

Anna Wyszogrodzka-Kucharska, Agnieszka Remlinger-Molenda

Współwystępowanie zaburzeń osobowości i zaburzeń odżywiania – opis przypadku pacjentki z bulimią i osobowością nieprawidłową typu *borderline*

The concomitance of personality disorders and eating disorders – description of a case of a patient with bulimia and abnormal personality of borderline type

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

Correspondence to: Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychiatrii Młodzieżowej Katedry Psychiatrii UM w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, tel.: (042) 675 73 71.

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Opis przebiegu choroby u 21-letniej pacjentki z rozpoznaniem *bulimia nervosa* oraz osobowości nieprawidłowej typu *borderline*. Pacjentka po 2 latach trwania zaburzeń odżywiania sama zgłosiła się do ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej. Do poradni przyklinicznej zgłaszała się regularnie przez cztery kolejne miesiące, po czym przerwała leczenie psychiatryczne bez wcześniejszego powiadomienia. W tym czasie podjęła też psychoterapię indywidualną, nie zaakceptowała natomiast propozycji spotkania rodzinnego. Mimo próśb lekarza prowadzącego, dwukrotnie nie zgłosiła się w umówionym terminie na badanie psychologiczne. W ramach farmakoterapii włączono fluoksetynę, początkowo w dawce 20 mg/dobę, a następnie 40 mg/dobę. W czasie wizyt poradnianych kontrolowano masę ciała (BMI) oraz stężenia elektrolitów w surowicy krwi. Niewielką poprawę pacjentka deklaruwała już po miesiącu kompleksowej terapii. Po czterech miesiącach leczenia obserwowano dalszą poprawę samopoczucia i funkcjonowania. Chora miała lepszy i stabilniejszy nastrój, apetyt uległ zmniejszeniu, spadła częstość napadów objadania się i wymiotów. Dziewczyna lepiej wywiązywała się z dotychczasowej pracy, a także postanowiła powrócić na studia.

Słowa kluczowe: *bulimia nervosa*, osobowość typu *borderline*, napady objadania się, zachowania kompensacyjne, BMI

Summary

A case reports a history of 21-year-old female patient with bulimia nervosa and borderline personality disorder. After 2 years of untreated illness the patient presented to the Out-patient Clinic. She attended the Clinic regularly for 4 months, then stopped visits without any information. The patient also started individual psychotherapy, but she refused family meeting. Despite of the doctor's request she did not come for the psychological examination twice. She was prescribed fluoxetine; initial daily dose of 20 mg, then daily dose of 40 mg. BMI and electrolytes' plasma concentrations were checked at the visits. The patient declared getting a little better even after 1 month of complex therapy. Further improvement of mental state and functioning was observed after 4 months of her treatment. The patient had better and more stable mood, appetite diminished,

binge eating and vomiting episodes became less frequent. The patient was more effective with her work and she decided to study anew.

Key words: bulimia nervosa, borderline personality disorder, binge eating, compensatory behaviours, body mass index

WSTĘP

Bardzo ważnym zagadnieniem wydaje się być problem współwystępowania bulimii z zaburzeniami osobowości typu *borderline*⁽¹⁻³⁾. Lacey (1997) uważa, że często cechy osobowości pacjentek z bulimią składają się na tzw. osobowość wieloimpulsywną charakteryzującą się zaburzoną kontrolą impulsów nie tylko w zakresie jedzenia, lecz także w innych sferach życia, manifestującą się uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, tendencją do samouszkodzeń, podejmowaniem prób samobójczych, dokonywaniem kradzieży, impulsywnymi zachowaniami seksualnymi^(por. 2).

W rodzinach chorych cierpiących na bulimie często panuje pewna chaotyczność. Brak jest jasnych zasad rządzących życiem rodzinnym, uczucia, zwłaszcza te trudne, takie jak złość, czy niezadowolenie, wyrażane są w raniący, gwałtowny, często nieprzewidywalny sposób. Ponadto w rodzinach tych występują niejednokrotnie zaburzenia kontroli impulsów, uzależnienia któregoś z członków rodziny, często rodzica, przemoc. Bywa i tak, że dziecko musi na siebie przejąć rolę dorosłego, niejako go zastępując, co może rodzić poczucie nieradzenia sobie z przytłaczającą rolą, agresję, lęk i w końcu wystąpienie objawów choroby⁽²⁾.

OPIS PRZYPADKU

21-letnia pacjentka zgłosiła się do Przyklinicznej Poradni Zaburzeń Odżywiania w listopadzie 2004 roku. Powodem zgłoszenia były zaburzenia odżywiania, które sama u siebie zidentyfikowała oraz złe samopoczucie psychiczne i fizyczne.

Chora podawała, że zaburzenia odżywiania trwały od około 2 lat. W listopadzie 2002 roku zaczęła się intensywnie odchudzać; zjadała wówczas w ciągu dnia 2 jogurty lub 3 jabłka bądź galaretkę i pieczywo ryżowe. Jedynie w piątki jadła to, na co miała ochotę, w tym słodycze. Z czasem, po piątkowej konsumpcji zaczęła wymiotować, żeby pozbyć się nadmiaru spożytego pożywienia. Bardzo bała się, że przytyje. Do marca 2003 roku schudła 12 kg (BMI=23,1); ważyła 47 kg przy wzroście 160 cm (BMI=18,4).

Od marca 2003 roku wymiotowała już codziennie, średnio 2-3 razy na dobę, do czego dołączyły się również napady wieczornego obżarstwa. Jeżeli nie zwymiotowała po posiłku, to źle się czuła. Była rozdrażniona, nie mo-

gła się na niczym skoncentrować, wieczorem miała problemy z zasypianiem. Wówczas już nie musiała prowokować wymiotów. Jak podała, wystarczyło, żeby po zjedzeniu posiłku o nich pomyślała. Jednak, by mieć poczucie, że żołądek został całkowicie opróżniony, zaczęła stosować do prowokowania wymiotów różne przedmioty, np. łyżeczki, słomki, ale za najskuteczniejszą uznała szczoteczkę do zębów. Pacjentka jednocześnie zintensyfikowała wysiłek fizyczny – chodziła na basen i aerobik. W tym czasie przytyła do 53 kg (BMI=20,7).

W ostatnich dniach kwietnia 2003 roku przed spotkaniem towarzyskim z rówieśnikami chciała mieć płaski brzuch i żeby pozbyć się całej zawartości żołądka, głębiej niż zwykle drażniła przełyk szczoteczką do zębów, w efekcie czego połknęła ją. Dopiero następnego dnia, już po imprezie, zgłosiła się do lekarza. Liczyła, że samej uda jej się wydalić szczoteczkę, ale mimo środków przeczyszczających to nie nastąpiło. Była hospitalizowana. Wykonano zdjęcie RTG żołądka. Próba wydobywania przedmiotu podczas gastroskopii nie powiodła się. Dziewczyna została poddana zabiegowi operacyjnemu, który przebiegł bez powikłań. O hospitalizacji i jej przyczynie rodzice dowiedzieli się dopiero po wypisie ze szpitala. Pacjentka stwierdziła, że bała się ich reakcji. Po powrocie do domu przyjmowała niewielkie ilości pożywienia, głównie gotowane warzywa z ryżem lub kaszą, nie wymiotowała. Ważyła wówczas 49 kg (BMI=19,1). Przez 2 miesiące nie miesiączkowała. Miesiączka wróciła po stymulacji hormonalnej zleconej przez endokrynologa. Na wakacje wyjechała na 4 miesiące do pracy w restauracji McDonald's do USA. Tam odżywiła się nieregularnie, cały czas objadała się i wymiotowała po każdym posiłku. Przytyła do 63 kg (BMI=24,6). Po powrocie, w październiku 2003 roku, stosowała dietę, ale jednocześnie miała napady objadania się z następującymi po nich wymiotami. By uśpić czujność rodziców, którzy od czasu operacji zaczęli zwracać uwagę na jej sposób odżywiania się, wymiotowała w łazience do reklamówki, którą następnie wyrzucała przez okno. Sprawa wyszła na jaw po interwencji dozorczyń. Przez miesiąc pacjentka schudła do 55 kg (BMI=21,5).

Od listopada 2003 roku przez 4 miesiące spotykała się 1-2 razy w tygodniu z psychologiem. Sesje terapeutyczne według pacjentki nie przynosiły pozytywnych rezultatów. Twierdziła, że rozpracowała psychikę psychologa i wiedziała, kiedy może go okłamać. Spotkania przerwała bez wcześniejszego uprzedzenia.

Od maja 2004 roku przez około miesiąc czasu wymiotowała mniej, ale objadanie się i wymioty nasiliły się w czasie wakacji.

We wrześniu 2004 roku w czasie prowokowania wymiotów dziewczyna kolejny raz połknęła szczoteczkę do zębów. Konieczne było jej operacyjne usunięcie, chociaż tym razem do lekarza zgłosiła się natychmiast po połknięciu przedmiotu.

Przyznała, że zarówno po pierwszej, jak i po drugiej operacji otrzymała od lekarza informacje o zagrożeniach, w tym o możliwych następstwach i powikłaniach takiego jej postępowania. Mimo to w kilka tygodni po operacji ponownie zaczęła używać szczoteczki do zębów do prowokowania wymiotów po napadach objadania się.

W czasie pierwszej wizyty w tutejszej poradni pacjentka podała, że obecnie wymiotuje raz dziennie, po napadzie obżarstwa różnymi produktami, jednak z przewagą produktów z wysoką zawartością węglowodanów. Po napadach objadania się, ale też po wymiotach, czuła do siebie obrzydzenie, wstręt. Wymiotowała spontanicznie lub po użyciu szczoteczki. Nadal uważała ten sposób za najbardziej skuteczny. Stosowała też ziołowe środki przeczyszczające.

Miesiączkowała nieregularnie. Masa ciała wynosiła 59,8 kg (BMI=23,4) i utrzymywała się na tym poziomie od dłuższego czasu. Negowała wysiłek fizyczny. Sen nocny bez zaburzeń. Zgłaszała skargi na rozdrażnienie skutkujące wybuchami gniewu i złości, labilność nastroju, codzienne bóle głowy, uczucie osłabienia fizycznego oraz próchnicę zębów i ból gardła. W przeszłości miała powiększone ślinianki przyuszne. W badaniu fizykalnym zwracały uwagę rozstępy skórne wynikające z wahań masy ciała.

Pacjentka zaprzeczyła, by kiedykolwiek przyjmowała środki psychoaktywne inne niż alkohol; ten ostatni piła średnio raz w tygodniu w czasie spotkań towarzyskich. Negowała samouszkodzenia. Dwukrotnie w celach suicydalnych połykała tabletki (Valerin) – 3 lata wcześniej i 4 miesiące wstecz. Wyjaśniła, że nie były to przemyślane i planowane działania i że tak naprawdę nie chciała pozbawić się życia, a jedynie uciec od problemów szkolnych i okazać bunt wobec reguł narzucanych jej przez rodziców. Zaprzeczała nadużyciom seksualnym. Negowała inne schorzenia oraz urazy i utraty przytomności. Pacjentka ukończyła liceum ogólnokształcące. W czasie trwania nauki z inicjatywy rodziców 5 razy spotkała się z psychologiem szkolnym z powodu problemów wychowawczych (złe towarzystwo, imprezy, wagary, konflikty z rodzicami).

W czasie terapii była studentką III roku stosunków międzynarodowych na prywatnej uczelni; od kwietnia 2004 roku na urlopie dziekańskim w związku z opuszczaniem zajęć i niezaliczeniem kilku egzaminów. Pracowała w firmie farmaceutycznej jako pracownik produkcji podstawowej. Mówiła, że podobnie jak matka, odchudzała się całe życie, ale nie tak drastycznie jak od 2 lat. Była jedy-

naczką. Ojciec, lat 46, miał zarejestrowaną działalność gospodarczą – sklep. We wcześniej pracował jako kierownik tirów. Matka, lat 43, z wykształcenia technik ekonomista, była na zasiłku dla bezrobotnych i pomagała w prowadzeniu sklepu. Rodzice nigdy nie nadużywali alkoholu, w domu nie było przemocy. Wywiad rodzinny w kierunku zaburzeń psychicznych ujemny. O matce pacjentka mówiła, że jest nerwowa, bardzo rygorystyczna, nieokazująca emocji. Twierdziła, że lepszy kontakt zawsze miała z ojcem. Ówczesne relacje z rodzicami oceniała jako lepsze niż kiedyś. Mieszkała razem z nimi. Miała towarzystwo rówieśników. Nigdy nie miała trudności z nawiązywaniem znajomości. Uważała, że jest lubiana. Miała kilku chłopaków, a w obecnym związku była od kilku miesięcy.

Od kwietnia 2004 roku kilkakrotnie okradła rodziców i babcię. Z domu wynosiła i sprzedawała złoto. Babci zabrała kartę płatniczą. Sprawa trafiła na policję, ale na prośbę rodziców została wycofana. Koleżance z uczelni ukradła telefon komórkowy.

Po wykluczeniu chorób somatycznych oraz innych zaburzeń psychicznych rozpoznano u pacjentki bulimię i osobowość typu *borderline*⁽⁴⁾. Po pierwszej wizycie zaproponowano jej psychoterapię indywidualną oraz farmakoterapię (fluoksetyna 20 mg/dobę). Propozycja spotkania rodzinnego w celu ewentualnego podjęcia terapii rodzinnej nie została przez chorą zaakceptowana.

W czasie kolejnej wizyty, po miesiącu, chora deklarowała niewielką poprawę, zmniejszyła się częstość napadów objadania się i wymiotów do 1 raz na 2-3 dni, nastrój był nieco stabilniejszy. Zgłaszała skargi na senność w ciągu dnia. Pacjentka zgodnie z zaleceniami podjęła psychoterapię indywidualną. Farmakoterapię kontynuowano fluoksetyną w dotychczasowej dawce dobowej. Kontrolne stężenia elektrolitów były w normie. Masa ciała wynosiła 58,00 kg (BMI=22,7).

W styczniu 2005 roku pacjentka deklarowała dalszą poprawę. Zauważyła ewidentne zmniejszenie się apetytu. Wymioty występowały 1 raz na 4-5 dni. W czasie napadów objadania się zjadała mniejsze ilości pokarmów. Ustąpiła senność w ciągu dnia. Masa ciała wynosiła 57,00 kg (BMI=22,3). Nadal skarżyła się na drażliwość. Zwiększono dawkę fluoksetyny do 40 mg/dobę. Elektrolity były w normie.

Podczas następnej wizyty, w lutym 2005 roku, masa ciała wynosiła 56,70 kg (BMI=22,2). Pacjentka deklarowała lepszy nastrój i mniejszą drażliwość. Przez 1 tydzień udało jej się w ogóle nie wymiotować. Dziewczyna pracowała w dotychczasowej firmie. Od października 2005 roku planowała powrócić na studia.

Chorą skierowano na badanie psychologiczne testem MMPI, ale dwukrotnie nie zgłosiła się w umówionym terminie. Zalecono kontynuację farmakoterapii (fluoksetyna 40 mg/dobę) i psychoterapii indywidualnej. Dziewczyna nie zgłosiła się na kolejną wizytę psychiatryczną.

PODSUMOWANIE

Leczenie pacjentek z współistniejącymi zaburzeniami odżywiania i zaburzeniami osobowości wymaga wielokierunkowych strategii terapeutycznych dostosowanych do ich indywidualnych potrzeb.

5-stopniowy model leczenia bulimii obejmuje⁽⁵⁾:

- 1) interwencje minimalne, jak psychoedukację lub indywidualne korzystanie z materiałów dydaktyczno-informacyjnych bądź uczestnictwo w grupach wsparcia,
- 2) ambulatoryjną psychoterapię behawioralno-poznawczą,
- 3) farmakoterapię (fluoksetyna, inne SSRI lub inne leki przeciwdepresyjne),
- 4) psychoterapię interpersonalną lub psychodynamiczną,
- 5) hospitalizację dzienną lub całodobową w przypadku pacjentek, u których nie uzyskano satysfakcjonującej poprawy lub które są w złym stanie psychicznym/fizycznym.

W omawianym przypadku zastosowano jednocześnie:

- psychoterapię indywidualną behawioralno-poznawczą,
- farmakoterapię fluoksetyną w dawce 20-40 mg/dobę,
- kontrolę masy ciała i stężenia elektrolitów w surowicy krwi,
- leczenie i zapobieganie powikłaniom (próchnica zębów spowodowana erozją szkliwa), regulację moto-

ryki przewodów pokarmowych (zapobieganie zaparciom, modyfikacja diety).

Wydaje się, że celowa byłaby w tym przypadku terapia rodzinna.

Po zastosowaniu długoterminowej kompleksowej opieki nad pacjentkami z bulimią u 50% z nich udaje się uzyskać całkowite ustąpienie objawów zaburzeń odżywiania, jednak nadal u 20% z nich symptomy utrzymują się bez okresów remisji, a u 30% pacjentek choroba przebiega z okresami poprawy i pogorszenia^(2,5).

PIŚMIENNICTWO:**BIBLIOGRAPHY:**

1. Casper R.C., Bedeker D., McClough J.F.: Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 830-840.
2. Józefik B. (red.): Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
3. Mikołajczyk E., Samochovec J., Śmiarowska M., Syrek S.: Analiza wymiarów temperamentu i charakteru u dorosłych kobiet z zaburzeniami odżywiania się. *Psychiatr. Pol.* 2004; 6: 1043-1054.
4. Pużyński S., Wciórka J. (red.): Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. „Vesalius”, IPIŃ, Kraków-Warszawa 2000.
5. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. U&P, Wrocław 2002; t. II: 528-537.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od każdego numeru pisma.

Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.

2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty

(4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.

Koszt całorocznej prenumeraty zagranicznej wynosi 25 dolarów.

3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu).

Cena numeru archiwalnego – 25 zł.

4. Prenumeraty można dokonać za pomocą załączonego blankietu.

Zamówienie proszę przesłać pocztą lub faksem.

5. Istnieje również możliwość zamówienia prenumeraty przez Internet.

Druk zamówienia znajduje się na stronie www.psychiatria.com.pl