

PRACE POGLĄDOWE

REVIEWS

Cezary Żechowski, Irena Namysłowska, Antoni Jakubczyk,
Anna Siewierska, Anna Katarzyna Bażyńska

Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń

Program for eating disorders treatment in the Department of Child and Adolescent Psychiatry – comments and dilemmas after 20 years of experience

Correspondence to: Dr n. med. Cezary Żechowski, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel.: 22 458 26 31, e-mail: zechowsk@ipin.edu.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Artykuł jest prezentacją programu leczenia zaburzeń jedzenia w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie. Na wstępie omówione zostały historia leczenia zaburzeń jedzenia, dylematy związane z koniecznością ograniczania praw pacjentów przy stosowaniu programów behawioralnych, których wprowadzenie doprowadziło do spadku śmiertelności w grupie pacjentek z anoreksją, oraz rozwój programów terapeutycznych od ściśle behawioralnych w kierunku łagodniejszych i bardziej elastycznych. Następnie autorzy przedstawiają własne, kilkunastoletnie doświadczenia w leczeniu zaburzeń jedzenia w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Omawiają proces tworzenia i doskonalenia programu terapeutycznego, obejmującego program behawioralny, farmakoterapię i szeroko pojęte oddziaływania psychoterapeutyczne. Wskazują na znaczenie współdziałania całego zespołu terapeutycznego (psychiatrów, psychologów, pielęgniarek i wychowawców), konieczność konsekwencji w realizowaniu programu oraz znaczenie zaangażowania pacjentów w proces leczenia (np. poprzez uzyskiwanie ich pisemnej akceptacji oraz konsultowanie z nimi proponowanych zmian w programie). Omawiane jest znaczenie współpracy z rodzinami pacjentów realizowanej między innymi poprzez systemowe konsultacje rodzinne. Prezentowane są najczęściej pojawiające się problemy w realizacji programu związane np. z brakiem oczekiwanego przyrostu masy ciała, z rozbieżnością między tempem przyrostu masy ciała a zmianami w psychice pacjentek lub z leczeniem pacjentek deklarujących wegetarianizm. Wspomniano również o próbach dostosowania programów behawioralnych do coraz częściej występujących atypowych postaci zaburzeń jedzenia.

Słowa kluczowe: zaburzenia jedzenia, anoreksja, bulimia, programy terapeutyczne, młodzież

Summary

This article presents the program for eating disorders treatment in the Department of Child and Adolescent Psychiatry. At the beginning there is a description of history of eating disorders treatment, the dilemmas connected with the need of restricting patients' rights by introducing behavioural programs, which have led to the decrease of the number of deaths in a group of patients with anorexia, as well as the development of therapeutic programs, from the strictly behavioural to milder and more flexible ones. The authors present their own experiences of almost 20 years of treating eating disorders in the Department of Child and Adolescent Psychiatry. They describe the establishment and the improvements of the therapy program, which includes behavioural program, pharmacotherapy and broadly meaning psychotherapeutic treatment. They point out the importance of consistent effort taken by the entire therapeutic team (psychiatrists, nurses, psychologists, and teachers), the need of being strict and absolutely consistent throughout the entire program, and the meaning of patients' engagement (for example by getting their written agreement and consulting with them the

planned changes to the program). The authors talk about the role of cooperating with the patients' families and present the most common problems appearing during the program like the lack of the expected weight gain, the divergence between the weight gain and the patients' psychological changes, or treating patients claiming to be vegetarians. Finally the authors also mention attempts to adapt the behavioural programs to the increasing number of uncommon eating disorders cases.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, therapeutic programs, adolescents

Behawioralne programy leczenia jadłowstrętu psychicznego wprowadzone w latach sześćdziesiątych XX wieku były istotnym krokiem w rozwoju opieki nad pacjentami z zaburzeniami odżywiania się. Początkowo programy te ograniczały się do przymusu leżenia w łóżku, konieczności spożywania określonych porcji jedzenia (lub w wypadku odmowy podawania go sondą dożołądkową) do czasu uzyskania określonej masy ciała. Wprowadzenie tego rodzaju programów, mimo iż sprzeczne z prawami pacjenta (wymagało ich zawieszenia na okres realimentacji), przyczyniło się jednak do spadku śmiertelności w grupie pacjentek z anoreksją i zmniejszenia poczucia bezradności personelu leczącego. W 1965 roku Bachrach i wsp.⁽¹⁾ oraz Garner⁽²⁾ wprowadzili pierwszy bardziej rozbudowany program leczenia behawioralnego. Od tego czasu liczne ośrodki terapii zaczęły stosować programy behawioralne. Z czasem programy te zaczęły obejmować rozbudowane listy tzw. przywilejów, które pacjenci otrzymywali po określonym wzroście masy ciała. Na „przywileje” te składały się wcześniej zawieszona prawa pacjenta. Dotyczyły one np. wyjścia z łóżka, czytania książki, oglądania TV, otrzymywania korespondencji, spotkania z rodziną, spędzenia weekendu w domu. Przez długi czas uważano, że szczególnie silnym czynnikiem motywującym pacjentów do przyrostu masy ciała jest separacja od rodziny (nazywana czasami parentektomią). Podejście to krytykowane było przez wielu terapeutów, zwłaszcza rodzinnych i psychodynamicznych, którzy uważali, że taki jednostronny program powoduje tylko powierzchowne zmiany, a pacjenci, którzy „wyjadają sobie drogę do wyjścia z oddziału”⁽³⁾, po wypisaniu wracają do objawów. Program ten powinien być zatem odrzucony lub co najmniej przekształcony i uzupełniony o elementy psychoterapii. Na bazie krytyki tzw. ścisłych (stricte) programów behawioralnych zaczęły pojawiać się tzw. łagodne (*lenient*) programy⁽²⁾, bardziej elastyczne, dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta i nieograniczające jego praw w wymiarach nie dotyczących kwestii odżywiania się. W 1984 roku Touyz i wsp.⁽⁴⁾ wykazali, że łagodne programy behawioralne nie są mniej efektywne niż programy ścisłe.

W chwili obecnej istnieją oddziały stosujące i niestosujące omawianych programów leczniczych. W zaleceniach komisji eksperckich⁽⁵⁾ są one na ogół odnotowywane jako metoda leczenia, jednak bez jej rekomendowania lub nierekomendowania.

Mniej więcej 20 lat temu w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie wprowadzono działający do dziś program leczenia anoreksji i bulimii, który w mniej lub bardziej podobnej wersji jest stosowany obecnie przez większość oddziałów dzieci i młodzieży w Polsce. Program był kompromisem między

podjęciem systemowym reprezentowanym przez zespół psychologów i niektórych lekarzy, podejściem medycznym pochodzącym od lekarzy, podejściem behawioralnym, na którego elementy zgodzili się wszyscy członkowie zespołu, a podejściem psychodynamicznym akcentowanym przez kilku lekarzy z przygotowaniem psychoanalitycznym. W latach dziewięćdziesiątych obowiązywał w Klinice program leczenia anoreksji opierający się na nadawaniu kolejnych przywilejów za każdy uzyskany przez pacjentkę kilogram masy ciała, niezależnie od tego, z jakim BMI rozpoczęła ona leczenie. Nie przewidywaliśmy wtedy żadnych odstępstw od programu i zdarzały się (aczkolwiek rzadko) pacjentki, które po kilku miesiącach leczenia nie uzyskiwały przyrostu masy ciała pozwalającego na spotkanie z rodziną. Niepowodzenia te, jak również pojawiająca się wówczas tendencja do wprowadzania bardziej łagodnych, elastycznych zasad leczenia miały istotny wpływ na to, że zaczęliśmy dyskutować nad radykalną zmianą programu. Obecnie stosowany program składa się z czterech faz różniących się stopniem kontroli personelu nad odżywianiem się pacjentek. Przejście z jednej fazy do drugiej odbywa się po naradzie całego personelu. Głównym argumentem jest stopień normalizacji jedzenia przejawiający się także wzrostem wagi. Pierwsza faza kończy się osiągnięciem przez pacjentki z anoreksją 16 BMI, a w przypadku bulimii obserwowalną poprawą wzorca jedzenia i zmniejszeniem nasilenia zachowań kompensacyjnych. Wprowadzona jest kontrola jedzenia, ograniczenie możliwości oszukiwania czy ewakuowania spożytego pokarmu. Tylko w tej fazie istnieje możliwość karmienia sondą w sytuacji niezjedzenia posiłku. Warto tu wspomnieć, że zdarza się to niezwykle rzadko. W dalszych fazach kontrola jest w coraz większym stopniu przekazywana samym pacjentkom. Istota programu jest w zasadzie behawioralna – postępy w zakresie normalizacji sposobów odżywiania się nagradzane są poprzez przejście do kolejnej, mniej restrykcyjnej fazy umożliwiającej mniejszą kontrolę i większe przywileje, np. przepustki do domu. Wzmocnieniem negatywnym jest wprowadzenie przymusowego karmienia sondą lub izolacja pacjenta.

Równoległe do programu prowadzone jest leczenie stanu fizycznego pacjentów (np. wyrównywanie niedoborów elektrolitowych, zmniejszanie ilości płynów wysiękowych oraz psychofarmakoterapia).

Jak już pisaliśmy, przez pierwsze 2-3 lata funkcjonowania programu miał on bardziej restrykcyjny charakter, np. nie było odwiedzin rodziców oraz niezwykle rzadko pacjentki chodziły na spacer. Niemniej jednak od samego początku towarzyszą programowi rozbudowane oddziaływania psychoterapeutyczne.

Prowadzone są: psychoterapia grupowa, a dla niektórych pacjentów psychoterapia indywidualna, często przez terapeutów o orientacji psychodynamicznej, muzykoterapia, psychorysunek i praca z ciałem. Celem tych oddziaływań psychoterapeutycznych jest uzyskanie wglądu, korektywnego pozytywnego doświadczenia emocjonalnego, pozytywnego doświadczenia grupowego tak ważnego w okresie adolescencji, a co za tym idzie zmiana podejścia do spraw jedzenia, wyglądu, swojej osoby i innych ludzi. Zasadą są systemowe konsultacje rodzinne, po których podejmowana jest decyzja o podjęciu systematycznej terapii rodzin prowadzonej także po wypisaniu pacjenta z oddziału. Jej celem jest poznanie systemu rodzinnego pacjentki, a następnie pomoc w przejściu do kolejnej fazy cyklu życia, co w dużej mierze wiąże się z separacją i indywidualizacją chorej na anoreksję lub bulimię dziewczyny.

Farmakoterapia prowadzona jest w tych przypadkach, w których u podłoża anoreksji stwierdzamy prepsychotyczny lub wręcz psychotyczny sposób myślenia oraz jeśli towarzyszą jej objawy depresyjne lub zaburzenia z kręgu obsesyjno-kompulsyjnego. W przypadku bulimii jej celem jest pomoc w opanowaniu napadów objadania się.

W miarę trwania programu coraz bardziej istotnym jego elementem było założenie, aby w jak największym stopniu respektować prawa pacjenta, a konieczne restrykcje ograniczać do kwestii związanych z odżywianiem. W myśl tej zasady zrezygnowano z utrudnień kontaktów pacjentów z rodzinami oraz znajomymi, przyjaciółmi, kolegami, nauczycielami. Zasady dotyczące korzystania z telefonów czy odwiedzin przez pacjentów z zaburzeniami odżywiania przestały się różnić od zasad obowiązujących innych pacjentów. Wyjścia poza oddział i spędzanie weekendów w domu były jednak uzależnione od osiągnięcia przez pacjentki ustalonej wcześniej bezpiecznej masy ciała (16 BMI). Zmiana ta przyniosła wiele korzyści – poprawiła współpracę z pacjentami i ich rodzinami, dała możliwość większego zaangażowania rodziny w leczenie, ograniczała jałogenne poczucia winy, które mogły powstawać i powstawały u rodziców hospitalizowanych pacjentek (np. przekonanie, że „córka może wyzdrowieć tylko wtedy, gdy przestanie spotykać się z nami”). Zmiana ta zmniejszała też opór pacjentek, sabotowanie terapii i „walkę” z programami leczenia, a przede wszystkim zmniejszała negatywne skutki długoterminowych hospitalizacji.

Program powstał w wyniku pracy całego zespołu (lekarzy, pielęgniarek, psychologów i pedagogów), przed wprowadzeniem był też konsultowany z pacjentkami w ramach zebrań społeczności leczniczej i niektóre ich uwagi zostały uwzględnione.

W dniu przyjęcia na oddział program jest przedstawiany pacjentom w formie pisemnej oraz podpisywany przez nich. Jeden egzemplarz każdy pacjent zachowuje dla siebie. Nośnikiem tego, co dzieje się między pacjentem a środowiskiem leczącym (terapeutą, społecznością leczniczą), jest słowo. Słowa na oddziale najczęściej są wypowiedzane, co powoduje, że ich cechą jest ulotność. To z kolei daje możliwość zniekształceń, manipulacji, zmieniania ich znaczenia (celowo i świadomie bądź też nieświadomie). Z tego powodu w niektórych sytuacjach istotne jest zapisanie słów – słowo zapisane nabiera jakby większej mocy, nie

ulega dowolnym interpretacjom lub pamięciowym zniekształceniom. Jeszcze większej mocy nabierają słowa potwierdzone własnym podpisem pacjenta (mimo iż podpis taki nie ma formalnego znaczenia prawnego).

Akt podpisania programu nie dotyczy oczywiście pacjentów przyjętych bez ich zgody – ci pacjenci są po prostu informowani o wdrożeniu programu wbrew ich woli, nawet przy użyciu przymusu bezpośredniego oraz o obowiązujących przepisach prawnych (postępowaniu sądowym) zezwalających na takie postępowanie. Leczenie bez zgody dotyczy wyniszczonych pacjentek z anoreksją w stanie zagrożenia życia. W przypadkach bulimii wymagamy współpracy, a w przypadku jej braku rezygnujemy z leczenia.

W programie leczenia bulimii znajduje się też jeszcze jeden element słowa pisanego, a mianowicie obowiązek prowadzenia dzienniczka, w którym pacjentka odnotowuje przede wszystkim swoje zachowanie dotyczące nawyków jedzeniowych, ale także wszelkie przeżycia, emocje. Dzienniczek ten jest regularnie omawiany z lekarzem leczącym i pełni funkcję podwójną – z jednej strony jest elementem terapii behawioralnej, a z drugiej stanowi „obiekt pośredniczący”.

Warunkiem powodzenia programu jest konsekwencja i nierobienie wyjątków, choć kilkakrotnie zdarzały się one w przypadkach losowych (udzielaliśmy przepustki na pogrzeb, ważny egzamin czy w okresie świątecznym – ten ostatni warunek nie dotyczył osób z poważnymi powikłaniami somatycznymi jądłowstrętu). Udzielamy też przepustek ze wskazań medycznych celem konsultacji poza szpitalem (najczęściej stomatologicznych).

Czasami problemem staje się dotychczasowa dieta wegetariańska pacjentek. Niejednokrotnie mieliśmy trudności w ustaleniu rodzaju diety pacjentek z jądłowstrętem psychicznym. Trudności te dotyczyły decyzji zastąpienia diety podstawowej dietą jarską w sytuacjach, gdy pacjentki deklarowały wegetarianizm. Z naszych doświadczeń wynika, iż w większości przypadków domaganie się wprowadzenia diety bezmięsnej jest próbą zachowania części objawów jądłowstrętu psychicznego. W tych sytuacjach staramy się omawiać to z pacjentką i decydujemy się na wprowadzenie diety pełnej. Czasami jednak zdarza się, że decyzja o wegetarianizmie poprzedza zachorowanie na jądłowstręt psychiczny i/lub koresponduje istotnie ze światopoglądem osoby hospitalizowanej (czasami także jej rodziny), wtedy skłonni jesteśmy wprowadzić dietę jarską dostosowaną do wymogów realimentacji osób z anoreksją. W praktyce takie jednoznaczne rozróżnienia są dość trudne, dlatego niejednokrotnie nasze wątpliwości utrzymują się także po dokonaniu wyboru diety.

Program na pierwszy rzut oka wydaje się spójny, jednak do tej pory pacjentki znajdują drobne nieścisłości, niekonsekwencje czy wątpliwości. Przeważnie udaje się nam znaleźć wyjście z takich sytuacji, odsyłając pacjentkę do samego programu (stosujemy tu taktykę: „To nie my tu decydujemy – to program: zasady odżywiania się określa program, który obowiązuje zarówno pacjentów, jak i personel; są to reguły, których wszyscy musimy się trzymać”). Staramy się też blokować wszelkie dyskusje, unikać niekończących się jałowych dywagacji na temat diety. Niemniej jednak zdarzają się sytuacje wymagające omówienia z lekarzem czy na zebraniach społeczności – przykładem takiej

PROGRAM LECZENIA ANOREKSJI

Witamy w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Proponujemy 12-tygodniowe leczenie zaburzeń odżywiania (jadłowstrętu psychicznego), którego celem jest normalizacja nawyków żywieniowych, przywrócenie prawidłowej wagi ciała, a przede wszystkim zmiana stosunku do siebie i świata. Proces leczenia anoreksji składa się z zajęć psychoterapeutycznych oraz 4 faz programu, z którego wszystkie są ważne dla prawidłowego leczenia. Początkowo w pierwszej fazie personel przejmuje kontrolę nad jedzeniem. Potem jest ona Wam stopniowo przekazywana, w miarę coraz lepszego radzenia sobie.

Ponieważ wyniszczenie organizmu związane z niską wagą zagraża Waszemu zdrowiu, a nawet życiu, jeśli w pierwszej fazie nie obserwujemy dostatecznego postępu w leczeniu, tzn. waga nie przyrasta co najmniej 0,5 kg na tydzień, po dwóch tygodniach konieczne jest przebywanie wyłącznie w sali obserwacyjnej, w piżamie.

Jeżeli w drugiej fazie nie obserwujemy dostatecznej poprawy, proponujemy wspólną rozmowę z lekarzem prowadzącym i Kierownikiem Oddziału, celem zastanowienia się nad sposobem lepszego radzenia sobie ze specyficznymi indywidualnymi problemami utrudniającymi realizowanie programu i w konsekwencji powracanie do zdrowia.

FAZA „O”

- Obejmuje okres 24 h
- Przeznaczona jest na adaptację na Oddziale
- Bez pilnowania przy jedzeniu
- W razie potrzeby uzupełnianie dożylnie niedoborów

FAZA „1” – do 16 BMI

- Rozpoczyna się po 24 h pobytu na Oddziale
- Kontrola rzeczy pod względem posiadania jedzenia
- Nie ma wyjść poza Oddział (nawet w ramach szkoły)
- Początkowo, przez okres 4 dni, porcje zmniejszone o? – po 4 dniach porcje normalne
- Siedzenie przy jednym stole w czasie posiłku
- Na posiłki należy przybywać punktualnie
- Czas maksymalny spożywania posiłku 30 minut
- Wspólne wychodzenie ze stołówek
- Pilnowanie pacjentów w czasie spożywania posiłku oraz przez 60 minut po zakończeniu
- Jeśli pacjent nie spożyje wystarczającej ilości posiłku (wg pielęgniarki), otrzyma brakującą ilość w postaci zmiksowanego posiłku do wypicia lub sondą
- Ważenie co drugi dzień, informowanie o wadze na specjalne życzenie pacjenta
- Obowiązek przyjmowania odżywek 2×250 g
- Obowiązek przyrostu wagi ? kg tygodniowo
- Odwiedziny (na Oddziale), telefony – jak inni pacjenci
- Pacjenci nie mogą wychodzić nadprogramowo na teren Instytutu, do telefonu i kiosku lub kawiarni
- Możliwość spaceru przez okres pół godziny pod opieką personelu 1 raz w tygodniu (pod warunkiem braku przeciwwskazań lekarskich)
- Po uzyskaniu 1 kg wagi drugi spacer w tygodniu
- Po uzyskaniu 2 kg wagi trzeci spacer w tygodniu
- Po uzyskaniu 3 kg wagi możliwy spacer z rodziną (spacery dodatkowe pod warunkiem braku przeciwwskazań lekarskich)
- Dopuszcza się spożywanie własnych produktów przechowywanych w depozycie jako dodatku

FAZA „2” – po przekroczeniu 16 BMI

- Ważenie 1 raz w tygodniu
- Nadal kontrola w czasie posiłku i po jego zakończeniu
- Dodatkowo 3 krótkie wyjścia (do ? godziny) na teren Instytutu pod opieką personelu lub najbliższej rodziny
- Zakaz kupowania produktów spożywczych
- Posiłki wzbogacone (ewentualnie odżywki)
- Udział w wycieczce dla całego Oddziału
- Obowiązek uczestniczenia we wszystkich zajęciach terapeutycznych
- Możliwe przepustki do domu (na takich samych zasadach, jakie obowiązują innych pacjentów)
- Pacjentki rozpoczynające leczenie od drugiej fazy nie mają prawa do utraty wagi pod rygorem przeniesienia do FAZY „1”
- W razie spadku z FAZY „2” do „1”: o ile w ciągu 7 dni nie nastąpi ponowny powrót do FAZY „2” – zostaje podwyższony próg ponownego wejścia do FAZY „2” o jeden punkt BMI (jednorazowa szansa)

FAZA „3” – po przekroczeniu 17 BMI

- Ważenie 1 raz w tygodniu
- Nadal kontrola w czasie posiłku i po jego zakończeniu
- Trzy krótkie samodzielne wyjścia (do ? godziny)
- Możliwość spędzania weekendów w domu
- Zakaz kupowania produktów spożywczych
- Udział w wycieczce dla całego Oddziału

FAZA „4” – od 18 BMI + 1 kg

- oraz stwierdzenie znormalizowania nawyków jedzeniowych:
- Bez kontroli jedzenia
 - Ważenie 1 raz w tygodniu
 - Przepustki, wyjścia poza teren samodzielnie, weekendy w domu

PRZEZ OKRES WSZYSTKICH FAZ OBOWIĄZUJE:

- Zakaz posiadania własnych produktów spożywczych (w tym gumy do żucia)

PERSONEL MA PRAWO KONTROLOWAĆ, CZY ZAKAZ TEN JEST PRZESTRZEGANY.

- Herbata lub kawa dopuszczalne (przechowywane w depozycie pielęgniarki)
- Wszystkie decyzje dotyczące pacjenta podejmowane są 1 raz w tygodniu przez zespół terapeutyczny
- Przy utracie wagi (zależne od BMI) następuje cofnięcie do odpowiedniej fazy
- Istnieje możliwość dodatku jedzeniowego (węglowodany i słodycze) wydawanego przez pielęgniarkę dyżurną na prośbę pacjenta w godz. 20.00-22.00 w ilości ustalonej przez pielęgniarkę lub dołączonego do II śniadania i podwieczorku
- Obowiązek uczestniczenia we wszystkich zajęciach terapeutycznych

BMI

- poniżej 15: wyniszczenie
- 15-19,9: wychudzenie
- 20-26: norma

Życzymy powodzenia!

sytuacji może być niedawny atak pacjentek na to, że otrzymują 3 kromki chleba, a wcześniej miały tylko 2 – to wymagało wyjaśnienia, że zmienił się rodzaj dostarczanego pieczywa, obecnie jest mniej kaloryczne i 3 kromki ważą tyle samo oraz zawierają tyle samo kalorii co 2 poprzednie. Zwykle staramy się unikać przeciągających się dyskusji na temat diety, stwierdzając, że ustalanie diety leży w gestii dietetyka szpitalnego. Zawsze zgadzaliśmy się też na zapraszanie dietetyczki szpitalnej na zebranie społeczności, aby umożliwić pacjentkom bezpośredni kontakt i rozwianie możliwych wątpliwości. Prawdopodobnie korzystnym rozwiązaniem byłaby regularna współpraca z dietetykiem znającym specyfikę zaburzeń odżywiania się, celem sporządzania diety i psychoedukacji pacjentów. Drugim tematem, którego dyskusji odmawiamy, jest ilość pokarmów nakładanych na talerz przez pielęgniarkę – mówimy pacjentom, że zdajemy się tu całkowicie na zdrowy rozsądek oraz wyczucie pani pielęgniarki i nie możemy dokładnie odważać pokarmów. Oczywiście lepszym rozwiązaniem byłoby otrzymywanie gotowych porcji jedzenia z kuchni lub cateringu, ale pod warunkiem dostosowania ich do potrzeb pacjentek.

Jeżeli już robimy jakikolwiek wyjątek od programu, to decyzja nie jest podejmowana jednoosobowo przez lekarza prowadzącego, ale przez cały zespół na cotygodniowym wspólnym zebraniu. Kilkrotnie też wprowadzaliśmy drobne modyfikacje – były one poprzedzone zwykle długimi dyskusjami całego personelu leczącego i przedstawiane pacjentom do konsultacji. Zmiany te miały na celu ograniczenie utraty masy ciała przez pacjentki w tych fazach leczenia, w których nie wymuszano już przyrostu wagi (obowiązek zjadania pełnych porcji jedzenia). Przykładem takiej zmiany jest możliwość szybkiego odrobienia straconej wagi bez konsekwencji podniesienia proggu BMI przy przejściu do II fazy, tak jak było to na początku po wprowadzeniu programu. Zmiana ta nastąpiła na wniosek pacjentek, aby mogły mieć jeszcze jedną szansę. Po tej modyfikacji, jakiś czas później, trzeba było wprowadzić następną, okazało się bowiem, że pojawiły się pacjentki, których waga oscylowała między pierwszą a drugą fazą – wymusiło to ustalenie, że taką szansę można mieć tylko raz. Niestety, zmiana ta została zapisana w programie nie całkiem precyzyjnie, dopuszczając możliwości różnych interpretacji, co w przypadku jednej pacjentki dało jej podstawy do kwestionowania programu, a potem rezygnacji z niego (przy wsparciu ze strony matki). Przykład ten świadczy o konieczności dużej precyzji i jednoznaczności sformułowań programu.

Przy stwierdzeniu braku zadowalających postępów w przybieraniu na wadze dokonujemy indywidualnej modyfikacji programu dostosowanej już do potrzeb konkretnej pacjentki. Odbywa się to po rozmowie pacjentki z kierownikiem oddziału, której celem jest próba zrozumienia niepowodzenia. Modyfikacją może być zmiana programu w postaci wydłużenia czasu obserwacji po posiłkach, przeniesienie pacjentki do sali obserwacyjnej celem ograniczenia ćwiczeń fizycznych, zwiększenie ilości zleczanych odżywek. Modyfikacja może też polegać na wprowadzeniu farmakoterapii. Zdarza się również rezygnacja z programu (dotyczy to tylko pacjentek, u których nie stwierdzamy zagrożenia dla życia, a więc będących w II, III lub IV fazie programu).

W przypadku programu leczenia bulimii modyfikacja programu polega najczęściej na sporządzeniu dodatkowego pisemnego kontraktu obejmującego takie zasady, jak obowiązek uczestniczenia we wszystkich zajęciach terapeutycznych i szkolnych lub zakaz dokonywania samookaleceń. Możliwa jest również zmiana farmakoterapii.

Wiele lat stosowania programu było przedmiotem ożywionych dyskusji i refleksji zarówno nad jego zaletami, jak i stronami negatywnymi. Podstawową zaletą jest możliwość w miarę szybkiego wyrównania wagi i normalizacji nawyków żywieniowych pacjentek. Przypomnijmy, że do naszej Kliniki przyjmowane są chore na anoreksję, czasami w stanie znacznego zagrożenia zdrowia lub wręcz życia, z BMI 12 lub 13. W tych przypadkach jak najszybsza poprawa stanu somatycznego pacjentek, a nawet ratowanie ich życia staje się celem nadrzędnym. Jak dotąd mimo złego stanu zdrowia pacjentek nie zdarzył się żaden przypadek śmierci. Tak więc można powiedzieć, że program dobrze spełnia pierwszy punkt we wszystkich standardach leczenia anoreksji^(6,7), czyli wyrównanie stanu somatycznego w wyniku prawidłowej alimentacji pacjentek.

Powstaje jednak pytanie, jak program sprawdza się w dalszych etapach leczenia. Wiadomo bowiem, że poprawa stanu somatycznego to zaledwie pierwszy, choć niezwykle ważny, krok w długim procesie leczenia.

Niewątpliwie połączenie programu behawioralnego z wieloma różnorodnymi oddziaływaniami psychoterapeutycznymi, a czasami z farmakoterapią zwiększa skuteczność leczenia. Niekiedy jednak w tym trudnym procesie leczenia zaburzeń odżywiania obserwowaliśmy, że program behawioralny, działając szybko i skutecznie, niejako „wyprzedzał” psychiczne możliwości adaptacji pacjentek do zmienionego wyglądu i większej masy ciała. Wtedy, w kolejnych fazach programu, zaczynały one odczuwać lęk, pojawiały się objawy depresyjne, a w efekcie powrót do odchudzania się, często już po wypisaniu. Oznaczało to powrót do szpitala i rozpoczęcie leczenia od nowa. Niekiedy odwrotną sytuacją jest leczenie pacjentek z zaburzeniami odżywiania na oddziałach stricte terapeutycznych, nieprzywiązujących wagi do masy ciała pacjentek. W efekcie stan psychiczny pacjentek wedle personelu tych oddziałów poprawia się, a jednocześnie chudną. Czy jest to poprawa w przebiegu anoreksji, pozostaje pytaniem otwartym, choć w większości standardów leczenia kryteria Morgana i Russella (wyrównanie wagi i powrót miesiączki)⁽⁸⁾ są nadal uznawane za podstawowe.

Nasze doświadczenie wskazuje, że w trakcie leczenia ambulatoryjnego normalizacja wagi i stanu somatycznego następuje dużo wolniej, ale za to równoległe do zmian w psychice pacjentki w wyniku psychoterapii. Z kolei rozpoczynanie terapii ambulatoryjnej pacjentek z niskim BMI (nie mówimy tu o skrajnie niskich wartościach) obciąża ich organizm poprzez powolne tempo wyrównywania masy ciała oraz powoduje znaczny niepokój terapeuty, co z kolei może utrudniać przebieg procesu terapeutycznego. Jedynym rozwiązaniem jest w takiej sytuacji dodatkowa, dobra opieka internistyczna nad pacjentką.

Dodatkową komplikacją programu behawioralnego odrębnie dla anoreksji i bulimii stanowi fakt coraz częstszego występowania atypowych postaci obu zaburzeń. Powstają więc

PROGRAM LECZENIA BULIMII

Witamy w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Proponowany przez nas program ma na celu pomóc w poradzeniu sobie z problemami psychologicznymi i wynikającymi z nich niewłaściwymi sposobami odżywiania się. Dlatego w jego skład wchodzi przede wszystkim zajęcia psychoterapeutyczne oraz pomoc w stopniowym nabywaniu kontroli i normalizacji sposobu odżywiania się.

FAZA „0”

- Obejmuje okres 24 h
- Przeznaczona jest na adaptację na Oddziale
- Bez pilnowania przy jedzeniu

FAZA „1”

- Rozpoczyna się po 24 h pobytu na Oddziale
- Kontrola rzeczy pod względem posiadania jedzenia
- Wyjścia zorganizowane tylko pod opieką personelu
- Siedzenie przy jednym stole w czasie posiłku
- Punktualne przybywanie na posiłki
- Maksymalny czas spożywania posiłku 30 minut
- Wspólne wychodzenie ze stołówek
- Pilnowanie pacjentek w czasie spożywania posiłku oraz 30 minut po zakończeniu
- Założenie dzienniczka
- Odwiedziny, telefony – jak inni pacjenci
- Przejście do FAZY „2” po stwierdzeniu wyraźnego zmniejszenia nasilenia objawów przez okres minimum 3 tygodni (decyzję podejmuje lekarz po rozmowie z pacjentką)
- Ograniczenie jedzenia i chudnięcie traktujemy jako utrzymywanie się objawów

FAZA „2”

- Nadal kontrola w czasie posiłku i po jego zakończeniu
- Wyjścia pod opieką personelu lub najbliższej rodziny (maks. do 1 godziny dziennie – z rodziną i/lub z personelem)

- Zakaz kupowania i posiadania produktów spożywczych
- Nadal prowadzenie dzienniczka
- Przepustki do domu na weekend
- Przejście do FAZY „3” po utrzymaniu się znaczącej poprawy w zakresie objawów i postępów w normalizacji nawyków jedzeniowych co najmniej przez okres 3 tygodni

FAZA „3”

- Nadal prowadzenie dzienniczka
- Bez kontroli jedzenia
- Przepustki, wyjścia poza teren samodzielne, weekendy w domu

PRZEZ OKRES WSZYSTKICH FAZ OBOWIĄZUJE:

PERSONEL MA PRAWO KONTROLOWAĆ, CZY ZAKAZ TEN JEST PRZESTRZEGANY.

- Herbata lub kawa dopuszczalne (przechowywane w depozycie pielęgniarki)
- Obowiązek udziału w zajęciach terapeutycznych
- Wszystkie decyzje dotyczące pacjenta podejmowane są 1 raz w tygodniu przez zespół terapeutyczny
- Przy nawrocie objawów cofnięcie do odpowiedniej fazy
- Okresowa kontrola wagi
- Pacjentki otrzymują porcje wyznaczone przez dietetyka
- Jeżeli po 3 tygodniach nie następuje normalizacja nawyków żywieniowych, wagi i/lub pacjentka nie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, zawieramy z pacjentką indywidualny kontrakt uwzględniający jej szczególne trudności

Życzymy powodzenia!

trudności, do jakiego programu pacjentkę zakwalifikować, jak postępować w przypadku osób o nasilonych psychicznych objawach anoreksji przy stosunkowo małej utracie wagi. Ta tendencja do pojawiania się atypowych postaci zaburzeń odżywiania obserwowana jest na całym świecie. Pojawiają się nawet sugestie, że utrzymanie dotychczasowych systemów klasyfikacyjnych zaburzeń odżywiania może się okazać niemożliwe, a przede wszystkim mało pomocne dla procesu terapii. Czy wobec tego nie należałoby tworzyć odrębnych indywidualnych programów dla każdej pacjentki dostosowanych do jej potrzeb? Czy jest to tylko utopijne marzenie, czy też konieczność najbliższej przyszłości?

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Bachrach A.J., Erwin W.J., Mohr J.P.: The control of eating behavior in an anorexic by operant conditioning techniques. W: Ullman L.P., Krasner L. (red.): Case Studies in Behavior Modification. Holt, Rinehart & Winston, New York 1965: 153-163.

2. Garner D.M., Garfinkel P.E. (red.): Handbook of Treatment of Eating Disorders. The Guilford Press, New York, London 1997.
3. Bruch H.: The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Harvard University Press, Cambridge 1978.
4. Touyz S.W., Beumont P.J., Glaun D. i wsp.: A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. Br. J. Psychiatry 1984; 144: 517-520.
5. American Psychiatric Association: Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. Am. J. Psychiatry 2006; 163 (supl.): 4-54.
6. Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Żechowski C., Jarema M.: Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2007; 3: 125-152.
7. Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Żechowski C., Jarema M.: Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. Psychiatr. Psychol. Klin. 2008; 8: 20-40.
8. Morgan H.G., Russell G.F.M.: Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. Psychol. Med. 1975; 5: 355-371.