

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 2-3: s.7-21.

Sandra Gustek*, Mariusz Jaworski**

ZNACZENIE INTERWENCJI ŻYWIENIOWEJ W PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W BULIMII

THE IMPORTANCE OF NUTRITION INTERVENTION IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CBT) IN BULIMIA

**Studenckie Koło Naukowe Badań nad Zaburzeniami Odżywiania

przy Zakładzie Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,

kierownik zakładu: Prof. Krzysztof Owczarek

**Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny,

kierownik zakładu: Prof. Krzysztof Owczarek

Streszczenie

Terapia bulimii powinna przebiegać wielokierunkowo i wymaga współpracy multidyscyplinarnego zespołu, w którym coraz częściej podkreśla się rolę dietetyka oraz interwencji żywieniowej zarówno w trakcie diagnozy jak i przez cały okres leczenia pacjenta. *Bulimia nervosa* (BN) to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się powtarzającymi się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne. Zaburzenie to cechuje się nie zrównoważoną dietą i złymi nawykami żywieniowymi, co przyczynia się do niewłaściwego spożycia wielu składników odżywczych. Brak energii i zły stan odżywienia są często uznawane za podstawowe czynniki sprzyjające utrzymywaniu się zachowań bulimicznych. Metaboliczne, żywieniowe oraz kliniczne zaburzenia pojawiające się w trakcie choroby są głównie rezultatem głodzenia się i zachowań oczyszczających. Do głównych zadań dietetyka w terapii bulimii oprócz normalizacji stanu odżywienia i zwiększenia różnorodności spożywanych pokarmów zalicza się przede wszystkim edukację żywieniową. Prawidłowa interwencja żywieniowa powinna być poprzedzona oceną dotychczasowego sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz zapotrzebowaniem na energię i podstawowe składniki pokarmowe pacjenta. Ścisła współpraca dietetyka, psychoterapeuty i lekarza powinna dotyczyć zaplanowania dla chorego indywidualnie dobranej diety złożonej z odpowiedniej ilości białka, węglowodanów, tłuszczów, wody, elektrolitów, składników mineralnych oraz witamin.

Summary

The treatment of bulimia should be carried out in various ways and requires a collaboration of multidisciplinary team, which increasingly emphasize the dietitian and nutritional intervention role, both in the course of diagnosis and throughout the patient's treatment. *Bulimia nervosa* (BN) is an eating disorder, characterized by recurrent attacks of binge eating followed by compensatory behaviors. This disorder is distinguished by an unbalanced diet and poor eating habits, which contributes to inadequate intake of many nutrients. Lack of the energy and poor nutritional status are often the main reason of persistence the bulimic behavior. Metabolic, nutritional and clinical disorders arising in the course of the disease are mainly the result of starvation and purging behaviors. The main targets for dietitian in the treatment of bulimia are: normalization of nutritional status, increase the diversity of food intake and propagate the dietary education. Proper nutrition intervention should be preceded by an assessment of diet, nutritional status and the demand for energy and basic nutrients consumption of each patient. The cooperation between nutritionist, psychotherapist and physician should consist planning of individually defined diet including adequate amounts of protein, carbohydrates, fats, water, electrolytes, minerals and vitamins, for every individual patient.

Słowa kluczowe: *bulimia nervosa*; zaburzenia odżywiania; interwencja żywieniowa; terapia żywieniowa; wspomaganie żywieniowe; rola dietetyka, terapia poznawczo-behawioralna

Key words: *bulimia nervosa*, eating disorders, nutritional intervention, nutritional therapy, nutritional support, the role of dietitian, cognitive-behavioral therapy

Wstęp

Zaburzenia odżywiania zaliczane są do grupy zespołów behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i od dłuższego czasu stanowią poważny i nieustannie narastający problem kliniczny. Według klasyfikacji ICD-10 do zaburzeń odżywiania (F50) zalicza się: jadłowstręt psychiczny (F50.0), jadłowstręt psychiczny atypowy (F50.1), żarłoczność psychiczna (F50.2), atypowa żarłoczność psychiczna (F50.3), przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.4), wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.5), inne zaburzenia odżywiania się (F50.8) oraz zaburzenia odżywiania się, nie określone (F50.9) [1]. Powszechność występowania tego typu zaburzeń znacząco wzrosła w ostatnich dekadach i zdecydowanie częściej diagnozowane są one w krajach rozwiniętych niż rozwijających się [1, 2]. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania jest bardzo zróżnicowane w zależności od źródła i wynosi około 1-5% [1]. Terapia tych zaburzeń wymaga interdyscyplinarnego podejścia, opartego na pracy zespołu psychologów, dietetyków, lekarzy i innych specjalistów.

Należy podkreślić, iż nieprawidłowy stan odżywienia i złe nawyki żywieniowe to jedne z głównych problemów zaburzeń odżywiania [2]. Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego APA (*American Psychiatric Association*) i Amerykańskiego Towarzystwa Dietetycznego ADA (*American Dietetic Association*) interwencja żywieniowa,

w tym doradztwo żywieniowe prowadzone przez wykwalifikowanego dietetyka, jest jednym z podstawowych elementów terapii zaburzeń odżywiania m. in. takich jak *anoreksja nervosa* czy *bulimia nervosa*, zarówno w trakcie diagnozy jak i przez cały okres leczenia [3, 4]. Choć nadal brakuje szczegółowych informacji i konkretnych wskazówek dotyczących wspomagania żywieniowego w terapii bulimii [5, 6, 7], pojawia się coraz więcej badań i prac podejmujących tę tematykę [8, 9, 10, 11], wskazujących na konieczność interwencji żywieniowej w leczeniu tego zaburzenia.

Kryteria diagnostyczne bulimii

Bulimia nervosa (BN) zwana także *żarłocznością psychiczną* zgodnie z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV - *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, IV Edition*) oraz według klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 to zaburzenie odżywiania charakteryzujące się powtarzającymi się napadami objadania się, po których występują zachowania kompensacyjne [1, 12]. Wyróżnia się dwa typy bulimii: 1) „przeczyszczający” – w czasie epizodu bulimii są prowokowane wymioty lub nadużywane środki przeczyszczające; 2) „nieprzeczyszczający” – charakteryzujący się przejawianiem niewłaściwych zachowań takich jak: głodzenie się czy bardzo intensywne ćwiczenia fizyczne, ale bez prowokowania wymiotów. Do kryteriów diagnostycznych tej jednostki chorobowej zalicza się [1]: A) Powracające epizody nieumiarkowanego spożywania pokarmów, które charakteryzują następujące cechy: 1) spożywanie pokarmów w przerywanych okresach (np. co dwie godziny) w ilościach zdecydowanie większych niż większość ludzi zjadłaby w takim samym czasie i takich samych okolicznościach; 2) poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie epizodu. B) Powracające niewłaściwe zachowania kompensacyjne mające na celu zapobieganie przybieraniu na wadze, takie jak wywoływanie wymiotów, nieodpowiednie korzystanie z leków przeczyszczających, moczopędnych, lewatywy i innych środków medycznych; podejmowanie głodówek lub intensywnych ćwiczeń fizycznych. C) Nieumiarkowane spożywanie pokarmów i niewłaściwe zachowania kompensacyjne pojawiają się przynajmniej dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące. D) Przywiązywanie nadmiernej wagi do kształtu i wagi ciała, które wpływają na samoocenę. E) Zaburzenie to nie występuje wyłącznie w czasie epizodów jadłowstrętu psychicznego.

Rozpowszechnienie bulimii

Na bulimię chorują głównie dziewczęta i młode kobiety, najczęściej w wieku od 18 do 34 lat [1]. Zaburzenie to pojawia się między 16 i 18 rokiem życia, zazwyczaj po okresie stosowania restrykcyjnej diety odchudzającej związanej z chęcią utraty subiektywnie ocenianego

nadmiaru masy ciała. Rozpoznanie i podjęcie leczenia następuje zwykle od 1 do 5 lat po pojawieniu się choroby [13]. Trudno podać dokładną liczbę zachorowań na bulimię, gdyż chorzy często zachowują prawidłową masę ciała i ukrywają swoją chorobę. Dodatkowo większość badań dotyczących bulimii została przeprowadzona na dogodnych grupach pacjentów szpitali, licealistów bądź studentów, stąd też szeroki zakres wyników dotyczących chorobowości: od 0% do 2,1% wśród mężczyźni i od 0,3% do 7,3% wśród kobiet w krajach zachodnich, a w krajach wschodnich waha się od 0,46% do 3,2% u kobiet i nieustannie rośnie [14]. Nadal niewiele jest danych dotyczących bulimii u mężczyzn i chłopców. Carlat i Carmago [15] dokonali przeglądu literatury i ocenili, że schorzenie to występuje u ok. 0,2% chłopców i młodych mężczyzn, co stanowi ok. 10-15% wszystkich osób cierpiących na bulimię. Ryzyko wystąpienia bulimii u przeciętnej osoby w ciągu całego jej życia szacuje się z prawdopodobieństwem około 1,1 - 4,2% [16].

Etiologia choroby

Bulimia jest chorobą o złożonej etiopatogenezie, w której można uwzględnić trzy główne grupy czynników: indywidualne, rodzinne i społeczno-kulturowe [17]. Należą do nich m. in: negatywna samoocena, krytyczne uwagi rodziców dotyczące masy ciała, otyłość rodziców, otyłość w dzieciństwie, skoncentrowany na unikaniu styl radzenia sobie ze stresem oraz niskie poczucie wsparcia społecznego [18]. Wielu badaczy uważa, że społeczny wpływ na występowanie zaburzeń odżywiania ma kultura masowa, a media stanowią podstawowy środek przekazu wartości, które sprzyjają obsesji na punkcie szczupłej sylwetki i tym samym dążeniu do jej uzyskania i utrzymania [1]. Dlatego u podłoża BN bardzo często leży lęk przed nadwagą, gdyż samoocena jest dokonywana zawsze przez pryzmat kształtów i masy ciała [17]. Niektórzy autorzy sugerują, że stosowanie diety, rozumianej jako celowe i trwałe ograniczenie spożycia żywności w celu utraty lub utrzymania stałej wagi, zwiększa ryzyko występowania i utrzymywania się bulimii [19, 20, 21], choć istnieją badania, które nie potwierdzają tych założeń [22]. Wiele kobiet, u których zdiagnozowano bulimię, w przeszłości stosowało skrajnie ścisłe diety wywołujące później chroniczny stres i frustracje, ponieważ w sytuacji złamania reguł diety, traciły również kontrolę nad przyjmowaniem pokarmów, co zwykle prowadziło do napadów nadmiernego objadania się. Niektóre modele etiopatogenezy bulimii kładą nacisk na obniżenie poziomu stresu poprzez zachowania żywieniowe. Dodatkowo sugerują, że osoby, które się objadają przyjmują pokarm w stresujących okolicznościach po to, by zredukować odczuwane lęki i niepokój. Poszukują w ten sposób krótkotrwałej gratyfikacji, która polega na nadmiernym spożywaniu pokarmów

pomimo braku odczuwania głodu, a wypróżnienie się jest sposobem na obniżenie lęku spowodowanego objadaniem się [1].

Bulimia nervosa (BN) to choroba o przewlekłym przebiegu, wiążąca się z powikłaniami medycznymi, zaburzeniami funkcjonalnymi, a także zwiększonym ryzykiem wystąpienia w przyszłości otyłości, depresji, prób samobójczych, zaburzeń lękowych, nadużyć substancji psychoaktywnych oraz szeroko rozumianych problemów zdrowotnych [22]. W dłuższej perspektywie czasowej u pacjentów chorych na bulimię może pojawić się wiele poważnych, medycznych komplikacji związanych z zaburzeniami funkcjonowania układu krążenia, układu pokarmowego czy też układu endokrynnego, takich jak m. in.: zaburzenia miesiączkowania, odwodnienie organizmu, uszkodzenie zębów i dziąseł spowodowane częstymi wymiotami, zaburzenia elektrolitowe mogące doprowadzić do zaburzeń rytmu serca czy też innych chorób żołądkowo-jelitowych [23].

Terapia bulimii

Terapia bulimii powinna przebiegać wielokierunkowo. Wiele publikacji wskazuje na to, że najbardziej efektywną metodą terapii bulimii jest psychoterapia, zwłaszcza poznawczo-behawioralna i leki o działaniu przeciwdepresyjnym, również badania dotyczące skuteczności interwencji żywieniowej przynoszą obiecujące rezultaty [24].

Terapia poznawczo-behawioralna (*CBT – Cognitive Behavioral Therapy*) jest jedną z najczęściej stosowanych i najbardziej skutecznych – co ma swoje empiryczne potwierdzenie – metod leczenia bulimii [25, 26, 27, 28]. Głównym celem tej terapii jest zmiana niepożądanych nawyków żywieniowych. Terapeuci uczą pacjentki rozpoznawania środowiskowych czynników wyzwalających reakcje objadania się, wprowadzają do diety produkty, przed którymi pacjenci odczuwają lęk (praca terapeutyczna z tzw. fobią tłuszczową), przy jednoczesnym kontrolowaniu ilości spożywanych pokarmów oraz rozpoznaniu i zmianie niewłaściwego podejścia do jedzenia, wagi i obrazu ciała [1]. Ponadto pacjenci zachęceni są do prowadzenia dziennika, dzięki któremu możliwa jest analiza myśli, zachowań i ich konsekwencji związanych z napadami objadania się i zachowaniami oczyszczającymi, a także identyfikowanie i analizowanie zniekształconych i nierealistycznych myśli dotyczących masy ciała oraz jego kształtu, co służy lepszemu zrozumieniu siebie, zwiększa poczucie samokontroli i tym samym prowadzi do zmiany przekonań dotyczących obrazu własnego ciała [25].

Pacjenci chorzy na bulimię należą do grupy osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu życia, także w ich rodzinie często występowały tego typu zaburzenia, stąd czasami pojawia się konieczność leczenia farmakologicznego. Badania

wykazują skuteczność terapii lekami przeciwdepresyjnymi (selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny) takie jak np. Fluoksetyna, Fluwoksamina, Sertralina [29]. W ostatnich latach zwraca się szczególną uwagę w psychoterapii poznawczo-behawioralnej bulimii na zastosowanie interwencji żywieniowej [4].

Znaczenie interwencji żywieniowej w terapii poznawczo-behawioralnej

Terapia żywieniowa ma na celu normalizację masy ciała i poprawę stanu odżywienia, a jej planowanie powinna poprzedzać ocena sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz zapotrzebowania na energię i podstawowe składniki pokarmowe [30]. Ponadto terapia żywieniowa często stanowi pierwszy krok do dalszej interwencji psychologicznej czy też medycznej, gdyż oprócz wielu fizycznych korzyści, stan odżywienia wpływa także na właściwe i sprawne funkcjonowanie mózgu, od czego w dużej mierze uzależniony jest dalszy sukces terapii, a wczesna interwencja może znacząco zminimalizować negatywne skutki choroby i zwiększyć szanse wyzdrowienia [31].

Wymaga to jednak współpracy zarówno lekarza prowadzącego, psychologa, dietetyka, jak i innych specjalistów. Właściwie przeprowadzony wywiad żywieniowy z chorym pozwala poznać historię choroby od strony żywieniowej oraz ukierunkować dalsze badania diagnostyczne m. in. zaplanować postępowanie terapeutyczne: farmakologiczne, psychologiczne i dietetyczne (określić zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze, określić tempo i metodę jego realizacji) [30].

Do oceny sposobu żywienia stosowany jest wywiad żywieniowy, w którym zwraca się uwagę na błędy popełniane w sposobie żywienia, zwyczaje żywieniowe: liczbę, rodzaj i skład zwyczajowo spożywanych posiłków, preferencje pokarmowe chorego i jego rodziny. Niezwykle ważne jest to, aby osoba przeprowadzająca wywiad żywieniowy odnotowała wszystkie zmiany w sposobie żywienia, które nastąpiły w okresie poprzedzającym zachorowanie, a także wcześniejsze wahania masy ciała [30]. Pozwoli to na wybór odpowiedniego oddziaływania terapeutycznego. W trakcie wywiadu powinno się uzyskać także informacje o objawach ze strony przewodu pokarmowego, takich jak nudności, wymioty, biegunki oraz uzyskać informacje o problemach w całodziennym funkcjonowaniu, np. przygotowywaniu posiłków [32]. Obecnie podczas dokonywania oceny stanu odżywienia pacjentów stosuje się badanie składu ciała metodą BIA, dzięki której można określić zawartość tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała. Masa beztłuszczowa obejmuje mięśnie, kości, wodę oraz tkankę łączną. Natomiast masa tłuszczowa ciała stanowi tłuszcz strukturalny (znajdujący się w organach oraz tkankach takich jak nerwy, płuca, wątroba, mózg oraz gruczoły dokrewne), a także tłuszcz zapasowy (znajdujący się w tkankach

tłuszczowych podskórnych). Badanie metodą BIA jest niezwykle pomocne w analizie wpływu stosowanej metody terapeutycznej i prowadzonego leczenia na zmianę proporcji pomiędzy beztłuszczową i tłuszczową masą ciała.

Do głównych celów psychoterapii poznawczo-behawioralnej, ściśle związanych z interwencją żywieniową, należą [4, 23, 33]: A) redukcja, a jeśli jest to możliwe, eliminacja napadów objadania się oraz towarzyszących im zachowań kompensacyjnych takich jak wymioty czy stosowanie środków przeczyszczających; B) leczenie dolegliwości fizycznych i przywrócenie właściwego stanu odżywienia poprzez opracowanie mniej restrykcyjnej diety i zwiększenia różnorodności przyjmowanych pokarmów; C) zwiększenie motywacji pacjenta do współpracy w celu przywrócenia właściwych nawyków żywieniowych i uczestnictwa w terapii; D) edukacja żywieniowa uwzględniająca zasady racjonalnego żywienia i wskazanie prawidłowych nawyków żywieniowych; E) pomoc w rozpoznawaniu i zmianie dysfunkcyjnych myśli, postaw, motywów i uczuć związanych z chorobą, dietą i zachowaniami żywieniowymi; F) rozpoznanie dotychczasowych stylów radzenia sobie ze stresem i rozwiązywania problemów związanych z jedzeniem oraz wypracowanie nowych, konstruktywnych strategii zaradczych.

Pomimo potwierdzonej skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej jako metody leczenia bulimii, interwencja żywieniowa i pomoc dietetyka w trakcie psychoterapii czy farmakoterapii okazuje się jednym z istotniejszych elementów leczenia tego zaburzenia. Niektórzy autorzy podkreślają kluczową rolę wspomagania żywieniowego w leczeniu bulimii argumentując swoje założenia brakiem wystarczającej ilości dowodów na to, że sama psychoterapia czy inna metoda są w stanie wpłynąć na zmianę masy ciała pacjentów i poprawę ich stanu odżywienia [7].

Edukacja żywieniowa na której oparta jest interwencja żywieniowa jest formą nauczania pacjenta wypracowania nawyku konstruowania prawidłowych jadłospisów składających się z trzech posiłków i odpowiednich przekąsek w ciągu dnia oraz poszerzanie wiedzy dotyczącej podstawowych zasad racjonalnego żywienia. Natomiast CBT obejmuje zastosowanie środków psychologicznych w pracy nad schematami poznawczymi mającymi na celu redukcję objawu chorobowego. Inaczej mówiąc terapia poznawczo-behawioralna związana jest z wielowymiarowym oddziaływaniem na schematy poznawcze osoby z bulimią. Zatem zastosowanie interwencji żywieniowej wydaje się być komplementarne do CBT w przebiegu bulimii. Dlatego też wg. obowiązujących standardów kompleksowego leczenia bulimii podkreśla się odmienną rolę kompetencji oddziaływań psychoterapeuty i dietetyka, a także podkreśla istotne znaczenie ich współpracy. Kompleksowa terapia bulimii z jednej strony

poprzez zastosowanie CBT umożliwia regulację zniekształconego obrazu własnego ciała i konsekwencji związanych z zachowaniami oczyszczającymi organizm m.in. poprzez pomoc pacjentowi w identyfikacji czynników poprzedzających napady objadania się [4]. Z drugiej zaś interwencja żywieniowa umożliwia uregulowanie ośrodka głodu i sytości, a także pamięci metabolicznej. Dietetyk kliniczny musi wówczas wykorzystać specjalistyczną wiedzę z zakresu metabolizmu składników odżywczych na poziomie wewnątrzkomórkowym, a następnie wybrać odpowiednią interwencję żywieniową umożliwiającą maksymalne zredukowanie nieprawidłowości w pamięci metabolicznej organizmu.

Wyniki badań sugerują, że grupy terapeutyczne, w których psychoterapia uwzględniała planowanie posiłków i ich składników w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi miały pozytywny wpływ na ilość posiłków i przekąsek spożywanych przez pacjentów w ciągu dnia, w porównaniu do grup w których stosowano tylko leki lub placebo ($F(2,152)=33,32$, $p<0,01$). Na podstawie analizy wariancji wyników uzyskanych w trakcie poszczególnych sesji z pacjentami wykazano, że intensywna psychoterapia grupowa miała znaczący wpływ na zwiększenie ilości posiłków i przekąsek spożywanych przez badanych w ciągu dnia ($F(1,76) = 9,38$, $p<0,01$) [34]. Porównanie wyników badań uwzględniających wspomaganie żywieniowe i radzenie sobie ze stresem wykazało, że interwencja żywieniowa przyczyniła się do szybszej zmiany nawyków żywieniowych oraz szybszej redukcji częstości bądź całkowitego zaprzestania napadów objadania się [8]. Hsu i inni [35] dokonali porównania terapii poznawczej, żywieniowej oraz kombinacji tych dwóch terapii wobec skuteczności grupy wsparcia w terapii bulimii. Przeprowadzając analizę ITT (*intent-to-treat*) wykazano, że wszystkie metody wpłynęły znacząco na zmniejszenie ilości epizodów objadania ($t(99)=8,01$; $p<0,001$) oraz przeczyszczania się ($t(99)=7,56$; $p<0,001$), a także na zwiększenie liczby posiłków spożywanych przez pacjentów w ciągu dnia ($t(99)=7,87$; $p<0,001$). Jednak terapia żywieniowa i terapia poznawcza (stosowane jednocześnie) oraz sama terapia poznawcza przyczyniły się do większej redukcji niewłaściwych zachowań i dysfunkcyjnych postaw (odpowiednio $p<0,001$ i $p = 0,016$) oraz zwiększenia poczucia samokontroli (odpowiednio $p<0,001$, $p=0,001$). Ponadto pacjenci im poddani bardziej preferowali te dwa typy leczenia i częściej uczestniczyli w terapii do momentu jej zakończenia. Co więcej, terapii poznawcza, żywieniowa oraz kombinacja tych dwóch terapii okazały się bardziej skuteczną metodą redukcji zachowań bulimicznych niż grupa wsparcia. Terapia żywieniowa może zatem wpływać na zaprzestanie wszystkich zachowań bulimicznych, w tym także stosowania środków przeczyszczających. Hipoteza ta znajduje potwierdzenie w przeprowadzonym przez O'Connora i innych [36] badaniu, które oparte zostało głównie na interwencji i edukacji

żywieniowej. W trakcie leczenia pacjenci musieli m. in. zaprzestać stosowania diet odchudzających i przestrzegać ustalonego przez dietetyka planu posiłków. Zalecana dieta składała się z trzech posiłków oraz jednej lub kilku przekąsek w ciągu dnia. Dzielne zapotrzebowanie energetyczne szacowano na 1600-2200 kcal i było dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego trybu życia, tak by uchronić go przed nadmiernym uczuciem głodu. Ważnym elementem terapii była specjalna lista wymienników poszczególnych produktów posiadających podobną wartość energetyczną i uwzględniająca także „zakazane/pożądane” produkty, co miało przeciwdziałać nie tylko monotonii diety, ale także zmniejszeniu napadów objadania się i uczucia niedosytu „zakazanych” potraw. Spośród 18 badanych pacjentów u 12 zaobserwowano całkowite wyeliminowanie zachowań bulimicznych, a wszyscy zaprzestali stosowania środków przeczyszczających. Ponadto wraz z postępowaniem terapii zaobserwowano znaczące zmniejszenie częstości napadów objadania się z 5,2 do 0,6 w ciągu dnia/tydzień ($t=10,4$; $df=17$; $p<0,001$) oraz prowokacji wymiotów z 3,1 do 0,2 w ciągu dnia/tydzień ($t=4,2$; $df=17$; $p<0,001$).

Podobne badania dotyczące skuteczności terapii poznawczej i interwencji żywieniowej w terapii innego zaburzenia odżywiania się, jakim jest anoreksja nervosa nie dają jednoznacznych wyników. Wyniki badań Serfaty i innych [45] są często cytowane jako dowód braku skuteczności interwencji żywieniowej w terapii anoreksji. W badaniu wzięło udział 35 pacjentów, którym zaproponowano 20 sesji terapeutycznych (dwudziestu pięciu z nich poddano terapii poznawczej, pozostałym dziesięciu osobom zaproponowano doradztwo żywieniowe). Po 6 miesiącach terapii tylko pacjenci poddani terapii poznawczej nadal ją kontynuowali osiągając znaczące pozytywne rezultaty. Natomiast pacjenci z grupy żywieniowej zrezygnowali z terapii w czasie krótszym niż 3 miesiące, nie osiągając zadowalających wyników. Istnieją jednak badania potwierdzające skuteczność terapii łączącej w sobie zarówno interwencję żywieniową jak i psychoterapię w leczeniu anoreksji, gdzie w trakcie ośmiotygodniowej terapii zaobserwowano znaczące pozytywne zmiany takie jak: wzrost masy ciała, zmianę zachowań żywieniowych, wzrost spożycia kalorii, tłuszczów i białek oraz zwiększenie spożywanych porcji pokarmowych w ogóle. Autorzy badań podkreślają, że kombinacja tych dwóch sposobów leczenia była kluczem do sukcesu terapii pacjentów chorych na anoreksję [46].

Należy pamiętać o tym, iż większość badań poświęconych terapii zaburzeń odżywiania posiada pewne ograniczenia metodologiczne i przeprowadzana jest na niewielkich grupach osób, jednak biorąc pod uwagę wyniki przytoczonych wyżej badań można przypuszczać, że

interwencja żywieniowa powinna być jednym z pierwszych elementów terapii oraz psychoterapii bulimii.

Główne elementy interwencji żywieniowej w terapii bulimii

Bulimia nervosa zwykle charakteryzuje się nie zrównoważoną dietą i złymi nawykami żywieniowymi, co przyczynia się do niewłaściwego spożycia wielu składników odżywczych [37]. Niedobór energii z diety oraz zły stan odżywienia są często uznawane za podstawowy czynnik sprzyjający utrzymywaniu się zachowań bulimicznych [38]. Ponadto pacjenci z kliniczną postacią bulimii cechują się także dysfunkcjonalnymi postawami i wyobrażeniami dotyczącymi żywności, procesu spożywania pokarmu oraz obrazu własnego ciała.

Osoby chorujące na bulimię cechuje normalna lub nieco wykraczająca ponad normę masa ciała oraz współczynnik BMI (*Body Mass Index*) w granicach normy. Wg. WHO (*World Health Organization*) współczynnik BMI wylicza się ze wzoru: $BMI = \text{masa ciała [kg]} / \text{wzrost}^2 \text{ [m]}$ [43]. Ponadto osoby z bulimią mają restrykcyjne podejście do jedzenia i specyficzny wzorzec żywieniowy cechujący się rygorystycznym przestrzeganiem diety, regularnie przerywany epizodami obżerania się i oczyszczania.

Metaboliczne, żywieniowe oraz kliniczne zaburzenia pojawiające się w trakcie choroby są głównie rezultatem głodzenia się i zachowań oczyszczających. Zatem podstawowym elementem terapii żywieniowej bulimii jest normalizacja nawyków żywieniowych pacjenta i zwiększenie liberalizacji oraz różnorodności spożywanych pokarmów [11, 39, 40]. Wyniki wielu długoterminowych badań wskazują na to, że pacjenci z zaburzeniami odżywiania mogą całkowicie wyzdrowieć, nawet pomimo złego stanu odżywienia i nasilonych dysfunkcjonalnych zachowań żywieniowych w momencie rozpoznania choroby [11, 40]. Wymaga to jednak multidyscyplinarnego podejścia terapeutycznego.

Do głównych zadań dietetyka w terapii bulimii oprócz normalizacji stanu odżywienia zalicza się przede wszystkim edukację żywieniową mającą na celu wyjaśnienie pacjentowi jaki wpływ na psychologiczne i fizjologiczne funkcje organizmu ma stosowanie głodówki, przybliżenie pojęcia metabolizmu oraz pamięci metabolicznej, przedstawienie błędów i nieporozumień dotyczących regulacji masy ciała oraz konsekwencji zachowań oczyszczających. Niezwykle istotna jest także pomoc w nauce konstruowania właściwego jadłospisu z uwzględnieniem racji pokarmowych oraz nauka umiejętności analizy i oceny wartości odżywczej danych produktów spożywczych [4].

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż w pracy z pacjentem należy skupić się raczej na pojęciu „gęstości odżywczej”, a nie kaloryczności produktów i potraw, co może mieć znaczący wpływ na zmianę niewłaściwego sposobu postrzegania jedzenia. Gęstość odżywcza

to skład witamin, białek, węglowodanów, składników mineralnych i NNKT (niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe) w odniesieniu do kaloryczności produktów spożywczych. Na przykład relatywnie kaloryczne są: orzechy (572-645kcal/100g produktu), nasiona słonecznika (561kcal/100g produktu) czy awokado (160kcal/100g produktu), przy tym zawierają bardzo dużo niezbędnych składników odżywczych tj.: NNKT, witaminy i składniki mineralne [44]. Bulimicy znacznie łatwiej redukują napady objadania się, jeśli ich posiłki zapewniają uczucie sytości związane z odpowiednią gęstością odżywczą [39]. Dlatego niezwykle ważne jest zastosowanie przez dietetyka analizy spożywanych posiłków przez pacjentów z bulimią pod względem gęstości odżywczej. Niewątpliwy jest fakt, że zastosowanie pojęcia „gęstości odżywczej” w terapii z pacjentami chorującymi na bulimię może przyczynić się do zmniejszenia poziomu lęku u tych osób. Związane jest to z tym, iż pojęcie „kaloryczności diety” w wyniku zmiany percepcji i schematów poznawczych u tych pacjentów wzbudza silny lęk, brak poczucia bezpieczeństwa oraz zagrożenie, co automatycznie staje się silnym stresorem w ich życiu, który bez braku odpowiedniego wsparcia społecznego może utrudnić prawidłowy przebieg terapii.

Kolejnym elementem edukacji żywieniowej jest także rozwój właściwych nawyków żywieniowych, czyli spożywania przynajmniej trzech posiłków dziennie oraz odpowiednio dobranych przekąsek, co jest kluczowe w zmianie dotychczasowego, chaotycznego trybu jedzenia u chorych na bulimię [4]. Dzienniczki żywieniowe oraz jadłospisy mogą znacznie ułatwiać kontrolę spożywanych pokarmów i tym samym ograniczać panujący dotychczas w diecie bulimików chaos. Ponadto taka narzucona samokontrola umożliwia choremu rozpoznanie uczucia głodu i sytości, co prowadzi do zmiany restrykcyjno-oczyszczających zachowań. Należy pamiętać także o tym, by zalecana dieta i podaż energii sprzyjały zachowaniu właściwej masy ciała chorych [4, 39].

Warto zwrócić uwagę na to, że interwencja żywieniowa to proces interaktywny, a jego skuteczność w dużej mierze zależy od aktywnej roli pacjenta w planowaniu i wyborze swoich posiłków [39]. Do głównych rekomendacji dietetycznych dla pacjentów chorych na bulimię zalicza się nauczanie osób z bulimią: 1) unikania jedzenia rękami, 2) spożywania posiłków zawsze wymagających użycia sztućców, 3) unikania zimnych potraw oraz spożywania ciepłych lub gorących dań, w celu zwiększenia poczucia sytości, 4) wydłużania czasu posiłku poprzez spożywanie warzyw, sałatek, owoców, 5) wybieranie produktów pełnoziarnistych, bogatych w błonnik pokarmowy, 6) komponowania diety z uwzględnieniem różnorodności produktów oraz jej prawidłowego zbilansowania, 7) spożywania produktów naturalnie podzielonych na porcje (ziemniaki zamiast ryżu lub makaronu; rogaliki lub bułki zamiast

chleba), 8) uwzględniania właściwych proporcji tłuszczów w diecie, w celu zwiększenia sytości i zmniejszenia prędkości opróżniania żołądka, 9) jedzenia na siedząco, bez pośpiechu, 10) planowania posiłków i przekąsek oraz prowadzenia dzienniczka żywieniowego [39].

Ponadto dieta osoby z bulimią powinna zawierać odpowiednią proporcję białka, tłuszczu i węglowodanów. Badania sugerują, że spożywanie właściwych ilości węglowodanów może zredukować napady objadania się u pacjentów szczególnie wrażliwych na zmiany w syntezie neuroprzekaźników w OUN (ośrodkowym układzie nerwowym). Również niezwykle ważna jest odpowiednia podaż aminokwasów biorących udział w syntezie neuroprzekaźników i hormonów. Natomiast umiarkowana ilość tłuszczu jest niezbędna do zapewnienia pacjentowi uczucia sytości i tym samym zmniejszenia epizodów podjadania pomiędzy posiłkami. Ponadto różnorodność oraz struktura i skład spożywanych produktów także mogą zwiększać uczucie sytości [39].

Pokarmy spożywane przez chorujących na bulimię, szczególnie w trakcie epizodów objadania się mają zwykle niską gęstość odżywczą, stąd pojawiają się niedobory żywieniowe w spożyciu wielu witamin - A, E, C oraz witamin z grupy B: B1, B2, B6, B12 [41] i składników mineralnych takich jak: żelazo, wapń, cynk, potas. Paradoksalnie duże spożycie witaminy C może być konsekwencją picia przez tych chorych dużych ilości soków owocowych, które mają na celu prowokowanie wymiotów. Zmniejszone spożycie wapnia, żelaza, cynku jest prawdopodobnie spowodowane unikaniem produktów zwierzęcych i mlecznych przy jednoczesnym nie wprowadzaniu do diety ich zamienników pochodzenia roślinnego [42]. Owe braki żywieniowe mogą zostać uzupełnione przez właściwą dietę. Jednakże na początku terapii pacjenci nie są w stanie jej w pełni stosować, dlatego niezbędną w tej sytuacji okazuje się suplementacja pod nadzorem dietetyka i/lub lekarza [37]. Spożywanie witamin przez pacjentów powinno być regularnie kontrolowane w celu uniknięcia awitaminozy lub hiperwitaminozy [41]. Jak wskazują badania najpopularniejszym suplementem zalecanym przez dietetyków u tych pacjentów są preparaty multiwitaminowe oraz potas [5]. Gendall i inni [42] zwracają także uwagę na niedobory witaminy B12 oraz kwasu foliowego, które również powinny być uzupełnione, gdyż większość kobiet chorych na bulimię jest w wieku prokreacyjnym. Dobrym źródłem witaminy B12 są produkty zwierzęce, tj. wątroba, ryby (śledź, makreła, łosoś, pstrąg, flądra, dorsz), wołowina, baranina, cielęcina, żółtko jaja kurzego. Natomiast Kwas foliowy znajduje się głównie w produktach roślinnych np. kalafior, groch, szpinak, cebula, sałata, buraki, marchew, kapusta, drożdże, grzyby [44]. Autorzy zalecają także spożywanie produktów bogatych w żelazo, cynk i wapń już na samym początku terapii.

Zachowania kompensacyjne chorych na bulimię mające na celu oczyszczanie się mogą mieć znaczący wpływ na równowagę elektrolitową i wodną organizmu. Choć powszechnie uważa się, że działanie środków przeczyszczających polega na zmniejszeniu wchłaniania spożytych kalorii, to w rzeczywistości ich absorpcja jest mniejsza zaledwie o 12%, a utrata wagi będąca efektem stosowania tego typu środków jest spowodowana przede wszystkim odwodnieniem organizmu [39]. Stąd konieczność zadbania o normalizację gospodarki wodno-elektrolitowej organizmu w celu uniknięcia poważniejszych zaburzeń ustroju.

Wnioski

Najnowsze doniesienia ewidentnie wskazują na to, że psychoterapia połączona z interwencją żywieniową dają lepsze rezultaty terapeutyczne niż sama psychoterapia. W związku z tym dietetycy kliniczni są niezbędnymi członkami multidyscyplinarnego zespołu leczącego zaburzenia odżywiania, ponieważ posiadają niezbędną wiedzę dotyczącą żywienia, fizjologii, biochemii a także odpowiednie umiejętności, dzięki którym potrafią skłonić pacjentów do zmiany zachowań związanych z psychologicznymi, socjologicznymi oraz kulturowymi aspektami jedzenia.

Ścisła współpraca dietetyka i lekarza powinna dotyczyć zaplanowania dla pacjenta indywidualnie dobranej diety złożonej z odpowiedniej ilości wody, elektrolitów, białka, węglowodanów, tłuszczów, składników mineralnych oraz witamin. Należy jednak pamiętać o tym, że prawidłowo przeprowadzona interwencja żywieniowa powinna być poprzedzona oceną żywieniową uwzględniającą zachowania pacjenta, jego stan odżywienia, a także nawyki żywieniowe. Ustalenie niedoborów żywieniowych i ich możliwych przyczyn, a także pojawiających się w ich wyniku komplikacji medycznych jest niezbędne do ustalenia indywidualnego planu wspomagania żywieniowego pacjenta chorego na bulimię. Interwencja żywieniowa powinna być dostosowana do potrzeb i możliwości konkretnego pacjenta, a jej postępy muszą być kontrolowane i systematycznie oceniane przez specjalistę.

Adres do korespondencji:

Mgr Mariusz Jaworski, Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
ul. Żwirki i Wigury 81a, 02-091 Warszawa

Piśmiennictwo

1. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Zaburzenia wczesnodziecięce, W: Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Poznań: Wydawnictwo Zys i S – ka; 2003, s. 363- 369.
2. Beaudette T. Eating disorders: nutritional status and management. *Seminars in nutrition*. 1998; 18, 1: 1-17.
3. American Psychiatric Association: treatment of patients with eating disorders. *Am. J. Psychiatry*, 2006; 163: 4-54.

4. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *J. Am. Dietetics Assoc.* 2006; 106: 2073-2080.
5. Hart S, Abraham S, Luscombe G, Russell J. Eating disorder management in hospital patients: Current practice among dietitians in Australia. *Nutrition and Dietetics.* 2008; 65: 16-22.
6. Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition.* 2010; 25, 2: 122-136.
7. Hart S, Russell J, Abraham S. Nutrition and dietetic practice in eating disorder management. *J. Hum. Nutrition and Dietetics.* 2011; 24: 144-153.
8. Laessle RG, Beumont PJ, Butow P, Lennerts W, O'Connor M, Pirke KM, Touyz SW, Waadt S. A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *Br. J. Psychiatry: The Journal of Mental Science.* 1991; 159: 250-261.
9. Kirk S. Nutritional counselling in bulimia nervosa. A case study. *J. Hum. Nutr. Diet.* 1993; 6: 57-61.
10. Beumont PJ, Russell JD, Touyz SW, Buckley C, Lowinger K, Talbot P, Johnson GF. Intensive nutritional counselling in bulimia nervosa: a role for supplementation with fluoxetine? *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 1997; 31: 514-524.
11. Salvy SJ, McCargar L. Nutritional interventions for individuals with bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders.* 2002; 7, 4: 258-267.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-T: Washington: American Psychiatric Association 2004.
13. Fairburn CG, Beglin SJ. Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am. J. Psychiatry.* 1990; 147: 401-408.
14. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Med Gen Med.* 2004; 6, 3: 49.
15. Carlat DJ, Carmago CA. Review of bulimia nervosa in males. *Am. J. Psychiatry.* 1991; 148: 831-843.
16. Rajewski A. Zaburzenia odżywiania, W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2004, s. 247-265.
17. Średniawa H. Aspekty kliniczne i terapeutyczne leczenia bulimii. *Nowa Medycyna.* 1996; 17: 72-78.
18. Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 2001; 104: 122-130.
19. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson D, Haydel K, Hammer L. i wsp. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *Int. J. Eating Dis.* 1994; 16: 227-238.
20. Stice E, Agras WS. Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Beh. Ther.* 1998; 29: 257-276.
21. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology.* 2002; 21: 131-138.
22. Burton E, Stice E. Evaluation of a healthy-weight treatment program for bulimia nervosa: A preliminary randomized trial. *Beh. Res. Ther.* 2006; 44: 1727-1738.
23. Walsh JME, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. The role of the primary care physician. *J. Gen. Internal Med.* 2000; 15: 577-590.
24. Mitchell JE. Bulimia nervosa. *Boletín De La Asociación Médica De Puerto Rico.* 1991; 83, 1: 22-24.
25. Wilson G, Fairburn C. Cognitive treatments for eating disorders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61, 2: 261-269.
26. Treasure J, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Keilen M, Dodge E. First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *BMJ.* 1994; 308: 686-689.
27. Wilson GT. Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Beh. Res. Ther.* 1999; 37: 79-95.
28. Latner JD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors.* 2000; 1: 3-21.
29. Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian J. Psychiatry.* 2010; 52: 174-186.
30. Kierkuś J, Socha P, Socha J. Pogłębiona ocena stanu odżywiania u dzieci. *Standardy Med.* 2007; 4: 504-505.
31. Ingram M. Nutrition Intervention in Eating Disorders. *Eating Disorders News.* Saint Louis Behavioral Medicine Institute. 2009; 2, 1: 1-2.
32. Łysiak-Szydłowska W. *Żywnienie kliniczne.* Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica; 2000.
33. Mroczkowska D, Ziółkowska B. *Bulimia od A do Z. Compendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców.* Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2011, s. 93-95.
34. Mitchell JE, Mitchell J, Hatsukami D, Pomeroy C, Eckert E, Fletcher L, Pyle R. The impact of treatment on meal patterns in patients with bulimia nervosa. *Int. J. Eating Dis.* 1989; 3, 2: 167-172.

35. Hsu LK, Rand W, Sullivan S, Liu DW, Mulliken B, McDonagh B, Kaye WH. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol. Med.* 2001; 31, 5: 871-879.
36. O'Connor M, Touyz S, Beumont P. Nutritional management and dietary counseling in bulimia nervosa: Some preliminary observations. *Int. J. Eating Dis.* 1988; 7: 657-662.
37. Setnick J. Micronutrient deficiencies and supplementation in anorexia and bulimia nervosa: a review of literature. *Nutrition In Clinical Practice: Official Publication Of The American Society For Parenteral And Enteral Nutrition.* 2010; 25, 2: 137-142.
38. Alpers GW, Tuschen-Caffier B.: Energy and macronutrient intake in bulimia nervosa. *Eating Behaviors.* 2004; 5, 3: 241-249.
39. Rock CL, Yager J. Nutrition and eating disorders: A primer for clinicians. *Int. J. Eating Dis.* 1987; 6: 267–280.
40. Rock CL. Nutritional and Medical Assessment and Management of Eating Disorders. *Nutrition in Clin. Care.* 1999; 2: 332–343.
41. Philipp E, Fichter MM, Eckert M, Wolfram G, Pirke KM, Seidl M, Tuschl RJ. Vitamin status in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J Eating Dis.* 1989; 3, 2: 209-218.
42. Gendall KA, Sullivan PE, Joyce PR, Carter FA, Bulik CM. The nutrient intake of women with bulimia nervosa. *Int. J. Eating Dis.* 1997; 21: 115–127.
43. Książyk J. Antropometryczna ocena stanu odżywienia. *Standardy Medyczne.* 2007; 4: 499–503.
44. Kunachowicz H, Nadolna I, Iwanow K, Przygoda B. Wartość odżywcza wybranych produktów spożywczych i typowych potraw. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 2005. s.24-72.
45. Serfaty M, Turkington D, Heap M, Ledsham L, Jolley E. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effects of the treatment phase. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 1999; 7, 334–350.
46. Waisberg JL, Woods MT. A nutrition and behaviour change group for patients with anorexia nervosa. *Can. J. Diet. Pract. Res.* 2002; 63, 202–205.