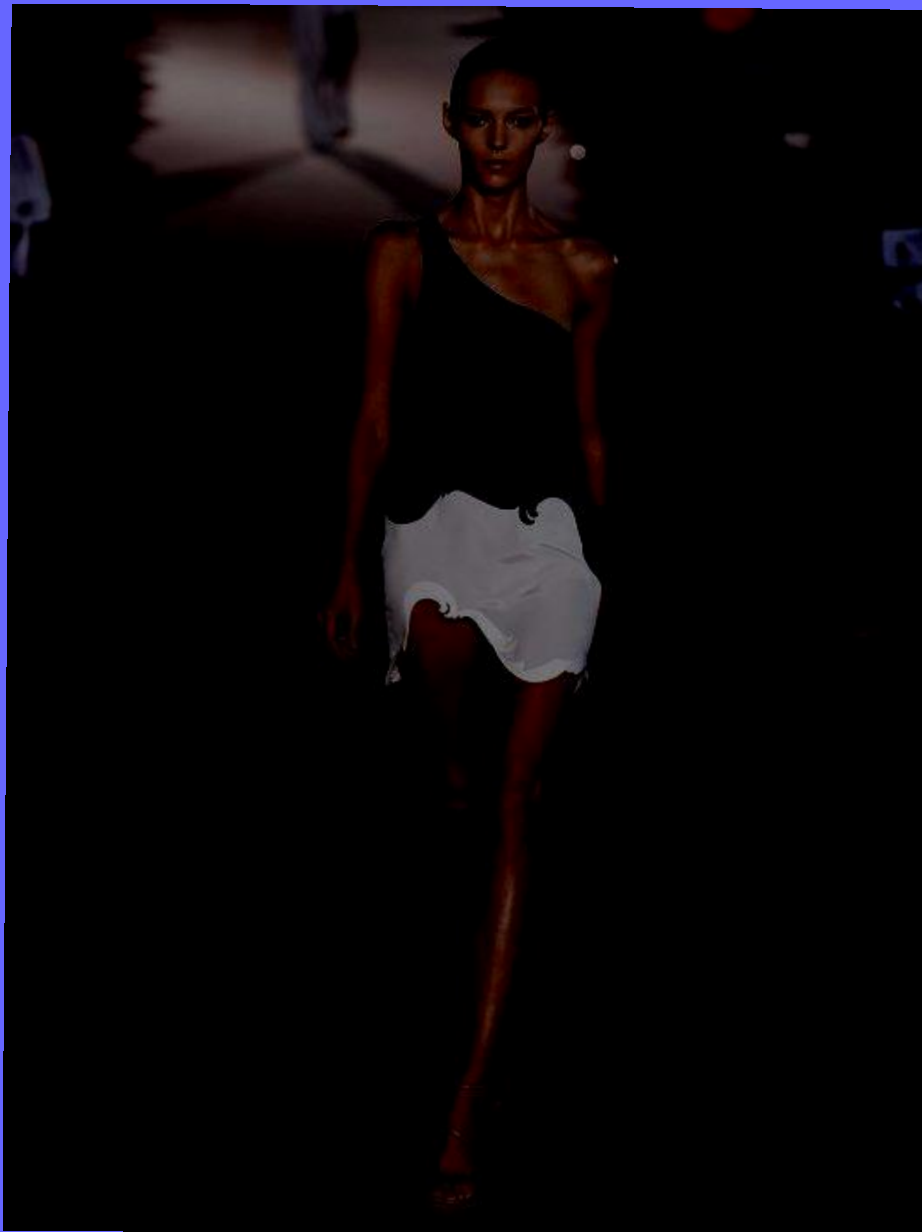


Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa)



Jadłowstręt polega na dążeniu do ograniczenia masy ciała, wyraźnie poniżej norm przyjętych w odniesieniu do wieku i wzrostu, przy jednoczesnej nieprawidłowej ocenie własnego wyglądu i współistnieniu lęku przed przybraniem na wadze, co powoduje drastyczne ograniczenie przyjmowanego pożywienia.

Trochę historii:

Kliniczne opisy zachowań dziewcząt w wieku dojrzewania odpowiadające dzisiejszym kryteriom jadłowstrętu psychicznego pochodzą z Anglii i Francji w II połowie XVII w.

W 1970r Gerald Russell sformułował pierwsze kryteria jadłowstrętu:

- zmiana zachowań związanych z jedzeniem
- objawy psychopatologiczne w postaci lęku przed otyłością
- objawy hormonalne(zanik miesiączki)

Te kryteria stanowią oś obecnie obowiązujących kryteriów diagnostycznych jadłowstrętu w klasyfikacji ICD-10, jak i DSM-IV.

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg 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. Samoocenywanie siebie jako osoby otyłej oraz występowanie zaburzającego prawidłowe odżywianie się strachu przed przytłuceniem, co prowadzi do narzucania sobie samemu niskiego

Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg ICD-10:

D: Obejmujące wiele układów zaburzenia endokrynne przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania (wyjątkiem jest występowanie krwawień po substytucyjnym leczeniu hormonalnym), a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji

Niektórzy badacze wyróżniają dwa typy zaburzenia:

•typ restrykcyjny(tylko ograniczanie spożywania posiłków)

•typ bulimiczny: występują epizody nadmiernego objadania się, z następowymi zachowaniami pod postacią stosowania środków przeczyszczających lub wymiotów

Epidemiologia:

Częstość występowania jądłowstrętu w ciągu całego życia wynosi od 0,51% (w/g ścisłej definicji) do 3,7% (w stanach z pogranicza)

W 10% początek choroby wstępuje przed okresem dojrzewania, w 75% przed 25r.ż.

Przedział między 14 a 18r.ż. stanowi okres największego zagrożenia zachorowaniem.

Występuje 6-12 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu:

Zaburzenie uwarunkowane wieloczynnikowo:

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

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu-c.d.

Czynniki osobowościowe:

Uważa się że wśród chorych na anorexię dominują cechy trzech typów osobowości:

- obsesyjno-kompulsywna
- histrioniczna
- o cechach schizoidalnych

Cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej:

Charakteryzuje się tendencją do niepewności, wątpliwości, perfekcjonizmu, nadmierną skrupulatnością, potrzebą sprawdzania i zajmowania się drobiazgami, sztywnością, uporem i ostrożnością. Mogą pojawiać się uporczywe, niepożądane myśli czy impulsy, które nie osiągają nasilenia zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych.

Cechy osobowości histrionicznej:

Charakteryzuje ją płytką i chwiejną uczuciowość, tendencja do dramatyzowania, teatralności, przesadna ekspresja emocjonalna, sugestywność, egocentryzm, pobłażliwość wobec siebie, nie uwzględnianie potrzeb innych nadmierna urażliwość oraz pragnienie admiracji, uznania.

Cechy osobowości schizoidalnej:

Charakteryzuje się wycofaniem z kontaktów emocjonalnych, społecznych i innych, tendencją do fantazjowania, działania w samotności i introspekcji, ograniczeniem zdolności do wyrażania uczuć i odczuwania przyjemności.

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu-c.d.

Czynniki osobowościowe:

Średni poziom intelektu u chorych na jadłowstręt odpowiada średniemu rozkładowi wskaźnika i.i. w całej populacji (były teorie o przeciętnym wysokim poziomie wskaźnika intelektu, ale nie potwierdziły się)

Cechą charakterystyczną tych chorych jest bardzo wysoki poziom aspiracji, niezależny od realnych możliwości, oraz wysoki poziom tłumionej agresji.

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu-c.d.

Czynniki biologiczne:

- Uwarunkowania genetyczne:44-51% bliźniąt jednojajowych wykazywały zgodność zachorowań
- Neuroprzekaźniki i neuromodulatory: stwierdza się zaburzenia w zakresie wszystkich podstawowych układów neuroprzekaźnikowych oraz hormonalnych, głównie serotoniny(patogeneza depresji)
- Spadek poziomu TSH,T3, hormonów płciowych, kortyzolu

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu-c.d.

Czynniki rodzinne:

W rodzinach pacjentek z jadłowstrętem obserwuje się nieprawidłowe relacje małżeńskie rodziców oraz nieprawidłowe funkcjonowanie dwustronnych relacji między chorą a każdym z rodziców z osobna.

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu-c.d.

Czynniki rodzinne:

Cechy rodziny „anorektycznej”:

- sztywność relacji wewnątrz rodziny
- brak rozwiązywania konfliktów
- nadmierne wiązanie, uzależnienie i blokowanie procesu uzyskiwania autonomii przez pacjentkę
- rozbudzanie nadmiernych aspiracji u dziecka, od którego sukcesów zależy pozycja rodziny
- dominująca matka oraz wycofujący się z relacji i odpowiedzialności ojciec

Etiologia i patogeneza jadłowstrętu-c.d.

Czynniki społeczno-kulturowe:

Wzrost wpływu mediów na kształtowanie modelu idealnej sylwetki oraz stylu życia.

Współczesna kobieta jest konfrontowana z wieloma wymaganiami społecznymi, powinna być idealną(szczupłą) matką i żoną, a jednocześnie osobą aktywnie realizującą karierę zawodową.

Szczupłe ciało pośrednio świadczy o zdolności do tak

Jadłowstręt-obraz kliniczny i przebieg:

Czynnikiem uruchamiającym bezpośredni proces chorobowy jest najczęściej uraz psychiczny wywołany uwagą lub komentarzem dotyczącym wyglądu(najczęściej przez osobę znaczącą dla pacjentki), lub krytyczna ocena kształtów własnego ciała na podstawie porównania.

Czynnikami ułatwiającymi są rozwój zaburzeń są omówione predyspozycje osobowe, biologiczne i rodzinne.

Jadłowstręt-obraz kliniczny i przebieg-c.d.:

Następuje zmiana zachowań związanych z odżywianiem się w celu osiągnięcia pożądanego efektu utraty wagi, poprawy wyglądu, a także mniej lub bardziej uświadomionej zmiany w sytuacji rodzinnej.

W początkowym stadium choroby pacjentki zwykle kryją się z ograniczaniem jedzenia, ukrywają i wyrzucają jego nadmiar.

W zachowaniu obserwuje się nadmierną aktywność i nasilającą się koncentrację na unikaniu jedzenia

Jadłowstręt-obraz kliniczny i przebieg-c.d.:

Powstają rytuały, często rozbudowane dotyczące jedzenia. Poczucie głodu i sytości ulega zakłóceniu.

Pojawiające się u części chorych refleksje o nadmiernym zmniejszeniu masy ciała, spowodowane uwagami otoczenia, są skutecznie tłumione przez lęk przed ponownym przytyciem.

Z powodu nasilających się różnic w spostrzeganiu własnego wyglądu przez siebie samą i otoczenie pacjentki zamykają się w sobie, izolują, ograniczają kontakty z rówieśnikami i znajomymi.

Jadłowstręt-obraz kliniczny i przebieg-c.d.:

Kliniczne objawy somatyczne:

- zaburzenia elektrolitowe
- awitaminoza
- niedokrwistość
- zaburzenia czynności przewodu pokarmowego (zaparcia, bóle brzucha, stany zapalne żołądka i jelit)
- zaburzenia hormonalne(brak miesiączki)
- zmiany zanikowe tkanek: zanik mięśni, wypadanie włosów, łuszczenie i suchość skóry(z tendencją do żółtego podbarwienia)
- pojawienie się na ciele owłosienia pod postacią

Jadłowstręt-rokowanie:

Przebieg jest przewlekły, ze średnim czasem trwania 5 lat.

Trwałe wyleczenie bez nawrotów spotyka się u około 25% chorych.

Okolo 45% osiąga masę ciała z pogranicza normy a miesiączka ma charakter nieregularny.

Stan 25% chorych, szczególnie późno

Jadłowstręt-rokowanie-c.d. :

Jadłowstręt jest zaburzeniem o wysokim ryzyku śmiertelności (badania chorych w wieku 20-30lat wykazały że w 18% choroba zakończyła się zgonem).

Przyczyną śmierci najczęściej było samobójstwo lub powikłania somatyczne(nagła niewydolność krążenia lub zaburzenia elektrolitowo-metaboliczne).

Jadłowstręt-współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych:

- objawy obsesyjno-kompulsywne
- objawy lękowe:
 - lęk uogólniony, napady lęku panicznego
- depresja (w ok. 75% przypadków)
- stany dysforii

Jadłowstręt-różnicowanie:

Stany depresyjne przebiegające z obniżonym łaknieniem

- zaburzenia depresyjne
- schizofrenia
- zaburzenia zachowania
- okresowo w przebiegu bulimii

Choroby somatyczne:

- zaburzenia czynności tarczycy

Jadłowstręt-leczenie:

Podstawowym celem w pierwszej fazie jest zapobieganie możliwemu zagrożeniu życia.

Następnie koncentrujemy się na terapii uwzględniającej przyczyny objawów i zapobieganie nawrotom.

Dla pacjentów o dobrej motywacji, niewielkim ubytku masy ciała i krótkim wywiadzie chorobowym możliwe jest leczenie ambulatoryjne.

Jadłowstręt-leczenie-c.d. :

Programy terapeutyczne w leczeniu zamkniętym opierają się na kontrakcie terapeutycznym, pacjentki uzyskują przywileje w zależności od uzyskanego wzrostu masy ciała:

(uzyskują większą swobodę, spacerują pod opieką po terenie szpitala, możliwość przepustek pod opieką rodziny, nie są kontrolowane przy jedzeniu)

Istotna rola oddziaływań psychoterapeutycznych