PRZEGLĄD PSYCHOLOGICZNY – THE REVIEW OF PSYCHOLOGY
2026, TOM 69, NR 3, 59–71
DOI: 10.31648/przegldpsychologiczny.11906
Otrzymano: 26.01.2026 ● Poprawiono: 25.08.2026 ● Zaakceptowano: 15.09.2026

MANTRA jako protokół leczenia jadłowstrętu psychicznego u dorosłych: model poznawczo-interpersonalny, struktura terapii i dane empiryczne

Izabela Pawłowska[1]
Uniwersytet SWPS, Katedra Psychologii Klinicznej i Zdrowia
https://orcid.org/0000-0001-5351-2016

Kamila Grochowska-Kramek
Uniwersytet SWPS
https://orcid.org/0009-0008-4684-8396

Streszczenie

Cel: Celem pracy jest syntetyczne przedstawienie MANTRA (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults) jako manualizowanego podejścia psychoterapeutycznego stosowanego w leczeniu jadłowstrętu psychicznego (anoreksji nervosa, AN) u dorosłych oraz krytyczna analiza przesłanek teoretycznych i danych empirycznych dotyczących tego protokołu.

Tezy: MANTRA bazuje na poznawczo-interpersonalnym modelu podtrzymywania AN, w którym współwystępują i wzajemnie wzmacniają się: specyficzny styl poznawczy (m.in. sztywność i koncentracja na szczególe), trudności w zakresie identyfikacji oraz regulacji emocji, wzorce relacyjne zwiększające ryzyko izolacji oraz pozytywne przekonania dotyczące funkcji objawów i ich związek z tożsamością. Protokół łączy techniki poznawczo-behawioralne z pracą motywacyjną i interwencjami interpersonalnymi, a w wybranych przypadkach obejmuje systematyczne włączanie osób wspierających.

Konkluzja: MANTRA stanowi spójny konceptualnie i empirycznie oceniany protokół, który jest jedną z rekomendowanych opcji ambulatoryjnego leczenia dorosłych z AN. W badaniach randomizowanych obserwowano wzrost wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index*, BMI) i zmniejszenie nasilenia objawów. Nie wykazano wyższości MANTRA nad innymi aktywnymi terapiami, lecz dostępne próby nie były zaprojektowane do potwierdzenia formalnej równoważności metod. Jakość metodologiczna badań jest zróżnicowana, a ryzyko błędu systematycznego – podwyższone (Fernández García i Quiles Marcos, 2024).

[1] Adres do korespondencji: ipawlowska@swps.edu.pl.

Potrzebne są dalsze badania nad moderatorami efektów, mechanizmami zmiany oraz wdrażaniem protokołu w rutynowej opiece.

Słowa kluczowe: anoreksja nervosa, psychoterapia, MANTRA, model poznawczo-interpersonalny, SSCM, CBT-E

Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa, AN) należy do zaburzeń psychicznych wiążących się z wysokim ryzykiem powikłań somatycznych i śmiertelności, a jej przebieg u osób dorosłych często charakteryzuje się przewlekłością, nawrotami i znacznym ryzykiem przedwczesnego zakończenia leczenia (Agras i Robinson, 2008). Pomimo rozwoju wyspecjalizowanych protokołów psychoterapeutycznych efekty leczenia ambulatoryjnego pozostają umiarkowane, a różnice pomiędzy aktywnymi interwencjami są zazwyczaj niewielkie. Wytyczne National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2017) zalecają stosowanie zmanualizowanych terapii w ramach opieki wielodyscyplinarnej, z uwzględnieniem preferencji pacjenta i jego sytuacji klinicznej.

Jednym z podejść opracowanych z myślą o specyfice anoreksji nervosa u dorosłych jest MANTRA (Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults) – manualizowany protokół psychoterapii indywidualnej wywodzący się z poznawczo-interpersonalnego modelu podtrzymywania zaburzenia (Schmidt i Treasure, 2006; Treasure i Schmidt, 2013). NICE wymienia MANTRA jako jedną z trzech głównych opcji leczenia dorosłych z AN, obok terapii poznawczo-behawioralnej ukierunkowanej na zaburzenia odżywiania (eating-disorder-focused cognitive behavioural therapy, CBT-ED) oraz specjalistycznego wspierającego zarządzania klinicznego (Specialist Supportive Clinical Management, SSCM). Model podtrzymywania AN opublikowano w 2006 roku (Schmidt i Treasure, 2006), a pierwsze wyniki klinicznego zastosowania MANTRA przedstawiono w ambulatoryjnej serii przypadków opublikowanej w 2011 roku (Wade i in., 2011). Następnie protokół oceniono w pilotażowym badaniu randomizowanym (Schmidt i in., 2012) i opisano w pracy poświęconej jego rozwojowi, strukturze oraz wstępnym danym empirycznym (Schmidt i in., 2014). Pełny podręcznik terapeutyczny ukazał się w 2018 roku (Schmidt i in., 2018), a jego polskie wydanie – w 2026 roku (Schmidt i in., 2026). Baza dowodowa dotyczy przede wszystkim leczenia ambulatoryjnego. Zastosowania stacjonarne, grupowe i hybrydowe są adaptacjami protokołu, a dostępne dane nie pozwalają porównać skuteczności MANTRA na różnych poziomach opieki (Fernández García i Quiles Marcos, 2024).

Celem niniejszego artykułu jest krytyczny, narracyjny przegląd podstaw teoretycznych, struktury protokołu oraz danych empirycznych dotyczących MANTRA w leczeniu dorosłych z anoreksją nervosa. Publikacje dobierano celowo, kierując się ich związkiem z celem artykułu: omówieniem modelu teoretycznego MANTRA, struktury protokołu oraz wyników badań nad jego stosowaniem u dorosłych z anoreksją nervosa. Gromadzenie literatury zakończono 31 grudnia 2025 roku. Artykuł obejmuje: (a) poznawczo-interpersonalny model podtrzymywania AN, (b) główne komponenty MANTRA i postulowane mechanizmy zmiany oraz (c) wyniki badań randomizowanych, obserwacyjnych i jakościowych, ze szczególnym uwzględnieniem

porównań ze wzmocnioną terapią poznawczo-behawioralną (Enhanced Cognitive Behavioural Therapy, CBT-E) i SSCM. Celem nie jest rozstrzygnięcie o wyższości MANTRA ani bezwarunkowe zachęcenie do jej stosowania, lecz przedstawienie protokołu i krytyczna ocena jego bazy dowodowej. Ograniczenia danych porównawczych zostały wskazane wprost.

Część analityczna

Poznawczo-interpersonalny model podtrzymywania AN

MANTRA wywodzi się z poznawczo-interpersonalnego modelu podtrzymywania AN, w którym objawy zaburzenia są utrwalane przez współdziałające czynniki poznawcze, emocjonalno-społeczne i interpersonalne oraz przez pozytywne przekonania o funkcjach choroby (Schmidt i Treasure, 2006; Treasure i Schmidt, 2013). Model nie zakłada, że wymienione czynniki są specyficzne wyłącznie dla AN ani że są one w pełni przyczynowe; podkreśla natomiast ich znaczenie jako procesów, które w warunkach głodzenia się, stresu i izolacji mogą tworzyć samonapędzające się pętle podtrzymujące zachowania restrykcyjne.

W obszarze poznawczym zwraca się uwagę na trudności w elastycznym przełączaniu się między strategiami działania (ang. *set-shifting*) oraz na tendencję do przetwarzania informacji w sposób silnie zorientowany na szczegóły przy utrudnionej integracji „szerszego obrazu" (osłabiona centralna koherencja). Badania neuropsychologiczne wskazują na trudności w zadaniach wymagających elastyczności poznawczej oraz na możliwość występowania niektórych cech profilu poznawczego u młodszych pacjentów (Lang i in., 2015; Tchanturia i in., 2004). Jednocześnie część właściwości „analitycznego" stylu może funkcjonować jako zasób w innych kontekstach, co w MANTRA wykorzystuje się w celu destygmatyzacji i budowania przymierza terapeutycznego.

Drugi filar modelu obejmuje trudności w zakresie emocji i funkcjonowania społecznego. Metaanaliza danych samoopisowych sugeruje, że osoby z AN częściej raportują osłabioną świadomość i klarowność emocji oraz większe użycie strategii regulacji uznawanych za mniej adaptacyjne, przy jednocześnie rzadszym korzystaniu ze strategii bardziej elastycznych (Oldershaw i in., 2015). Z perspektywy procesów podtrzymujących zaburzenie szczególne znaczenie ma połączenie słabszej identyfikacji emocji z unikaniem ekspozycji interpersonalnej: restrykcje żywieniowe, rytuały i wycofanie mogą krótkoterminowo redukować pobudzenie, lecz długofalowo zwiększać izolację oraz utrwalać zależność od objawów jako głównej strategii radzenia sobie (Treasure i Schmidt, 2013). Badanie łączące neuroobrazowanie z oceną doświadczeń w codziennym życiu wykazało, że silniejsze obniżanie aktywności prążkowia brzusznego podczas regulacji emocji pozytywnych wiązało się u osób z AN z większym nasileniem ruminacji dotyczących ciała i negatywnego afektu oraz mniejszym przyrostem BMI w dalszej obserwacji (Seidel i in., 2018). Uzupełniająco proponowano, że zamartwianie się i ruminacje mogą w AN pełnić funkcję poznawczego unikania emocji, pozostając w relacji z nasileniem psychopatologii zaburzeń odżywiania (Startup i in., 2013).

Trzeci komponent modelu dotyczy relacji i kontekstu interpersonalnego. Objawy AN są widoczne i alarmujące dla otoczenia, co może prowokować reakcje o wysokim pobudzeniu (np. presję, kontrolę lub wycofanie), a te – choć intencjonalnie pomocowe – mogą niekiedy wzmacniać cykle konfliktu lub unikania. Klinicznie istotne jest również zjawisko „akomodacji" zachowań związanych z zaburzeniem u osób bliskich, które może przynosić krótkoterminową ulgę, ale długoterminowo utrwalać objawy (Treasure i Schmidt, 2013).

Osobne miejsce zajmują pozytywne przekonania dotyczące funkcji objawów i procesy tożsamościowe. W AN objawy często mają charakter ego-syntoniczny, a choroba może być doświadczana jako źródło kontroli, bezpieczeństwa lub sprawczości. Z perspektywy podejścia MANTRA ambiwalencja wobec zmiany jest zatem zjawiskiem oczekiwanym i stanowi przedmiot pracy terapeutycznej; włącza się tu elementy bilansu zysków i kosztów, wartości oraz budowania tożsamości „poza anoreksją". Wariant protokołu dla młodszych pacjentów (MANTRa) opisano w literaturze jako próbę adaptacji modelu do kontekstu adolescencji i wczesnej dorosłości; dane dotyczące MANTRa nie powinny jednak zastępować wnioskowania o skuteczności MANTRA u dorosłych (Zeiler i in., 2025).

Struktura i mechanizmy oddziaływania MANTRA

MANTRA ma charakter terapii indywidualnej, zmanualizowanej i modułowej. Opis protokołu akcentuje współpracujący styl terapeuty, inspirowany zasadami dialogu motywującego, oraz odnoszenie interwencji do indywidualnej konceptualizacji przypadku (Schmidt i in., 2015). Narzędzia służące wspólnemu rozumieniu błędnych kół podtrzymujących, w tym metafora „kwiatu podtrzymującego", ukierunkowują dobór ćwiczeń dotyczących odżywiania i regeneracji, elastyczności poznawczej, emocji oraz relacji. Zgodnie z NICE (2017) MANTRA obejmuje zazwyczaj 20 sesji: pierwszych 10 odbywa się co tydzień, a harmonogram kolejnych jest bardziej elastyczny; osobom ze złożonymi problemami można zaoferować do 10 dodatkowych sesji. W badaniu MOSAIC osoby z BMI $\leq$ 15 kg/m^2 mogły otrzymać do 30 cotygodniowych sesji i 4 comiesięczne sesje podtrzymujące (Schmidt i in., 2015), natomiast w badaniu Byrne i in. (2017) oferowano 25–40 sesji w ciągu 10 miesięcy, zależnie od wyjściowego BMI. Praca nad stylem poznawczym, emocjami i relacjami nie zastępuje celów odżywieniowych. Protokół obejmuje normalizację jedzenia, poprawę stanu odżywienia i regularne monitorowanie masy ciała. Ocena ryzyka somatycznego oraz decyzje o intensyfikacji leczenia należą do opieki wielodyscyplinarnej i wymagają współpracy psychoterapeuty z lekarzem oraz, zależnie od potrzeb, dietetykiem (Schmidt i in., 2018).

W module poznawczym stosuje się interwencje ukierunkowane na zwiększanie elastyczności myślenia i zachowania oraz na poszerzanie perspektywy, często w formie ćwiczeń krótkich i eksperymentów behawioralnych. W module emocjonalno-społecznym nacisk kładzie się na rozwijanie identyfikacji emocji, zwiększanie tolerancji pobudzenia oraz poszerzanie repertuaru regulacji afektu; opisywano także wykorzystanie metod bardziej doświadczeniowych, gdy praca pozostaje nadmiernie zracjonalizowana. Komponent interpersonalny obejmuje

analizę powtarzalnych ról relacyjnych, komunikacji emocjonalnej i wzorców unikania, a także planowanie eksperymentów interpersonalnych w sposób ograniczający ryzyko eskalacji konfliktu.

Włączenie osób wspierających nie jest w MANTRA obligatoryjne, lecz stanowi ważną opcję kliniczną wówczas, gdy relacje i praktyki otoczenia aktywnie uczestniczą w cyklach podtrzymujących. Badania nad cyfrową augmentacją bazującą na elementach MANTRA i interwencjach dla opiekunów (ECHOMANTRA) wskazują na rosnące zainteresowanie formatami hybrydowymi oraz rozwijaniem umiejętności pacjentów i osób wspierających, choć wyniki kliniczne tych interwencji są zróżnicowane (Cardi i in., 2024; Cardi i in., 2025). Interwencje te omówiono szerzej w wyodrębnionej części poświęconej adaptacjom i interwencjom uzupełniającym.

Dane empiryczne dotyczące skuteczności MANTRA

Najważniejszą brytyjską ocenę MANTRA przeprowadzono w ramach Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC). W randomizowanym badaniu kontrolowanym porównano MANTRA z SSCM w ambulatoryjnym leczeniu dorosłych z szeroko definiowaną AN (BMI ≤ 18,5 kg/m^2). Do badania włączono 142 osoby, losowo przydzielone do MANTRA (n = 72) lub SSCM (n = 70). Oba ramiona obejmowały 20–30 sesji, 4 sesje podtrzymujące oraz opcjonalne konsultacje dietetyczne i sesje z udziałem bliskich; pierwotnym punktem końcowym był BMI po 12 miesiącach. Leczenie ukończyło 75% osób w grupie MANTRA i 59% w grupie SSCM. W obu ramionach stwierdzono poprawę BMI, objawów zaburzeń odżywiania, dystresu i funkcjonowania, bez istotnych statystycznie różnic między grupami w głównych wynikach. Po 12 miesiącach od randomizacji uczestnicy MANTRA oceniali terapię jako bardziej akceptowalną i wiarygodną niż uczestnicy SSCM (Schmidt i in., 2015). Dane po 24 miesiącach od randomizacji uzyskano od 73,2% uczestników. Szacowany średni przyrost BMI od wartości wyjściowej wyniósł 2,25 kg/m^2 w MANTRA i 2,16 kg/m^2 w SSCM; odpowiadające im wielkości efektu 1,83 i 1,75 opisują zmianę wewnątrz grup, a nie różnicę między terapiami. Osiemdziesiąt trzy procent uczestników nie wymagało dodatkowego leczenia intensywnego (Schmidt i in., 2016). Wyniki wskazują na poprawę w obu warunkach, ale nie dowodzą swoistej skuteczności MANTRA. Brak istotnych różnic nie potwierdza też formalnej równoważności ani nie mniejszej skuteczności metod, ponieważ badania nie zaprojektowano w tym celu.

W wieloośrodkowym randomizowanym badaniu Byrne i in. (2017), prowadzonym w pięciu poradniach w trzech australijskich miastach, bezpośrednio porównano MANTRA, CBT-E i SSCM. Do badania włączono 120 dorosłych z AN, którym zaoferowano 25–40 sesji w ciągu 10 miesięcy. Leczenie ukończyło 57,5% uczestników SSCM, 56,1% uczestników MANTRA i 66,7% uczestników CBT-E; różnice nie były istotne statystycznie. Dwunastomiesięczną obserwację ukończyło 52,5% całej próby. We wszystkich grupach obserwowano poprawę BMI, psychopatologii zaburzeń odżywiania, psychopatologii ogólnej i funkcjonowania

psychospołecznego, bez istotnych różnic w wynikach ciągłych. Średni przyrost BMI w MANTRA wyniósł 1,37 kg/m^2 po leczeniu i 1,50 kg/m^2 po 12 miesiącach. Po 12 miesiącach od zakończenia leczenia prawidłową masę ciała osiągnęło 47,5% osób w SSCM, 44,0% w MANTRA i 59,0% w CBT-E, a kryteria remisji spełniało odpowiednio 32,5%, 22,0% i 30,8%; różnice nie były istotne statystycznie. Badanie nie wykazało przewagi żadnej terapii w analizach głównych, ale ograniczona liczebność grup i duży odsetek brakujących danych zmniejszały możliwość wykrycia mniejszych różnic. Wyniki nie pozwalają uznać terapii za formalnie równoważne (Byrne i in., 2017).

Aktualny obraz bazy dowodowej porządkuje pierwszy przegląd systematyczny poświęcony MANTRA (Fernández García i Quiles Marcos, 2024). Autorki przeprowadziły przegląd zgodnie z Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), oceniając ryzyko błędu systematycznego narzędziami Cochrane. Włączono dziewięć badań opublikowanych w latach 2011–2023. W czasie leczenia obserwowano poprawę BMI, objawów zaburzeń odżywiania i stanu emocjonalnego, a badania porównawcze zasadniczo nie wykazywały istotnych różnic między warunkami. Ograniczona jakość metodologiczna, małe próby i podwyższone ryzyko błędu systematycznego nie pozwalają jednak na mocne wnioski o swoistej skuteczności protokołu ani o jego równoważności z innymi terapiami.

Odrębnego komentarza wymaga łączenie MANTRA z farmakoterapią oraz porównania z innymi nurtami psychoterapii. Nie zidentyfikowano badań randomizowanych, w których MANTRA stosowana łącznie z farmakoterapią stanowiłaby wyodrębnione ramię badawcze. W niektórych próbach dopuszczano stabilną dawkę leku przeciwdepresyjnego, lecz wpływu farmakoterapii nie analizowano odrębnie (Schmidt i in., 2012). Brakuje również bezpośrednich randomizowanych porównań MANTRA z terapią rodzinną lub psychodynamiczną u dorosłych. Przykładowo, badanie Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients (ANTOP) porównywało ogniskową terapię psychodynamiczną, terapię poznawczo-behawioralną i zoptymalizowane leczenie standardowe, ale nie obejmowało MANTRA (Zipfel i in., 2014). Dane porównawcze MANTRA ograniczają się zatem głównie do CBT-E i SSCM.

Uzupełnieniem danych ilościowych są prace jakościowe osadzone w programie MOSAIC, które pozwalają lepiej rozumieć, jak pacjenci interpretują mechanizmy zmiany i jakie elementy terapii uznają za pomocne lub obciążające (Lose i in., 2014).

Adaptacje i interwencje uzupełniające

Poza zasadniczym, indywidualnym protokołem w literaturze opisywane są adaptacje MANTRA oraz interwencje uzupełniające, które wykorzystują wybrane elementy modelu; ich wyniki należy interpretować odrębnie od danych dotyczących pełnego protokołu. Ponadto MANTRA bywa wdrażana w praktyce klinicznej w zmodyfikowanych ustawieniach (np. formaty grupowe lub hybrydowe), przy czym baza dowodowa tych adaptacji jest mniej jednorodna i najczęściej ma charakter obserwacyjny. Przykładowo, opisywano wykonalność zintegrowanego

formatu grupowego w warunkach usług publicznych, jednak tego typu wyniki wymagają ostrożnej interpretacji ze względu na brak randomizacji i selekcję próby (Startup i in., 2021).

W ostatnich latach badano cyfrową augmentację opieki po leczeniu intensywnym, wykorzystującą elementy MANTRA oraz interwencje dla opiekunów. ECHOMANTRA jest cyfrową interwencją wspierającą, która wykorzystuje wybrane elementy MANTRA i angażuje osoby bliskie; nie stanowi pełnego indywidualnego protokołu MANTRA, dlatego jej wyników nie należy traktować jako bezpośredniego testu skuteczności MANTRA. W pragmatycznym badaniu Transition Care in Anorexia Nervosa through Guidance Online from Peer and Carer Expertise (TRIANGLE) ceniono ECHOMANTRA jako dodatek do standardowej opieki, wspierający przejście z leczenia szpitalnego lub dziennego do opieki środowiskowej. Włączono 371 diad pacjent–opiekun z 31 brytyjskich ośrodków: 185 przydzielono do ECHOMANTRA z leczeniem standardowym, a 186 do samego leczenia standardowego. Głównym wynikiem był dystres pacjenta mierzony kwestionariuszem *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21) po 12 miesiącach. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy między grupami: oszacowana różnica wyniosła 0,48 punktu, 95% przedział ufności od −5,36 do 6,33; $p = 0{,}870$. Dane DASS-21 po 12 miesiącach były niedostępne dla około jednej trzeciej próby, częściej w grupie ECHOMANTRA, co ogranicza precyzję wniosków. Interwencja miała również niekorzystny profil efektywności kosztowej (Cardi i in., 2024). Dane jakościowe wskazują, że część uczestników oceniała wsparcie jako użyteczne, a przeszkodami były m.in. obciążenie po wypisie, zobowiązania rodzinne i zawodowe oraz niedopasowanie formy interwencji (Cardi i in., 2025; Clark Bryan i in., 2024).

MANTRA na tle CBT-E i SSCM

W leczeniu ambulatoryjnym dorosłych z AN brakuje jednoznacznych danych wskazujących na wyższość jednego podejścia. Należy odróżnić CBT-E – konkretny, zmanualizowany protokół opracowany przez Fairburna i współpracowników – od szerszego pojęcia CBT-ED, którym NICE określa klasę indywidualnych terapii poznawczo-behawioralnych ukierunkowanych na zaburzenia odżywiania. CBT-E jest najlepiej przebadanym przedstawicielem tej klasy, ale pojęcia te nie są tożsame. CBT-E dysponuje relatywnie szeroką bazą danych w populacjach zaburzeń odżywiania (Atwood i Friedman, 2020), a możliwości jego wdrażania – także u pacjentów o znacznym nasileniu objawów – opisano w warunkach rutynowej praktyki klinicznej (Frostad i in., 2018; Frostad i in., 2021). SSCM jest aktywnym leczeniem specjalistycznym, łączącym wsparcie kliniczne, monitorowanie stanu somatycznego i pracę nad normalizacją jedzenia. W badaniu MOSAIC nie wykazano istotnych różnic w głównych wynikach MANTRA i SSCM (Schmidt i in., 2015). Jedynym randomizowanym badaniem bezpośrednio porównującym MANTRA, CBT-E i SSCM pozostaje próba Byrne i in. (2017). Nie wykazano w niej istotnych różnic w wynikach ciągłych ani w odsetkach prawidłowej masy ciała i remisji, lecz ograniczona moc statystyczna i konstrukcja badania nie pozwalają wnioskować o formalnej równoważności terapii.

Dyskusja

Przedstawione dane wskazują, że MANTRA jest spójnym konceptualnie i empirycznie ocenianym protokołem psychoterapeutycznym oraz jedną z rekomendowanych opcji ambulatoryjnego leczenia dorosłych z anoreksją nervosa. MANTRA wyróżnia systematyczne mapowanie procesów podtrzymujących zaburzenie, uwzględnienie ambiwalencji wobec zmiany oraz integracja pracy poznawczej, emocjonalnej i interpersonalnej w zindywidualizowanej konceptualizacji przypadku. W badaniach obserwowano poprawę podczas leczenia, ale nie wykazano wyższości MANTRA nad SSCM ani CBT-E. Dostępne próby nie pozwalają także stwierdzić, że metody są formalnie równoważne.

Z perspektywy krytycznej istotne jest podkreślenie, że poznawczo-interpersonalny model podtrzymywania AN, będący fundamentem MANTRA, opisuje procesy o ograniczonej swoistości diagnostycznej. Sztywność poznawcza, trudności w regulacji emocji czy wzorce unikania interpersonalnego są obserwowane również w innych zaburzeniach psychicznych oraz mogą ulegać nasileniu wtórnie do głodzenia się i przewlekłego stresu. Oznacza to, że choć model MANTRA oferuje użyteczne ramy kliniczne, jego elementy nie powinny być interpretowane jako jednoznaczne predyktory odpowiedzi na leczenie ani jako mechanizmy specyficzne wyłącznie dla anoreksji nervosa. Aktualny stan badań nie pozwala również rozstrzygnąć, w jakim stopniu postulowane procesy pełnią rolę mediatorów zmiany, a w jakim – korelatów psychopatologii.

MANTRA, CBT-E i SSCM różnią się akcentami terapeutycznymi i organizacją pracy klinicznej. CBT-E skupia się na zachowaniach i przekonaniach bezpośrednio związanych z jedzeniem, masą ciała i psychopatologią zaburzenia odżywiania; MANTRA szerzej eksploruje funkcje objawów oraz procesy tożsamościowe i relacyjne; SSCM łączy wsparcie z zarządzaniem klinicznym i normalizacją odżywiania. Badania bezpośrednie nie wykazały wyraźnej przewagi jednego podejścia, ale nie potwierdziły ich równoważności. Wybór terapii powinien więc uwzględniać preferencje pacjenta, obraz kliniczny, gotowość do pracy w danym modelu oraz dostępność odpowiednio przeszkolonego zespołu.

MANTRA można uznać za uzasadnioną i rekomendowaną opcję ambulatoryjnego leczenia dorosłych z AN. W badaniu MOSAIC pacjenci oceniali ją jako bardziej akceptowalną i wiarygodną niż SSCM, jednak wynik ten pochodzi z jednej próby i nie powinien być uogólniany na porównania ze wszystkimi terapiami. Ostrożność w ocenie protokołu wynika z niewielkiej liczby badań porównawczych, ograniczonej mocy prób oraz zróżnicowanej jakości metodologicznej dostępnych danych (Fernández García i Quiles Marcos, 2024).

Wyniki badania cyfrowej interwencji uzupełniającej ECHOMANTRA nie są dowodem dotyczącym skuteczności pełnego protokołu MANTRA. W TRIANGLE nie wykazano korzyści ECHOMANTRA dołączonej do standardowej opieki w zakresie głównego wyniku, czyli objawów depresji, lęku i stresu mierzonych DASS-21 po 12 miesiącach. Nie należy rozszerzać tego wyniku automatycznie na wszystkie możliwe rezultaty kliniczne. Dane jakościowe wskazują, że część pacjentów i bliskich uznawała wsparcie za pomocne, co uzasadnia dalsze badanie momentu wdrożenia interwencji, jej obciążenia i dopasowania do potrzeb użytkowników.

Z perspektywy praktyki klinicznej MANTRA może być szczególnie użyteczna w pracy z pacjentami, u których istotną rolę odgrywają silna identyfikacja z chorobą, ambiwalencja wobec zmiany oraz trudności w relacjach interpersonalnych. Należy jednak podkreślić, że są to hipotezy kliniczne, a nie empirycznie potwierdzone wskazania różnicujące skuteczność terapii.

W polskich warunkach ograniczeniem pozostaje dostępność wyspecjalizowanych, zmanualizowanych terapii AN u dorosłych oraz zróżnicowany poziom przygotowania terapeutów. Wdrażanie pełnych protokołów utrudniają czynniki organizacyjne, ograniczenia czasowe oraz brak systemowych ścieżek szkolenia i superwizji. Bezpieczne leczenie wymaga także połączenia psychoterapii z regularną medyczną oceną stanu somatycznego. Dostępność MANTRA zwiększa polskie wydanie podręcznika „Terapia poznawczo-interpersonalna anoreksji u dorosłych" (Schmidt i in., 2026). Uzasadnione są badania nad adaptacją, wdrażaniem i efektami MANTRA w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Ograniczenia i kierunki dalszych badań

Baza dowodowa dotycząca MANTRA u dorosłych pozostaje ograniczona liczbą badań randomizowanych, niewielkimi próbami, różnicami w intensywności leczenia i brakami danych wynikającymi z przedwczesnego kończenia terapii. Przenoszenie protokołu do warunków ograniczonych zasobów sprzyja adaptacjom, których wierność i wyniki nie zawsze są systematycznie oceniane. Dalsze badania powinny dotyczyć: (a) moderatorów i mediatorów efektów, (b) badań porównawczych o odpowiedniej mocy statystycznej, w tym projektów równoważności lub nie mniejszej skuteczności, (c) analizy komponentów protokołu, (d) podtrzymywania efektów po leczeniu intensywnym oraz (e) wdrażania w rutynowej opiece. Brakuje randomizowanych porównań MANTRA z terapią rodzinną i psychodynamiczną u dorosłych oraz badań, w których połączenie MANTRA z farmakoterapią stanowiłoby wyodrębnioną strategię leczenia.

Podsumowanie

MANTRA jest jedną z trzech głównych opcji psychoterapii rekomendowanych przez NICE dla dorosłych z AN, obok CBT-ED i SSCM (NICE, 2017). W badaniach randomizowanych obserwowano wzrost BMI i zmniejszenie nasilenia objawów podczas MANTRA, bez wykazanej wyższości nad aktywnymi terapiami porównawczymi (Byrne i in., 2017; Schmidt i in., 2015). Brak istotnych różnic nie potwierdza jednak formalnej równoważności metod. Pierwszy przegląd systematyczny wskazuje zarazem na ograniczoną jakość metodologiczną dostępnych dowodów i podwyższone ryzyko błędu systematycznego (Fernández García i Quiles Marcos, 2024). MANTRA można zatem uznać za uzasadnioną opcję leczenia ambulatoryjnego, ale dalsze badania są potrzebne do określenia jej swoistych efektów, wskazań i miejsca względem innych terapii.

Oświadczenia

Oświadczenie o konflikcie interesów
Autorki zgłaszają potencjalny konflikt interesów związany z tematyką niniejszego artykułu. Kamila Grochowska-Kramek jest tłumaczką polskiego wydania podręcznika MANTRA, natomiast Izabela Pawłowska pełni funkcję redaktorki naukowej tego wydania. Powiązanie to ma charakter zawodowy i dotyczy protokołu terapeutycznego omawianego w manuskrypcie. Autorki nie zgłaszają innych interesów finansowych ani niefinansowych związanych z przygotowaniem lub publikacją artykułu.

Podmioty, które wniosły wkład w powstanie publikacji oraz ich udział
Nie dotyczy

Zgody etyczne
Nie dotyczy. Artykuł ma charakter przeglądowy i nie opisuje badania z udziałem ludzi ani zwierząt. Nie obejmował również gromadzenia ani analizy indywidualnych danych uczestników, dlatego uzyskanie zgody komisji etycznej nie było wymagane.

Oświadczenie o dostępności danych
Nie dotyczy. W ramach przygotowania artykułu nie wytworzono ani nie analizowano zbioru danych badawczych. Artykuł ma charakter przeglądowy i opiera się na źródłach wskazanych w bibliografii.

Oświadczenie o finansowaniu
Nie dotyczy

Oświadczenia i deklaracje dotyczące wykorzystania AI
W procesie przygotowania artykułu autorki korzystały z narzędzia ChatGPT (OpenAI) wyłącznie w celu korekty językowej, uporządkowania struktury przygotowanego przez nie tekstu oraz poprawy jego klarowności. Narzędzie nie było wykorzystywane do wyszukiwania i doboru piśmiennictwa, tworzenia syntezy badań, oceny dowodów naukowych ani formułowania wniosków i rekomendacji klinicznych. Autorki samodzielnie zweryfikowały wszystkie informacje, dane liczbowe, interpretacje i odwołania bibliograficzne oraz ponoszą pełną odpowiedzialność za ostateczną treść manuskryptu.

Deklaracja wkładu autorów w powstanie manuskryptu
Izabela Pawłowska: Konceptualizacja, Zasoby, Nadzór, Pisanie – przegląd i redakcja
Kamila Grochowska-Kramek: Konceptualizacja, Zasoby, Pisanie – wersja pierwotna, Pisanie – przegląd i redakcja

Bibliografia

Agras, W. S., Robinson, A. H. (2008). Forty years of progress in the treatment of the eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(suplement 47), 19–24. https://doi.org/10.1080/08039480802315632

Atwood, M. E., Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *53*(3), 311–330. https://doi.org/10.1002/eat.23206

Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A., Crosby, R. D. (2017). A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *47*(16), 2823–2833. https://doi.org/10.1017/S0033291717001349

Cardi, V., Rowlands, K., Ambwani, S., Lord, J., Clark-Bryan, D., McDaid, D., Schmidt, U., Macdonald, P., Arcelus, J., Landau, S., Treasure, J. (2024). Efficacy and cost-effectiveness of a digital guided self-management intervention to support transition from intensive care to community care in anorexia nervosa (TRIANGLE): Pragmatic multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *eClinicalMedicine*, *73*, artykuł 102645. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102645

Cardi, V., Rowlands, K., Ambwani, S., Macdonald, P., Arcelus, J., Schmidt, U., Treasure, J. (2025). Patient and carer feedback and engagement with ECHOMANTRA, a digital guided intervention for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *33*(2), 210–220. https://doi.org/10.1002/erv.3140

Clark Bryan, D., Rowlands, K., Macdonald, P., Cardi, V., Ambwani, S., Arcelus, J., Landau, S., Schmidt, U., Treasure, J. (2024). Transition support for patients admitted to intensive treatment for anorexia nervosa: Qualitative study of patient and carer experiences of a hybrid online guided self-help intervention (ECHOMANTRA). *BJPsych Open*, *10*(3), artykuł e81. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.642

Fernández García, S., Quiles Marcos, Y. (2024). Effectiveness of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, *32*(6), 1227–1241. https://doi.org/10.1002/erv.3122

Frostad, S., Calugi, S., Engen, C. B. N., Dalle Grave, R. (2021). Enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for severe and extreme anorexia nervosa in an outpatient eating disorder unit at a public hospital: A quality-assessment study. *Journal of Eating Disorders*, *9*, artykuł 143. https://doi.org/10.1186/s40337-021-00499-1

Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. Å., Jevne, C., Dalle Grave, R., Rø, Ø., Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital. *Journal of Eating Disorders*, *6*, artykuł 12. https://doi.org/10.1186/s40337-018-0198-y

Lang, K., Lloyd, S., Khondoker, M., Simic, M., Treasure, J., Tchanturia, K. (2015). Do children and adolescents with anorexia nervosa display an inefficient cognitive processing style? *PLoS ONE*, *10*(7), artykuł e0131724. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131724

Lose, A., Davies, C., Renwick, B., Kenyon, M., Treasure, J., Schmidt, U., MOSAIC Trial Group (2014). Process evaluation of the Maudsley model for treatment of adults with anorexia nervosa trial. Part II: Patient experiences of two psychological therapies for treatment of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *22*(2), 131–139. https://doi.org/10.1002/erv.2279

National Institute for Health and Care Excellence (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment*. https://www.nice.org.uk/guidance/ng69

Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*, *39*, 83–95. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005

Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., Lose, A., Broadbent, H., Loomes, R., Yasin, H., Watson, C., Ghelani, S., Bonin, E.-M., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., … Landau, S. (2015). The Maudsley outpatient study of treatments for anorexia nervosa and related conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 796–807. https://doi.org/10.1037/ccp0000019

Schmidt, U., Oldershaw, A., Jichi, F., Sternheim, L., Startup, H., McIntosh, V., Jordan, J., Tchanturia, K., Wolff, G., Rooney, M., Landau, S., Treasure, J. (2012). Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *201*(5), 392–399. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112078

Schmidt, U., Ryan, E. G., Bartholdy, S., Renwick, B., Keyes, A., O'Hara, C., McClelland, J., Lose, A., Kenyon, M., Dejong, H., Broadbent, H., Loomes, R., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Bonin, E., Beecham, J., … Treasure, J. (2016). Two-year follow-up of the MOSAIC trial: A multicenter randomized controlled trial comparing two psychological treatments in adult outpatients with broadly defined anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(8), 793–800. https://doi.org/10.1002/eat.22523

Schmidt, U., Startup, H., Treasure, J. (2018). *A cognitive-interpersonal therapy workbook for treating anorexia nervosa: The Maudsley Model*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315728483

Schmidt, U., Startup, H., Treasure, J. (2026). *Terapia poznawczo-interpersonalna anoreksji u dorosłych: Zeszyt ćwiczeń oparty na modelu Maudsley*. Edra Urban & Partner.

Schmidt, U., Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 343–366. https://doi.org/10.1348/014466505X53902

Schmidt, U., Wade, T. D., Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features, and preliminary evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *28*(1), 48–71. https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48

Seidel, M., King, J. A., Ritschel, F., Boehm, I., Geisler, D., Bernardoni, F., Holzapfel, L., Diestel, S., Diers, K., Strobel, A., Goschke, T., Walter, H., Roessner, V., Ehrlich, S. (2018). The real-life costs of emotion regulation in anorexia nervosa: A combined ecological momentary assessment and fMRI study. *Translational Psychiatry*, *8*, artykuł 28. https://doi.org/10.1038/s41398-017-0004-7

Startup, H., Franklin-Smith, M., Barber, W., Gilbert, N., Brown, Y., Glennon, D., Fukutomi, A., Schmidt, U. (2021). The Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults

(MANTRA): A feasibility case series of an integrated group based approach. *Journal of Eating Disorders*, *9*, artykuł 70. https://doi.org/10.1186/s40337-021-00424-6

Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J., Schmidt, U. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*(3), 301–316. https://doi.org/10.1017/S1352465812000847

Tchanturia, K., Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., Treasure, J. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *10*(4), 513–520. https://doi.org/10.1017/S1355617704104086

Treasure, J. L., Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, *1*, artykuł 13. https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13

Wade, T. D., Treasure, J., Schmidt, U. (2011). A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *19*(5), 382–389. https://doi.org/10.1002/erv.1078

Zeiler, M., Sackl-Pammer, P., Wittek, T., Ohmann, S., Werneck-Rohrer, S., Truttmann, S., Philipp, J., Schöfbeck, G., Kopp, K., Krauss, H., Schmidt, U., Karwautz, A., Wagner, G. (2025). Therapists' perspectives on the Maudsley model anorexia nervosa treatment for adolescents and young adults (MANTRa): A qualitative interview study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *98*(2), 396–415. https://doi.org/10.1111/papt.12562

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H.-C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*(9912), 127–137. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8