

## 8.2. OPIEKA NAD PACJENTEM Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Krzysztof Opozda

### 8.2.1. CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) oraz żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*) są zaliczane do niepsychotycznych zaburzeń odżywiania o podłożu psychologicznym.

Anoreksja jest zaburzeniem, w którym chorzy osiągają niezwykle niską masę ciała, a mimo to czują się otyli i obawiają się nawet najmniejszego jej przyrostu. Osoby chore są nadmiernie zaabsorbowane masą ciała i jedzeniem, dążą do ograniczenia masy ciała wyraźnie poniżej przyjętych norm, nieprawidłowo oceniają własny wygląd i odczuwają silny lęk przed przybraniem na wadze, który powoduje znaczne ograniczenie ilości przyjmowanego pożywienia. Stan ten nie jest spowodowany organicznymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym ani chorobą somatyczną, ale w miarę trwania procesu ograniczania pożywienia może prowadzić do poważnych zmian neurologicznych oraz zagrażających życiu zaburzeń somatycznych, ze śmiercią włącznie [2, 6, 17, 22].

Pojęcie anoreksja, które powstało z połączenia greckich słów: *an* (pozbawienie, brak) oraz *orexis* (apetyt), bywa stosowane jako ogólne określenie braku łaknienia lub awersji do pokarmu.

Przyczyny jadłowstrętu psychicznego są bardzo złożone, a w jej etiopatogenezie mogą mieć znaczenie:

- Indywidualne czynniki osobowościowe: zła tolerancja stresu, negatywny afekt, zaburzenia regulacji emocjonalnej w okresie młodzieńczym, perfekcjonizm, obsesyjność, skupianie się na szczegółach, nadmierna wytrwałość.
- Czynniki biologiczne: uwarunkowania genetyczne, zaburzenia neuroprzekaznikowe w obrębie układu serotonergicznego, dopaminergicznego, noradrenergicznego oraz zaburzenia osi hormonalnych (podwzgórze-przysadka-nadnercza, podwzgórze-przysadka-gonady, podwzgórze-przysadka-tarczyca).
- Oddziaływania rodzinne: nieprawidłowe relacje małżeńskie rodziców, zaburzenia w relacjach między rodzicami a dzieckiem, charakterystyczne cechy rodziny utrudniające procesy rozwojowe dziecka (braki w zakresie rozwiązywania konfliktów, sztywność relacji wewnątrz rodziny, nadopiekuńczość, nadmierne wiązanie i blokowanie procesu uzyskiwania autonomii przez dziecko/adolescenta).

- Czynniki społeczno-kulturowe: idealizowanie szczupłej sylwetki, utożsamianie pozytywów ze szczupłością, a negatywów z nadwagą, popularność diet i ćwiczeń fizycznych, atrakcyjność wyglądu kreowana w mediach [13, 18–20].

Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie poniższych objawów charakteryzujących anoreksję:

- masa ciała utrzymuje się na poziomie 15% poniżej oczekiwanej dla wieku i wzrostu (BMI poniżej 17,5 kg/m<sup>2</sup>);
- utrata masy ciała jest wywoływana samodzielnie przez: ograniczanie spożycia pokarmów, prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, intensywne ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków zmniejszających apetyt lub moczopędnych;
- występuje chorobliwy lęk przed otyłością powodujący nawracanie myśli nadwartościowych, narzucających niski próg masy ciała;
- występują zaburzenia funkcji układu dokrewnego przejawiające się u kobiet brakiem menstruacji, a u mężczyzn – utratą zainteresowań seksualnych i potencji [12, 16, 20].

Pacjentów z jadłowstrętem psychicznym można podzielić na dwie grupy:

1. Takich, którzy powstrzymują się od jedzenia, aby stracić na wadze (postać restrykcyjna).
2. Takich, którzy nadmiernie się objadają, prowokują wymioty, stosują środki przeczyszczające, moczopędne lub lewatywy (postać bulimiczna) [5, 6].

W warunkach szpitalnych musi być prowadzone leczenie pacjentów z anoreksją z BMI poniżej 15 kg/m<sup>2</sup> oraz chorych z nasilonymi zaburzeniami psychicznymi i tendencjami samobójczymi.

Terapię można prowadzić w warunkach ambulatoryjnych, kiedy BMI pacjenta przekracza 15 kg/m<sup>2</sup> i jest on w stabilnym stanie somatycznym, a także wykazuje motywację i zaangażowanie w proces zdrowienia.

Skuteczność terapii osób z jadłowstrętem psychicznym jest największa wtedy, gdy leczenie realizuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny złożony z psychologów, psychiatrów, pielęgniarek, dietetyków, terapeutów zajęciowych oraz innych specjalistów (internistów, diabetologów, kardiologów, gastroenterologów).

Podstawową metodą leczenia anoreksji jest psychoterapia (poznawczo-behawioralna, psychoanalityczna, psychodynamiczna i terapia rodzinna), a pierwszy krok do leczenia stanowi nawiązanie współpracy, ponieważ większość pacjentów nie jest zainteresowana terapią lub wręcz się jej przeciwstawia. Ogromne znaczenie ma psychoedukacja, która może odbywać się indywidualnie lub grupowo. Farmakoterapia wchodzi w skład kompleksowego postępowania leczniczego i obejmuje

głównie niwelowanie często współistniejących zaburzeń depresyjnych, lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych, a także problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych [9, 10, 18].

Bulimia psychiczna (*bulimia nervosa*) jest w języku polskim określana terminami: żarłoczność psychiczna, wilczy głód i napadowe objadanie się. Jej nazwa pochodzi od połączenia greckiego słowa *limos* (głód) i przedimka *bou* (od *bous* – byk, wół), które tworzą termin *bulimos*, oznaczający byczy głód lub głód wołu. Pejoratywne brzmienie wymienionych pojęć sugeruje raczej wadliwy sposób odżywiania się, a nie jego zaburzenie, dlatego nie przyjęły się one na stałe w polskim piśmiennictwie medycznym.

Przyczyny bulimii mają złożony charakter, a w procesie rozwoju choroby biorą udział czynniki:

- Indywidualne: zaburzenia neuroprzekazników w OUN (ośrodkowego układu nerwowego), szczególnie serotoniny, a także czynniki związane z osobowością (nieodpowiednie kontrolowanie impulsów w różnych sferach życia – jedzenie, skłonność do uzależnień, samouszkodzenia i próby samobójcze, odhamowanie seksualne).
- Rodzinne: niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie (na przykład wykorzystywanie seksualne), rozwody, chaotyczna struktura rodziny, występowanie uzależnień, depresji lub otyłości u rodziców, odchudzanie się członków rodziny i wzajemne krytyczne uwagi dotyczące kształtów, odżywiania, masy ciała.
- Społeczno-kulturowe: przywiązywanie wagi do szczupłej sylwetki i wyglądu zewnętrznego, presja wśród tancerek, modelek, sportowców (objadanie się poprzedzone odchudzaniem), stres związany z migracją i zmianą środowiska kulturowego [12, 18].

Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie poniższych objawów charakteryzujących żarłoczność psychiczną:

- objadanie się (duże ilości w krótkim czasie), myślowe zaabsorbowanie jedzeniem i chęć jedzenia;
- podejmowanie prób przeciwdziałania nadmiernemu spożyciu kalorii przez: prowokowanie wymiotów, okresowe głodowanie, stosowanie środków przeczyszczających, leków zmniejszających apetyt, środków moczopędnych, preparatów przyspieszających przemianę materii;
- chorobliwe obawy przed otyłością i narzucanie sobie niskiego limitu masy ciała;
- możliwy epizod jądłowstrętu psychicznego w przeszłości (w wywiadzie) [12, 16, 20].

Pacjentów z bulimią można podzielić na dwie grupy:

1. Takich, którzy w trakcie epizodu żarłoczności psychicznej regularnie prowokują wymioty lub używają leków przeczyszczających, moczopędnych, przeczyszczających wlewów doodbytniczych (postać przeczyszczająca).
2. Takich, którzy w trakcie epizodu żarłoczności psychicznej angażują się w inne nieodpowiednie zachowania kompensacyjne, na przykład głodowanie, wykonywanie nadmiernych ćwiczeń fizycznych (postać bez przeczyszczania) [5, 6].

Leczenie osób chorujących na bulimię zależy od ogólnego stanu zdrowia, ryzyka samouszkodzeń oraz zaburzeń współwystępujących i może być realizowane w ramach:

- podstawowej opieki zdrowotnej (psychoedukacja, ukierunkowanie przez lekarza pierwszego kontaktu, podręczniki samopomocy);
- opieki ambulatoryjnej, na przykład w poradniach zdrowia psychicznego lub psychiatrycznych oddziałach dziennych (ocena stanu psychicznego i somatycznego, psychoterapia grupowa, oddziaływania psychoedukacyjne, poradnictwo dietetyczne, farmakoterapia z zastosowaniem leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI);
- leczenia szpitalnego (normalizacja masy ciała, psychoedukacja, psychoterapia indywidualna i grupowa, farmakoterapia).

Coraz większego znaczenia nabierają grupy wsparcia, takie jak anonimowi żarłocy (OA – overeaters anonymous), które wspomagają profesjonalną terapię medyczną i żywieniową [5, 9, 10, 12, 14, 19].

### **8.2.2. PROBLEMY PACJENTA I WYNIKAJĄCE Z NICH INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE**

Postępowanie terapeutyczne w zaburzeniach odżywiania, mające na celu zmianę chorobliwych zachowań, pomoc osobie chorej w odzyskaniu oraz utrzymywaniu masy ciała na pożądanym poziomie, zależy od stanu pacjenta.

W przypadkach znacznego niedoboru masy ciała w przebiegu anoreksji wskazane są: hospitalizacja i podjęcie czynności przeciwdziałających odwodnieniu, zaburzeniom elektrolitowym i wyniszczeniu. Pacjenci w niestabilnym stanie somatycznym, z powikłaniami będącymi następstwem restrykcji żywieniowych lub zachowań przeczyszczających, powinni być leczeni na oddziałach internistycznych, pediatrycznych, intensywnej terapii albo specjalistycznych oddziałach kardiologicznych, endokrynologicznych lub gastrologicznych. Priorytetowe działania pielęgniarek w tym okresie będą zmierzać do zapobiegania zagrożeniu życia wynikającemu ze zmian metabolicznych, które są następstwem głodzenia.