

Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction.

Autoři: Giorgio A. Tasca, Kerri Ritchie, Gretchen Conrad, Louise Balfour, Jane Gayton, Vanessa Lybanon, Hany Bissada

Zdroj: Society for Psychotherapy Research, January 2006; 16(1): 106 -121

Shrnutí a překlad článku: Lucie Petrová

Obsah

Pacienti trpící nemocí záchvatovitého přejídání (BED = binge eating disorder) byli vybráni za kontrolních podmínek do jedné ze dvou terapeutických skupin, které probíhaly formou 16 sezení: Skupiny kognitivně – behaviorální terapie (dále jako GCBT) nebo do skupiny psychodynamické interpersonální psychoterapie (dále jako GPIP).

Oba způsoby léčby se vyvíjely dobře. Výsledkem léčby bylo zredukování dnů epizod přejídání se ve srovnání se stavem před zahájením léčby. Ačkoliv GPIP i GCBT zmírnily záchvaty přejídání, ukazuje se, že výsledky léčby se liší na základě míry úzkosti a vyhýbání se jednotlivých členů skupin. U žen, které dokončily GPIP se úzkost odvíjela od dnů přejídání. Na druhou stranu u žen, které dokončily GCBT, byla po léčbě zaznamenána nižší úzkostnost ve dnech přejídání. Vyšší souvislost s vyhýbáním se souvisela se skupinou GCBT.

Možnosti léčby

Záchvatovité přejídání je vedeno jako porucha v *Diagnostickém a Statistickém Manuálu Mentálních Poruch* (4. Edice, DMS IV – American Psychiatric Association). Je spojené s obezitou a charakterizované opakovanými epizodami přejídání se. Ztráta kontroly během přejídání způsobuje psychické obtíže, ale není charakterizované kompenzačním chováním (zvracením). Vyskytuje se mezi 1-3 % populace. 20 – 30 % obézních lidí, kteří se snaží zhubnout, vykazují kritéria BED. Tito lidé uvádějí větší strach z nabírání váhy a váha jim také více kolísá. Jsou více nespokojeni se svým tělem a častěji myslí na jídlo. Z dlouhodobého hlediska mají lidé trpící BED tendenci k nabírání váhy. Jejich obezita je spojena se

zdravotními problémy, jakými jsou kardiovaskulární problémy a diabetes II. typu. Lidé s BED mají velký sklon k depresi. Úspěšná léčba BED a přidružené deprese se neobejde bez terapie.

Z pohledu KBT plyne tato porucha ze zkresleného, kritického pohledu na váhu a tvar vlastního těla. KBT je navržena tak, aby zachytila tyto faktory, které zahrnují přetrvávání poruchy skrze behaviorální a kognitivní intervence. Další možností léčby BED je psychoterapie zaměřená na skupinu. Je založená na interpersonální psychoterapii, která byla původně navržena pro léčbu deprese. Psychoterapie zaměřená na skupinu předpokládá, že současná sociální role pacienta je klíčová pro přetrvávání záchvatů přejídání, protože existuje úzká vazba mezi interpersonálním fungováním, náladou a BED. Tyto dva způsoby léčby jsou oba efektivní a snižují záchvaty přejídání. Navzdory těmto výsledkům však pokračuje 41 % pacientů, kteří podstoupili KBT terapii a 38 % pacientů, kteří podstoupili skupinovou terapii, v záchvatech přejídání i 12 měsíců po léčbě.

Pro bližší studium bylo BED testováno z pohledu interpersonální psychodynamiky. Z pohledu interpersonální psychodynamiky se BED vrací v závislosti na negativní náladě, která je ovlivněná interpersonálními stresory. Záchvat přejídání reguluje negativní afekt nálady. Odborníci se shodují na tom, že lidé s BED mají opakující se maladaptivní interpersonální interakci – vyhýbání se, nepřijetí a osamění. Tyto interakce zachovávají koloběh vzorců a posilují negativní zpětnou vazbu. Terapie GPIIP se zaměřuje na to, aby zredukovala problémy s náladou, které vrcholí snížením počtu dní přejídání. GPIIP se odehrává ve skupině lidí, jako znázorněném sociálním systému. V této skupině mohou být navzájem pozorovány interpersonální vzorce a je zde okamžitá zpětná vazba od terapeuta a ostatních členů skupiny.

Tato studie zkoumá dvě věci: Jako první je testována nově utvořená skupina GPIIP, aby ukázala hranici léčebných možností pro lidi s BED. GPIIP byl srovnáván s GCBT a obě léčby byly srovnávány kontrolními podmínkami. Další pohled byl zaměřen na to, jak se proměnila míra úzkosti u žen s BED před léčbou a po léčbě, v závislosti na typu léčby.

Attachment teorie

Attachment teorie je navržena tak, aby dokázala porozumět psychoterapeutickému procesu a jeho výsledku. Nejistí jedinci mají tendenci reagovat na své terapeutické prostředí způsobem, který je podobný jeho zavedeným vzorcům obran a emoční regulace. Jedinci, kteří volí způsob vyhýbací strategie, byli hodnoceni klinickými lékaři jako ti, kteří se méně zapojí do hledání chování a pravděpodobně nebudou využívat jako prostředek léčby sebepoznání.

Léčení pak bude méně úspěšné než u lidí s úzkostí. Studium struktury individuální psychodynamické terapie přichází na to, že jedinci s vyhubým typem chování budou mít menší prospěch z této terapie a je jim doporučena kognitivní terapie. Zjistilo se, že ženy, které trpí záchvatovitým přejídáním, nebo pročišťujícím typem anorexie, mají tendenci odcházet (vyhubavé chování) z léčebné skupiny, pokud zažívají vztahovost jako druhotnou. Ukazuje se, že jedinci s úzkostnou vazbou, jsou vysoce citliví na emoce své i jiných lidí, ale nemají schopnost náhledu na tyto emoce. Z toho vyplývá, že jedinci s úzkostnou vazbou, mohou mít prospěch z terapie GPIP, která využívá sebereflexi jako prostředek regulace afektů a nácvik vztahů.

Z toho vyplývá, že jedinci s vyšší úzkostnou vazbou mají větší benefity ze skupinové terapie založené na sebereflexi, a jedinci, kteří mají vztahy za druhořadé, a mají tendenci k vyhubacímu typu chování mají větší užitek z terapie KBT. Některé výzkumy uvádějí, že ženy jsou častěji úzkostné a muži vyhubající se.

Studie

Účastníků této studie bylo 135 jedinců, kteří splňovali kritéria pro BED. Průměrný věk účastníků byl 42,7, průměrné BMI bylo 41,1 a hlavní rok propuknutí BED byl 19,6 let. Většina účastníků byla kavkazské národnosti. Sigle jich bylo 27,8 procent, 42,5 procent žijících s partnerem nebo ženatých, 16 procent rozvedených a 3 procenta ovdovělých. Většina byla zaměstnána na plný nebo zkrácený úvazek. Většina účastníků měla vysokoškolské vzdělání. Účastníci, měli minimálně 2 epizody přejídání za týden a to v průběhu posledních 6 ti měsíců. Vylučovalo se užívání dalších návykových látek, bipolární poruchy, psychotické poruchy, suicidální pokusy, jiné poruchy příjmu potravy a věk menší než 18 let. BMI větší než 30 nebylo specifickým kritériem pro zařazení. Účastníci museli také souhlasit, že se nebudou angažovat v další léčbě – ani psychologické, ani farmakologické. Více než polovina účastníků byla na antidepresivech minimálně 3 měsíce před zahájením studie. Tím pádem neměly léky během studie na účastníky terapeutický efekt. Účastníci byli náhodně rozděleni do skupin – 5 skupin bylo GPIP a 5 skupin GCBT. Skupinu vedlo 10 terapeutek, 9 terapeutek a 1 psychiatricka. 5 z nich pracovalo převážně v KBT, dalších 5 v psychodynamice. Každý terapeut absolvoval speciální workshop. Terapeutky procházely týdenní supervizí a jednou za měsíc i skupinovou supervizí. Supervizi prováděly dvě starší psycholožky, s nejméně 10 letou praxí ve skupinové terapii, supervizi a v léčbě poruch příjmu potravy.

Byl nalezen vztah mezi sebehodnocením a aktuální tělesnou váhou. Psychologické potíže a poruchy příjmu potravy jsou vzájemně propojeny. Ve výzkumu byla použita stupnice k měření deprese, která zahrnovala dvacet položek. Více bodů u každé položky znamenalo větší depresivní symptomy. Nejvíce bodů získaly položky interpersonální problémy, sebeúcta, úzkost a vyhýbání se. Dále byly účastníci studie hodnoceny dotazníkem o stravování, který měl tři podskupiny: Omezení stravování, náchylnost k hladovění a odmítnutí stravování. Nejvyšší skóre bylo zaznamenáno u mírného omezování jídla.

Skupinové terapie

Raná fáze terapie GPIIP se zaměřovala na porozumění pacientů a pomoc v jejich zapojení se do skupinové práce, v polovině procesu byli účastníci vystavováni skupinové interakci ve skupině i zvenčí skupiny. Poslední fáze terapie byla založena na ztrátě a separaci jako na univerzálním stresoru. Diety, hubnutí a disfunkční kognice nebyly terapeutem v této terapii řešeny. GPIIP je založena na interakci „tady a teď“ mezi členy skupiny a terapeutem, porozumění interpersonálním vzorům a porozumění vztahu mezi potřebami, negativní náladou a záchvatovitým přejídáním jako prostředku k vyrovnaní nálady.

Cílem léčby v GCBT skupině bylo odvrátit nadměrné dietní omezování, rozšířit jídelníček účastníků skupiny na více potravin, což snižuje přísnost potravinových pravidel a problém se sebe obrazem těla a kognitivní deformace typické pro poruchy příjmu potravy. V první fázi léčby bylo řešeno nadměrné stravování tím, že se vytvoří pravidelné a flexibilní jídelní vzory. Zavedlo se mírné cvičení a odstranily se překážky k provádění cvičení. Byl použit deník ohledně jídla ke kontrole jídelního chování, aby se odhalily disfunkční myšlenkové procesy. Důraz byl kladen na problém a řešení situací nebo událostí, které mohou způsobit záchvat přejedení. Závěrečná fáze se zabývala řešením váhového očekávání, přístupu k životnímu stylu ohledně váhového úbytku a strategií prevence relapsu. GCBT se nezaměřovala na dysfunkční mezilidské vzory. Byla testována kratší verze GCBT – z původních 20 terapeutických sezení, bylo aplikováno 16.

Výsledky

Prvním cílem bylo otestovat novou terapii GPIIP, aby poskytla širší možnosti léčby záchvatovitého přejídání a otestovat kratší verzi CBT. Obě léčby byly shledány jako účinné a vedly se snížení dnů přejídání. Výsledkem je, že 17,5 % účastníků studie se nevrátilo k původnímu chování, což bylo přehodnoceno po 16 týdnech léčby. Rok po léčbě byla u 26 %

obézních pacientů zaznamenána 10 % ztráta hmotnosti. Volba terapie v úbytku hmotnosti nehrála roli. Jak GCBT, tak GPIIP ukázaly významné pozitivní změny ve srovnání se stavem před léčbou. Výsledky ukazují, že GPIIP i GCBT ukazují na výraznou redukci dnů přejídání a to 12 měsíců po léčbě a výrazně zlepšení psychických obtíží a špatného postoje k jídlu. Toto zlepšení bylo znatelné 6 měsíců po léčbě. Mezi zlepšení v terapiích jsou zde drobné rozdíly: GPIIP zaznamenala vyšší skóre u zlepšení deprese a sebeúcty. Zlepšení u GCBT bylo zaznamenáno tím, že se zlepšilo stravování účastníků a jejich kontrola nad jídelním chováním. Výsledky této studie ukazují, že u jedinců, kteří měli nižší potřebu potvrzení, měla větší efekt terapie, která je založena na učení se dovedností ke zvládnání záchvatovitého přejídání (v GCBT). Didaktická povaha GCBT, však nezpůsobila dostatečnou emocionální změnu ve vztazích pro lidi s vyšší úzkostnou vazbou. Vyšší potřeba ujištění byla spojena s většími benefity v léčbě zaměřené na afektivní prožívání, sebereflexi a mezilidské vystavení (GPIIP).

Výsledky ukazují, že by bylo v budoucnu užitečné rozdělit pacienty s BED podle stupně jejich úzkostné vazby do vhodného typu léčby. Ti, kteří vykazují menší míru úzkosti do GCBT a ti, kteří disponují větší mírou úzkosti do GPIIP.