

Magdalena Wiśniewska,
Nadia Kruszyńska,
Anna Posadzy-Mańczyńska

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego — udzielanie pomocy pacjentom

Eating disorders in family physician's practice: treatment options

STRESZCZENIE

Zaburzenia odżywiania często pozostają niezdiagnozowane przez lekarzy rodzinnych, a czasem nieleczone pomimo poprawnie postawionej diagnozy. Stosunkowo duża śmiertelność osób tak chorujących wynika między innymi z zaniechań ze strony lekarzy i pozostawienia problemu aż do skrajnego nasilenia objawów. Wśród wielu przyczyn tego problemu można wyróżnić brak wystarczającej wiedzy na temat procedury leczenia osób z zaburzeniami odżywiania. Od lekarza rodzinnego oczekuje się postawienia diagnozy i podjęcia decyzji o skierowaniu do specjalistów (psychoterapeuty, dietetyka, psychiatry) w zależności od potrzeb pacjenta. Zgodnie z kompetencjami lekarza rodzinnego należy również zapewnić pacjentowi ciągłość opieki, a więc koordynację działań różnych specjalistów i wsparcie pacjenta na różnych etapach leczenia. W niniejszej pracy wymienione zostały różne sposoby postępowania z pacjentem, u którego zdiagnozowano zaburzenie odżywiania.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 5, 230–233

Słowa kluczowe: anoreksja, bulimia, zaburzenie z napadami objadania się, kompulsywne objadanie się, leczenie zaburzeń odżywiania

ABSTRACT

Eating disorders often remain undiagnosed by family physicians and sometimes left untreated despite the correct diagnosis. Practitioners neglect and leave the problem until symptoms worsen which leads to relatively high mortality rates. Among numerous causes of mentioned problem, we can distinguish insufficient knowledge about treatment procedures of eating disorders. A family physician is expected to diagnose and decide about referrals to specialists (psychotherapist, dietician, psychiatrist) according to patients' needs. One of the family physician's competences is continuity of care, which means coordinating other specialists' work and supporting the patient during the whole treatment procedure. This review presents available methods of treatment for patients diagnosed with eating disorders.

Forum Medycyny Rodzinnej 2020, tom 14, nr 5, 230–233

Key words: anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, treatment of eating disorders

Adres do korespondencji:

Magdalena Wiśniewska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego
UM im. K. Marcinkowskiego
ul. Przybyszewskiego 49, 60–355 Poznań
mwisniewska@ump.edu.pl

Copyright © 2020 Via Medica
ISSN 1897–3590

Autorzy, opisując temat rozpoznawania zaburzeń odżywiania (ZO) w praktyce lekarza rodzinnego, zwrócili uwagę na potencjalne ograniczenia w tym zakresie i sposoby radzenia sobie z nimi. Wprowadzona została tematyka kryteriów diagnostycznych oraz kwestionariuszy wspierających stawianie diagnoz osobom cierpiącym na anoreksję, bulimię lub zaburzenie z napadami objadania się. Samo postawienie rozpoznania zaburzenia odżywiania niesie za sobą kolejny etap procedury — wdrożenie postępowania terapeutycznego. Niestety, nawet dobrze zdiagnozowane ZO niejednokrotnie nie są prawidłowo leczone. Niniejsza praca poświęcona jest tematowi kierowania i leczenia osób z zaburzeniami odżywiania z uwzględnieniem kompetencji lekarza rodzinnego.

Oczekuje się, że lekarz rodzinny postawi rozpoznanie choroby, skieruje pacjenta do odpowiedniego specjalisty (psychoterapeuty, dietetyka, psychiatry), umówi go na wizytę kontrolną i zajmie się wtórnymi problemami [1]. Pacjenci potrzebują różnych form pomocy — część będzie wymagała leków od psychiatry, część — hospitalizacji, psychoterapii, wsparcia dietetyka, a najczęściej będzie to więcej niż jedna z wymienionych potrzeb. To cały zespół działań, które mogą zniechęcać lekarzy do rozpoznawania ZO. Należy jednak pamiętać, że lekarz rodzinny nie ma obowiązku leczenia ZO samodzielnie. Jest na dobrej pozycji, aby „koordynować” działania różnych specjalistów, monitorując jednocześnie ogólny stan zdrowia pacjenta, co nie powinno być większym obciążeniem niż leczenie pozostałych schorzeń. Z badań opartych na opisach przypadków wynika jednak, że tylko 55% lekarzy skierowałoby pacjenta z ZO do innego specjalisty [2]. Kolejne wyniki badań wskazują, że mimo postawienia rozpoznania anoreksji, tylko 44,6% lekarzy skierowało by tak zdiagnozowaną osobę do psychologa lub psychiatry [3], a ci, którzy oprócz rozpoznania anoreksji postawili jeszcze inne — wystawiliby takie skierowanie tylko w 27,27% przypadków.

Do podobnie niepokojących wniosków można dojść, badając samych pacjentów. Wśród osób z bulimią, 40,3% otrzymało poradę lub leczenie w tym zakresie [4]. Inne wyniki badań podają, że jedynie około 1/3 osób z anoreksją i 6% osób z bulimią otrzymuje leczenie w zakresie zdrowia psychicznego [5]. W zależności od metod badawczych, można otrzymać różne rezultaty dotyczące zaangażowania lekarzy w leczenie zaburzeń odżywiania. Niezależnie od metod badawczych, można jednak wywnioskować, że zaburzenia odżywiania są diagnozowane zbyt rzadko, zbyt późno i w wielu przypadkach nie są prawidłowo leczone.

Często wskazywana przyczyna zaniedbań w leczeniu zaburzeń odżywiania to brak czasu. Oczekiwanie, że lekarz przyjmie w swoim gabinecie jak najwięcej pacjentów w jak najkrótszym czasie może sprawić, że specjaliści będą się koncentrować wyłącznie na zgłoszonych objawach i przypisywać najbardziej prawdopodobne hipotezy diagnostyczne, zamiast doszukiwać się informacji, o których pacjent nie mówi [5]. Sam proces leczenia tych zaburzeń jest również długotrwały [6]. Zdaniem wielu wchodzi one bardziej w obszar kompetencji specjalistów pracujących w zakresie zdrowia psychicznego [5]. Ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych, wielu lekarzy rodzinnych z oporem podchodzi do leczenia takich pacjentów. Szczególnie znamienne są przypadki podwójnej diagnozy — na przykład współwystępujące zaburzenie osobowości i zaburzenie odżywiania, których leczenie wykracza poza kompetencje lekarza rodzinnego [6]. Niemniej, są to choroby, które nasilają cierpienie pacjenta, często nieświadomego przyczyn swoich ograniczeń ani możliwości leczenia. Lekarz rodzinny bywa jedyną osobą, która może zwrócić uwagę na istnienie problemu i dostarczyć informacji o dostępnych opcjach terapeutycznych. Problem z procedurą leczenia tak naprawdę nie powinien dotyczyć lekarzy rodzinnych, gdyż ich rola powinna się ograniczyć do skierowania pacjenta do specjalistów.



Lekarz rodzinny bywa jedyną osobą, która może zwrócić uwagę na istnienie problemu i dostarczyć informacji o dostępnych opcjach terapeutycznych



**Leczenie zaburzeń
odżywiania powinno
obejmować holistyczne
podejście do pacjenta**

Currin i wsp. [7] zauważają, że w praktyce lekarzy rodzinnych rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania jest stosunkowo małe, w porównaniu z innymi schorzeniami [7]. W związku z tym można się spodziewać, że kiedy pacjent zgłasza tak niespecyficzne objawy jak zawroty głowy czy bóle stawów — lekarz w pierwszej kolejności koncentruje się na obiektywizacji dolegliwości. Niektóre objawy są wspólne dla zaburzeń odżywiania i takich chorób jak nadczynność tarczycy, nowotwory złośliwe, choroby zapalne jelit, infekcje, cukrzyca [8], zaburzenia układu rozrodczego [3], depresja [9]. Można by uznać, że kiedy lekarz ma wątpliwości diagnostyczne, lepszą decyzją jest skierowanie pacjenta do poradni zdrowia psychicznego niż pozostawienie go z bagatelizowaniem problemu. W tym zakresie pojawia się kolejne utrudnienie, które ma charakter systemowy. Lekarze z Kanady [5] i Irlandii [1] wskazują na ograniczenia w zakresie opieki zdrowotnej, jeżeli chodzi o specjalistów zaburzeń odżywiania czy zdrowia psychicznego w ogóle. Biorąc pod uwagę typowy przebieg tych chorób, z początkiem w okresie adolescencji, oraz towarzyszące temu doniesienia o brakach kadrowych w obszarze psychiatrii dziecięcej, podobnych problemów można się spodziewać w Polsce. Te domysły wymagają dokładnych badań empirycznych.

Przydatna jest podstawowa wiedza, która pozwoli dobrać sposób postępowania dla zdiagnozowanego pacjenta i skierować na odpowiednie konsultacje specjalistyczne. Leczenie zaburzeń odżywiania powinno obejmować holistyczne podejście do pacjenta. Częstym błędem lekarzy, wskazywanym przez pacjentów, jest pomijanie psychologicznych aspektów problemu i skupienie się wyłącznie na objawach fizycznych. Pierwszym punktem odniesienia powinna być ocena stopnia zagrożenia życia pacjenta — jeśli jest wysoka, osoba powinna być hospitalizowana. Kiedy to możliwe, stosuje się leczenie ambulatoryjne, które powinien poprzedzać indywidualny dla każdej chorej osoby plan leczenia. Rolą

lekarza rodzinnego jest ustalenie takiego planu i opieka nad pacjentem w zakresie wdrażania go. Należy wziąć pod uwagę zarówno aspekty fizyczne (jak poprawa stanu zdrowia, zwiększenie/zmniejszenie masy ciała, leczenie wtórnych skutków ZO, ustalenie właściwej diety), jak i psychologiczne (rozmowa o emocjonalnym podłożu problemów, diagnoza zaburzeń współwystępujących, dobór psychoterapii). Dużą skutecznością w leczeniu zaburzeń odżywiania cechuje się psychoterapia poznawczo-behawioralna [10], w Polsce dostępna w ramach NFZ w poradniach zdrowia psychicznego. W przypadku dzieci i osób nastoletnich, na dużą uwagę zasługuje ich relacja z rodzicami. Zdarza się, że problemy z masą ciała dziecka są tylko przejawem zaburzeń w całym systemie rodzinnym (np. anoreksja ujawnia się w czasie rozvodu rodziców). W takich okolicznościach warto wziąć pod uwagę terapię rodzinną i zaangażować opiekunów w proces zmiany. Taką terapię oferują niektórzy psycholodzy pracujący w poradniach zdrowia psychicznego, najczęściej w nurcie psychoterapii systemowej. W leczeniu pacjentów kompulsywnie objadających się zaleca się skupienie na regulacji emocji, strategiach radzenia sobie i kompulsywnych zachowaniach związanych z jedzeniem, zamiast koncentracji na wadze lub samym jedzeniu [11]. Jest to zgodne z przekonaniem pacjentów, że ich sposób żywienia silnie wiąże się z emocjami i to one są przyczyną problemów z masą ciała. Christopher Fairburn w swojej książce *Jak pokonać objadanie się* przedstawia szczegółowy opis mechanizmu objadania się oraz samopomocową metodę radzenia sobie z nim skierowaną do pacjentów [12].

Zadaniem lekarza rodzinnego jest podjęcie decyzji o zleceniu konsultacji psychiatrycznej w celu wdrożenia leczenia farmakologicznego. Wyniki badań sugerują, że selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny wykazują małą skuteczność we wsparciu leczenia osób z anoreksją. Niektóre osoby z bulimią mogą natomiast skorzystać na farmakoterapii

wraz z psychoterapią. Pacjentom z problemem kompulsywnego objadania się zalecana jest psychoterapia poznawczo-behawioralna jednocześnie z lekami psychotropowymi oraz edukacją w zakresie odżywiania [13]. Plan żywienia warto ustalić w konsultacji z dietetykiem, w polskich warunkach są to najczęściej wizyty nier refundowane przez NFZ. Wśród prywatnych usług istnieją też liczne ośrodki dla osób z zaburzeniami odżywiania zapewniające im kompleksową opiekę. Lekarz rodzinny powinien też pamiętać o zapewnieniu ciągłości opieki poprzez na przykład umawianie regularnych wizyt kontrolnych.

Rola lekarza rodzinnego w leczeniu zaburzeń odżywiania ściśle nawiązuje do pryncypiów medycyny rodzinnej [14], którymi są:

- ciągłość opieki,
- wszechstronność opieki,
- koordynacja opieki,
- dominacja prewencji,
- opieka w kontekście warunków środowiskowych,
- opieka w kontekście rodziny.

Tylko lekarz rodzinny jest w stanie uwzględnić je wszystkie, zapewniając tym samym szybkie rozpoznanie zaburzeń odżywiania i rozpoczęcie procedury leczenia w zależności od kontekstu i potrzeb pacjenta.

PIŚMIENNICTWO:

1. Flahavan C. Detection, assessment and management of eating disorders; how involved are GPs? *Ir J Psychol Med.* 2006; 23(3): 96–99, doi: [10.1017/S079096670000971X](https://doi.org/10.1017/S079096670000971X), indexed in Pubmed: [30290509](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30290509/).
2. Green H, Johnston O, Cabrini S, et al. General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: a vignette study based on the theory of planned behaviour. *Mental Health in Family Medicine.* 2008; 5: 213–218.
3. Higgins A, Cahn S. Detection of anorexia nervosa in primary care. *Eat Disord.* 2018; 26(3): 213–228, doi: [10.1080/10640266.2017.1397419](https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1397419), indexed in Pubmed: [29210607](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29210607/).
4. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, et al. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord.* 2007; 40(5): 399–408, doi: [10.1002/eat.20382](https://doi.org/10.1002/eat.20382), indexed in Pubmed: [17497708](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17497708/).
5. Linville D, Benton A, O'Neil M, et al. Medical providers' screening, training and intervention practices for eating disorders. *Eat Disord.* 2010; 18(2): 110–131, doi: [10.1080/10640260903585532](https://doi.org/10.1080/10640260903585532), indexed in Pubmed: [20390615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20390615/).
6. Clarke DE, Polimeni-Walker I. Treating individuals with eating disorders in family practice: a needs assessment. *Eat Disord.* 2004; 12(4): 293–301, doi: [10.1080/10640260490521343](https://doi.org/10.1080/10640260490521343), indexed in Pubmed: [16864522](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16864522/).
7. Currin L, Waller G, Schmidt U. Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: do they affect clinical actions? *Int J Eat Disord.* 2009; 42(5): 453–458, doi: [10.1002/eat.20636](https://doi.org/10.1002/eat.20636), indexed in Pubmed: [19115367](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19115367/).
8. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *American Family Physician.* 2003; 67(2): 297–304.
9. Currin L, Schmidt U, Waller G. Variables that influence diagnosis and treatment of the eating disorders within primary care settings: a vignette study. *Int J Eat Disord.* 2007; 40(3): 257–262, doi: [10.1002/eat.20355](https://doi.org/10.1002/eat.20355), indexed in Pubmed: [17167756](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17167756/).
10. Świącicki Ł. Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej. *Medycyna po dyplomie.* 2011; 7: 43–50.
11. Kornstein SG, Keck PE, Herman BK, et al. Communication between physicians and patients with suspected or diagnosed binge eating disorder. *Postgrad Med.* 2015; 127(7): 661–670, doi: [10.1080/00325481.2015.1084866](https://doi.org/10.1080/00325481.2015.1084866), indexed in Pubmed: [26343376](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26343376/).
12. Fairburn C. Jak pokonać objadanie się. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
13. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, et al. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc.* 2010; 85(8): 746–751, doi: [10.4065/mcp.2010.0070](https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0070), indexed in Pubmed: [20605951](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20605951/).
14. Latkowski JB, Lukas W. *Medycyna rodzinna.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.