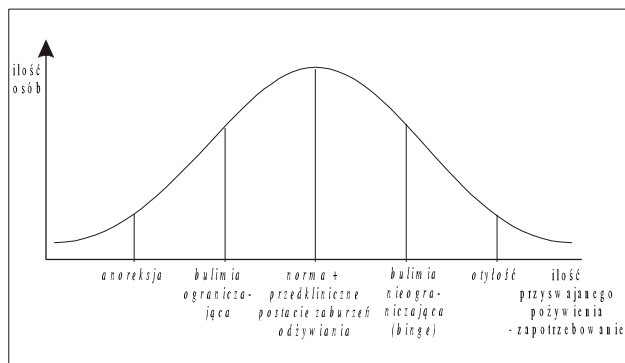


KLINIKA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

EPIDEMIOLOGIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Zebranie wiarygodnych danych epidemiologicznych napotyka szereg trudności, związanych przede wszystkim z tym, że – w odróżnieniu od chorych na cukrzycę czy raka – osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania stosunkowo rzadko szukają pomocy u lekarza. Pacjenci z *nadmiernym łaknieniem, nadwagą czy otyłością* zwykle nie są świadomi potrzeby leczenia, a jeśli już szukają pomocy, to w „renomowanych” ośrodkach odchudzania lub stosują diety wybrane na własną rękę. Chorzy ze skłonnością do *bulimii* dostrzegają wprawdzie problem, jednak w obawie przed śmiesznością i wstydem za wszelką cenę starają się go ukryć; *anorektycy* natomiast usilnie zaprzeczają zarówno przed światem jak i przed samym sobą, jakoby cokolwiek było z nimi nie w porządku – jeśli w końcu trafiają do lekarza, to zwykle w fazie, gdy choroba jest już poważnie zaawansowana. W rezultacie dane epidemiologiczne zdają się ujawniać jedynie czubek góry lodowej.



Tak więc rozpowszechnienie *anoreksji* szacuje się na 0,5 - 1%, a *bulimii* 2 - 4% populacji szkolnej. Rozszerzając jednak kryteria o postaci przedkliniczne i niepełnoobjawowe otrzymujemy zaskakująco wysokie wskaźniki. I tak badania amerykańskie (Dolan 1991) wykazały, że 90% dziewcząt i kobiet ogranicza okresowo lub stale ilość spożywanego pokarmu. W tych samych badaniach wskaźnik osób cierpiących na powtarzające się napady objadania się wyniósł 20% i z pewnością nie oddaje on rzeczywistej skali problemu (przeciętna kobieta łatwiej przy-

zna się do stosowania diety niż do napadowego niekontrolowanego obżarstwa).

Niezależnie od trudności z rzeczywistym oszacowaniem rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania, w literaturze przedmiotu dominuje twierdzenie, że problem gwałtownie narasta, a według niektórych autorów mamy nawet do czynienia ze swoistą „epidemią” zwłaszcza w krajach zachodniego kręgu kulturowego (u osób rasy czarnej, w krajach Ameryki Południowej czy Dalekiego Wschodu rozwinięte postaci zaburzeń odżywiania są rzadko spotykane; równocześnie emigracja, wiążąca się z koniecznością asymilowania nowych wzorców związanych z kulturą zachodnią, znacząco zwiększa ryzyko ich wystąpienia).

CZYNNIKI RYZYKA

1. PODŁOŻE SKAZOWE, KONSTYTUCJA (patrz str. 3)

2. CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE – RODZINNE

Nie bez powodu szczyt zachorowań na poważne postaci zaburzeń odżywiania przypada na okres dojrzewania – moment wyodrębniania świadomej tożsamości – fazę separacji i indywidualizacji.

Małe dziecko stopione z rodziną „patrzy na świat oczami jej członków”. Nie potrafi ono jeszcze oddzielić własnych myśli i sądów od ocen i poglądów innych. Jest całkowicie zależne fizycznie, psychicznie i emocjonalnie. W miarę dorastania staje się jednak coraz bardziej samodzielne a przy tym świadome własnej odrębności i indywidualności. Dojrzewają jego własne przekonania, sądy i zasady postępowania. Jest to okres, w którym pierwotną stapiającą więź z matką powinna stopniowo zastąpić więź z grupą (małżonkiem, rodziną, społeczeństwem itp.) – „czas na odcięcie pępowiny”.

„...I opuści mężczyzna ojca swego i matkę swoją i połączy się z żoną swoją...” Rodz. 2:23

Dominujący wpływ na przebieg tego procesu ma środowisko rodzinne. Nadopiekuńczość, nadmierna kontrola, usidlenie, sztywność, nieprawidłowe role i konflikty pomiędzy rodzicami – wszystko to zaburza proces dojrzewania i sprzyja „odwrotom” do fazy oralnej.

Najważniejszym aspektem jest tu **nadopiekuńczość**, występująca na podłożu wysokiego poziomu lęku i utraty Wiary. Rodzice, nierzadko boleśnie doświadczeni już wcześniej przez los, są teraz niezwykle wyczuleni na wszelkie niepokojące sygnały i postrzegają świat jako chaotyczny, wrogi i niebezpieczny. Przekonani, że lepiej trzymać się razem, odmawiają dziecku prawa do samodzielności, na wszystkich jego ścieżkach rozkładając nad nim ochronny parasol. W ten sposób rozwój osobowości i samodzielności zostaje zahamowany („powtórne narodziny” i „przejście przez bramę raję”, doświadczenie skutków psory – rozwój świadomości stają się niemożliwe – patrz „Psora zło konieczne?” HP 4/1999).

Drugą ważną cechą tych rodzin jest **usidlenie** – poszczególne role są nieprawidłowo zdefiniowane i realizowane (najczęściej dominująca matka, słaba rola mężczyzny jako partnera i ojca) z narzucaniem podporządkowania i tłumieniem ujawniania indywidualnych dążeń. W rodzinach tych dochodzi do zatarcia granic pomiędzy poszczególnymi jej członkami, jedni żyją życiem drugich, „wiedzą lepiej, co jest dla nich dobre”. Rodzice nadmiernie troszczą się o dzieci, angażując zbyt mocno we wszystkie ich sprawy – matki decydują o zainteresowaniach, strojach, hobby itp., swych prawie dorosłych pociech. W czasie zbierania wywiadu zauważymy, że często zanim córka zdąży otworzyć usta, matka ma już gotową odpowiedź nawet na najbardziej osobiste pytania. W końcu, ilekroć córka ma jakąś wątpliwość, odruchowo patrzy na matkę zdradzając, jak bardzo sama nie potrafi określić tego, co czuje. Charakteryzująca te rodziny niezdolność do rozpoznawania i wyrażania otwarcie uczuć przejawia się też w „przemawianiu za pośrednictwem osoby trzeciej” (np. ojciec zwraca się przy córce do matki z tym, co chciałby przekazać córce).

Role rodzinne ulegają zatarciu, rodzice nie zachowują się jak rodzice, a dzieci jak dzieci. Potomstwo wciągane jest w konflikty małżeńskie, przy czym wymaga się od niego lojalności, zajęcia określonej postawy, rezygnacji z własnych indywidualnych potrzeb na rzecz innych członków rodziny, przyjęcia odpowiedzialności za innych – chorą siostrę, pijącego ojca itp. Wewnętrzne granice są zatarte, natomiast zewnętrzne – sztywne. Świat postrzega się jako zagrożenie. W tak funkcjonujących rodzinach dojrzewanie jest momentem krytycznym ze względu na poważne trudności, jakich doświadczają dzieci w procesie separacji i indywidualizacji.

„**Rodziny sztywne**” charakteryzuje występowanie ścisłych reguł, pomagających w utrzymaniu niezachwianej harmonii stanowiącej nadrzędny cel funkcjonowania rodziny. Wszelkie zmiany są niepożądane, a konflikty – tuszowane. (Podobnie jak w

anoreksji nie wyraża się „głodu uczuć” otwarcie, lecz zaprzecza jego istnieniu przez odmowę jedzenia). W przypadku konfliktu obie strony unikają konfrontacji podtrzymując pozory zgodności, albo jedna z nich (częściej matka) próbuje poddać dany problem pod dyskusję, na co partner reaguje zmianą tematu lub innym unikiem. Jeśli w taki konflikt zostanie wciągnięte dziecko, mamy sytuację typową dla wielu anorektycznych pacjentek. Kiedy dziewczyna przestaje jeść, rodzice jednoczą się w walce z chorobą i w ten sposób rodzina zostaje ocalona przed rozpadem.

Jak wskazuje wielu autorów, pojawienie się objawu jest czynnikiem stabilizującym system rodzinny w okresie, w którym był on szczególnie narażony na zmiany. Mogą być one związane z takimi wydarzeniami jak np. wyjazd starszego rodzeństwa na studia, zmiana szkoły, utrata pracy przez któreś z rodziców, choroba w rodzinie, utrata bliskiej osoby, czy narastanie nie rozwiązanych konfliktów pomiędzy rodzicami.

Zdaniem niektórych autorów, w rodzinach anorektycznych daje się stwierdzić „nieukończony proces załoby”, mający swe źródło w powtarzających się w kolejnych pokoleniach doświadczeniach bolesnych rozstań i nagłych, tragicznych utrat, a także inne zawody i nadużycia uczuciowe jak molestowanie seksualne, ambiwalentny stosunek matki do ciąży itp. Sytuacje te i związane z nimi poczucie lęku i winy, choć odległe w czasie, zdają się być wciąż żywe. „Lęk rozstaniowy” jest uznawany za kolejny element wiązania, „powód”, by trzymać się razem w tym niepewnym świecie. W tym kontekście od kolejnych pokoleń oczekuje się lojalności i gotowości do poświęceń czyli podporządkowania się rodzinnej „ideologii rezygnacji”. Dla rodzin tych typowe jest też przekonanie o konieczności kontroli impulsów: „nie można pozwalać sobie na przyjemności, trzeba unikać pokus i stale czynić zadość oczekiwaniom innych”: rodziców, dziadków, krewnych, co automatycznie jest przenoszone później na społeczeństwo (osoby podatne na zaawansowane postaci zaburzeń odżywiania dopasowują się do norm otoczenia i reagują poczuciem winy i wstydu na ich naruszenie.) Wszystkie te cechy zdają się kumulować w kolejnych pokoleniach: babcia – kobieta uczynna i skłonna do poświęceń, matka – oddana rodzinie cicha cierpiénica, córka – anorektyczka, która zadrecza się i umartwia z absurdalną konsekwencją. Charakterystyczną cechą rodzin anorektycznych jest skrajny perfekcjonizm i wysokie wymagania, a przy tym „sztywność”.

Choroba może stanowić „ostatnią deskę ratunku” nie tylko dla córki (złudne poczucie kontroli nad życiem i otoczeniem, możliwość manipulacji skłóconymi rodzicami, uniknięcia zbyt wysokich wymagań i oczekiwań itp.) ale i dla rodziców, zwłaszcza matki (zablokowanie procesu separacji i indywidualizacji u potomka pozwala kobiecie oddalić frustracje zwią-

zane z fazą „pustego gniazda”, momentem, w którym samodzielne, dorosłe dzieci odchodzą, co zmusza oddaną do tej pory dzieciom matkę do odnalezienia nowego sensu istnienia).

3. CZYNNIKI ŚRODOWISKOWE – SPOŁECZNE

Analizując rozmaite uzależnienia stwierdzamy, że wszystkie mają typowy przebieg: w pierwszej fazie chory „rozkoszkuje się przyjemnością nadużywania”, w miarę jednak wzrostu tolerancji organizmu a zatem i przyjmowanych dawek, „rozkosz” stopniowo wypiera poczucie winy i chęć opanowania sytuacji: okresy abstynencji przeplatają się wówczas z okresami niekontrolowanego nadużywania (alkoholu, narkotyków, jedzenia, itp.). Trzeci etap to albo całkowita abstynencja (pełna kontrola) albo totalna utrata kontroli (picie na umór do całkowitego wyniszczenia i śmierci). Jedynym wyjątkiem od tej reguły zdaje się być uzależnienie od nikotyny. Równocześnie jest to jedyny nałóg do niedawna w pełni akceptowany społecznie. U większości palaczy uzależnienie od papierosów nie wykracza poza pierwszą fazę. Na podstawie tej obserwacji stwierdzamy, że w przypadku zaburzeń odżywiania, czynniki społeczne spełniają przede wszystkim rolę akceleratora patologii. Stymulują one przekształcenie psorycznego nadmiernego głodu w bardziej zaawansowane postacie choroby, poprzez bulimie aż do anoreksji.

Świadczą też o tym inne fakty, mianowicie: gwałtowny wzrost zachorowań na rozwinięte postacie zaburzeń odżywiania zbiega się w czasie ze zmianą norm kulturowo-społecznych. W kategorii ideału miejsce królującej od wieków oddanej mężowi i rodzinie kobiety-matki o pełnych, wręcz obfitych kształtach, zastąpił kościsty chudzielec – „kobieta sukcesu”: wolna, niezależna, zadbana, aktywna społecznie i zawodowo, robiąca karierę na wzór męski (można wnioskować, że w minionych epokach większy procent kobiet z nadmiernym apetytem godziło się na otyłość). Podobne wnioski nasuwają dane demograficzne. W krajach afrykańskich i azjatyckich, gdzie występuje realny problem braku żywności i głodu, szczupła sylwetka powszechnie wywołuje nieprzyjemne skojarzenia, w związku z tym ludzie nie chcą jej utrzymywać. Równocześnie zaawansowane (ograniczające) zaburzenia odżywiania spotykane są sporadycznie.

Sklonna do objadania się nastolatka o niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych, pełna wątpliwości co do własnej osoby, nie może pozwolić sobie na otyłość, ponieważ w dzisiejszych czasach w społeczeństwie zachodnim powierzchowność zdaje się być zasadniczym kryterium oceny kobiet – szczupła sylwetka świadczy o zdolności samokontroli, warunkuje powodzenie i uzyskanie społecznej akceptacji. Ty-

powa dla współczesnej kobiety zachodniej jest więc koncentracja na własnym wglądzie. „*Společество oddziela kobietę od jej ciała, traktując je jak przedmiot, jak coś, nad czym trzeba ciągle pracować i czym się płaci za przychyłność otoczenia.*” (Jablow)

Zwraca się uwagę na trzy aspekty koncentracji na wadze i wyglądzie:

- estetyka piękna – szczupłe kobiety są postrzegane jako piękniejsze i bardziej atrakcyjne seksualnie,
- dbałość o sposób odżywiania i praktykowanie diety stały się symbolem między innymi siły i zdrowia,
- osiągnięcie i utrzymanie szczupłej sylwetki świadczy o samokontroli potrzebnej do opanowania fizjologii ciała, a samokontrola, podobnie jak szczupłość jest w świecie wartości zachodnich w cenie.

Tak więc odpowiedzialnością za ewolucję nadmiernego głodu (fizycznego = emocjonalnego i duchowego) w takie formy jak bulimia czy anoreksja, można w dużym stopniu obciążyć wygórowane i zwyrodniałe (dalekie od fizjologii) normy społeczne obowiązujące w kręgu kultury zachodniej.

OBRAZ KLINICZNY

Binge eating disorder (zespół niekontrolowanego objadania się).

Kryteria diagnostyczne wg Spitzera 1993:

- A. Powracające epizody objadania się. Chory ma przy tym poczucie braku kontroli nad ilościami spożywanego pokarmu i możliwością zaprzestania jedzenia.
- B. W czasie epizodów objadania się występują co najmniej trzy z następujących kryteriów braku kontroli:
 - jedzenie zdecydowanie szybsze niż normalnie,
 - objadanie się aż do wystąpienia przykrych objawów gastrycznych,
 - pochłanianie dużej ilości pokarmu bez fizycznego uczucia głodu,
 - jedzenie w samotności w celu ukrycia przed innymi ilości spożywanego pokarmu,
 - po jedzeniu uczucie niezadowolenia z siebie, depresja, poczucie winy.
- C. Stan przynębnienia istotny dla objadania się mimowolnego.
- D. Objadanie się występuje średnio co najmniej dwa razy w tygodniu przez okres 6 miesięcy.
- E. Zaburzenie nie odpowiada kryteriom diagnostycznym bulimia nervosa i anorexia nervosa.

Trudno przetłumaczalny angielski termin *binge* oznacza przyjemność bez ograniczeń; słowo to bywa używane do określania różnego typu ekscesów. *Binge eating* odnosi się potocznie do nadmiernego jedzenia, charakteryzującego się utratą kontroli nad ilością zjadanej żywności. Z tego punktu widzenia zjedzenie nawet minimalnej porcji pokarmu, na

przykład jednego kawałka czekolady, może być uznane za taki wybryk, jeśli nastąpi w wyniku niekontrolowanego impulsu. Termin *bulimia* będzie w tym kontekście określać jedzenie bez kontroli, lecz ilości obiektywnie istotnych. (G. Apfeldorfer)

Stuffing syndrome (zespół opychania się) polega na spożywaniu pokarmu w ilościach znacznie przekraczających możliwe zapotrzebowanie organizmu, przy czym chory ma poczucie braku kontroli nad ilością i możliwością zaprzestania jedzenia.

Night eating syndrom (zespół jedzenia nocnego). „Osoba dotknięta tą przypadłością regularnie budzi się w nocy i nie może ponownie zasnąć, nim nie pochłonie – często półprzytomnie – obfitej ilości jedzenia. Rano pozostaje jej tylko niejasne wspomnienie nocnego epizodu.”

Carbohydrate craving syndrom (zespół łaknienia cukrów). „Osoby pobudliwe i niespokojne ulegają regularnym atakom nieodpartej ochoty na produkty słodkie, ponieważ tylko takie je uspakajają; można to porównać z uzależnieniem od narkotyku. Wilczy apetyt na słodkie występuje także w przebiegu depresji. Cukier ma wpływać na poprawę nastroju przez podwyższenie poziomu serotoniny w mózgu.”

Zespół uzależnienia od czekolady. W sytuacjach stresu lub konfliktu wewnętrznego osoba cierpiąca na tą przypadłość ulega nieopanowanemu przymusowi spożycia czekolady.

Zespół anarchii żywieniowej charakteryzuje się przymusem ciągłego pojadania, chrupania, przegryzania między posiłkami lub zamiast nich.

Wszystkie powyższe zespoły, postacie niepełnoobjawowe, przedkliniczne i inne mogą w konsekwencji prowadzić do przybierania na wadze, skutkiem czego jest otyłość lub – w przypadku prób kompensacji – bulimia a nawet anoreksja.

OTYŁOŚĆ

Otyłością nazywamy stan nadmiernego gromadzenia tłuszczu w ustroju. Medycyna klasyczna oferuje czytelną definicję i najrozszybsze klasyfikacje, jednak rzeczywiste przyczyny choroby trapiącej 1/5 ludzkości nadal pozostają niejasne. Jak na razie więcej teorii obalono, niż potwierdzono. I tak:

- badania amerykańskie wykazały, że osoby otyłe nie cechują się zwiększonym wchłanianiem składników pokarmowych w jelitach,
- u osób otyłych niedoczynność tarczycy nie występuje częściej niż u pozostałych,
- u osób otyłych nie stwierdzono również mniej-szego, w porównaniu z osobami szczupłymi, zapotrzebowania energetycznego organizmu (S. Abraham). Stwierdzono natomiast w próbach z podwójnie znakowaną wodą, że dwie trzecie badanych regularnie zbyt nisko oceniało ilość spożywanego jedzenia. Wiadomo, że osoby otyłe często podjadają między posiłkami, po czym natychmiast zapominają, że cokolwiek zjadły lub wypily,
- twierdzi się, że w przypadku niektórych osób skłonność do otyłości jest dziedziczna, jednak samo stwierdzenie tego faktu nie wyjaśnia, dlaczego osoby te są otyłe. Otyłość towarzyszy im od najwcześniejszego dzieciństwa, mają też one otyłych krewnych. Trudno jednak ostatecznie rozstrzygnąć, w jakim stopniu jest to efekt dziedziczenia, a w jakim – nawyków związanych z jedzeniem. Grubi rodzice mogą mieć grube dzieci dlatego, że rodzina lubi jeść i je dużo: żywność i jedzenie uważane są w tych domach za pożądaną przyjemność towarzyską. Być może genetyczna przyczyna otyłości związana jest z tym, że pewne osoby mają silniejsze odczucie głodu i wolniej się nasycają. Jednak genetyczne podłoże daje się udowodnić wyłącznie w przypadku otyłości wtórnej (patrz tabl. na str. 17), stanowiącej marginalny procent wszystkich przypadków.



Otyłość większości ludzi zdaje się nie mieć takich uwarunkowań. Zaczynają tyć w okresie dojrzewania lub później i można ich podzielić na dwie grupy:

- 1) osoby, które lubią jeść i tyją, bo jedzą za dużo, oraz
- 2) osoby, które wpadają w nawyk przejadania się, będący reakcją na problemy emocjonalne i psychiczne, przy czym zachowanie wielu osób pasuje do obu wzorców.

Podsumowując: przyczyny, dla których ludzie stają się otyli, nie są dobrze poznane, ale na pewno osoby te musiały spożyć więcej energii niż spaliły. Generalnie należy stwierdzić, że człowiek tyje, gdy ilość energii spożytej netto, przewyższa ilość spalonej energii netto inaczej mówiąc – osoba je zbyt dużo.

Jak należałoby się spodziewać, wyniki leczenia choroby, na temat przyczyn której wiedza jest tak skąpa „...są równie mizerne, a oceny takiej dokonano na podstawie wieloletnich obserwacji...” (F. Kokot)

Klasyczne metody leczenia otyłości są wyraźnym odzwierciedleniem niezrozumienia przyczyny problemu.

Istotne jest tu następujące stwierdzenie: „*tendencja do zwiększania masy tkanki tłuszczowej* (czyli jedzenia zbyt dużo – przyp. red.) *istnieje nawet wówczas, gdy osobnik otyły zmniejszy swoją wagę do wartości prawidłowej*” (F. Kokot)

Jest to potwierdzeniem faktu, że jedynym skutkiem klasycznego leczenia otyłości jest stłumienie – stąd tak ogromna skłonność do nawrotów.

Klasyczne sposoby leczenia otyłości

(wg S. Abraham, D. Llewellyn-Jones):

1. Jeść mniej, opierając się ochocie na jedzenie. (To zupełnie tak, jakby przed spragnionym postawić szklankę chłodnej wody i namawiać go, by walczył z chęcią jej wypicia. Nietrudno wyobrazić sobie, że jeśli taki człowiek dorwie się w końcu do wody, wypije prawdopodobnie dwa razy tyle, ile by wypił na początku. Tak więc wszelkie narzucone ograniczenia dietetyczne to u osób podatnych najprostsza droga do zachowań parabolicznych i bulimii, a w skrajnych przypadkach nawet anoreksji – przyp. red.).
2. Oprócz diety stosować regularną intensywną gimnastykę. (Niezależnie od innych aspektów, sposób ten jest mało efektywny – jak wiadomo spalenie 1 kg tkanki tłuszczowej wymaga 200 km marszu! A pomyślny przy tym, jak taki marsz zaostrza apetyt!)
3. Zadrutowanie szczęk !!! Metoda polega na zdrutowaniu zębów trzonowych tak, aby można było otworzyć usta tylko na ok. 1,5 cm, co w znacznym stopniu utrudnia jedzenie. Przy czym, jak podają autorzy, po zdjęciu odrutowania, należy koniecznie podtrzymać dietę odchudzającą ze względu na duże ryzyko wystąpienia napadów

niepohamowanego jedzenia, powodujących szybki przybór na wadze.

W Wielkiej Brytanii Zespół Badań nad Żywieniem zaleca specjalne urządzenie, które ma pomóc pacjentowi spełnić ten warunek: w dniu, w którym usuwa się odrutowanie, zawiązuje się nylonowy sznureczek wokół talii pacjenta uniemożliwiający przytycie!!! (bez komentarza)

4. Metody chirurgiczne:

- a) zespolenie omijające jelito czcze z krętym – operacja przed 40 laty bardzo popularna, okrzyknięta jako niezwykle skuteczna, obecnie zarzucona z powodu poważnych skutków ubocznych, w tym także śmiertelnych,
- b) zespolenie omijające żołądek – podobne ryzyko powikłań,
- c) zmniejszenie pojemności żołądka – wydaje się, że ryzyko powikłań jest mniejsze, ale też okres obserwacji jest tu krótszy,
- d) „balon żołądkowy”, który okrzyknięto początkowo kamieniem milowym w leczeniu otyłości (podobnie jak zespolenie omijające jelito czcze z krętym!); wkrótce jednak zaczęły napływać doniesienia o poważnych skutkach ubocznych z perforacją żołądka włącznie.

Pewien postęp w leczeniu otyłości zdają się zapowiadać przeprowadzane w ostatnich latach coraz szersze badania psychologiczne, których wyniki coraz wyraźniej wykluczają zasadność czysto fizjologicznego podejścia do problemu. Stwierdzono mianowicie, że blisko połowa osób z nadwagą wykazuje zachowania zbliżone do zachowań bulimików o wadze normalnej, z tą tylko różnicą, że nie występują u nich typowe dla bulimii zachowania kompensacyjne. Coraz więcej uwagi zaczęto więc poświęcać psychologii otyłości. Zwolennicy psychoanalizy zwrócili uwagę, że osoby podatne na otyłość i bulimię łączy typowy „oralny” charakter, przejawiający się osłabieniem zewnętrznych granic i „brakiem wnętrza”; inaczej mówiąc – niedojrzałością, a za tym silną zależnością od innych i świata zewnętrznego. Psychologia eksperymentalna określiła ten typ mianem „eksternalisty” czyli osoby zewnątrzsterownej, pozostającej pod silnym wpływem świata zewnętrznego. Osobę taką charakteryzuje pewna typowa postawa określona przez badaczy mianem *hiperempatycznej*. Polega ona na nadmiernej wrażliwości na otoczenie, zbyt wysokiej ocenie otaczającego świata przy równoczesnym niedocenianiu siebie samego. Podmiot hiperempatyczny postrzega świat zewnętrzny jako jedyne źródło siły vitalnej, ale jednocześnie – z tego właśnie powodu – jako zagrożenie własnej integralności. Traktujący siebie jako pustą powłokę hiperempatyk, by odzyskać poczucie istnienia, rozpaczliwie poszukuje innych i gotów jest na wszelkie kompromisy w zamian za akceptację. Do zachowania poczucia tożsamości niezbędne jest mu stałe utrzymanie wysokiego poziomu pobudzenia, toteż kiedy tyl-

ko koncentracja na otaczającym świecie słabnie, zaraz pojawia się uczucie wewnętrznej pustki. Występujący wówczas lęk przybiera często postać zatarcia wizerunku ciała, strachu przed śmiercią, poczucia unicestwienia. Takie momenty sprzyjają przekroczeniom diety prowadzącym od zwykłego „podjadania” do bulimii. Dostarczając ciału silnych wrażeń wzrokowych, węchowych, smakowych, mięśniowych i uczucia sytości, jedzenie pobudza wspomnienia i działa jako środek podtrzymujący poczucie istnienia (podobnie nieumiarkowane „bulimiczne” zakupy, kleptomania, taniec, jogging, seks, narkomania, akty przemocy wobec siebie i innych itp.).

Aby jednostka hiperempatyczna porzuciła opisaną postawę, musi nauczyć się „znajdować szczęście w samym sobie”. Zmiana przyzwyczajzeń nie zostanie wprowadzona w życie, dopóki sam podmiot nie ulegnie przemianie; działania, o których podjęciu nie decydujemy w głębi własnej duszy, z pełnym przekonaniem, budzą wewnętrzny sprzeciw i są nieskuteczne.

Takie podejście dało początek nowym metodom terapii otyłości. Odtąd nadmierny apetyt (skutkujący otyłością) zaczyna być traktowany podobnie jak inne uzależnienia. Powstają ośrodki leczenia otyłości zorganizowane na wzór ośrodków leczenia alkoholizmu: celem terapii jest tu w pierwszym rzędzie przestrojenie organizmu na poziomie psychicznym. Na całym świecie tworzą się grupy samopomocy (na wzór stowarzyszeń Anonimowych Alkoholików – AA), nazywane Strażnicy Wagi. Na tym samym poziomie działa homeopatia, zdolna złagodzić psorę (bo czymże innym jest hiperempatia?), a kiedy psoryczny głód ustąpi, organizm sam powróci stopniowo do zwykłych zachowań i prawidłowej wagi.

Różnicowanie otyłości (wg F. Kokota)

Istotne znaczenie dla terapii ma odróżnienie otyłości pierwotnej (o niejasnej przyczynie) od wtórnej (uwarunkowanej genetycznie lub związanej z zaburzeniami ze strony układu nerwowego bądź endokrynologicznego). Tak więc otyłość pierwotną należy różnicować z:

- otyłością uwarunkowaną genetycznie (zaliczamy tu otyłość występującą w przebiegu rzadko spotykanych jednostek chorobowych, takich jak zespół Laurence-Moon-Biedla, zespół Morgagni-Morell-Stewarta, choroba Dermuma, zespół nadnerczowo-płciowy, zespół Klinefeltera, zespół Turnera, zespół Stein-Leventhala i choroba von Gierkego),
- otyłością neurogeną
 - wywołaną zmianami organicznymi (takimi jak stany zapalne, urazy, guzy OUN),
 - wywołaną zmianami czynnościowymi (takimi jak diencefalozy, nerwice oraz występującymi jako działania uboczne leków),
- otyłością występującą na tle pierwotnych zaburzeń hormonalnych (zespół Cushinga, niedoczynność tarczycy, pierwotny hiperinsulinizm).

BULIMIA NERVOSA

Mianem tym określa się szereg następujących po sobie epizodów niekontrolowanego objadania się połączonych z następującymi zachowaniami kompensacyjnymi (prowokowanie wymiotów, stosowanie lewatywy itp.), a rozdzielonych okresami stosowania mniej lub bardziej rygorystycznej diety.

Typowa bulimiczka to kobieta młoda, zwykle szczupła lub nieznacznie zaokrąglona, zadbana. Sprawia wrażenie pewnej siebie, jest ambitna i przebojowa. „Za tymi pozorami skrywa się jednak człowiek głęboko wątpiący, niezdolny do akceptacji ani siebie ani własnego ciała, usiłujący nieustannie przypodobać się rozmówcy w obawie przed bólem odrzucenia. Odczuwa boleśnie rozdzźwięk pomiędzy pozorami a rzeczywistością i ma uczucie życia w ciągłym kłamstwie. Niezdolna do dokonywania wyborów ani sprecyzowania kierunku, w którym podąża, bulimiczka jest skłonna do nagłych zmian planów życiowych. Zamyka się często w sytuacjach »tymczasowych«, które przeobrażają się w bezterminowe. Jej decyzje, zwykle nieprzemyślane i podjęte pod wpływem gwałtownego impulsu, najczęściej są zmieniane. Wobec innych jest zaborcza i spragniona aprobaty, lecz równocześnie lęka się nawiązania zbyt intymnych stosunków. Gdy zaburzenia osobowości się pogłębia, może ulegać okresowo odruchom spoza sfery odżywiania: popadać w kleptomanię, nimfomanię, narkomanię, ciągi alkoholowe, próby samobójcze i napady agresji...” (G. Apfeldorfer)

Typowy atak bulimiczny poprzedza okres narastającego i zwykle nieuzasadnionego okolicznościami zewnętrznymi napięcia. Następnie świadomość ulega ograniczeniu i czemuś w rodzaju dysocjacji; z jednej strony chora jest w pełni świadoma tego, co się z nią dzieje, z drugiej – nie ma zupełnie kontroli nad przebiegiem zdarzenia.

Na początku przez chwilę walczy z sobą, co dodatkowo nasila napięcie, po czym wszelkie hamulce puszczają – „świadoma” część osobowości ma wprawdzie poczucie winy i wyrzuty sumienia, ale równocześnie ta druga część doznaje niesamowitej ulgi i odprężenia. Często chore mają wrażenie nierealności, jakby odgrywały jakąś rolę we śnie, będąc świadomymi, że jest to tylko sen. Podczas napadu bulimii, podobnie jak w czasie ciągu alkoholowego, obserwujemy samonapędzające się sprzężenie zwrotne dodatkowo.

- „ - Dlaczego pijesz?
 - Bo się wstydzę!
 - Czego się wstydzisz?
 - Wstydzę się, że piję.”

Bulimik funkcjonuje zgodnie z zasadą „wszystko albo nic” i po najmniejszym nawet odstępstwie od diety „idzie na całość”. Podczas napadu pożera nieprawdopodobne ilości pożywienia, nierzadko nie zważając ani na walory zdrowotne i smakowe ani na świeżość bądź apetyczność „potraw”. Generalnie spożywane produkty należą zazwyczaj do kategorii „zakazanych” – na co dzień usuniętych z jadłospisu. „Doświadczone” bulimiczki starają się nie gromadzić w domu jedzenia, wiedząc, że zaskoczone przez atak mogą jeść rzeczy zamrożone, na wpół surowe, a nawet resztki z kosza na śmiecie.

Alkoholikowi w końcu urywa się film, bulimikowi – niestety nie. Po ataku przychodzi dotkliwa frustracja, na którą jedynym sposobem zdaje się być jak najszybsze opróżnienie żołądka przez sprowokowanie wymiotów. Do innych zachowań kompensacyjnych należą: stosowanie rygorystycznej diety, przyjmowanie środków odwadniających, przeczyszczających i „odchudzających”, stosowanie lewatyw oraz wyniszczających ćwiczeń fizycznych, picie alkoholu, przyjmowanie narkotyków itp. Każdy napad pogłębia przygnębienie i rozpacz, a na to najlepszym lekarstwem zdaje się być jedzenie. Pacjentka miota się więc beznadziejnie między depresją a obżarstwem, a wszystko to – samotności i ukryciu za pozorami normalności i szczęścia.

Kryteria diagnostyczne bulimia nervosa

Klasyfikacja zaproponowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM IV 1994)

- A. Powtarzające się epizody gwałtownego objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się:
- jedzeniem w krótkim czasie (np. w ciągu 2 godz.) ilości jedzenia, która dla większości osób jest zdecydowanie za duża, aby można ją było zjeść w tym czasie i w podobnych okolicznościach,
 - poczuciem braku kontroli nad jedzeniem w trakcie epizodu (na przykład odczucie, że nie może przestać jeść lub zapanować nad ilością i sposobem jedzenia).
- B. Stosowanie nawracających nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych służących zapobieganiu przyrostowi masy ciała, takich jak:
- prowokowanie wymiotów; nadużywanie środków przeczyszczających, diuretyków, lewatyw i innych,
 - poszczenie,
 - intensywne ćwiczenia fizyczne.
- C. Zarówno epizody objadania się, jak i nieprawidłowe zachowania kompensacyjne występują przeciętnie co najmniej dwa razy na tydzień przez trzy miesiące.
- D. Samoocena wyznaczona głównie przez kształt i wagę ciała.
- E. Zaburzenie to nie występuje w przebiegu *anorexia nervosa*.

Wyodrębnione typy:

Typ „przeczyszczający” (purging type): w przebiegu epizodu *bulimia nervosa* dochodzi do regularnego prowokowania wymiotów lub używania środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw.

Typ „nieprzeczyszczający” (nonpurging type): w przebiegu epizodu *bulimia nervosa* dochodzi do stosowania takich nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych, jak poszczenie lub uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych, bez regularnego stosowania wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw.



rys. Irina Zincowa-Szewczyk

Diagnoza różnicowa wymiotów występujących w przebiegu bulimia nervosa (wg Hertl, 1993; Nelson, 1994)

1. Choroby zakaźne.
2. Choroby układu nerwowego oraz stany podrażnienia układu nerwowego przebiegające z podwyższeniem ciśnienia śródczaszkowego.
3. Wady rozwojowe oraz inne niezakaźne choroby przewodu pokarmowego.
4. Choroby metaboliczne i zatrucia.
5. Inne niż *bulimia nervosa* uwarunkowane psychicznie przyczyny napadów żarłoczności i zachowań kompensacyjnych (wg DSM IV):
 - *anorexia nervosa*,
 - depresja endogenna,

- zaburzenia czynnościowe o charakterze nerwicznym,
- wymioty nawykowe.

ANOREXIA NERVOSA

„Święty jadłowstęt”
 „Choroba poszczących dziewcząt”
 „Zanik nerwowy”

Wbrew nazwie („jadłowstęt”) choroba ta nie polega na utracie łaknienia, lecz jedynie na jego stłumieniu. Typowa anorektyczka to dorastająca nastolatka z wyższych warstw społecznych, ambitna i skłonna do rywalizacji, przywiązująca ogromną wagę do pozycji i sukcesów szkolnych – nieprzeciętnie zdolna lub/i bardzo pracowita – chłuba i duma wymagających i równie ambitnych rodziców. Czynnikiem wyzwalamym jest zawsze próba kontroli wagi, ale perfekcjonizm przekształca banalną dietę w obsesyjne dążenie do czystości i wręcz negację cielesności jako takiej. Charakterystyczne jest tu zaburzenie postrzegania polegające początkowo na wyolbrzymianiu „defektów” własnego ciała (za duży nos, zbyt długie stopy, za grube uda, itd.). W zaawansowanej postaci anoreksji pomimo skrajnego wychudzenia chora czuje się subiektywnie gruba, „nieczysta”; ideałem byłoby całkowite pozbycie się ciała. Kobięce kształty budzą jej obrzydzenie, a towarzyszący utracie wagi zanik miesiączek przyjmuje z ulgą. Nierzadko dodatkowo katuje się wyczerpującą gimnastyką, lodowatymi prysznicami itp. Samoczyszczenie przez ograniczenie jedzenia bywa wspomagane prowokowaniem wymiotów po posiłkach, przyjmowaniem środków przeczyszczających i odwadniających itp.

Charakterystyczne jest to, że anorektyczki – mimo skrajnego wychudzenia – wcale nie postrzegają siebie jako osób chorych; raczej przeciwnie – poczucie zdobycia kontroli nad jedzeniem i ciałem jest dla nich źródłem rosnącej dumy i satysfakcji. Także otoczenie długo nie zauważa problemu, ponieważ chore nawet przy znacznym spadku wagi długo pozostają nadzwyczaj aktywne i dynamiczne. Zwykle tak planują swój dzień (z perfekcyjną dokładnością), by omijać wspólne posiłki. Zasiadając z konieczności przy rodzinnym stole udają, że jedzą, dokarmiają pieska pod stołem itp.

Po różnym okresie, najczęściej kilkumiesięcznym ograniczaniu jedzenia, dochodzi do wychudzenia z utratą wagi, która może sięgać 40%, a w sytuacjach skrajnych nawet 60% należnej masy ciała.

W przypadkach beznadziejnych (5-10%) przyczyną śmierci jest wycieńczenie. U 20% chorych choroba ma przebieg przewlekły, prowadząc do przedwczesnego zestarzenia się organizmu. U 40% pacjentów udaje się uzyskać częściową poprawę,

a odsetek całkowicie wyleczonych szacuje się na 20-35%.

Wyodrębnione typy:

Typ „ograniczający” (restricting type): w trakcie *anorexia nervosa* nie dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się lub zachowań związanych z wydalaniem (np. indukcyjnych wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających albo diuretyków).

Typ „żarłoczno-wydalający” (binge eating/purging type): w trakcie epizodu *anorexia nervosa* dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się lub zachowań związanych z wydalaniem (np. indukowanych wymiotów lub nadużywania środków przeczyszczających, diuretyków lub lewatyw).



rys. Irina Zincowa-Szewczyk

Kryteria diagnostyczne

- Odmowa utrzymania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla wieku i wzrostu (np. utrata wagi prowadząca do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi oczekiwanej lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania prowadzący do utrzymania ciężaru ciała poniżej 85% wagi należnej).
- Intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością mimo utrzymującej się rzeczywistej niedowagi.
- Zaburzenie sposobu doświadczania własnej wagi i kształtu ciała; pacjentka nie jest w stanie wpływać na ciężar i kształt ciała na podstawie własnej oceny lub zaprzecza znaczeniu niskiej masy ciała.
- U kobiet w okresie po *menarche* – *amenorrhoea*, np. nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli men-

struacyjnych (kobieta uznawana jest za mającą *amenorrhoea*, jeśli cykl wraca tylko po zastosowaniu hormonów, np. estrogenów).

Choroby, które należy różnicować z anorexia nervosa
(wg Russel 1985; Kaplan, Sadock, Grebb, 1994)

1. Choroby systemowe (nieżyt żołądka i jelit, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zapalenie wątroby, mononukleozę, mukowiscydozę, choroba Crohna, colitis ulcerosa, choroby nowotworowe).
2. Nadczynność tarczycy.
3. Cukrzyca.
4. Schorzenia organiczne podwzgórza i przysadki (guzy, urazy, stany zapalne, powikłania po naświetlaniu, choroby spichrzania).
5. Choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego.
6. Inne niż anorexia nervosa warunkowane psychicznie przypadki zaburzeń łaknienia lub spadku masy ciała:
 - bulimia nervosa,
 - depresja endogenna,
 - schizofrenia,
 - zaburzenia czynnościowe z kręgu nerwic (zespół konwersyjny, zespoły lękowe, zespół stresu pourazowego, zespoły natręctw),
 - zespoły bariofobii (nietypowe zaburzenia odżywiania, takie jak lęk przed otyłością, lęk przed hipercholesterolemią, anoreksja sportowców).
7. Narkomania.

Ponadto:

8. Zaburzenia miesiączkowania o różnej etiologii przebiegające z utratą masy ciała.
9. Zaburzenia ze strony układu kostnego.

- leczenie i przeciwdziałanie późnym powikłaniom (hipogonadyzmowi, osteoporozie itp.).

W przypadku bulimii:

- leczenie stanów zagrożenia życia i powikłań, będących skutkiem prowokowania wymiotów oraz przyjmowania środków przeczyszczających i odwadniających,
- farmakoterapia lekami przeciwdepresyjnymi.

Wśród **metod psychoterapeutycznych** wyróżnić należy:

- *terapię psychodynamiczną*, opartą na bogatym dorobku szkół psychoanalitycznych. Jej celem jest stworzenie takiej relacji terapeutycznej, która pozwoli pacjentowi zrozumieć i wyrazić własne odczucia wprost (a nie za pośrednictwem objawu, np. odmowy jedzenia), a jednocześnie doświadczyć empatycznego zrozumienia przez drugą osobę,
- *terapię poznawczo-behawioralną*,
- *terapię rodzinną*,
- *terapię grupową*,
- *inne*.

Omówienie ogromnej liczby zróżnicowanych procedur terapeutycznych wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Ogólnie skuteczność wszystkich powyższych metod szacuje się w przypadku anoreksji na 40-77% (poprawa lub wyleczenie). W przypadku bulimii wskaźniki poprawy wahają się od 30 do 60%.

LECZENIE

KLASYCZNE METODY LECZENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA*

Na wstępie należy zaznaczyć, że nie ma tu jednego ustalonego modelu postępowania.

Stosowane procedury można ogólnie podzielić na biologiczne i psychoterapeutyczne.

Metody biologiczne mają charakter oddziaływania ściśle objawowego.

W przypadku anoreksji w ich zakres wchodzi:

- terapia ratująca życie (przeciwdziałanie zaburzeniom równowagi wodno-elektrolitowej, wyniszczeniu itp.),
- restytucja wagi za pomocą odpowiednio skomponowanej diety,
- farmakoterapia wspomagająca (leki pobudzające łaknienie, anksjolityczne, przeciwdepresyjne),

HOMEOPATIA jest w pewnym sensie metodą bliską psychoterapii. Jak pisze R. Sankaran:

„Homeopatia podobnie jak psychoterapia postrzega chorobę jako pewien emocjonalny stan istnienia, będący próbą adaptacji do pewnej określonej sytuacji, obecnej, lub przeszłej. W odróżnieniu jednak od psychoanalizy, metoda homeopatyczna odnosi się raczej do tego »co jest«, aniżeli do »dlaczego jest?« (co często niełatwo określić). Do znalezienia właściwego leku nie jest niezbędna dokładna znajomość przyczyn powstania danego stanu. Eliminuje to szereg teorii i interpretacji wynikających z tego, że różne szkoły psychologiczne mają różny pogląd na pochodzenie określonych stanów. Następną cenną korzyścią płynącą z zastosowania homeopatii jest to, że wykorzystuje ona ogólne fizyczne objawy pacjenta w celu potwierdzenia spostrzeżeń o nim czy o jego stanie emocjonalnym...” Łączenie obu tych metod jest bardzo korzystne, niemniej jednak także każda z nich samodzielnie – właściwie zastosowana – „wspaniale spełnia swoje zadanie. Sprawia, że czło-

* Klasyczne podejście do leczenia otyłości omówiono na str. 16.

wiek »patrzy w siebie« i sam przywraca sobie zdrowie...”

(R. Sankaran)

PRZYPADKI

Przypadek 1 (dr med. Anna Łuczak-Gołacka)

Pamiętam przypadek 13-letniej dziewczynki, którą miałam okazję obserwować przez kilka miesięcy na początku mojej przygody z homeopatią. Utwierdził on moją młodą jeszcze pasję poznania innego spojrzenia lekarskiego na pacjenta i chorobę, ze względu na zaskakującą skuteczność, która mnie – wówczas lekarza z około 10-letnią praktyką – zaskoczyła.

Dziewczynka miała znaczny niedobór masy ciała. Gdy którejś niedzieli zobaczyłam ją ubraną w czarne legginsy i obszerną bluzę, nasunęło mi się nieodparte skojarzenie z ofiarami Majdanka, we współczesnym, aktualnie obowiązującym wśród młodzieży stroju. Bardzo ograniczała ilości spożywanych pokarmów tak, że mimo ścisłego nadzoru, stosowania przez kilka miesięcy psycho- i farmakoterapii oraz licznych kroplówek, nie można było uzyskać praktycznie żadnego stałego przyrostu masy ciała. Sukcesem było zahamowanie jej ubytku.

Dziewczynka jeszcze nie miesiączkowała. Nie udało się zaobserwować prowokacji wymiotów, chociaż w rozmowie ze mną powiedziała, że „lepiej czuje się po gorącej herbacie i po położeniu się, po wymiotach (!)”.

Z wywiadu wynikało, że już w trzeciej klasie szkoły podstawowej (a więc ok. 10 roku życia!) „zauważyła, że jest gruba, nogi w łydkach, brzuch były za duże”. Oczywiście nikt poza nią nie postrzegał jej w taki sposób – była normalną, raczej szczupłą, drobną dziewczyną. Jej matka chodziła na callanetics, więc córka, postanowiwszy się odchudzić, gimnastykowała się, mniej jadła, sama przygotowywała sobie śniadania. Wywiad był typowy dla anorektyczek, aczkolwiek uwagę zwracał bardzo młody wiek pacjentki.

Była ciągle w złym nastroju – drażliwa, czasem płakała ze złością. Oczywiście miała pretensje o kroplówki, o zbyt duże porcje jedzenia, zbyt częste posiłki itd., itp.

Jak znakomita większość chorych na anoreksję, perfekcyjnie słała swoje łóżko – na prześcieradle nie było żadnej zmarszczki. Niejeden żołnierz mógłby u niej brać korepetycje z układania pościeli... Powiedziała: „Niezbym lubię sprzątać, bo to trochę nudne, ale ciągle układam.” Łóżko pacjentki z anoreksją można rozpoznać w pustej sali szpitalnej po tym, że sprawia ono wrażenie, jakby nikt na nim nie leżał – pościelone, jakby czekało na nowego pacjenta! Na stoliku dziewczynki wszystko było zawsze w wielkim porządku. Zeszyty zapełnione równiutkim pismem,

schludne, bez żadnych zastrzeżeń, można powiedzieć – pokazowe. Oczywiście uczyła się bardzo dobrze.

Zastanowiło mnie to, że ciągle skubała i pocierała nos, a czasem brodę, tak, że był ciągle czerwony i wszyscy zwracali jej uwagę, że w końcu porobią jej się rany. Nie umiała powiedzieć, dlaczego to robi. Badania w kierunku pasożytów, wielokrotnie powtarzane, zawsze wypadały ujemnie.

Po podaniu leku *Cina C30* dwa razy w tygodniu poprawił się nastrój pacjentki, była mniej drażliwa, pogodniejsza i zaczęła przybierać na wadze. Efekt ten widoczny był praktycznie po tygodniu. Po kilku miesiącach wyglądała jak normalna dziewczynka w jej wieku i nie było problemów z jedzeniem.

Prawdopodobnie spożyła 1 opakowanie *Ciny C30* firmy Boiron.

Przypadek 2 (dr med. Anna Łuczak - Gołacka)

W roku 1990 zgłosiła się do mnie 17-letnia licealistka z zaburzeniami miesiączkowania. Odchudzała się od około 5 lat (13. rok życia). Pierwsza miesiączka wystąpiła w 13. roku życia. Cykle trwały 26-30 dni. Przed miesiączką występowała bolesność piersi, rozdrażnienie, płaczliwość. Krwawienia zaczynały się po południu i były różne: bardzo obfite i skąpe, czasem ze skrzepami, bolesne, trwały 5-6 dni. Od 16. roku życia brak menstruacji. Od matki wiedziałam, że już wcześniej cykle były bardzo wydłużone. Po wizycie u ginekologa przyjmowała leki hormonalne (progesteron, Clastilbegyt, Thyreoideum, estrogeny), po których występowało krwawienie.

Dziewczyna była ładną, dość wysoką, szczupłą, ciemną szatynką o dobrej, prostej postawie, z dość obfitą dolną wargą i górną w części środkowej. Wargi okresowo pierzchły. Jej skóra była elastyczna z tendencją do suchości. Owłosienie kończyn, pleców, brzucha nie zwracało uwagi. Była krótkowidzem.

Pochodziła z rodziny bardzo angażującej się w pracę zawodową i społeczną, z czym wiązały się częste wyjazdy rodziców i duża liczba osób przewijających się przez ich dom. Dziewczyna chodziła równolegle do szkoły muzycznej, gdzie grała na skrzypcach i fortepianie. Jako dziecko lubiła być noszona. Po urodzeniu się siostry (2 lata młodszej), była zazdrosna, „jakby zapomniiała wszystkiego, co już umiała”, trzeba ją było np. karmić.

Nawet jako licealistka miała marzenie, żeby mama czekała w domu, gdy ona przychodzi ze szkoły (oczywiście, ze względu na zaangażowanie mamy poza domem, tak nie było). Z jednej strony była dumna z tego, że wszyscy lubią u nich przebywać, z drugiej – miała dość tłumów i konieczności częstego dzielenia własnego pokoju z kimś jeszcze albo odstępowania komuś własnego łóżka. Potrafiła rozmyślnie ranić matkę, żeby wymusić zainteresowanie. Podziwiała ją, a jednocze-

śnie była bardzo krytyczna w ocenie jej sposobu życia. Dużą rolę w jej życiu odgrywała inspiracja mamy, ale jednocześnie denerwowało ją to, że matka „ma pewną wizję jej osoby”, do której ona nie dorasta.

Lubiła mieć wszystko zaplanowane i uporządkowane, nie znosiła natomiast, gdy ktoś wtrącał się do tego, co robi. Nikomu nie mówiła, że się czymś martwi. Oczekiwała zainteresowania, ale nie chciała o sobie opowiadać. Płakała wieczorami w łóżku, albo gdy się czegoś obawiała, ale zawsze w samotności. Pocieszenie powodowało jeszcze większy płacz. Lubiła się wypłakać, wyzalić, ale tylko odpowiedniej osobie. „Pocieszenia nie chcę, wystarczy, że mnie ktoś wysłucha.” Czuła się upokorzona, gdy dowiedziała się, że ktoś się z niej śmiał, wysnuwał jakieś wnioski na jej temat, „zaszufladkował ją”. Po długim płaczu odczuwała otumaniający ból głowy, ospałość, ale psychicznie czuła się lepiej. Gdy rozmawiała z kimś o sobie, potem bała się spotykać z tą osobą, miała do niej jakby uraz, wstręt. „O wyrzutach w stosunku do siebie nie lubię specjalnie myśleć.” Czyniła je raczej innym, ale „po przemyśleniu i delikatnie, i tylko tym, z którymi była bliżej związana”.

Lubiła porządek, ale robiła go tylko, gdy miała na to ochotę. „Gdy wszystko jest super, to też drażni.” Dwukrotnie zemdliała w kościele, gdy był duży tłum; a jeden raz z powodu bólu brzucha przed miesiączką. Powiedziała o sobie, że potrafi się na czymś skoncentrować, ale czasem nie jest w stanie się do tego zmusić. Miała bardzo dobrą pamięć wzrokową, ale nie pamiętała wydarzeń, które jej nie poruszyły. Czasem zapominała odpowiedniego słowa. Panicznie bała się złodziei, włamywaczy; kiedyś, siedząc w pokoju, wyobraziła sobie, że ktoś się skrada, i wyskoczyła z pierwszego piętra przez balkon. Ta cecha manifestowała się już wcześniej. W piątej klasie pacjentka czytała komiksy o złodziejach i potem bardzo się bała. Nie mówiła o tym nikomu. Godzinami oglądała obrazek przedstawiający włamywaczy, który ją przerażał, nie mogła się od niego oderwać. Bała się również bulimii, choroby psychicznej, nowotworowej, samotności i przyszłości.

Od czasu, kiedy zaczęła się odchudzać, odczuwała permanentne zimno. W czasie snu było jej ciepło. Lubiła słońce, ale nie lubiła się opalać i źle się czuła po ekspozycji na słońce. Nie lubiła też wielkich upałów. Lubiła świeże powietrze, ale nie zimne; otwierała okno po wejściu do pokoju. Pociły jej się ręce. Wypijała 2 szklanki płynów do posiłku – wodę mineralną, soki. „Picie to zawsze jakaś rozrywka, choć pragnienie czuję rzadko.” Z upodobań pokarmowych zaznaczało się:

– pożądanie: kwaśne rzeczy (woda z ogórków, cytryny), puré ziemniaczane, ryby, owoce (jabłka), soki owocowe, warzywa, jogurt, majonez, jajka gotowane na twardo, cukierki czekoladowe,

– awersja: oliwa, tłuszcz, baranina, boczek, smalec, cebula, sól, jasny chleb.

Źle czuła się po potrawach tłustych, cebuli, surowych porach, czosnku i chrzanie.

Po jedzeniu odczuwała głód, było jej zimno, bolała ją głowa, czuła się osłabiona. Miała odczucie przepełnienia. Spała w pozycji kolankowo-lokciowej, nakryta po czubek głowy, przy otwartym lufciku. Powtarzały się sny o skakaniu z szafy, balkonu, o spadaniu, uciekaniu, o złodziejach i o wymiotach. Do 10. roku życia miała chorobę lokomocyjną. Niezbyt dobrze czuła się nad morzem – zwykle w 2-3 dniu pobytu występowała gorączka, czasem wymiotowała. Raz do roku miała opryszczkę pod nosem lub w uchu zewnętrznym. Zadzierały się jej skórki wokół paznokci i wrastały paznokcie w paluchach.

Dziewczyna otrzymała *Nat-m. C200* trzykrotnie w odstępie miesiąca. W tym czasie kontakty ograniczały się do telefonów informujących, że „czuje się dobrze” i okazjonalnych informacji udzielanych przez matkę. Po 3 miesiącach pojawiła się miesiączka. Masa ciała zwiększyła się o około 1,5 kg, a w czasie wizyty lekarskiej pacjentka opowiedziała o problemach jakie wcześniej miała z jedzeniem. Otóż, gdy miała za dużo wolnego czasu lub gdy była sama, bardzo dużo jadła, w szybkim tempie, którego nie kontrolowała. Jadła wszystko, co znalazła w lodówce, a potem prowokowała wymioty, bo było jej niedobrze i bała się, że przytyje. Po leku lepiej panowała nad sobą, ale nie lubiła przebywać sama i bała się, że znów wpadnie w bulimię. Zdarzało się jej czasem prowokować wymioty.

Dziewczyna zdała 2 matury, dostała się na studia poza miejscem zamieszkania i razem z koleżanką wynajmowała stancję. Zgłosiła się do mnie po 3 latach, gdy była na drugim roku studiów. Miała 170 cm wzrostu i wagę 56 kg. Miesiączki występowały co 25-30 dni, ale bardzo skąpe, bez skoku termicznego w czasie cyklu. Trwało to już od matury. Gdy była zmęczona, w pokoju nie było koleżanki lub gdy przyjeżdżała do domu, znów nie mogła się zapanować nad jedzeniem i prowokowaniem wymiotów.

Sama kilka razy przyjęła *Nat-m.*, ale nie czuła poprawy. Miała trudności z zaśnięciem. Spała ze stoperami, bo denerwowały ją hałasy ulicy (samochody). Była nadwrażliwa na zapachy (kadzidelka, nikotyna). Gdy się denerwowała, potrafiła w coś uderzyć, kopnąć, miała ochotę coś rzucić. Po takim wybuchu czuła się dobrze, miała chęć do pozytywnego działania. Czasem nie mogła usiedzieć na miejscu i szła do miasta.

Otrzymała *Sepię C200*.

Skończyły się napady bulimii, chociaż czasami zdarzało jej się wymiotować. Żyła wówczas *Sepię* i wszystko wracało do normy. Dziewczyna wyszła za mąż i urodziła dziecko. W ciąży kilka razy potrzebowała *Sepii* (z powodu przeziębienia, z po-

wodu prowokowanych wymiotów). Od początku studiów farbuje włosy na czarno!

Dr med. Anna Łuczak – Golacka

Lek. med. Anna Sosnowska

Bibliografia u autorek.