

**KSZTAŁCENIE USTAWICZNE •  
CONTINUOUS MEDICAL EDUCATION (CME)****Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego  
– rozpoznawanie i leczenie****Eating disorders in primary care – diagnosis and treatment**ANDRZEJ RAJEWSKI<sup>A, B, D, F</sup>, ALEKSANDRA RAJEWSKA-RAGER<sup>B, E, F</sup>

Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski

**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

**Streszczenie** Zaburzenia jedzenia charakteryzują się nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się prowadzącymi do znacznych zakłóceń masy ciała. Obecnie uważa się, że problem ten dotyczy około 3–5% kobiet ze społeczeństw zachodnich, co stanowi jeden z najistotniejszych problemów zdrowotnych w okresie dojrzewania. Zmiany wynikające z zakłócenia różnych mechanizmów regulujących odżywianie uruchamiają procesy biologiczne i psychologiczne, które wymagają korekty zarówno metodami psychoterapeutycznymi, jak i farmakologicznymi. Postępowanie diagnostyczne powinno rozpoczynać się od oceny stanu psychicznego i somatycznego pacjenta z uwzględnieniem oceny powikłań groźnych dla życia (ocena BMI, stanu kardiologicznego, metabolicznego, stanu nawodnienia ustroju). Wczesne rozpoznanie i leczenie zaburzeń odżywiania może mieć znaczący wpływ zarówno na ich przebieg, jak i rokowanie. W przypadku jadłowstrętu psychicznego leczenie psychoterapeutyczne można rozpocząć po wyrównaniu stanu somatycznego. Leczenie farmakologiczne polega na korekcie współistniejących objawów depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych lub lękowych. W przypadku bulimii zalecany sposób postępowania jest leczenie łączące oddziaływania behawioralno-poznawcze z lekami grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia jedzenia, anoreksja, bulimia, farmakoterapia.

**Summary** Eating disorders are described by impaired eating behaviors that lead to major disturbances of body weight. The problem of eating disorders concerns about 3–5% of women of western societies and become one of the most important problems of adolescence. Disturbances of regulatory mechanisms of eating trigger both biological and psychological disorders which need to be treated with psychotherapy and pharmacological methods. Clinical examination should be begun with assessment of psychological and somatic state of the patient, including life-threatening disturbances (assessment of BMI, cardiological state and metabolic disturbances). Early recognition and treatment are crucial for the course and prognosis in eating disorders. In anorexia psychological treatment should be introduced after stabilizing somatic state of patient. Pharmacological treatment aims in reducing co-existing symptoms of depression, obsessions, compulsions and anxiety. In bulimia a combined treatment is recommended: cognitive-behavior therapy with Selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRI).

**Key words:** eating disorders, anorexia, bulimia, pharmacotherapy.

## Wstęp

W ostatnich 50 latach widoczny jest wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania, co wiąże się zarówno ze zmianami społeczno-kulturowymi dotyczącymi zachowań związanych z jedzeniem, jak i niewydolności struktur wsparcia (rodziny, szkoły) oraz wzrostem tempa życia [1]. Zaburzenia odżywiania stanowią grupę chorób cechujących się nieprawidłowymi zachowaniami związanymi z odżywianiem się, które prowadzą do znacznych zakłóceń masy ciała. Zgodnie

z klasyfikacją europejską ICD-10 w grupie zaburzeń odżywiania wyróżnić można następujące zaburzenia: jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*); *bulimia nervosa*; atypowe zaburzenia jedzenia, istotne klinicznie – niespełniające jednak wszystkich kryteriów diagnostycznych anoreksji lub bulimii. Ponadto kryteria badawcze amerykańskiej klasyfikacji DSM-IV wyodrębniają: zespół napadowego objadania się (*binge eating disorder*) oraz zespół nocnego objadania się (*night eating syndrom*) [2].

Najczęściej występującym zaburzeniem od-

żywiania się jest bulimia, częstość jej występowania w ciągu całego życia wynosi od 1,1% (według ścisłej definicji) do 4,2% (w stanach z pogranicza). Na bulimię chorują głównie kobiety w wieku od 18 do 25 lat, chociaż niektóre objawy mogą wystąpić już wcześniej. Częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi 1–2% i jest około dziesięciokrotnie częstsza u kobiet niż u mężczyzn. Typowy wiek zachorowania na jadłowstręt psychiczny to okres między 13. a 19. rokiem życia [3].

Etiopatogeneza anoreksji i bulimii jest wieloczynnikowa. Należy wziąć pod uwagę zarówno czynniki biologiczne, społeczno-kulturowe, psychologiczne, jak i rodzinne. Zaburzenia odżywiania mają charakter przewlekły, co więcej oba schorzenia mogą też niekiedy zmieniać obraz kliniczny, przechodząc jedno w drugie. W przypadku anoreksji wiele ze zmian biologicznych ma jednak charakter wtórny, wynikający z niedoborów pokarmowych. Z kolei zaburzenia regulacji układu serotonergicznego spotykane w anoreksji, a w większym stopniu w bulimii, mają charakter niezależny i utrzymują się po ustąpieniu objawów choroby.

## Badanie pacjenta z zaburzeniami jedzenia

Badanie pacjenta z zaburzeniami jedzenia powinno uwzględniać zarówno wywiad, jak i ocenę stanu somatycznego, z uwzględnieniem powikłań somatycznych.

Podczas badania pacjenta z podejrzeniem zaburzeń odżywiania powinno się zwrócić uwagę na następujące czynniki:

- A) aktualne objawy, pomiar wagi, wzrostu:** ocena BMI (Body Mass Index – BMI; jest to wartość liczbową uzyskaną z podzielenia wagi w kilogramach przez kwadrat wzrostu w metrach. Zmniejszenie wskaźnika poniżej 17,5 kg/m<sup>2</sup> świadczy o spadku wagi charakterystycznym dla anoreksji, pacjentki z bulimią zazwyczaj mają wartości BMI w granicach normy);
- B) wywiad dotyczący zaburzeń jedzenia:**
- początek choroby: wiek, czynniki wywołujące/stresowe,
  - waga: najniższa, najwyższa, szybkość zmian wagi, w jaki sposób pacjentka kontrolowała wagę,
  - powikłania somatyczne (zaburzenia cyklu miesięczkowego, zaburzenia hormonalne, zaburzenia metaboliczne, kardiologiczne),
  - wywiad dotyczący współwystępujących chorób psychicznych (depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne itp.),
  - dotychczasowe leczenie, hospitalizacje;

**C) wywiad rodzinny** z uwzględnieniem relacji rodzinnych;

**D) ocena stanu psychicznego:**

- a) wygląd: obszerne ubranie „na cebulkę”,
- b) zachowanie: kontakt logiczny, zazwyczaj współpraca podczas badania,
- c) nastrój: obniżony, objawy lęku lub ignorowanie problemu i lekceważenie objawów somatycznych,
- d) treść myślenia: myśli nadwartościowe dotyczące wagi, możliwe występowanie urojeń,
- e) wgląd: brak
- f) inne: kompulsywne czynności kontrolujące liczbę kalorii zmierzające do zwiększenia procesów spalania (w tym ćwiczenia fizyczne, czynności rutynowe, rytuały);

**E) badania dodatkowe:** badanie krwi (morfologia, mocznik, elektrolity, poziom żelaza, poziom cukru we krwi), badanie ogólne moczu, TSH, T<sub>3</sub>, EKG.

## Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)

Istotą tego zaburzenia jest dążenie do ograniczenia masy ciała wyraźnie odbiegającej od norm przyjętych dla wieku i wzrostu. Towarzyszy temu nieprawidłowa ocena własnego wyglądu i lęk przed przybraniem na wadze. Czynnikiem uruchamiającym bezpośrednio proces chorobowy jest najczęściej uraz psychiczny wywołany uwagą lub komentarzem dotyczącym wyglądu lub też krytyczna ocena kształtów własnego ciała na podstawie porównania z rówieśnikami, obserwacji w lustrze lub fotografii. U osób chorujących na anoreksję podkreśla się również rolę nieprawidłowych relacji wewnątrzrodzinnych. Najczęściej spotykane nieprawidłowe cechy to: sztywność relacji wewnątrz rodziny i nadmierne wiązanie z blokowaniem procesu uzyskiwania autonomii przez dziecko [4]. W rodzinach tych często matka jest osobą nadmiernie dominującą, a ojciec osobą bierną i podporządkowaną. Charakterystyczne cechy osobowości u chorych na jadłowstręt psychiczny to cechy osobowości perfekcjonistycznej o skłonnościach obsesyjno-kompulsywnych, rzadziej jadłowstręt występuje u dziewcząt o cechach osobowości schizoidalnej lub histrionicznej [5].

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego według europejskiej klasyfikacji ICD-10 przedstawiono w tabeli 1.

## Obraz kliniczny i przebieg jadłowstrętu psychicznego

W początkowym stadium choroby pacjentki zwykle kryją się z ograniczaniem jedzenia, stosu-

**Tabela 1. Kryteria jadłowstrętu psychicznego według ICD-10**

- A. Zmniejszenie masy ciała, a u dzieci brak przyrostu wagi, prowadzące do osiągnięcia masy ciała co najmniej o 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej przy danym wieku i wzroście.
- B. Postępowanie mające na celu zmniejszenie masy ciała jest narzucone samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”.
- C. Samoocenie siebie jako osoby otyłej oraz występowanie zaburzającego prawidłowe odżywianie się strachu przed przytyciem, co prowadzi do narzucania sobie samemu niskiego proggu masy ciała.
- D. Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji (wyjątkiem jest występowanie krwawień po substytucyjnym leczeniu hormonalnym).
- E. Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B żarłoczości psychicznej (*bulimia nervosa*).

jąc różne sposoby ukrywania lub/i wyrzucania jego nadmiaru. W tej fazie choroby znaczną rolę odgrywa również intelektualizacja problemu (ideologiczne traktowanie zagadnień związanych z odżywianiem, np. przejście na wegetarianizm). W zachowaniu obserwuje się nadmierną aktywność, nasiloną koncentrację na unikaniu jedzenia, co prowadzi do rozbudowywania rytuałów i zachowań w dalszym ciągu ograniczających ilość pokarmów. Zachowania te przybierają krańcowo sztywną i niepoddającą się modulacji i perswazji formę. Natomiast pojawiające się u części chorych refleksje o nadmiernym zmniejszeniu masy ciała spowodowane uwagami otoczenia są skutecznie tłumione przez lęk przed ponownym przytyciem i powrotem do „bycia grubą” [7].

Nadmierna koncentracja na własnym wyglądzie i kaloryczności posiłków prowadzi często do objawów obsesyjno-kompulsywnych oraz zaburzeń afektywnych pod postacią depresji i stanów dysforii. Współistnienie zaburzeń depresyjnych i lękowych pod różną postacią towarzyszy objawom jadłowstrętu w 50–75% [8]. Zakłóceniu ulega poczucie głodu i sytości związane z zaburzeniami neuroprzeżywalności. W wyniku znacznej utraty masy ciała dochodzi do pojawienia się objawów somatycznych, które najczęściej są bezpośrednim powodem zgłoszenia się do lekarza [8, 9]. W przebiegu jadłowstrętu psychicznego stwierdzono zaburzenia w zakresie wszystkich podstawowych układów neuroprzeżywalnościowych oraz osi hormonalnych. W większości są one jednak rezultatem wtórnych zmian powstałych w wyniku przewlekłego niedożywienia. W zakresie zaburzeń hormonalnych istotne znaczenie ma

zanik miesiączki oraz zmniejszenie aktywności osi podwzgórze–przysadka–tarczyca. Zakłócenia w czynności osi hormonalnych wynikają z konieczności przestawienia metabolizmu na możliwie oszczędny sposób działania dostosowanego do ograniczonego zasobu energii [6]. Objawy somatyczne najczęściej występujące w jadłowstręcie psychicznym zostały przedstawione w tabeli 2.

**Tabela 2. Objawy somatyczne w jadłowstręcie psychicznym**

Zwolnienie czynności serca, obniżenie ciśnienia tętniczego i temperatury ciała na skutek zwolnienia procesów metabolicznych. Obserwuje się także spłaszczenie załamek S–T w zapisie EKG i utrudnienie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego.

Wystąpienie obwodowych obrzęków.

Pojawienie się na ciele owłosienia pod postacią meszku (lanugo).

Wystąpienie obwodowych obrzęków.

Suchość skóry z tendencją do żółtego zabarwienia w wyniku karotenemii.

Bóle brzucha, stany zapalne żołądka i dwunastnicy.

Podwyższone stężenie cholesterolu i frakcji LDL.

Zanik miesiączki, który często jest pierwszym powodem zgłoszenia się do lekarza.

Oslabienie siły mięśniowej z zanikami mięśni.

Odwapnienie kości prowadzące do osteoporozy.

Obrzęk ślinianek przyusznych.

## Rozpoznanie różnicowe

Zaburzenia łaknienia mogą występować w przebiegu schizofrenii i depresji, a także w przebiegu licznych chorób somatycznych. Należą do nich pierwotne zaburzenia czynności tarczycy, choroba Addisona, stany zapalne żołądka i jelit, choroba Crohna, schorzenia układowe (gruźlica, choroba reumatyczna, brucelloza). Jadłowstręt i wymioty może powodować zespół tętnicy kręzkowej górnej oraz choroby nowotworowe. Trudności różnicowe mogą powodować schorzenia układu dokrewnego, jednakże w jadłowstręcie zmiany dotyczą zwykle wszystkich trzech osi hormonalnych i mają dyskretny charakter.

## Leczenie

W związku z pogorszeniem rokowania i wysoką śmiertelnością po przekroczeniu 24. roku

życia niezwykle ważne jest podjęcie szybkiej interwencji specjalistycznej. Najczęstszym błędem jest uleganie obawom pacjentki i rodziny przed leczeniem psychiatrycznym i przewlekanie próby leczenia domowego (próba leczenia domowego odpowiednią dietą powinna powodować przyrost wagi od 1 do 1,5 kg/tydzień). Należy przestrzec przed prowokowaniem miesiączki, gdy waga utrzymuje się poniżej dolnej granicy normy, gdyż prowadzić to może do dalszej dysregulacji mechanizmów neuroreceptorowych i hormonalnych [10].

Schemat obejmujący kolejność podstawowych elementów leczenia jest następujący:

- 1) uzyskanie stopniowego przyrostu masy ciała (dieta w pierwszym tygodniu powinna zawierać od 40 do 50 kcal/kg m.c., a w następnych 60 do 80 kcal/kg m.c.),
- 2) leczenie powikłań somatycznych,
- 3) uzyskanie i utrwalenie motywacji do leczenia,
- 4) edukacja w zakresie odżywiania,
- 5) korekta zachowań związanych z jedzeniem,
- 6) korekta objawów psychopatologicznych – zaburzeń samooceny, obrazu ciała, zaburzeń nastroju,
- 7) terapia ewentualnych nieprawidłowych relacji rodzinnych,
- 8) kontrola i zapobieganie nawrotom.

Wskazaniem do hospitalizacji jest waga poniżej 75% dolnej granicy normy (zwykle poniżej 15 BMI), zaburzenia krążenia pod postacią bradykardii i spadku ciśnienia krwi poniżej 90/60 mmHg oraz poziomu glukozy poniżej 60 mg%/ml na czczo. Dodatkowym wskazaniem są zaburzenia elektrolitowe pod postacią niedoborów potasu i fosforu oraz obniżona temperatura ciała poniżej 36,5 °C [11]. Leczenie farmakologiczne należy stosować w przypadku towarzyszących objawów depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych lub lękowych.

Dobre rokowanie dotyczy osób młodych do 18. roku życia, o krótkim przebiegu choroby, które wcześniej rozpoczęły leczenie. Natomiast trwałe wyleczenie spotyka się u około 40% pacjentek, 40% balansuje na pograniczu normy i obniżonej masy ciała, a u około 20% poprawa nie następuje. Po 24. roku życia rokowanie zdecydowanie się pogarsza [12].

## Bulimia

Jest zaburzeniem charakteryzującym się epizodami niekontrolowanego, nadmiernego spożycia pokarmu z cechami żarłoczości, prowadzącymi do poczucia winy, depresji i gniewu na siebie samego. Wśród pacjentów z bulimią wyodrębnić można dwa typy: a) „przeczyszczający” (*purging type*), w którym dochodzi do regularne-

go prowokowania wymiotów lub używania środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw, b) „nieprzeczyszczający” (*nonpurging type*), gdzie dochodzi do stosowania takich nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych, jak poszczenie lub uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych bez regularnego stosowania wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających czy odwadniających. Kryteria diagnostyczne bulimii według amerykańskiej klasyfikacji ICD-10 zostały przedstawione w tabeli 3.

**Tabela 3. Kryteria żarłoczości psychicznej według klasyfikacji ICD-10**

- A. Występują nawracające epizody przejadania się (co najmniej dwa razy tygodniowo w ciągu 3 miesięcy), w czasie których w krótkim okresie czasu spożywane są duże ilości pokarmu.
- B. Utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia (głód).
- C. Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod: 1) prowokowanie wymiotów, 2) prowokowanie wydalania stolca, 3) kolejne okresy głodowania, 4) stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych; w przypadku bulimii u chorych na cukrzycę, mogą oni bagatelizować leczenie insuliną.
- D. Samoocenia siebie jako osoby otyłej oraz zaburzący strach przed przytyciem.

Bulimia występuje przede wszystkim w krajach o ustabilizowanej sytuacji ekonomicznej. Podkreśla się, że stanowi ona próbę pogodzenia dwóch dominujących w mediach tendencji. Mody na nieograniczoną konsumpcję (także środków spożywczych) oraz mody na utrzymanie szczupłej wysportowanej sylwetki ułatwiającej sukces życiowy. Zachowania bulimiczne pozwalają początkowo pogodzić obie sprzeczne tendencje, likwidując jednocześnie poczucie winy z powodu nadmiernego przyjmowania kalorii. Nadmierne zwracanie uwagi na wagę i wygląd ciała, będący jednym z kryteriów bulimii, wynika w dużej mierze z uwarunkowań kulturowych [13]. Rodzinne czynniki ryzyka w bulimii to przede wszystkim chaotyczny model funkcjonowania wewnątrz rodziny, występowanie w rodzinie patologii pod postacią uzależnień od alkoholu, zaburzeń afektywnych i zaburzeń kontroli impulsów. Częste są także rodziny rozbite w wyniku rozwodów. Rodzina chorych na bulimię zwykle nie stwarza trwałego oparcia emocjonalnego i stanowi wzorzec nieprawidłowych zachowań dla dziecka [14]. Cechą podkreślaną przez większość autorów oceniają-

cych osobowość chorych na bulimię jest ich impulsywność i labilność emocjonalna. Powoduje ona większą podatność na inne zaburzenia kontroli zachowań impulsywnych, takie jak: skłonność do hazardu, nadużywanie leków lub środków psychoaktywnych i alkoholu, lekkomyślność w nawiązywaniu kontaktów. Wśród pacjentek z bulimią spotyka się takie cechy osobowości, jak: perfekcjonizm, obsesyjność i nadmierna tendencja do unikania urazów, co stanowi cechy spotykane również w anoreksji [8].

## Obraz kliniczny i przebieg bulimii

Początek zaburzeń związany jest zwykle z traktowaniem jedzenia jako środka pozwalającego zmniejszyć napięcie psychiczne, łagodzącego ewentualne poczucie odrzucenia i samotności. Spożywanie w dużych ilościach pokarmów atrakcyjnych smakowo może stanowić formę samonagradzania się w przypadku braku wsparcia emocjonalnego ze strony osób bliskich. Epizody objadania stopniowo przyjmują charakter napadowy i charakteryzują się utratą kontroli ilości przyjmowanych pokarmów zwykle o wysokokalorycznym składzie. Pacjentki często jedzą do momentu utraty możliwości czasowych lub fizycznych przyjmowania pokarmu, a następnie prowokują wymioty lub też dodatkowo stosują środki przeczyszczające. Początkowo częstość napadów może nie być wielka i ma charakter zespołu napadowego objadania się lub zespołu nocnego objadania się. Jedzenie pokarmów wysokokalorycznych odbywa się zwykle w ukryciu i towarzyszy im poczucie winy i dyskomfortu oraz obniżenie samooceny z wyrzutami wobec samej siebie, nadmiernym zwracaniem uwagi na zmiany w wyglądzie z doszukiwaniem się negatywnych skutków zwiększonej podaży kalorii. Warto podkreślić, że w miarę postępu choroby pacjentki zwracają mniejszą uwagę na rodzaj środków spożywczych i jednorazowo są w stanie zjeść nawet do kilkudziesięciu tysięcy kalorii.

Pacjentki zwykle cechuje też chwiejność nastroju oraz zmniejszona odporność na frustrację, lęk, ból, łatwość poddawania się innym nałogom (alkohol, narkotyki), chaotyczne kontakty z otoczeniem czy też zmiany pracy, częste i burzliwe związki uczuciowe. Częstym objawem towarzyszącym bulimii jest depresja prowadząca do prób samobójczych [15]. Czynnikiem powodującym ujawnienie objawów, ale także skłaniającym do podjęcia leczenia, są niebagatelne koszty ekonomiczne związane z wydatkami na zakup środków spożywczych, jak również wystąpienie poważnych objawów somatycznych. Powikłania somatyczne charakterystyczne dla bulimii zostały przedstawione w tabeli 4.

**Tabela 4. Objawy somatyczne w bulimii**

Niedobór potasu i chloru, może to prowadzić do zaburzeń rytmu serca.
Obrzęk ślinianek przyusznych.
Próchnica zębów, nadżerki w okolicy dziąseł zębów trzonowych.
Nadżerki i owrzodzenia jamy ustnej, gardła, przełyku.
Niedokrwistość.
Zaburzenia cyklu miesięczkowego, torbiele jajników.

Rokowanie zależne jest od szybkości rozpoznania i podjęcia leczenia. Lepsze rezultaty leczenia obserwuje się też u osób o bardziej stabilnych cechach osobowości i mniej chaotycznym stylu życia. Podaje się, że u około 50% osób dochodzi do pełnego wyleczenia, u 30% następuje poprawa częściowa z tendencją do nawrotów przy niekorzystnych sytuacjach życiowych. W 20% poprawa nie następuje [13].

## Rozpoznanie różnicowe

Okresowe wzmożenie apetytu szczególnie na słodkie może występować w przebiegu zaburzeń depresyjnych. Z chorób związanych z uszkodzeniem o.u.n. napady obżarstwa występują w zespole Klüvera-Bucy (uszkodzenie płata skroniowego i układu limbicznego) i w zespole Kleinego-Levina (zaburzenia czynności podwzgórza i układu limbicznego). Napadowe objadanie, obok rozhamowania seksualnego i cukrzycy, obserwuje się w przebiegu genetycznie uwarunkowanego zespołu Pradera-Wille'go. W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić także ewentualność napadów objadania się w przebiegu padaczki lub guza ośrodkowego układu nerwowego, a wymiotów w przebiegu chorób przewodu pokarmowego.

## Leczenie bulimii

Wczesne rozpoznanie i podjęcie leczenia jest najważniejszym czynnikiem determinującym rokowanie. Leczenie może być prowadzone ambulatoryjnie. Wskazaniem do hospitalizacji jest duża częstość napadów objadania się i prowokowania wymiotów (codziennie lub kilka razy dziennie), znaczne niedobory potasu i fosforu z zaburzeniami krążenia oraz dołączenie się zaburzeń nastroju pod postacią depresji i myśli samobójczych. Czas hospitalizacji zwykle nie przekracza od 2 do 4 tygodni, a dalsza terapia psychoterapeutyczna i farmakologiczna kontynu-

owana jest ambulatoryjnie. Plan żywienia powinien zawierać częste, ale niewielkie porcje pokarmu przyjmowane co 3–4 godziny w celu niedopuszczenia do hipoglikemii prowokującej napad głodu. Wskazaniami do podjęcia leczenia farmakologicznego są: częste napady objadania się (kilka razy dziennie), współistniejąca depresja, brak autodyscypliny lub niepełny efekt oddziaływań psychoterapeutycznych. W związku z po-

twierdzoną rolą nieprawidłowej czynności układu serotonergicznego w patomechanizmie bulimii farmakoterapia oparta jest na zastosowaniu leków przeciwdepresyjnych o działaniu serotonergicznym. Jedynym lekiem, którego skuteczność została potwierdzona w badaniach kontrolowanych porównywalnych z placebo i psychoterapią behawioralno-poznawczą, jest fluoksetyna [16–18].

## Piśmiennictwo

1. Gowers SG, Weetman J, Share A, et al. Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent *anorexia nervosa*. *Brit J Psychiatry* 2000; 176(2): 138–141.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM IV)*. Washington DC: APA; 1994.
3. Hoek HW. Epidemiology of *anorexia nervosa* and *bulimia nervosa* in western world. *CME* 1995; 13: 501–508.
4. Minuchin S, Baker L, Rosman BL. A conceptual model of psychosomatic illnesses in children. *Arch Gen Psych* 1975; 32: 1031–1038.
5. Klump KL, Bulik CM, Pollice C. Temperament and character in women with *anorexia nervosa*. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 559–567.
6. Halmi KA. *Physiology of anorexia and bulimia nervosa. Eating disorder and obesity*. New York, London: CHG Fairburn The Guilford Press; 2002; 267–272.
7. Wallin U, Kronvall P, Majewski ML. Body awareness therapy in teenage *anorexia nervosa*: outcome after 2 years. *Eur J Eat Dis Rev* 2000; 8: 19–30.
8. Halmi KA. *Eating disorder*. In: Sadock BJ, editor. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott, Williams and Wilkins. Philadelphia 2000.
9. Hoek HW, Treasure J, Katzman DK. *The integration of neurobiology in the treatment eating disorder*. Chichester: Wiley; 1998.
10. Kotler LA, Devlin MJ, Walsh BT. Eating disorders and related disturbances. In: Kutscher S, editor. *Practical child and adolescent psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002; 410–431.
11. American Psychiatric Association, Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorder (Revision). *Am J Psychiatry Supplement* 2000; 157.
12. Kotler LA, Devlin MJ, Walsh BT. Eating disorders and related disturbances. In: Kutscher S, editor. *Practical child and adolescent psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002; 410–431.
13. Namysłowska I. *Bulimia nervosa*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wiórka J, red. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 528–537.
14. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for *anorexia nervosa*. *Arch Gen Psych* 1999; 56: 468–476.
15. Rajewski A. *Zaburzenia odżywiania*. W: Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004.
16. Mitchell JE, Zwaan M, Roerig JL. Drug therapy for patients with eating disorders. *Current Drug Targets* 2003; 2: 17–29.
17. Walsh BT, Agras WS, Devlin MJ. Fluoxetine for *bulimia nervosa* following poor response to psychotherapy. *Am J Psych* 2000; 157: 1332–1334.
18. Walsh BT. *Pharmacological treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eating disorder and obesity*. New York, London: CHG Fairburn The Guilford Press; 2002: 325–330.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Andrzej Rajewski  
Katedra Psychiatrii UM  
ul. Szpitalna 27/33  
60-572 Poznań  
Tel.: (061) 849-15-31  
E-mail: araj@ump.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.09.2009 r.

Po recenzji: 10.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

## Pytania dotyczące artykułu

### 1. Wybierz twierdzenie fałszywe dotyczące epidemiologii zaburzeń jedzenia:

- a) częstość występowania jadłowstrętu psychicznego wynosi 1–2%,
- b) najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania się jest bulimia, częstość jej występowania w ciągu całego życia wynosi od 1 do 4%,
- c) wiek zachorowania na jadłowstręt psychiczny to okres między 13. a 19. rokiem życia,
- d) jadłowstręt psychiczny występuje około czterokrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn,
- e) na bulimię chorują głównie kobiety w wieku od 18 do 25 lat.

### 2. Bezwzględny wskazaniem do hospitalizacji pacjentki z jadłowstrętem psychicznym jest:

- a) BMI < 15, bradykardia i spadek ciśnienia krwi poniżej 90/60 mmHg, poziom glukozy poniżej 60 mg%/ml na czczo,
- b) BMI < 18, bradykardia i spadek ciśnienia krwi poniżej 100/70 mmHg,
- c) BMI < 16,5, spadek ciśnienia krwi poniżej 110/60 mmHg, poziom glukozy na czczo poniżej 70 mg%/ml,
- d) wszystkie odpowiedzi prawidłowe,
- e) żadna z odpowiedzi nie jest prawidłowa.

### 3. Najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania jest:

- a) atypowe zaburzenia jedzenia,
- b) zespół nocnego objadania się,
- c) jadłowstręt psychiczny,
- d) zespół napadowego objadania się,
- e) bulimia.

### 4. Typowe objawy somatyczne występujące w jadłowstręcie psychicznym – wybierz twierdzenie nieprawdziwe:

- a) podwyższone stężenie TSH i T<sub>3</sub>,
- b) wystąpienie obwodowych obrzęków,
- c) bóle brzucha, stany zapalne żołądka i dwunastnicy,
- d) suchość skóry z tendencją do żółtego zabarwienia w wyniku karotemii,
- e) osłabienie siły mięśniowej z zanikami mięśni.

### 5. Lekiem z wyboru w leczeniu bulimii jest:

- a) wenlafaksyna,
- b) amitryptylina,
- c) fluoksetyna,
- d) sole litu,
- e) kwas walproinowy.