

Borgis - Medycyna Rodzinna 1/2004, s. 42-44

Andrzej Czernikiewicz

Co lekarz rodzinny powinien wiedzieć o bulimii psychicznej?

Key words: eating disorders, bulimia nervosa, diagnosis, treatment guidelines, general practitioners.

W drugiej części artykułu zamieszczam podstawowe informacje dla lekarzy rodzinnych na temat dwóch głównych, innych niż anoreksja, zaburzeń odżywiania się, czyli bulimii psychicznej i bulimii atypowej, zwanej również kompulsywnym objadaniem się.

Co to jest bulimia psychiczna (bulimia nervosa)? Tłumacząc dosłownie z łaciny jest to „wilczy głód” na podłożu psychicznym. Jest to zaburzenie odżywiania się, nie będące wcale lustrzanym odbiciem anoreksji, charakteryzujące się:

Powtarzającymi się epizodami niekontrolowanego objadania się (termin z j. ang. binge).

Próbami natychmiastowego, po objedzeniu się, powrotu do poprzedniej wagi (prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, głodówek, intensywnych ćwiczeń fizycznych).

Nadmiernym zainteresowaniem swoim wyglądem, sylwetką, lub wagą.

Waga ciała osób cierpiących na bulimię jest zwykle normalna.

Według skali MINI kryteria bulimii to:

N. Bulimia nervosa. F.50.2.

N 1 W czasie ostatnich 3 miesięcy badany miał okresy objadania się, gdy zjadał duże ilości jedzenia, w okresie nie dłuższym niż 2 godziny    nie    tak

2 W ciągu ostatnich 3 miesięcy zdarzyły mu się co najmniej raz dwa tego typu objadania w ciągu tygodnia...    nie    tak

3 W czasie objadania, chęć do jedzenia była poza jego kontrolą...    nie    tak

4 Stosował różne metody aby nie przytyć    nie    tak

5 Uważa, że jego waga i sylwetka wpływają wyraźnie na jego samopoczucie...    nie    tak

Jeśli pacjent spełnia jednocześnie kryterium anorexia nervosa to:

6 Okresy objadania występowały tylko, gdy był niedożywiony    nie    tak

Jeśli tak na N1, 2, 3, 4, 5 i nie na N6 to rozpoznanie - bulimia nervosa  
nie    tak

Jakie zachowania mogą wskazywać na bulimię?

Oczywiście epizody objadania się, najczęściej w samotności, często z „podkradaniem jedzenia” („znowu pusta lodówka”), zwykle przekraczającym 1500 kalorii na jeden posiłek

Nadmierne zainteresowanie jedzeniem lub swoją wagą

Unikanie restauracji, barów, planowanych posiłków

Obwinianie się po objedzeniu

Korzystanie z łazienki lub toalety zaraz po jedzeniu, zagłuszanie wymiotów przez głośne puszczenie wody

Używanie środków przeczyszczających

Narzucanie sobie głodówek

Kilkugodzinne, codzienne ćwiczenia fizyczne

Poczucie braku kontroli nad jedzeniem, wymiotami, ćwiczeniami fizycznymi

Obawa przed przytyciem

Jakie są fizyczne (somatyczne) objawy bulimii? Najczęstsze to:

Obrzęk ślinianek („przewlekła świnka”), pękające naczynia krwionośne pod oczami

Skargi na palenie w gardle

Uczucie zmęczenia, kurcze łydek

Szybko rozwijająca się próchnica, nalot na zębach, uszkodzenie szkliwa

Duże wahania wagi ciała

Odwodnienie

Niski poziom sodu i potasu we krwi (hipokaliemia, hiponatremia)

Objawy uszkodzenia nerek i wątroby

Zaparcia

Zrogowacenia, rany, które się nie goją na opuszkach palców (wskazujący i środkowy)

Wymioty z domieszką krwi

Kołatanie serca, zaburzenia rytmu serca (objawy hipokaliemii)

Śmierć jest tutaj rzadsza niż w przebiegu anoreksji, ale zdarza się dużo częściej, niż w innych zaburzeniach przewodzenia pokarmowego u młodych osób.

Jakie zaburzenia emocjonalne prezentują osoby z bulimią? Obraz psychiczny osób z bulimią różni się dosyć znacznie w porównaniu z cechami psychicznymi osób chorujących na anoreksję. Często u osób z bulimią obserwuje się:

Depresję, przygnębienie, poczucie winy

Nadmierny samokrytycyzm

Potrzebę ciągłej aprobaty

Uzależnienie samopoczucia od aktualnej wagi

Duże wahania nastroju

Silne emocjonalnie, ale krótkie związki z innymi ludźmi

Częstsze są próby samouszkodzeniowe, a nawet samobójcze

Czy można mieć jednocześnie bulimię i anoreksję? Nie, w danym momencie objawy któregoś zaburzenia wyraźnie przeważają.

Natomiast w ciągu życia np. ok. połowy osób z anoreksją przechodzi wyraźne epizody bulimii.

Jak często ludzie chorują na bulimię? Na 10 osób chorujących na bulimię 9 to kobiety. Typowy wiek zachorowania to okres pomiędzy późnym dojrzewaniem a dorosłością (17-21 lat). Ocenia się, że u kobiet w tym wieku ryzyko zachorowania na bulimię wynosi ok. 5% (co 20 kobieta). Jednocześnie w szczególnych grupach społecznych, np. u studentek mieszkających poza domem rodzinnym (akademiki, stancje) ryzyko to wzrasta do ok.15% (co 6 osoba).

Na czym polega terapia bulimii? Leczenie jest tu zwykle ambulatoryjne, w ramach uczestnictwa w grupach terapeutycznych. Hospitalizacja na oddziałach terapii zaburzeń jedzenia (odżywiania) jest potrzebna w sytuacjach, gdy u pacjentki występują poważne zagrożenia somatyczne (np. hipokaliemia, krwawienie z przewodu pokarmowego) lub gdy w pobliżu miejsca zamieszkania nie ma

warunków do uczestnictwa w grupie terapeutycznej. Celami psychoterapii grupowej, indywidualnej i rodzinnej jest tutaj zaprzestanie objadania się, zniesienie zachowań patologicznych związanych z jedzeniem (ciągła kontrola wagi, prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, czy intensywnych ćwiczeń fizycznych), poprawa własnego wizerunku, powrót do normalnego jedzenia, zapobieganie nawrotom bulimii.

Czy są leki, które leczą bulimię? Są tylko leki, które pomagają w terapii, blokując tendencję do objadania się i poprawiając nastrój. Są to leki przeciwdepresyjne, wpływające na neuromediator mózgowy – serotoninę. Większość lekarzy wie o nich i stosuje je u osób z bulimią, nie mogą one być jednak jedyną metodą terapii i nie zastąpią oddziaływań psychoterapeutycznych. Leczenie biologiczne, szczególnie leki antydepresyjne, są używane w terapii bulimii psychicznej, szczególnie w redukcji zaburzonych wzorców odżywiania się, takich jak objadanie się i prowokowanie wymiotów. Lekiem pierwszego wyboru wydają się być leki antydepresyjne z grupy SSRI, przy czym największe pozytywne doświadczenia dotyczą fluoksetyny, stosowanej w wysokich dawkach (40-60-80 mg dziennie). Dodatkowo farmakoterapia jest stosowana w sytuacji zaburzeń psychicznych towarzyszących bulimii, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, czy natręctwa.

Co robić w sytuacji nawrotu bulimii lub anoreksji po okresie normalnego funkcjonowania? Nawrót bulimii czy anoreksji jest możliwy, szczególnie w ciągu pierwszych dwóch lat od uzyskania poprawy po pierwszej terapii. Pierwszym zaleceniem jest zgłoszenie się do terapeuty, najlepiej tego, który prowadził poprzednią terapię. Formami samopomocy w takiej sytuacji są również:

Próba znalezienia innego sposobu rozładowania napięcia psychicznego, innego niż najedzenie się lub narzucenie sobie głodówki

Utrzymywanie dotychczasowego poziomu aktywności (praca, nauka)

Rozmowa o swoim problemie z kimś, kto nie jest terapeutą, ale jest to ktoś komu się wierzy

Utrzymywanie reżimu trzech posiłków dziennie

Ważenie się nie częściej niż raz w tygodniu

Co to jest „10 przykazań szczupłej sylwetki”? To nie zalecenia dietetyków, ale stworzone przez same bulimiczki myśli (idee) nadwartościowe, które są przetworzeniem ich „negatywnych głosów”. Widząc je przed sobą można je spokojnie ocenić jako całkowicie błędne. Oto one:

1. Jeśli nie jesteś szczupła, nie jesteś atrakcyjna
2. Bycie szczupłym jest ważniejsze od bycia zdrowym

3. Wszystkie chwytły są dozwolone dla osiągnięcia szczupłej sylwetki
4. Jeśli za dużo zjadłaś, powinnaś mieć poczucie winy, to zupełnie normalne
5. Jeśli przytyłaś powinnaś się sama za to ukarać
6. Powinnaś przed każdym posiłkiem liczyć kalorie, żeby wiedzieć ile wolno ci zjeść
7. To co pokazała Ci wskazówka na wadze, to najważniejsza rzecz w twoim życiu
8. Spadek wagi to dobra rzecz, wzrost wagi zła
9. Nigdy nie jest się zbyt szczupłym
10. Bycie szczupłym to oznaka prawdziwie silnej woli i zwiastun sukcesów życiowych

Uwaga! Jeśli pacjentka wierzy jeszcze w któreś z tych zaleceń, nie jest jeszcze całkiem wyleczona!

Co to jest kompulsywne objadanie się (termin wg klasyfikacji ICD 10 – bulimia atypowa; termin angielski – binge eating disorder)? Jest to zaburzenie zbliżone do bulimii, ale różniące się od niego: rzadkością stosowania wymiotów, głodówek i środków przeczyszczających jako metod „obniżania wagi”; oraz zwykle nadmierną wagą.

Jakie są somatyczne objawy kompulsywnego objadania się? Często stwierdza się tutaj:

Nadciśnienie

Nadwagę

Uczucie ciągłego zmęczenia

Jakie zaburzenia zachowania mogą wskazywać na kompulsywne objadanie się? Często można u tych osób obserwować:

Epizody objadania się, zwykle w samotności, z wielogodzinnym planowaniem tego co się zje

Zmniejszenie aktywności fizycznej (z powodu nadwagi)

Częste stosowanie różnych „cudownych diet”

Unikanie jedzenia w sytuacji publicznej

Jakie zaburzenia emocjonalne mogą wskazywać na kompulsywne objadanie się? Często pacjenci wykazują takie postawy jak:

Zależność swojego samopoczucia od aktualnej wagi

Wyobrażanie siebie jako lepszego człowieka, jeśli się schudnie

Waga staje się głównym ogniskiem zainteresowania

Co to jest „10 afirmacji dla kompulsywnie jedzących”? To dziesięć sentencji, afirmacji, które mają zmienić osobom cierpiącym na kompulsywne objadanie się pogląd na siebie i na wpływ jedzenia i wagi ciała na ich życie. Oto one (za The Fat-FairyGodmather – Dusty Press, 1999):

1. Moja wartość jako człowieka nie jest zmniejszona przez to ile ważę lub ile jem.
2. Będę kochała siebie, bez względu na to jak i ile będę jadła.
3. Będę oceniała swoją przyszłość, nie przez pryzmat tego ile zjadłam, tylko na podstawie tego co zrobiłam, lub na podstawie uczuć którymi obdarzyłam innych ludzi, których kocham.
4. Życie jest darem, który nie może być zmniejszony przez poczucie winy, że za dużo zjadłam, albo jestem za gruba.
5. Przestaję obarczać wszystkich wokół, że doprowadzają mnie do ciągłego objadania.
6. Objadanie się jest tylko pewnym okresem mego życia, z którego jestem w stanie wrócić do normalnego jedzenia.
7. Nawet teraz jest we mnie osoba, która może jeść normalnie. Pozwolę jej panować nad sobą.
8. Mogę wyobrazić sobie swoje życie bez objadania się.
9. Gdy będę w stanie stresu, to zamknę oczy, i wyobrażę sobie, że mogę sobie z nim poradzić bez objedzenia się.
10. Wierzę i wiem, że mogę wrócić do normalnego jedzenia.

Kiedy ćwiczenia fizyczne mogą mieć związek z zaburzeniami jedzenia?

Jest tu kilka sygnałów ostrzegawczych. Oto one:

Zmuszasz się do ćwiczeń, nawet jeśli czujesz się źle

Czujesz się źle, jeśli nie udało ci się odbyć zwykłej porcji ćwiczeń

Obliczasz na podstawie zjedzonych kalorii, ile powinnaś ćwiczyć, aby je spalić

Ćwiczysz w samotności dla samego wysiłku, nie po to aby się spotkać z innymi osobami

Starasz się ciągle coś robić, żeby tylko spalić nadmierne kalorie

Martwisz się jeśli tylko trochę przytyłaś z powodu przerwy w ćwiczeniach

Planujesz inne sposoby uzyskania niższej wagi – środki odchudzające, głodówki

Dodatek – przesiewowa metoda diagnozy wszystkich trzech zaburzeń odżywiania się, czyli SCOFF

Czy prowokujesz wymioty, kiedy jesteś nadmiernie pełna lub wydaje ci się,

że za dużo zjadłaś?

tak nie

Czy martwisz się, że straciłaś kontrolę nad swoim jedzeniem?

tak nie

Czy nie miałaś przynajmniej jednej miesiączki w ciągu ostatnich 3 miesięcy? tak nie

Czy sądzisz, że jesteś gruba, pomimo tego, że inni mówią, że jesteś za chuda?

tak nie

Czy mogłabyś powiedzieć, że jedzenie zdominowało twoje życie? tak nie

Już jedna odpowiedź pozytywna może świadczyć o zagrożeniu jednym z zaburzeń odżywiania się.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association (1994): DSM-IV. APPI, Washington. 2. Feetam C. (2002): Eating disorders – anorexia nervosa. W: Taylor D., Paton C. (red.): Case studies in psychopharmacology: The use of drugs in psychopharmacology. Martin Dunitz, London. 3. Sheehan D. Lecrubier Y (1995).: M.I.N.I. 4.0., Geneva. 4. Yaeger J et al.: (2000), Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders., APA.