

Bulimia

(Żarłoczność psychiczna)



W bulimii występują powtarzające się epizody gwałtownego objadania się.

Epidemiologia:

Bulimia dotyka młode kobiety w wieku ok. 18-25lat

Występuje często(częściej niż jadłowstręt), mianowicie u około 1,1-4,2% populacji kobiet, a zespoły subkliniczne nawet u 8%.

Kobiety chorują 10-krotnie częściej niż mężczyźni.

Etiologia i patogeneza bulimii:

Wieloczynnikowy model powstawania choroby:

- czynniki osobowościowe
- czynniki biologiczne
- czynniki rodzinne
- czynniki społeczno-kulturowe

Etiologia i patogeneza bulimii-c.d.

Czynniki osobowościowe:

U osób chorych na bulimię stosunkowo częściej występuje osobowość z pogranicza. Cechuje ją niestabilność emocjonalna i brak kontroli działań impulsywnych, zaburzony jest obraz samego siebie, swoich celów i preferencji (często seksualnych), stałe uczucie pustki wewnętrznej, tendencja do samookaleczania się.

Etiologia i patogeneza bulimii-c.d.

Czynniki biologiczne:

Zaburzenia neuroprzekaźników w o.u.n., zwłaszcza serotoniny(rola również w patogenezie depresji), leptyna(hormon sytości).

Etiologia i patogeneza bulimii-c.d.

Czynniki rodzinne:

Rodziny chorych na bulimię częściej charakteryzuje chaotyczna struktura, częste rozwoody, uzależnienia rodziców, choroby psychiczne w rodzinie. Częściej zdarza się przemoc fizyczna lub wykorzystywanie seksualne. W odróżnieniu od „rodzin anorektycznych” członkowie rodzin chorych na bulimię otwarcie, czasem burzliwie walczą ze sobą.

Etiologia i patogeneza bulimii-c.d.

Czynniki społeczno-kulturowe:

Można przyjąć że są takie same jak w przypadku anoreksji, a nawet otyłości.

Kryteria diagnostyczne bulimii wg ICD-10:

Do rozpoznania konieczne jest stwierdzenie wszystkich wymienionych objawów:

(a) stałe zaabsorbowanie jedzeniem i niepowstrzymywanie pragnienia jedzenia, pacjent miewa epizody żarłoczności, polegające na pochłanianiu olbrzymich ilości jedzenia w krótkich odstępach czasu

(b) pacjent próbuje przeciwdziałać „tuczącym” skutkom pokarmów, stosując co najmniej jedną z następujących metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, okresowe głodówki, stosowanie leków tłumiących łaknienie, preparatów tarczycy lub leków moczopędnych. ebery ze współistniejącą kulturą może

Kryteria diagnostyczne bulimii wg ICD-10 -c.d.

(c)obraz psychopatologiczny dotyczy chorobliwej obawy przed otyłością, pacjent zakreśla nieprzekraczalne granice masy ciała, znacznie poniżej przedchorobowej czy optymalnej wedle lekarza; często, choć nie zawsze, w wywiadzie stwierdza się epizod jadłowstrętu psychicznego. Okres dzielący te dwa zaburzenia wynosi od kilku miesięcy do wielu lat, poprzedzający epizod jest pełnoobjawowy lub przebiega w sposób poronny, z umiarkowanym spadkiem masy ciała i/lub przejściowym zatrzymaniem miesiączki.

Obraz kliniczny bulimii:

Napady objadania się bardzo często zaczynają występować w toku odchudzania się, jako konsekwencja długich okresów głodzenia się.

Objadanie się przynosi zmniejszenie niepokoju napięcia lub występuje w chwilach smutku lub przygnębienia.

Towarzyszące objawy: lęk przed przytyciem i zależność samooceny od wagi i wyglądu powodują że chore po spożyciu większej ilości jedzenia próbują niwelować skutki obżarstwa. W pewnym momencie, czasem przez przypadek odkrywają że wymioty są dobrym sposobem pozbycia się nadmiaru jedzenia. Zwykle od tego momentu rozpoczyna się cykl przejadania się i eliminowania pokarmów w najróżnorodniejszy sposób.

Obraz kliniczny bulimii: -c.d.

Osoba chora na bulimię może planować że będzie się objadać, czasami zaś napad występuje w sposób niezaplanowany.

Zwykle pacjentki objadają się w samotności, często w nocy.

Napadom towarzyszą przykre emocje: uczucie totalnej utraty kontroli, wstyd, poczucie winy, rozpacz, a nawet myśli i próby samobójcze.

Zachowania zapobiegające wzrostowi masy ciała: wymiotowanie, zażywanie środków przeczyszczające, środki odwadniające, hormony tarczycy.

Część chorych głodzi się do następnego napadu objadania się.

Obraz kliniczny bulimii: -c.d.

Chore na bulimię obsesyjnie gimnastykują się. W rezultacie błędnego koła napadów obżarstwa i prób redukcji wagi utrzymuje się ona w normie, albo nieco poniżej lub powyżej normy.

Cykle menstruacyjne mogą być nieregularne.

Chore na bulimię koncentrują swoją uwagę na wadze i kształtach własnego ciała, uzależniają od tego poczucie własnej wartości, w ich życiu nie liczą się inne sukcesy.

Każde wahnięcie wagi w górę to powód do rozpacz, czasami z tendencją do samouszkodzeń lub prób samobójczych.

Chore przez większość czasu są przygnębione.

Różnicowanie bulimii:

Wymaga różnicowania z innymi chorobami, zwłaszcza tymi które doprowadzają do wymiotów:

Zaburzenia psychiczne:

- depresja
- wymioty psychogenne
- jadłowstręt psychiczny
- zaburzenia nerwicowe

Współwystępowanie

innych zaburzeń psychicznych w bulimii:

- Depresja

- uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

- samouszkodzenia

- impulsywne zachowania seksualne

Powikłania somatyczne bulimii:

- zaburzenia elektrolitowe(hipokaliemia)
- zaburzenia metaboliczne
- niedobory witamin
- uszkodzenia tylnej ściany gardła i przełyku
- erozja szkliwa zębów, powiększenie ślinianek przyusznych
- nasilone rozstępy skórne wynikające z wahań wagi
- biegunki i zaparcia wynikające z nadużywania środków przeczyszczających
- osłabienie bóle głowy

Leczenie bulimii:

Cele leczenia:

- usunięcie somatycznych powikłań bulimii
- eliminacja lub redukcja napadów objadania się i przeczyszczania
- zapobieganie nawrotom

Pierwszym etapem leczenia jest normalizacja wzorów odżywiania poprzez wprowadzenie ustrukturyzowanego planu jedzenia (prowadzenie dzienniczka).

Dostępne są programy terapeutyczne w lecznictwie zamkniętym, podobne jak w przypadku leczenia anoreksji (kontrakt terapeutyczny, szerokie oddziaływania psychoterapeutyczne)

Bulimia-rokowanie:

Przy prawidłowo stosowanym leczeniu około 50% pacjentek nie ma objawów po 2-10 latach od początku leczenia.

U 20% objawy bulimii utrzymują się w sposób stały, a u pozostałych 30% choroba przechodzi z stan chroniczny z okresami popraw i pogorszeń.

Zespół napadowego objadania się

Nowa postać zaburzeń objadania się. Jeszcze nie została uwzględniona w ICD-10, jest obecna w dodatku do DSM-IV.

Polega na nawracających epizodach przejadania się, którym towarzyszy uczucie upośledzonej kontroli, niezadowolenie z siebie, jednocześnie nie występują zachowania kompensacyjne, takie jak wymioty, przeczyszczanie się, głodzenie lub nadmierne ćwiczenie fizyczne.

Zachowania takie pojawiają się nieregularnie.