

BULIMIA PSYCHICZNA – BP

Kryteria rozpoznawania wg ICD-10

1. Przewlekła nadmierna koncentracja na jedzeniu, niekontrolowana potrzeba przyjęcia pożywienia oraz epizody objadania się, polegające na zjedzeniu ogromnych ilości pożywienia, konsumowanego w bardzo krótkim okresie czasu.

2. Zachowania polegające na pozbyciu się nadmiaru przyjętej żywności:

– prowokowanie wymiotów

– używanie środków przeczyszczających

– alternatywne okresy głodzenia się i używanie supresantów apetytu, hormonów tarczycy lub diuretyków.

3. Wahanias masy ciała poniżej masy sprzed choroby lub powyżej.

4. Często wcześniejsza historia epizodu JP – kilka miesięcy wcześniej – kilka lat wcześniej.

Wg DSM-IV wystarczające do rozpoznania są dwa pierwsze kryteria, przy czym wyznacza się częstość określonych zachowań: objadanie się i zachowania kompensacyjne muszą występować co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu 3 miesięcy.

Rozpowszechnienie

Z badań epidemiologicznych wynika, że rozpowszechnienie BP dotyczy ok. 1% kobiet i 10-krotnie rzadziej mężczyzn – 0,1%. Zaburzenia te występują przede wszystkim u nastolatek i młodych dorosłych kobiet.

Etiologia

Z przeprowadzonych badań wynika, że w etiologii BP znaczenie mają podobne czynniki jak w JP: indywidualne, rodzinne, społeczno-kulturowe oraz biologiczne, a także określone czynniki precipitujące. Wczesne wystąpienie objawów BP zwykle łączy się z nadwagą przedchorobową i brakiem opieki rodzicielskiej. Duże badania epidemiologiczne wykazały, że niektóre czynniki występują u chorych na BP

istotnie częściej niż w grupie kontrolnej i u pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi: perfekcjonizm, skłonność do kompulsji i niska samoocena, problemy rodzinne, w tym uzależnienie od alkoholu. Za czynniki precipitujące zwykle uznaje się intensywne odchudzanie się, rozpad rodziny, zerwanie społecznych relacji lub zagrożenie fizycznego bezpieczeństwa (np. seksualne wykorzystanie, przemoc fizyczna). Ostatnie badania wskazują na rodzinne występowanie zaburzenia oraz jego uwarunkowania genetyczne, przynajmniej w niektórych przypadkach, które jednak ujawniają się pod wpływem rozmaitych, wcześniej wymienionych czynników środowiskowych.

Przebieg

Około 1/4 chorych na BP uzyskuje remisję, a 1/4 ma chroniczny przebieg zaburzeń. Nieznane są czynniki korzystne dla przebiegu, natomiast negatywne predyktory przebiegu BP to: współistniejące zaburzenia psychiczne, zachowania samobójcze, nadużywanie alkoholu i innych SP, niska samoocena. Śmiertelność w przypadku BP jest istotnie niższa niż w JP i wynosi ok. 0,7%, przy czym składają się nań zarówno zgony z powodów naturalnych, powikłań somatycznych BP, jak i z powodów nienaturalnych, w tym samobójstw, które nie zawsze wynikają ze współistnienia DD.

Współistniejące zaburzenia psychiczne

Najczęściej współistniejące z BP zaburzenia psychiczne to: zaburzenia afektywne (w tym depresja, dystymia i CHAD) – u 25%, zaburzenia lękowe u 13%, używanie substancji SP u 15%, a przede wszystkim różne postacie zaburzeń osobowości, w tym dość często typu borderline (u ok. 25%).

U osób z wczesnym początkiem BP częste są samouszkodzenia, zaburzenia kontroli impulsów oraz cechy osobowości typu borderline. Zaburzenia depresyjne stwierdza się u ponad u 40% osób z BP. Istnieje silniejsza korelacja pomiędzy BP a dystymią niż epizodem dużej depresji.

Leczenie BP

Miejsce leczenia

Wybór miejsca leczenia wiąże się z nasileniem zachowań kompensacyjnych (wymioty, przeczyszczanie się, odwadnianie się), współistnieniem nasilonych zaburzeń psychicznych (DD, CHAD), skłonnością do samouszkodzeń, występowaniem zachowań samobójczych lub uzależnienia od alkoholu czy innych SP, obecnością powikłań somatycznych (zaburzenia elektrolitowe, stan układu krążenia, wydzielniczego) oraz współistnieniem chorób somatycznych (np. cukrzyca) czy ciąży, oraz obecności poważnych stresorów i braku dostępności leczenia ambulatoryjnego w miejscu zamieszkania. Decyzje w kwestii miejsca leczenia zapadają podobnie jak w przypadku JP – patrz algorytm1.

Samopomoc

W przypadku stwierdzenia bulimii psychicznej uważa się, że pierwszym krokiem powinno być skierowanie do programu samopomocowego, obejmującego pacjentki z podobnym rozpoznaniem w różnym okresie terapii. Niektóre badania wykazują, że zastosowanie jedynie tej formy pomocy może czasem przynieść istotną poprawę. Niestety, programy samopomocowe praktycznie nie funkcjonują w Polsce i często mylone są z grupami wsparcia. Grupy samopomocowe pracują wg określonego, sprawdzonego programu, mając zapewniony kontakt z profesjonalistą (tzw. *guided self-help*). Konieczne jest stworzenie polskich poradników dla grup samopomocowych i profesjonalnej opieki.

Psychoterapia

Jako najbardziej efektywną terapię psychologiczną uważa się przede wszystkim CBT. CBT w BP powinna składać się z co najmniej 16 – 20 indywidualnych sesji prowadzonych w ciągu 4 – 5 miesięcy, z wyjątkiem: odmowy, wyboru alternatywnych form psychologicznej interwencji, np. psychoterapia interpersonalna – ITP i współwystępowania poważnych zaburzeń (nasiloną depresją i/lub USP). W przypadku adolescentów CBT powinna być zaadoptowana do potrzeb wiekowych, okoliczności, możliwości rozwojowych. Korzystne wyniki przynosi również ITP, lecz wówczas należy się liczyć z tym, że musi ona trwać 8 – 12 miesięcy, aby jej efekty były podobne jak z zalecaną CBT. Istnieją dane o skuteczności terapii grupowej i innych rodzajach terapii indywidualnej. W przypadku dzieci i młodzieży korzystne jest dołączenie terapii rodzinnej. W przypadku pacjentek z zaburzeniami osobowości nie podejmujących lub przerywających leczenie CBT wskazane jest rozważenie terapii psychodynamicznej.

Farmakoterapia

Jako leczenie dodatkowe lub alternatywne zaleca się leki przeciwdepresyjne, przede wszystkim SSRI, szczególnie fluoksetynę, stosowaną w dawce wyższej niż w depresji – 60, a nawet 80 mg/dobę. Należy poinformować pacjenta, że leki redukują częstość objadania się i przeczyszczania się, lecz efekty długoterminowe ich działania nie są znane. Nieliczne badania wskazują również, że w farmakoterapii fluoksetyną utrzymuje się najprawdopodobniej większa liczba pacjentów niż w psychoterapii. Istnieje kilka badań, poprawnych metodologicznie, sponsorowanych przez firmy farmaceutyczne, wskazujących na efektywność również innych SSRI (sertralina) oraz SNRI (reboksetyna, wenlafaksyna) w leczeniu BP. W badaniach małych grup pacjentów donoszono o potencjalnej efektywności inozytoli w napadach objadania się, a w poprawnie przeprowadzonym badaniu skuteczny okazał się topiramant.

W przypadku przebiegu BP z częstymi wymiotami i przeczyszczaniem się, należy prowadzić kontrolę płynów i równowagi elektrolitowej. Jeśli występują w tym zakresie zaburzenia, to przede wszystkim należy skoncentrować się na eliminacji odpowiedzialnych za to zachowań, prowadzić odpowiednią suplementację doustną, z wyjątkiem sytuacji, gdy obecne są istotne problemy z absorpcją. Zwykle prowadzi się leczenie ambulatoryjne, lecz w przypadku złego stanu somatycznego lub współwystępowania innych zaburzeń psychicznych (nasiloną depresją, autoagresją) konieczna jest hospitalizacja w celu poprawy stanu zdrowia somatycznego lub/i psychicznego. Należy pamiętać, że u osób z BP często stwierdza się słabą kontrolę zachowań impulsywnych (nadużywanie SP, autoagresja w różnej formie).

Leczenie BP ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi

W przypadku współistnienia BP i DD korzystne wydaje się stosowanie CBT, skutecznej w obu postaciach zaburzeń psychicznych oraz w przypadku nasilenia objawów depresyjnych dołączenie farmakoterapii. Udokumentowano skuteczność różnych grup leków przeciwdepresyjnych w BP, szczególnie SSRI, TLPD, dlatego farmakoterapia przy nakładaniu się zaburzeń depresyjnych jest tutaj metodą I wyboru.

Leczenie CHAD u chorych na BP to leczenie ostrych faz afektywnych i profilaktyka choroby. W manii poleca się leki normotymiczne: lit, kwas walproinowy i jego pochodne, a także nowe leki przeciwpadaczkowe (np. topiramant i lamotryginę), skuteczne również w BP, oraz LPIIG – nie wpływające na wzrost

łaknienia i masy ciała. Profilaktycznie stosuje się leki normotymiczne.

Leczenie zachowań impulsywnych u osób z BP polega przede wszystkim na działaniach psychoterapeutycznych i ewentualnie na próbie stosowania leków normotymicznych, choć skuteczność ich nie jest w pełni udowodniona, podobnie jak niskich dawek LPIIG.

Leczenie uzależnienia od alkoholu i innych SP występujące u osób z BP stanowi poważny problem terapeutyczny. Wydaje się, że pacjenci z tymi zaburzeniami powinni być jednak leczeni w placówkach psychiatrycznych, początkowo na oddziałach zamkniętych, gdzie podejmuje się próbę realizacji jednocześnie dwóch programów terapeutycznych.