

## ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

## O bulimii historycznie i współcześnie

(Contemporary and historical view on bulimia)

A Szpytman<sup>1,A,D</sup>, I Brukwicka<sup>1,B</sup>, Z Kopański<sup>2,3,F</sup>, R Kollár<sup>4,E</sup>, M Kollárová<sup>4,C</sup>, B Bajger<sup>3,B</sup>, E Bojanowska<sup>2,B</sup>

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

**Abstract**— The authors have presented the historical aspects of bulimia and characterised the mechanism and course of bulimic fits. The causes and outcomes of “ravenous hunger” as well as its diagnostics, treatment, and prognostics have been discussed.

**Key words** — bulimia, etiopathogenesis, diagnosis, treatment, prognostics.

**Streszczenie**— Autorzy przedstawili historyczne aspekty bulimii, scharakteryzowali mechanizm i przebieg napadu bulimicznego, omówili przyczyny i skutki „wilczego głodu”, oraz rozpoznanie, leczenie i rokowanie w tej chorobie.

**Słowa kluczowe** — bulimia, etiopatogeneza, rozpoznanie, leczenie, rokowanie.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy**— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji** — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

**Zaakceptowano do druku:** 15.01.2016.

## O BULIMII TROCHĘ HISTORYCZNIE

Żarłoczność psychiczna (z łac. *bulimia nervosa*, *hyperorexia*) bywa określana, jako byczy, wilczy, niedźwiedzi głód, czyli tak duży, że aż nietypowy dla człowieka. [1]

Zaburzenia związane z objadaniem się przybierają charakter okresowych napadów żarłoczności, podczas których osoba chora nie potrafi sprawować kontroli nad ilością spożywanych pokarmów. [2]

Już w II w. n.e. po raz pierwszy słowa bulimicis użył Galen do określenia choroby zwanej *byczym głodem*. Galen uważał, że choroba ta objawia się nienasyconym głodem, którego powodem były sygnały wysyłane do mózgu przez kwas żołądkowy. [3]

Z kolei w czasach uczt rzymskich popularne były, tzw. *womitoria*. Zjawisko to polegało na obfitym i

długotrwałym ucztowaniu, po którym prowokowano wymioty, jednak postępowanie takie miało na celu zwiększenie możliwości organizmu do dalszego objadania się, a nie było wyrazem dbałości o szczupłą sylwetkę. [4]

Natomiast Egipcjanie przekonani byli, że choroby wśród ludzi biorą się z pożywienia stąd, co miesiąc mieli w zwyczaju wywoływanie wymiotów i biegunek w celu oczyszczania swojego organizmu. Podobnie zresztą postępowano jeszcze w średniowieczu. Przeczyszczanie, wymioty lub chociażby upusty krwi traktowano, jako całkiem bezpieczne i skuteczne metody odtruwania ludzkiego organizmu. W tym okresie duże rozpowszechnienie biedy, skutkowało obawą przed brakiem jedzenia i prowadziło do epizodów niekontrolowanego objadania się, w momencie sytości prowokowano wymioty, a następnie ponownie objadano się. Średniowieczu na ogół jednak obżarstwo było mocno potępiane przez kościół katolicki, jako jeden z grzechów głównych. [5]

Dopiero w późniejszych czasach objawy bulimiczne traktowano, jako towarzyszące anoreksji, malarii i cukrzycy, a w 1930 r. została ona uznana, jako objaw *frustracji emocjonalnej i problemów w adaptacji społecznej wśród emigrantów*. [1]

Nazwa bulimia dopiero w latach 80. XX w. pojawiła się w terminologii psychiatrycznej, a w 1987r. zaczęła figurować, jako odrębna jednostka chorobowa o nazwie *bulimia nervosa*. [5]

## MECHANIZM I PRZEBIEG NAPADU BULIMICZNEGO

Osoby chore na bulimię są z reguły niezadowolone z własnego wyglądu zewnętrznego. Sprawia to, że bardziej dążą do posiadania szczupłej sylwetki aniżeli pacjenci z anoreksją.[6] Jedzenie u tych osób może przybierać wartość aktu autodestruktywnego, służyć uspokojeniu się lub zapełnieniu pustki emocjonalnej (np. brak miłości, niespełnione marzenia i pragnienia). [5,7] Osoby chore na bulimię nie umieją poradzić sobie z własnymi emocjami i nie potrafią okazywać swoich uczuć, co zastępują zachowaniami kompensacyjnymi, m.in. takim jak [6,8,9,10]:

- przeczyszczające- wywoływanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających i moczopędnych, stosowanie lewatyw,
- nieprzeczyszczające- wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, obniżanie dziennej podaży kalorii, stosowanie głodówek, przeżuwanie i wyplwanie jedzenia, stosowanie środków zmniejszających łaknienie oraz produktów dietetycznych i ziołowych zawierających efedrynę, ( która nadmiernie pobudza organizm do pracy- może przez to uszkadzać układ nerwowy i mięśniowy, a nawet prowadzić do śmierci).

Charakterystyczne dla bulimii napady obżarstwa mogą występować z różną częstotliwością od kilku na miesiąc do kilku dziennie, sam napad może trwać nawet 1- 2 godziny. [5,11] W trakcie *kryzysu bulimicznego* chory traci kontrolę nad tym, co i w jakich ilościach zjada. Najczęściej zjada szybko i łapczywie w dodatku produkty wysokokaloryczne, a ilość spożywanych produktów może wynieść średnio od 3500 kcal do ponad 10000 kcal. Zawartość spożywanych podczas napadu produktów może przekraczać od 3 do 30 razy ilość normalnych posiłków spożywanych przez tą osobę. [5,11,12,13]

Objadanie się jest związane z poczuciem intensywnego głodu lub napięciem psychicznym, które nie

może być rozładowane w inny sposób jak przez zachowania kompensacyjne, zaś uczucia towarzyszące napadom to najczęściej wstyd i poczucie utraty kontroli. [5,14]

Przeciętnie 60% bulimików wywołuje wymioty. Początkowo przez wypychanie sobie palców lub łyżeczki do gardła, później przez wywoływanie silnego skurczu przepony i mięśni brzucha. Czynność ta może być powtarzana od 1 do 10 razy, w odstępach czasowych od 5 do 30 minut, po to aby chory zbudował przekonanie, że cała zawartość żołądka została usunięta. Zachowanie takie są często przyczyną krwawych wymiotów.[1,5,9] Osoby, które wymiotują po pewnym czasie robią to bezdźwięcznie, dlatego przez długi czas choroba może być niezauważona przez otoczenie. Poza tym chorzy dobrze potrafią się ukrywać, jedzą w samotności lub w nocy a produkty spożywcze gromadzą często wcześniej. Przyłapanie na wymiotowaniu tłumaczy się złym samopoczuciem lub zaprzeczając faktom. Wymioty również pozwalają na kontynuację jedzenia łagodząc tym samym poczucie winy spowodowane obżarstwem. Podobnie jak przeczyszczanie, również wymioty traktowane są przez bulimika jako swoiste *uzdrowienie* niechęci do samego siebie. [1,5]

## PRZYCZYNY I SKUTKI „WILCZEGO GŁODU”

Rozpowszechnienie bulimii jest większe niż anoreksji i dotyczy ok. 1, 1- 4, 2% populacji, głównie dziewcząt i kobiet, które wcześniej stosowały diety odchudzające. U mężczyzn bulimia występuje rzadziej, przede wszystkim w grupie osób o orientacji homoseksualnej (ok. 20-42%). [1]

Czynniki, które mogą prowadzić do bulimii ujawniają się w różnych momentach życia człowieka. Do czynników tych zalicza się [5,9,15,16,17,18,19, 20, 21]:

- Czynniki biologiczne- nie determinują bezpośrednio problemów z jedzeniem, ale czynią organizm bardziej podatnym na wpływ innych czynników, np. stresu.
- Czynniki osobowościowe- brak jakiegokolwiek potrzeby w życiu przez dłuższy okres czasu (np. potrzeby kontaktu, autonomii, uznania) może powodować frustrację przyczyniającą się do powstania zachowań autodestruktywnych rekompensujących brak owej potrzeby.
- Czynniki społeczno- kulturowe- kreowanie ciała, jako elementu kultury a nie natury.

- Zaburzenia postrzegania schematu własnego ciała- chorzy nie akceptują ani siebie, ani własnego ciała, mają niskie poczucie własnej wartości, a siebie oceniają przez pryzmat własnej sylwetki.
  - Czynniki rodzinne: niski status materialny rodziny powodujący bunt młodego człowieka przeciw życiu w określony sposób i w danym środowisku,
  - alkoholizm w rodzinie i zaniedbywanie opieki rodzicielskiej zdarzają się u osób z bulimii częściej w porównaniu do innych mających problemy natury psychicznej,
  - inne problemy rodzinne związane z zaburzeniami w obszarze: komunikacji, więzi, ekspresji uczuciowej, sposobu rozwiązywania kontaktów i włączania dzieci w konflikty małżeńskie, oraz odmienne systemy wartości.
- Doświadczenie wykorzystywania seksualnego w przeszłości- osoby z takimi problemami często nie umieją poradzić sobie z bolesnymi wspomnieniami, nadmierne skupianie się na jedzeniu przenosi uwagę z aktu przemocy na nowe doznania, poza tym przez wymioty i stosowane środki przeczyszczające pragną się oczyścić.
- Czynniki dziedziczne-, jeżeli matka ma zaburzenia wizerunku własnego ciała i przywiązuje dużą wagę do diet i wyglądu to córka też będzie miała podobny pogląd, a nawet bardziej negatywnie niż matka będzie postrzegać swoje ciało, co predysponuje do bulimii.

Bulimia buduje błędne koło zachowań chorego, życie bulimika sprowadza się do schematu: odchudzanie – objadanie - kompensacja. Takie działania odciśka piętno na ciele i psychice chorego. [60]

W przebiegu bulimii mogą wystąpić [61,62]:

- biegunki, uszkodzenia śluzówki gardła (szczególnie tylnej ściany), przełyku i żołądka,
- stany zapalne dziąseł, erozja i próchnica szklawa nazębna,
- obrażenia strony grzbietowej ręki,
- duszności, niemiarywość i dodatkowe skurcze serca,
- bóle i skurcze mięśniowe, napady drgawek,
- nasilone pragnienie i zwiększone wydalanie moczu,
- niedrożność porażenna jelit,
- bóle i zawroty głowy, stałe zmęczenie i częste epizody omdlenia,

- depresje, smutek, zaburzenia snu i koncentracji, tendencje samobójcze.
- powiększenie węzłów szyjnych,
- zaburzenia elektrolitowe- głównie hipochloremia i hipopotasemia,

Poza tym większość chorych na bulimię podejmuje zachowania ryzykowne jak przypadkowe kontakty seksualne czy nadużywanie substancji psychoaktywnych, które również odbijają się na ich zdrowiu. [5,22,23]

## ROZPOZNANIE, LECZENIE I ROKOWANIE

Aby postawić diagnozę *bulimia nervosa* musza być spełnione następujące kryteria (na podstawie ICD-10) [5,10,23]:

- Występowanie epizodów niekontrolowanego jedzenia w krótkim czasie co najmniej 3 miesiące.
- Nadmierna koncentracja skupiona na jedzeniu oraz poczucie przymusu jedzenia.
- Stosowanie przynajmniej jednego ze sposobów, jako przeciwdziałanie tyciu: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, głodówki, leki zmniejszające łaknienie, środki moczopędne, chorzy na cukrzycę i tarczycę zmieniają dawki leków.
- Nadmierne skupianie się na własnej sylwetce ciała oraz zaburzone postrzeganie własnego wyglądu.

Psychika chorego na bulimię jest rozchwiana, cechuje się dużym niepokojem i zmianami nastroju, ponadto chory często nadużywa alkoholu, narkotyków, miewa przypadkowe kontakty seksualne i myśli samobójcze. [24] Jednak mimo tych wszystkich negatywnych cech chorzy na bulimię wiedzą, że mają problem i chcą się leczyć, jednak ze względu na ich pozornie zdrowy wygląd, nie zawsze znajdują właściwe wsparcie i pomoc u bliskich, co stanowi ważny wymóg udanego procesu terapeutycznego. [25]

Bulimia może stwarzać poważne zagrożenie dla zdrowia, dlatego ważne jest monitorowanie stanu fizycznego chorego szczególnie w okresie częstego objadania się i wymiotowania. Najważniejsza jednak jest psychoterapia nastawiona na naukę kontroli objawów i zmianę samooceny pacjenta. [26]

Do metod leczenia bulimii należy [5,10,14,25]:

- Pobyt w oddziale dziennym- przez 5 dni w tygodniu, przez 6- 8 tygodni. Posiłki pacjenci oddziałów spożywają pod nadzorem, zarówno w trakcie jak i po posiłku nie mogą opuszczać stołówek, aby nie zwymiotować.
- Leczenie szpitalne- całodobowy pobyt w szpitalu przez kilka tygodni, niekiedy po pewnym czasie z możliwością weekendowej przepustki lub przejściem na oddział pobytu dziennego przy dobrych efektach leczenia.
- Leczenie farmakologiczne:
  - leki antydepresyjne,
  - leki farmakologiczne stosowane w zaburzeniach funkcjonowania układu pokarmowego (leczenie refluksu, wzdęcia, bólów brzucha),
  - leki stosowane w zaburzeniach snu.
- Leczenie dietą- to podstawa skuteczności leczenia, zadaniem dietetyka jest objaśnienie choremu zasad prawidłowego odżywiania, przestrzeganie przed skutkami niewłaściwej diety, oraz pomoc w zaakceptowaniu właściwego znaczenia nadwagi i prawidłowej masy ciała.
- Psychoterapia- sposób prowadzenia terapii zależy od założenia terapeuty. Przyjęcie pewnej koncepcji określa strategię i formę pracy z chorym: terapia indywidualna, grupowa czy rodzinna. Dodatkowo na wybór terapii wpływają: wiek pacjenta, głębokość jego zaburzenia, stopień wyniszczenia organizmu i czas trwania objawów.

Rokowanie w bulimii jest pomyślne pod warunkiem, że stosunkowo wcześnie zostanie rozpoznana, a chory zechce się leczyć. Jeżeli jednak choroba trwa kilka lat to skuteczność jej wyleczenia szacuje się na 20- 25%, a sam proces wyleczenia jest pozorny, gdyż pod wpływem silnych zmian emocjonalnych chory wraca do starych nawyków, które tylko chwilowo pomagają w uspokojeniu się. [25]

## PIŚMIENNICTWO

1. Mroczkowska D, Ziolkowska B. Bulimia od Ado Z. Warszawa; Wydawnictwo Difin, 2011.
2. Winiarska H. Bulimia, Anoreksja. W: Twardosz W. (red.). Wielka Encyklopedia Zdrowia. Poznań; Wydawnictwo Horyzont, 2002.
3. Józefik B, Wolska M. Anoreksja i bulimia u młodzieży. Warszawa; Hachette, 2009.
4. Redakcja. A History of Eating Disorders. [www.randomhistory.com/2008/08/08\\_eating.html](http://www.randomhistory.com/2008/08/08_eating.html)
5. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington ; American Psychiatric Press Inc., 2015.
6. Brytek A. W szponach byczego głodu. Charaktery 2006;12:31-32.
7. Carson R, Butcher J, Mineka S. Psychologia zaburzeń. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
8. Gordon RA. Eating Disorders East and West: A culture bound syndrome unbound. W: Nasser M, Katzman M A, Gordon R. A. (red.). Eating Disorders and Cultures in Transition. New York; Brunner-Routledge, 2001:1-22.
9. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. Br J Psychiatry 2005; 186:132-137.
10. McCabe RE, McFarlane TL, Olmsted MP. Jak pokonać bulimię? Gliwice; Helion, 2009.
11. Cierpiatkowska L. Psychopatologia. Warszawa; Scholar, 2009.
12. Brytek- Matera A. Obraz ciała- obraz siebie. Wizerunek ciała w ujęciu psychospołecznym. Warszawa; Difin, 2008.
13. Brytek- Matera A, Rybicka- Klimczyk A. Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej. Warszawa; Difin, 2009.
14. Heitzman J. (red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycznych. Warszawa; PZWL, 2007.
15. Starzomska M. Spróbuj tylko nas zawieść... – Środowisko rodzinne osób z jądłowstrętem psychicznym i z narcystycznym zaburzeniem osobowości. Kwart Naukowy Fides Et Ratio, 2015;1: 231-242.
16. Starzomska M. Odchudzanie się. Sygnal. Mag Wychow 2014;1:47-49.
17. Bailer UF, Guido K F, Shannan E H, Price JC, Meltzer CC, et al. Brain Serotonin 5-HT1A Receptor Binding after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography. Arch Gen Psychiatry 2005; 62 (9):1032-1041.
18. Calati R, Ronchi D, Bellini M, Serretti A. The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: A meta-analysis. Int J Eat Disord 2011;44 (3):191-199.
19. Castellini G, Ricca V, Lelli L, Bagnoli S, Faravelli E L C, et al. Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders outcome: A 6-year follow-up study. Neuropsychiatr Genet 2012; 159 (5):491-500.
20. Monteleone P, Filippo C B M, Gazzo P, Canestrelli B, Monteleone F, et al. Brain and Behavior, Association of CNR1 and FAAH endocannabinoid gene polymorphisms with anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence for synergistic effects. Genes, 2009; 8: 728-732.
21. Suisman J L, Shannon M, O'Connor M, Sperry S, Thompson J K, Keel PK, Burt SA, Neale M, Boker S, Klump CSK. Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization. Int J Eat Disord 2012; 45 (8): 942-948.
22. Chludziński P. Bulimia. <http://www.cpp.info.pl>
23. Józefik B. (red.) Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
24. Lechicki J. Problemy uczniów: alkoholizm, nikotynizm, anoreksja i bulimia. Mag Pielęg Położ 2007; 9:23-28.
25. Popielarska M. Suffczyńska- Kotowska M. Zaburzenia w odżywianiu się. W: Popielarska M. Popielarska A. Psychiatria wieku rozwojowego. (red.). Warszawa; PZWL, 2000:165-172.
26. Wilczek- Rużyczka E. (red.) Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Lublin; Czelej, 2007.