacja poznawcza	262
24.3.3.2	Eksperymenty behawioralne	263
24.4	Lęk społeczny i fobia społeczna	264
24.4.1	Ocena objawów	264
24.4.2	Sformułowanie przypadku	265
24.4.3	Terapia	266
24.5	Zespół stresu pourazowego	268
24.5.1	Ocena objawów	268
24.5.2	Sformułowanie przypadku	269
24.5.3	Terapia	270
24.6	Zachowania impulsywne i impulsywność wielopostaciowa	273
24.6.1	Ocena objawów	274
24.6.2	Sformułowanie przypadku	275
24.6.3	Terapia	275
25	Współwystępowanie zaburzeń osi II	277
25.1	Praca nad regulacją emocji: metody dialektycznej terapii behawioralnej	279
25.2	Praca nad przekonaniami na temat emocji:	
	poznawczo-emocjonalno-behawioralna terapia zaburzeń odżywiania	280
25.2.1	Źródła problemów z regulacją afektu	281
25.2.2	Wprowadzenie do CEBT-ED	281
25.2.3	Sformułowanie przypadku w CEBT-ED	282
25.2.4	Interwencja	282
25.3	Praca nad przekonaniami rdzennymi: TPB skoncentrowana na schemacie w zaburzeniach odżywiania	284
25.3.1	Przygotowanie pacjentki do SFCBT	285
25.3.2	Ocena	285
25.3.3	Sformułowanie SFCB	286
25.3.3.1	Zasady ogólne	286
25.3.3.2	Sformułowanie indywidualnego przypadku	289
25.3.4	Interwencja	289
25.3.4.1	Analiza zdarzeń z przeszłości	291
25.3.4.2	Dzienniki i zapisy dysfunkcyjnych myśli	291
25.3.4.3	Zapisy terapii	291
25.3.4.4	Fiszki	292

25.3.4.5	Rejestrowanie danych pozytywnych	293
25.3.4.6	Dialog ze schematem	294
25.3.4.7	Używanie innych jako punktu odniesienia	294
25.3.4.8	Zmiana skryptów wyobraźniowych	294
25.3.5	Praca nad pozostałymi problemami z jedzeniem i innymi zachowaniami	295
25.3.6	Zapobieganie nawrotom	295
	Podsumowanie	296

Część VI Terapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania oraz ich rodzin

26	Terapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania oraz ich rodzin	299
26.1	Kategorie diagnostyczne	300
26.2	Kwestie dotyczące pracy z młodymi ludźmi	301
26.2.1	Kwestie ogólne	301
26.2.1.1	Możliwości intelektualne i emocjonalne	301
26.2.1.2	Kształtowanie się tożsamości	301
26.2.1.3	Praca z rodziną	302
26.2.1.4	Edukacja	303
26.2.1.5	Przyjaźnie i rówieśnicy	303
26.2.2	Specyficzne kwestie dotyczące pracy z młodymi ludźmi z zaburzeniami odżywiania	304
26.2.2.1	Kwestie fizyczne	304
26.2.2.2	Podejście klinicysty	305
26.2.2.3	Motywacja: młoda osoba i jej rodzina	305
26.2.2.4	Wskazówki odnośnie do pomocy w zaangażowaniu	306
26.2.2.5	Poufność	308
26.2.2.6	Współwystępowanie zaburzeń	309
26.2.2.7	Znaczenie współpracy w zespole interdyscyplinarnym	309
26.3	Ocena	310
26.3.1	Cel oceny	312
26.3.2	Niezbędne informacje	312
26.3.3	Wskazówki pomocne przy uzyskiwaniu potrzebnych informacji	314
26.4	Motywacja	314
26.4.1	Techniki zwiększania motywacji	315
26.5	Sformułowanie przypadku	317

26.6	Interwencje	320
26.6.1	Zwiększenie motywacji	321
26.6.2	Zmiana poznawczo-behawioralna	321
26.6.2.1	Kwestie ogólne	322
26.6.2.2	Techniki odnoszące się do obaw związanych z jedzeniem, masą ciała i sylwetką	323
26.6.2.3	Techniki pracy nad zaburzeniami odżywiania, które nie mają u swoich źródeł obaw dotyczących masy ciała i sylwetki	327
26.6.2.4	Praca nad relacją z klinicystą	330
26.6.3	Przygotowanie do rzeczywistości	331
26.6.4	Powrót do zdrowia i zapobieganie nawrotom	332
26.6.4.1	Postępowanie w przypadku nawrotu	333
26.7	Zakończenia	334
26.7.1	Zaplanowane zakończenie w czasie uzgodnionym jako koniec TPB	335
26.7.2	Zaplanowane zakończenie w momencie przejścia spod opieki placówki zajmującej się zaburzeniami odżywiania dzieci/młodzieży do placówki zajmującej się zaburzeniami dorosłych	337
26.7.3	Zakończenie w okolicznościach suboptymalnych	338
	Podsumowanie	341

Część VII Zakończenie terapii

27	Co robić, kiedy terapia poznawczo-behawioralna nie przynosi efektów?	345
28	Powrót do zdrowia	346
28.1	Definicja wyzdrowienia i proces powrotu do zdrowia	346
28.1.1	Czynniki poznawcze: przecenianie znaczenia jedzenia, sylwetki i masy ciała	347
28.1.2	Czynniki emocjonalne	348
28.1.3	Zmiana behawioralna	348
28.1.4	Czynniki fizyczne	349
28.1.5	Czynniki społeczne	349
28.1.6	Osiąganie celów	350
28.1.7	Miary obiektywne	350
28.2	Zastosowanie definicji powrotu do zdrowia w populacji heterogenicznej	351
28.3	Model zmiany zachowań: przypomnienie	351
28.4	Zdrowienie jako proces: użycie modelu zmiany zachowań w pracy klinicznej	353

Spis treści

xxiv

28.5	Źródła zmiany	354
28.6	Proces leczenia z perspektywy pacjentki	356
28.7	Co nie jest powrotem do zdrowia – rozpoznawanie pozornego zdrowienia	356
28.8	Przybieranie na wadze i otyłość	357
28.9	Zadanie klinicysty: wiedzieć, kiedy należy zakończyć terapię	358
28.10	Podsumowanie	359
29	Postępowanie w przypadku nawrotów i zakończenie terapii	360
29.1	Eliminowanie problemów	361
29.1.1	Pacjentki, które nie chcą zakończyć terapii	361
29.1.2	Gdy terapia nie działa	361
29.2	Planowanie przyszłej zmiany	362
29.3	Rozumienie, akceptacja, zarządzanie ryzykiem	362
29.4	Zapobieganie nawrotom	362
29.5	Ostatnia sesja	363
	Podsumowanie	365
	Zakończenie: terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania	367
	Piśmiennictwo	368
	Załączniki	
1	Protokół wywiadu półstrukturyzowanego	379
2	Materiały do psychoedukacji	391
3	Dziennik odżywiania	449
4	Zapis eksperymentu behawioralnego	451
	Indeks	453

Przedmowa

W niniejszej książce przedstawiono stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) w leczeniu szerokiego zakresu zaburzeń związanych z odżywianiem. Ma ona służyć jako narzędzie przydatne w praktyce klinicysty, nie zawiera natomiast wyczerpującego przeglądu badań (patrz niżej). Książka ta stanowi efekt doświadczeń zespołu, który jest mocno związany z nurtem TPB i w trakcie dłuższego czasu pracy z pacjentami opracował szereg metod, które przyczyniają się do wyzdrowienia osób cierpiących na zaburzenia odżywiania. Metody te opierają się na połączeniu:

- istniejących technik z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej – opisywanych w literaturze dotyczącej TPB oraz poświęconej zaburzeniom odżywiania,
- informacji klinicznych z różnych źródeł,
- oryginalnego wkładu naszego zespołu.

Nie przedstawiliśmy danych na temat terapii, metod leczenia czy patologii leżących u podstaw zaburzeń odżywiania, ponieważ istnieje wiele znakomitych prac przeglądowych, wskazujących na to, że TPB jest skutecznym narzędziem w przypadku zaburzeń typu bulimii (por. Fairburn & Harrison, 2003; National Institute for Clinical Excellence, 2004). Opracowania te wykazują, że w przypadku bulimii (*bulimia nervosa*) oraz kompulsywnego objadania się TPB jest metodą leczenia równie dobrą jak inne formy terapii, zarówno psychologicznej, jak i farmakologicznej, a często okazuje się od nich skuteczniejsza. Jednocześnie wspomniane raporty zwracają uwagę na ograniczenia TPB – nawet kiedy skrupulatnie przestrzega się zasad TPB, wielu pacjentów leczonych za pomocą tego podejścia nie wraca do zdrowia. Z naszych doświadczeń wynika jednak, że podczas stosowania TPB w przypadkach zaburzeń odżywiania mamy do czynienia z określonym zbiorem problemów:

- TPB jest często stosowana w sposób sztywny, koncentrując się na protokołach, a nie na leżących u ich podłoża zasadach poznawczo-behawioralnych;
- Większość takich protokołów została opracowana dla pacjentów z bulimią lub kompulsywnym objadaniem się. Znacznie mniej dostępnych opracowań dotyczy osób z anoreksją (*anorexia nervosa*), a w przypadku innych zaburzeń nieokreślonych inaczej (które stanowią większość przypadków – por. Fairburn & Harrison, 2003) w ogóle ich nie ma;
- Większość protokołów nie daje wskazówek odnoszących się do występowania zaburzeń towarzyszących (np. zaburzenie lękowe lub osobowości);
- Wielu praktyków, deklarujących pracę w ramach TPB, nie stosuje tej metody w odpowiedni sposób. W łagodniejszej postaci problem ten sprowadza się do

korzystania z przestarzałych protokołów, w wersji poważniejszej – terapia jest określana jako TPB, choć w rzeczywistości nie ma ona nic wspólnego z tym podejściem (por. Tobin, 2005).

Książka przeznaczona jest dla osób, które zamierzają stosować TPB w sposób, który może być pomocny dla pacjentów z szerokim spektrum zaburzeń, zarówno tych, przejawiających jednoznaczne objawy, jak i tych z bardziej złożonymi problemami i współwystępującymi patologiami. Uprzedzamy, że wielu pacjentów nie będzie się kwalifikowało do terapii poznawczo-behawioralnej – w ich przypadku bardziej naglące mogą się okazać potrzeby związane z fizyczną stabilizacją, bądź też sytuacja, w jakiej się znajdują, wyklucza stosowanie TPB.

Zważywszy na różnorodność pacjentów, nie jest możliwe opracowanie jednego, uniwersalnego protokołu, który znalazłby zastosowanie we wszystkich przypadkach. Dlatego niniejsza książka nie prezentuje protokołu *per se*, lecz raczej opiera się na zasadach poznawczo-behawioralnych. Oczywiście istnieją pewne kluczowe przekonania i zachowania, które muszą stać się przedmiotem terapii, oraz zadania, które należy wykonać; niektóre z nich wymagają szybszej od innych interwencji. Jednakże, dobra znajomość zasad leżących u podłoża TPB jest najważniejszym narzędziem, jakim dysponują klinicyści. Na przykładzie opisów przypadków przedstawiamy działanie tych zasad i narzędzi w praktyce. Aby uprościć wywód, w całym tekście odwołujemy się do pacjentów płci żeńskiej przez wzgląd na znacznie większą liczbę kobiet w grupie osób z zaburzeniami odżywiania. Książka ta opiera się jednak na doświadczeniach pochodzących z pracy terapeutycznej z kobietami i mężczyznami, dlatego niezależnie od płci pacjenta odwołujemy się do tych samych zasad. Staramy się także używać określenia „klinicysta”, a nie „terapeuta”. Jest to dla nas ważne rozróżnienie, ponieważ wyznajemy zasadę, że w ramach TPB „terapeuta” oznacza raczej rolę niż osobę. Aby przynieść pożądane rezultaty, TPB musi się opierać na stopniowym, postępującym w miarę leczenia przekazywaniu przez klinicystę roli „terapeuty” pacjentowi. W przeciwnym razie dokonanie zmiany u tej osoby oraz jej utrwalenie może okazać się trudne. Czytelnik zauważy także, że stosujemy określenie „pacjent”, a nie „klient” czy „usługobiorca”. Zdecydowaliśmy się na to nie ze względu na wybrany model teoretyczny, ale dlatego, że osoby cierpiące na te zaburzenia w warunkach klinicznych wolą to określenie. Na koniec, zakładamy, że większość pracy klinicznej będzie realizowana w trybie ambulatoryjnym. Nie oznacza to jednak, że TPB nie może być wykorzystywana w stosunku do osób zakwalifikowanych do opieki dziennej lub leczenia stacjonarnego.

Zanim rozpoczniemy, pragniemy wyrazić naszą wdzięczność wielu klinicystom, którzy zainspirowali naszą pracę. Równie intensywnie pomagali nam nasi pacjenci, którzy wspierali nas jako koterapeuci podczas własnej terapii. Ta wspólna wyteżona praca służyła poszukiwaniu rozwiązań dla problemów, z którymi się zetknęliśmy.