

Paweł Sala, Daniel Marchewka, Witold Simon

PORZUCANIE LECZENIA (DROP-OUT) W TRAKCIE PSYCHOTERAPII ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

DROPOUTS IN PSYCHOTHERAPY OF EATING DISORDERS

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Kierownik: doc. dr. hab. Małgorzata Siwiak-Kobayashi

**dropouts
eating disorders
psychotherapy**

Praca przeglądowa przedstawiająca wyniki badań czynników wpływających na przerywanie terapii. Dokonano porównań dotyczących różnych definicji porzucania leczenia. Większość omawianych w artykule prac poddaje analizie cechy pacjentów, bardzo nieliczne badania rozpatrują w skąpym zakresie także właściwości charakteryzujące terapeutę.

Summary: The article describes the results of research on risk factors for dropouts in psychotherapy of eating disorders. Different definitions of dropouts have been compared. Most of the research discusses patients' features, very few studies explore similar variables specific for therapists.

Wprowadzenie

Porzucanie leczenia jest problemem wszystkich szkół i rodzajów psychoterapii, szczególnie w sytuacji pomagania osobom z zaburzeniami „mało podatnymi” na oddziaływanie psychoterapeutyczne, jak uzależnienia [1] czy zaburzenia odżywiania. Częste postrzeganie pacjentów jako „nie współpracujących” [2], „niedojrzałych” [3] lub nie mających motywacji do podjęcia leczenia [1] może utrudniać terapeutę poznawanie dróg zachęcających do poddawania się terapii lub zrozumienie przyczyn jej porzucenia. Samowolne przerwanie leczenia przez pacjenta może być traktowane jako niepowodzenie terapii. Rezygnując z leczenia przedwcześnie pacjent nie osiąga określonych korzyści, a — co gorsze — jego sytuacja może być nawet trudniejsza niż przed rozpoczęciem terapii, znajduje się on bowiem w stanie przejściowym pomiędzy względną równowagą, jaka charakteryzowała jego funkcjonowanie przed podjęciem psychoterapii, a nowym, lepszym (zdrowszym) poziomem równowagi, jaki mógłby osiągnąć, gdyby proces psychoterapii został doprowadzony do końca. Ten stan, w którym dotychczasowe strategie obronne zostały już podważone, a nowe, które mogłyby wpłynąć na rozwiązanie jego problemów, nie zostały jeszcze wypracowane, może być dla niego szczególnie groźny. Przeprowadzane badania podkreślają, że przedwczesne porzucanie terapii stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia nawrotu objawów anoreksji w ciągu pierwszego roku po przerwaniu leczenia [4].

Wydaje się, że na zjawisko porzucania terapii wywiera wpływ wiele czynników. Dla pacjentów, klinicystów i badaczy niezwykle wartościowe mogłyby się okazać umiejętności w przewidywaniu, w której z relacji leczniczych powstaje duże ryzyko przedwczesnego zakończenia leczenia.

Definicja porzucenia terapii

Jednym z istotnych hamulców stojących na drodze do ujednoczenia i poszerzenia badań nad zjawiskiem porzucania terapii jest brak jasnej, powszechnie akceptowanej definicji. Wydaje się, że szczególnych trudności nastręcza tu sytuacja, gdy psychoterapia uznana jest za otwartą, a jej zakończenie nie jest jednoznacznie z góry ustalone. Próby określenia tego pojęcia można podzielić na te, które:

- 1) arbitralnie wytyczają określoną liczbę sesji, poniżej których pacjent uznawany jest za porzucającego terapię;
 - Irvin Yalom [5] uważa za porzucającego leczenie tego pacjenta, „który wypadł z terapii po udziale w nie więcej niż 12 sesjach”,
 - według Jennifer Mahon [6]; „za osobę porzucającą terapię (dropout) uważany jest pacjent, który zerwał kontakt z kliniką przed 10. sesją terapeutyczną wbrew zaleceniom terapeuty”;
- 2) uznają wypadnięcie z terapii jako złamanie ustaleń kontraktu;
 - Lidia Grzesiuk [7]: przerwanie terapii to „jednostronne podejmowanie przez pacjenta decyzji o porzuceniu psychoterapii przed wypełnieniem się ustaleń kontraktu...” (z tą definicją autorzy niniejszej pracy najbardziej się utożsamiają),
 - Zachary Steel [8] uważa, że porzucenie leczenia to „przerwanie terapii przed zakończeniem programu CBT”.

Autorzy niniejszego artykułu rozumieją zjawisko porzucania terapii w kategoriach zbliżonych do definicji w ujęciu Lidii Grzesiuk i Zacharego Steela. Wiąże się to z faktem, że warunki leczenia zaburzeń odżywiania na oddziale stacjonarnym Kliniki Nerwic IPiN są ściśle określone — również pod względem czasu leczenia.

Częstość dropoutów w zaburzeniach odżywiania

Częstość przerywania terapii przez chorych z **jadłowstrętem psychicznym** W. Vandereycken [9] oszacował na 21,8 proc., przy czym dotyczyło to osób porzucających terapię w trwającej 8–15 tygodni tak zwanej 1 fazie leczenia (jej czas trwania był zbliżony z długością obecnie stosowanych w kraju i na świecie intensywnych programów leczenia). W badaniu przeprowadzonym przez Kahn C. i Pike K. [10] odsetek dropoutów wśród pacjentek chorych z powodu anoreksji wyniósł 33,3 proc.

Prace przeglądowe dotyczące efektywności psychoterapii poznawczo-behawioralnej u chorych z **bulimią** wskazują na przeciętny wskaźnik dropoutów 24,4 proc. [11]. Przegląd innych pięciu badań eksperymentalnych podaje średnią liczbę 37 proc. [12, 13, 11, 14, 15].

Z kolei doświadczenia z ostatnich 3 lat psychoterapii zaburzeń odżywiania w Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii pokazują, że odsetek dropoutów w anoreksji wynosi 40,6 proc., w bulimii zaś 21 proc. Choć wszystkie te liczby dostarczają nieco rozbieżnych informacji, w naszym przekonaniu psychoterapia jadłowstrętu, w porównaniu z psychoterapią bulimii, jest obciążona większym ryzykiem jej porzucenia.

Czynniki prognostyczne

Wśród czynników prognozujących porzucenie psychoterapii w wymiarze ogólnym należy wymienić:

- Obronność w kontaktach społecznych i unikanie samokrytycyzmu.
- Wątpliwości dotyczące kompetencji psychoterapeuty lub jego zaangażowania w proces terapii — mogą one powodować, że pacjent nie mając przekonania, iż mógłby uzyskać pomoc, podejmuje decyzję o przerwaniu terapii [16].
- Poziom wykształcenia terapeutycznego. W odniesieniu do terapii rodzin wykazano, że odsetek rodzin, które podjęły się uczestnictwa w terapii jest tym większy, im większy poziom wykształcenia terapeutycznego ma terapeuta, pozostaje zaś bez związku z liczbą lat przepracowanych w terapii rodzin [17].
- Słaba aktywność terapeutów w pierwszej fazie leczenia. Terapeuci aktywni we wczesnej fazie psychoterapii, którzy w tym okresie jednocześnie bardzo oszczędnie stosują interpretację, rzadziej spotykają się z porzuceniem terapii [18].
- Niewłaściwy przebieg terapii. Gdy jest mało intensywna — pacjent przestaje wierzyć, że nastąpi jakakolwiek zmiana, i odwrotnie — gdy jest zbyt intensywna, chory, obciążony zbyt wieloma nowymi doświadczeniami, nie jest w stanie konstruktywnie ich wykorzystać [19].
- Problemy, z jakimi zmagają się pacjenci [5, 7]. Jeżeli są one nietypowe (w grupie) może on mieć trudności z dzieleniem się własnymi odczuciami, poglądami, z ujawnianiem ważnych wydarzeń z życia mając poczucie, że nikt nie jest w stanie ich podzielać. Literatura światowa podejmująca tematykę zaburzeń odżywiania jest w Polsce słabo dostępna. Informacje zawarte w piśmiennictwie przedstawiono w formie tabelarycznej (por. tab. 1 strona 36). Kilka pozycji zasługuje na odrębne, krótkie omówienie.

D. Clinton [20] przedstawiła swoje badanie, w którym wzięli udział chorzy z rozpoznaniem anoreksji i bulimii. Poddano ocenie ich psychikę (Crown-Crisp Experimental Index), nasilenie psychopatologii zaburzeń odżywiania (Eating Disorder Inventory), jak również zmienne demograficzne i zmienne występujące w terapii. Badanie to zasługuje na wyjątkową uwagę, ponieważ podjęto się w nim (jako w jedynym) oceny wybranych właściwości u pacjentów i u terapeutów. Za pomocą opracowanej przez autorkę skali oczekiwań od leczenia mierzono istniejące w tych grupach postawy. Pacjenci zostali podzieleni na dwie podgrupy, z których jedna zakończyła leczenie, druga zaś leczenie przerwała. Wyniki wykazały, że podwyższone ryzyko wypadnięcia z terapii wiązało się z brakiem zgodności między oczekiwaniami pacjenta i terapeuty dotyczącymi ewentualnych interwencji leczniczych. We wnioskach z pracy autorka wysunęła sugestię, że występowanie dropoutów w trakcie psychoterapii zaburzeń odżywiania wiąże się z rodzajem relacji pomiędzy pacjentem a terapeutą. Uznała za istotne dla całego przebiegu terapii stwarzanie pacjentowi możliwości otwartego mówienia o swoich oczekiwaniach dotyczących leczenia oraz, w celu zmniejszenia ryzyka wypadnięcia z terapii, skupienie się na poszczególnych sferach rozbieżności.

Kontynuując zagadnienia dotyczące przyczyn porzucania terapii przez pacjentów z zaburzeniami odżywiania warto podkreślić wyniki pracy Zacharego Steela i wsp. [8]. Przed podjęciem leczenia zbadali oni 32 pacjentów z bulimią za pomocą następujących narzędzi; Eating Disorder Inventory-2, Body Satisfaction Questionnaire, Beck Depression

Inventory, Beck Hopelessness Scale, the Locus of Control of Behaviour Scale; poza tym ustalili parametry demograficzne i behawioralne. Spośród wszystkich chorych aż 42 proc. porzuciło terapię. Porównanie ich z grupą osób, które ukończyły pełny program terapii, wykazało, że pacjenci, którzy przerwali terapię, mają znacząco większe wskaźniki depresji, bezradności oraz wysoki wskaźnik kontroli zewnętrznej (external locus of control). Odwrotna procedura — polegająca na zastosowaniu uzyskanych wyników do obliczenia ryzyka porzucenia terapii, pozwoliła z dokładnością do 90 proc. przewidzieć osoby, które z leczenia zrezygnują. Autorzy sugerują potrzebę koncentracji w oddziaływaniach terapeutycznych na bezradności i depresji chorych z bulimią.

Problematyką porzucania terapii przez pacjentki z bulimią zajął się także zespół pod kierownictwem J. Blouin [11]. Program leczenia obejmował 10 tygodni grupowej psychoterapii poznawczo-behawioralnej; oceniano 81 pacjentek spełniających kryteria DSM-III R dla bulimii. Wskaźnik dropoutów wynosił 28,7 proc. Nie udało się ustalić żadnego związku pomiędzy rezygnacją pacjentek z terapii a takimi ich cechami, jak: depresja, lęk, nasilenie symptomów bulimicznych, waga ciała, nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych oraz środowiskiem rodzinnym i dotychczasowym czasem trwania objawów. Do jedynych cech w znaczący sposób odróżniających porzucających terapię od osób, które ukończyły program leczenia, były dwie właściwości — brak zaufania i trudności w tworzeniu właściwych relacji z otoczeniem.

W innej pracy [10] badaniu poddano 81 pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Za cel badania postawiono sobie określenie czynników ryzyka towarzyszących porzuceniu terapii przez tę grupę pacjentek. Porównywano populację pacjentek przerywających terapię z tymi, które w pełni zakończyły proces leczenia. Psychoterapię prowadzono w warunkach stacjonarnej kliniki poprzez połączenie oddziaływań psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, opieki medycznej i rehabilitacji żywieniowej. Wskaźnik dropoutów wyniósł 33,3 proc. W toku przeprowadzonych badań większość badanych parametrów okazała się niespecyficzna. Osoby, które porzuciły terapię, stosunkowo częściej i dłużej chorowały na bulimiczno-przecyzyszczającą odmianę anoreksji.

Interesujące badanie przeprowadził zespół pod kierownictwem Jennifer Mahon z Uniwersytetu w Leicester w Wielkiej Brytanii [6]. U 114 pacjentek z rozpoznaniem bulimii poddanych ambulatoryjnie terapii behawioralno-poznawczej lub interpersonalnej, ustalano poziom nasilenia traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa i ich wpływ na przerywanie terapii. Wskaźnik dropoutów wyniósł tu aż 55,3 proc. Uzyskane wyniki potwierdziły wprost proporcjonalną zależność pomiędzy nasileniem traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa a częstością porzucania terapii.

Według autorów, w zrozumieniu znaczenia tych odkryć pomocna może być teoria więzi, która za cel stawia sobie wyjaśnianie różnic w nawiązywaniu i podtrzymywaniu wzajemnych więzi opartych na zaufaniu. Załamanie relacji łączącej rodziców (separacja, rozwód, śmierć jednego z nich) może wpływać na obniżenie u dziecka umiejętności nawiązywania bezpiecznych więzi. Utrata jednego z rodziców może doprowadzać do przeżywania wysokiego poziomu stresu u drugiego rodzica opiekującego się dzieckiem. W następstwie dziecko przeżywa rodzaj niechęci lub odsunięcia, co w sumie przyczynia się do ukształtowania się ubogich w poczucie bezpieczeństwa stylów nawiązywania więzi. Wydaje się, że doświadczenia z dzieciństwa, mające wpływ na kształtowanie się więzi,

mogą przenosić się na zdolność formowania więzi terapeutycznej. Taka konceptualizacja porzucania terapii jako funkcji nawiązywania więzi pomiędzy pacjentem a terapeutą wydaje się bardziej przydatna aniżeli myślenie o tym zjawisku w kategoriach endogennej cechy danego pacjenta.

Dyskusja

Przegląd badań dotyczących dropoutów w zaburzeniach odżywiania nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków. Wydaje się, że to zagadnienie należy wciąż jeszcze do słabo poznanych. Jak to już wcześniej sygnalizowano, niewątpliwym problemem jest stworzenie powszechnie akceptowanego określenia dropoutu i związanych z tym ujednoliconych metod badania tej problematyki. Stosunkowo dużo rozmaitych niedociągnięć metodologicznych (por. tab.1) może wynikać z wysokiej liczby zmiennych, z których wszystkie trudno uwzględnić jako zmienne kontrolowane. Może to wpływać na przykład na ujawnioną w powyższych pracach nadmierną koncentrację na właściwościach pacjenta, pomijanie zaś tych wszystkich zmiennych, które wnoszą ze sobą terapeuci. Znajomość różnych prac badawczych poruszających inne zagadnienia psychoterapii skłania nas jednak do wniosku, że jest to, niestety, dość częsta cecha tego typu prac. Tylko w jednej przedstawiono próbę oceny wpływu różnych postaw pacjentów i terapeutów na natężenie występowania dropoutów, ale spośród wielu specyficznych czynników znamienne okazały się jedynie różnice w oczekiwaniach.

Przedstawione wyniki badań w naszej opinii prowadzą jednak do istotnych wniosków dotyczących wysokiego znaczenia relacji terapeutycznej w psychoterapii zaburzeń odżywiania. Wydaje się to tym bardziej istotne, że duża część przedstawionych programów terapeutycznych oparta jest na modelu behawioralno-poznawczym, w którym nie tak rzadko dużą wagę przykładają przede wszystkim do odpowiedniej skuteczności stosowanych technik terapeutycznych. Brak zaufania, ujawniony w wynikach jednej z prac [11], można rozumieć jako poczucie zagrożenia, które bardzo często na początku psychoterapii przeżywa pacjent z nasilonymi objawami głodzenia się lub przejadania. Poczucie bezradności, przeżywanie depresji [8] nawiązują do potrzeb zależności i uzyskiwania wydatnego oparcia w otoczeniu, a w sytuacji terapeutycznej — w osobie terapeuty. Wspomniane czynniki, obok obniżonej zdolności do nawiązywania więzi [6], wskazują na wysokie znaczenie tak elementarnych cech relacji terapeutycznej, jak empatia (która już na samym początku terapii pozwala zmniejszyć u pacjenta jego poczucie zagrożenia), budzenie zaufania do terapeuty i budowanie w pacjencie nadziei. Wymienione właściwości przyczyniają się do pogłębienia związku pomiędzy osobą pacjenta i terapeuty, a w następstwie wyraźnie zmniejszają niebezpieczeństwo porzucenia terapii.

Ważną przeszkodą na drodze do uogólniania wniosków zawartych w poszczególnych pracach są nie tyle nawet różnice w modelach leczniczych, ile przede wszystkim brak dokładnych opisów konkretnych metod i procedur psychoterapeutycznych. Z lektury pracy można się dowiedzieć, że psychoterapia zaburzeń odżywiania prowadzona była według modelu behawioralno-poznawczego, ale brak już bardziej szczegółowych wiadomości o wzajemnej proporcji oddziaływań grupowych i indywidualnych, o konkretnych rodzajach pracy behawioralnej lub poznawczej. Część wniosków wydaje się sprzeczna lub

słabo potwierdzona. W pracy Steela i wsp. [8], stosując skalę depresji Becka, wykazano, że wpływ na liczbę pacjentów porzucających terapię ma nasilenie u tych osób objawów depresyjnych, czego z kolei za pomocą takiej samej skali nie udało się wykazać w innych badaniach [10, 11]. Podobne rozbieżności dotyczą różnych danych demograficznych, czasu trwania objawów.

Na uwagę zasługują wnioski dotyczące wpływu wzmożonego poczucia własnej bezradności, nieskuteczności [8], a przede wszystkim — traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Koncepcja zakładająca, że osoby, mające niskie poczucie bezpieczeństwa w nawiązywaniu wszelkich relacji w swoim otoczeniu mogą mieć bardzo podobne trudności w nawiązaniu więzi terapeutycznej, wydaje się mieć duże znaczenie praktyczne. Jedną z możliwych interpretacji może też wskazywać, że osoby zdradzane lub porzucane w przeszłości mogą chcieć tym razem same porzucić (na przykład terapeutę).

Z drugiej strony — w niektórych przypadkach wcześniejsze przerwanie leczenia może być korzystne dla pacjenta, jeśli on sam przyjmuje odpowiedzialność za swoją decyzję i nie łączy się to z impulsywnością takiej reakcji i poczuciem braku zaspokojenia subiektywnych potrzeb.

Piśmiennictwo

1. Backland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol. Bull.* 1975; 82: 738-783.
2. van Strien D, van der Ham T, van Engeland H. Dropout characteristics in a follow-up study of 90 patients. *Int. J. Eat. Dis.* 1992; 12: 341-343.
3. Merrill C, Mines R, Starkey R. Premature dropout in the group treatment of bulimia. *Int. J. Eat. Dis.* 1987; 6: 293-300.
4. Baran S, Weltzin T, Kaye W. Low discharge weight and outcome in anorexia nervosa. *Am. J. Psychiatry*, 1995; 152: 1070-1072.
5. Yalom I, Alto P. A study of group therapy dropouts. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996; 14: 393-413.
6. Mahon J, Bradley N, Harvey P, Winston A, Palmer R. Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa; a replication. *Int. J. Eat. Dis.* 2001; 30: 138-148.
7. Grzesiuk L. *Psychoterapia — szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: PWN; 1994.
8. Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Brigford-West L, Austin J. Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa? *Int. J. Eat. Dis.* 2000; 28: 209-214.
9. Vandereycken W, Pierloot R. Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa; a clinical study of 133 patients. *Brit. J. Med. Psychol.* 1983; 56: 145-156.
10. Kahn C, Pike K. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 2001; 30: 237-244.
11. Blouin J, Schnarre K, Carter J, Blouin A, Tener L, Zuro C, Barlow J. Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 1995; 17: 323-329 (streszczenie z bazy MEDLINE).
12. Griffiths R. Characteristics of dropouts and completers from hypnobehavioral treatment for bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.*; 9: 217-219.
13. Coker S, Vize C, Wade T, Cooper P. Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive-behaviour therapy. *Int. J. Eat. Dis.* 1993; 11: 97-110.
14. McKisack C, Waller G. Why is attendance variable at groups for women with bulimia nervosa? The role of eating psychopathology and other characteristics. *Int. J. Eat. Dis.* 1996; 20: 205-209.
15. Waller G. Dropout and failure to engage in individual outpatient cognitive behavioral therapy for bulimia disorders. *Int. J. Eat. Dis.* 1997; 22: 205-209.

16. Enright J. Terapia i poradnictwo bez oporu. *Now. Psychol.* 1987; 3: 88-112.
17. Berg B, Rosenblum N. Fathers in family therapy; a survey of family therapists. *J. Marr. Fam. Couns.* 1977; 3: 85-91.
18. Bischoff R, Sprenkle D. Dropping out of marriage and family therapy; a critical review of research. *Fam. Proc.* 1993; 32: 353-375.
19. Kohut H. *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press; 1984.
20. Clinton D. Why do eating disorders patients drop out? *Psychother. Psychosom.* 1996; 65: 29-35, (streszczenie z bazy MEDLINE).
21. Favaro A, Santonastaso P. Self-injurious behaviour in anorexia nervosa. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000; 188 (8): 537-542 (streszczenie z bazy MEDLINE).

Adres: Paweł Sala, Klinika Nerwic IPiN
02-957 Warszawa
al. Sobieskiego 9, tel. +48 22 32 13 400