

درمان موفقیت آمیز یک بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شدید (گزارش موردی)

Successful Treatment of a Case with Severe Anorexia Nervosa (A Case Report)

Sima Noohi [✉] M.D.

M.D. [✉] سیما نوحی

Abstract

Anorexia Nervosa, which is one of the eating disorders characterized by refusing to stay at even the minimum body weight that is normal for age and height or an intense fear of gaining weight in spite of being underweight, has a higher incidence in female adolescents around their mid-twenties.

It usually starts with exerting voluntary restrictions in eating, but obsessive-compulsive behaviors and anxiety are also commonly found in anorexic patients.

This is a case report on the diagnosis and treatment of an anorexic patient.

Keywords: Anorexia Nervosa, Treatment

چکیده

بی‌اشتهایی عصبی یکی از انواع اختلالات خوردن است. میزان بروز این بیماری در بین دختران نوجوان بیشتر است و غالباً در اواسط دهه دوم زندگی رخ می‌دهد. خودداری از حفظ بدن در حد حداقل وزن طبیعی متناسب با سن و قد یا ترس شدید از افزایش وزن حتی وقتی که وزن بیمار پایین‌تر از حد معمول باشد، از علایم این اختلال هستند. علایم همه بیماران در ابتدا با محدودیت در مصرف غذا شروع می‌شود. رفتار وسواسی-جبری و اضطراب از دیگر علایم روان‌پزشکی اختلال بی‌اشتهایی عصبی به شمار می‌روند. در این مقاله تشخیص و درمان یک مورد بی‌اشتهایی عصبی ارائه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بی‌اشتهایی عصبی، درمان.

✉ Correspondence address: Department of psychiatry,
Behavioral Sciences Research Center Baqiyatallah (a.s.)
University of Medical Sciences, Tehran, I.R. IRAN.

E-mail:

✉ نویسنده مسئول: استادیار گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری - دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج) - تهران - ایران

مقدمه

بی‌اشتهایی عصبی نوعی ترس مرضی از وزن گرفتن و یکی از زیر مجموعه‌های اختلالات خوردن است. معیارهای تشخیصی بی‌اشتهایی عصبی بر اساس طبقه‌بندی اختلالات روانی چاپ چهارم [۱] شامل خودداری از حفظ وزن در حداقل وزن طبیعی متناسب با سن و قد یا بالاتر از آن (مثلاً کاهش وزن کمتر از ۸۵٪ وزن مورد انتظار)، ترس و وحشت از افزایش وزن حتی وقتی که وزن پایین‌تر از حد طبیعی باشد، اختلال در تصویر بدن یا شکل آن در ارزیابی فرد از خود یا انکار وخامت وزن پایین فعلی و قطع عادات ماهیانه حداقل در سه دوره پیاپی می‌باشد.

شیوع اختلال بی‌اشتهایی عصبی که به دو نوع محدودکننده و نوع پرخوری-پاکسازی تقسیم می‌شود، ۱-۵٪ است و عمدتاً در اواسط دهه دوم زندگی اتفاق می‌افتد [۲]. علت دقیق این بیماری مشخص نیست؛ ولی احتمالاً اختلال ارتباط بین قشر مغز و عقده های قاعده ای نقش اساسی در فیزیوپاتولوژی آن بازی می‌کند [۳]. بیماران مبتلا معمولاً از اختلالات روانی همراه نیز به صورت افسردگی بی‌احساس، اختلال شناختی خفیف، اختلالات خلقی و اختلال سوء مصرف مواد رنج می‌برند [۷-۴]. بعلاوه کیفیت زندگی بیمارانی که دچار بی‌اشتهایی عصبی هستند، پایین بوده و این مسأله در طی درمان و همگام با بهبود شرایط جسمانی بیمار بهبود می‌یابد [۸]. در مطالعه ای به منظور شناخت عوامل مؤثر در کیفیت زندگی این گروه از بیماران چنین اعلام شد که اگر دو شاخص افسردگی و اضطراب این بیماران به صورت موفقیت آمیز درمان شود، شاخص کیفیت زندگی به میزان معناداری بهبود می‌یابد [۹]. علاوه بر تأثیری که اختلال بی‌اشتهایی عصبی بر زندگی خود فرد می‌گذارد، می‌تواند منجر به عوارض روانی و بویژه جسمانی مانند سوء تغذیه و کاهش وزن در کودکان مادرانی شود که به این بیماری مبتلا هستند [۱۰]. بویژه با توجه به این که این بیماری بیشتر خانم‌های واقع در سنین باروری را گرفتار می‌نماید، می‌تواند بر نتایج بارداری‌ها نیز تأثیر منفی بگذارد [۱۱]. همچنین والدین نوجوانان و جوانان مبتلا نیز مجبور به استفاده از مکانیسم دفاعی تطابق با این مشکل فرزندانشان می‌گردند که عوارض روانشناختی را در آینده در آنها به دنبال خواهد داشت

[۱۲]. لذا درمان به موقع این بیماران از اهمیت به‌سزایی برخوردار است؛ هرچند که در برخی از موارد نیز با بیمارانی مواجه می‌شویم که به درمان‌های رایج مقاوم بوده و نیاز به درمان‌های پیچیده‌تر پیدا می‌کنند. امروزه مطالعات بیشتر به بحث اپیدمیولوژی این بیماری معطوف گشته‌اند و مقالاتی که به مسأله درمان بیماران مبتلا و داروهای مورد استفاده در این زمینه پرداختند، کمتر به چشم می‌خورد؛ لذا در این مطالعه به معرفی موردی یک خانم مبتلا به این اختلال و نحوه درمان وی می‌پردازیم.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۲ ساله مجردی بود که با شکایت سردرد، سرگیجه، استفراغ بعد از هر وعده غذایی، کاهش وزن شدید، ترس، اضطراب، حالت یأس و ناامیدی مراجعه کرده بود و چنین بیان می‌کرد که اتفاقات ناگواری در شرف وقوع است. بی‌حالی و سستی، عدم اعتماد به نفس، دلمردگی، عدم توانایی گریه کردن و احساس عدم درک وضعیت او توسط دیگران او را مدت‌ها رنج می‌داد. تمایلی به حضور در جمع نداشت و انزواطلبی پیشه کرده بود. مشکلات بیمار از سنین ۱۱-۱۰ سالگی با افسردگی و گوشه‌گیری شروع شده بود. طی این مدت شرایط نامناسب خانوادگی علائم بیمار را تشدید می‌کرد. بیمار شرح حالی از عدم هماهنگی اعتقادی و فرهنگی و اختلافات زناشویی بین پدر و مادر و نیز ارتباطات توأم با سردی و نبود عاطفه مناسب ما بین فرزندان و والدین می‌داد. پدر بیمار فردی سخت‌گیر بود که ارتباط نامطلوب بیمار با پدر سختگیر مشکلات او را تشدید می‌کرد. مخالفت‌های پدر در زمینه ادامه تحصیل، انتخاب رشته تحصیلی و تصمیم‌گیری برای ازدواج، عدم اعتماد به نفس بیمار را بیشتر کرده بود. عدم موفقیت تحصیلی بیمار از جمله عوامل مستعدکننده بیماری و تشدید علائم وی به شمار می‌رفت.

شاخص توده بدنی^۱ بیمار خیلی کمتر از حد عادی (۱۱/۶ کیلوگرم بر متر مربع) و وزن وی پایین‌تر از ۸۵٪ وزن مورد انتظار بود (وزن بیمار معادل ۲۸ کیلوگرم و قد او ۱۵۵ سانتیمتر بود). همچنین ترس شدید بیمار از افزایش وزن یا چاق شدن حتی وقتی که وزن

^۱. BMI

اولیه کمتری بود؛ ولی پاسخ درمانی نهایی خوبی داشت و هیچگونه عوارض غیر معمول در وی دیده نشد. هرچند بیمار مورد بحث، در نهایت به سیکل های طبیعی ماهیانه بازگشت؛ اما باید به خاطر داشت که آمنوره تنها در ۲۵ درصد از چنین بیمارانی پس از درمان موفقیت آمیز اختلال زمینه ای موجود برطرف می گردد [۱۴] که علت این امر را نقش احتمالی کورتیزول در ایجاد آمنوره می دانند [۱۵].

مسأله ای که در مورد این بیمار جلب توجه می نمود، شرایط اضطرابی وی در هنگام مراجعه بود. این مشکل که از میان درمان های موجود کدام یک می توانند در شرایط فوریتی بهترین کارایی را داشته باشند، همواره مورد بحث و اختلاف نظر بوده است و داروهای جدیدی نیز که برای درمان چنین شرایطی معرفی می گردند، نمی توانند به طور کامل پاسخگوی نیازهای موجود باشند [۱۶].

بیمار معرفی شده در این مطالعه، به خوبی نظریه موجود در زمینه علت ایجاد اختلال بی اشتهایی عصبی مبنی بر تأثیر نقصان عواطف و احساسات [۱۷] را با توجه به شرح حال خانوادگی که می داد، توجیه می نماید. البته باید در نظر داشته باشیم که دیدگاه منفی راجع به چنین بیمارانی می تواند در نهایت به صورت یک چرخه معیوب عمل کند و علائم آنها را تشدید نماید [۱۸].

در این جا خاطر نشان می گردد که درمان مؤثر اختلال بی اشتهایی عصبی نیازمند استفاده صحیح و به موقع از سایر درمان های روانشناختی در کنار درمان طبی است. درمان موفق بیماران مبتلا به بی اشتهایی عصبی، مستلزم خانواده درمانی [۲۰، ۱۹] و رفتار درمانی شناختی^۲ [۲۱] است. ضمن آن که در موارد مقاوم به درمان استفاده از درمان هایی مانند پایش و اصلاح شیوه تغذیه خانواده فرد مبتلا، خالی از فایده نخواهد بود [۲۲]. هرچند که در موارد مقاوم به درمان باید احتمال وجود بیماری های جسمی را که علائمی مشابه اختلال بی اشتهایی عصبی دارند، در نظر داشت و از اقدامات تشخیصی در این زمینه نیز غافل نشد [۲۳]. در صورت رفع خطر خودکشی، توانایی جهت حفظ افزایش وزن، تثبیت وضعیت سلامت فرد، طبیعی شدن نوار قلبی و الکترولیت های سرم

پایین تر از حد طبیعی بود، از دیگر ملاک های تشخیصی موجود محسوب می شد. طی دو سال اخیر خونریزی ماهیانه بیمار قطع شده و حجم عضلات بدن به شدت کاهش یافته بود.

کاهش چربی و نزار بودن بیمار موجبات عدم تحمل به سرما را برای بیمار ایجاد کرده بود. بیمار از نفخ شکم، درد اپی گاستر و یبوست طولانی مدت و شدید شکایت می کرد. حس چشایی بیمار مختل شده بود. دچار خستگی و ضعف بود. بررسی های آزمایشگاهی کاهش پتاسیم، کلسیم، منیزیم، کم کاری تیروئید، کاهش هموگلوبین خون، افزایش میزان اوره خون و کاهش میزان فیلتراسیون گلومرولی را نشان می داد.

بیمار بعد از تشخیص اختلال بی اشتهایی عصبی، بر اساس معیارهای DSM-IV، بستری و تحت مراقبت های شدید و مایع درمانی به صورت وریدی قرار گرفت. بیمار روزانه با ۵۰۰ کالری بیشتر از مقدار لازم برای حفظ وزن موجود (۲۰۰۰-۱۵۰۰ کالری در روز) که در ۶ وعده غذایی (حجم های کم و به دفعات بیشتر) داده می شد، تحت درمان قرار گرفت. وضعیت بیمار به طور شبانه روزی پایش می شد و از نظر استفراغ های مکرر و روش های پاکسازی توسط پرسنل پرستاری تحت کنترل بود. افکار خودکشی بیمار مرتباً بررسی می گردید و بیمار هر روز توزین می شد. اختلالات الکترولیتی ظرف ۳ هفته به تدریج اصلاح شد. بعد از گذشت سه هفته درمان وزن بیمار از ۲۸ کیلوگرم به ۵۸ کیلوگرم رسید. با تنظیم داروهای بیمار و ادامه درمان های روان شناختی به صورت سرپایی و با قرار ویزیت مجدد مرخص شد.

بحث

درمان موفقیت آمیز این خانم ۳۲ ساله علاوه بر این که از نظر روانشناختی انجام گردید، شامل بعد جسمانی وی نیز شد. هدف اولیه درمانی، بازگرداندن وضعیت تغذیه ای بیمار به حالت طبیعی و اصلاح الکترولیت ها بود. مایع درمانی مناسب و کامل پس از بستری کردن در بیمارستان جزء اولیه درمان بود و درمان طبی مناسب با نظارت ۲۴ ساعته جهت جلوگیری از استفراغ، استفاده از مسهل و ملین میسر گردید. این خانم با آن که نسبت به گزارش های موردی قبلی در این زمینه [۱۳]، دارای شاخص توده بدنی

² cognitive-behavioral therapy

- 6- Godart NT, Perdereau F, Jeammet P, Flament MF. Comorbidity between eating disorders and mood disorders: review. *Encephale* 2005; 31: 575-87.
- 7- Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2006; 39(4): 294-295.
- 8- Danzl C, Kemmler G, Gottwald E, Mangweth B, Kinzl J, Biebl W. Quality of life of patients with eating disorders. A catamnestic study. *Psychiatr Prax* 2001; 28(1): 18-23.
- 9- Banas A, Januszkiewicz-Grabias A, Radziwillowicz P, Smoczynski S. Follow-up study of quality of life and treatment of eating disorder: dynamics of the depressive and anxiety symptoms. *Psychiatr Pol* 2002; 36(6 Suppl): 323-9.
- 10- Vignallou J, Guedeney N. About offsprings of mothers with anorexia nervosa: what about clinical practice in pediatric settings? *Arch Pediatr* 2006; 13(5): 484-7.
- 11- Mitchell AM, Bulik CM. Eating disorders and women's health: an update. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(3): 193-201.
- 12- Honey A, Halse C. The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa. *Qual Health Res* 2006; 16(5): 611-29.
- 13- De Caprio C, Alfano A, Senatore I, Zarrella L, Pasanisi F, Contaldo F. Severe acute liver damage in anorexia nervosa: two case reports. *Nutrition* 2006; 22(5): 572-5.
- 14- Tinahones FJ, Martínez-Alfaro B, Gonzalo-Marín M, García-Almeida JM, Garrido-Sánchez L, Cardona F. Recovery of menstrual cycle after therapy for

و رفع علائم سایکوز و سواسی-جبری، می‌توان بیمار را ترخیص کرد [۴].

درمان و پیگیری بیماران بویژه در مراکزی که جهت این کار تدارک دیده شده است، می‌تواند نقش بسزایی در بهبودی کامل و پیش‌آگهی‌های مبتلایان به اختلال بی‌اشتهایی عصبی داشته باشد [۲۴]. البته از مسأله پیگیری از این بیماری نیز نباید غافل شد و اصلاح نحوه تغذیه بخصوص در نوجوانان از اهمیت بسزایی در پیگیری بعدی از اختلال بی‌اشتهایی عصبی برخوردار خواهد بود [۲۵]. لذا در انتها پیشنهاد می‌گردد به مسأله پیگیری، درمان به موقع و پیگیری پس از درمان در مبتلایان به این اختلال اهمیت بیشتری داده شود. ضمن آن که می‌توان انتظار داشت بیماران که درمان موفقیت‌آمیزی را تجربه می‌نمایند، در آینده نیز پیش‌آگهی بهتر و شرایط طبیعی‌تری داشته باشند [۲۶].

منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington D.C: American Psychiatric Association 1994: 541-50.
- 2- Kaplan Seidenfeld ME and Rickert VI. Impact of Anorexia, Bulimia and Obesity on the Gynecologic Health of Adolescents. *Am Fam Physician* 2001; 64: 445-50.
- 3- Steinglass J, Walsh BT. Habit learning and anorexia nervosa: a cognitive neuroscience hypothesis. *Int J Eat Disord* 2006; 39(4): 267-75.
- 4- Kaplan H and sadock. B. Synopsis of psychiatry. 8th edition. Williams and Wilkins. 2003. 720-27.
- 5- Goodwin R, Stayner DA, Chinman MJ, Davidson L. Impact of Panic Attacks on Rehabilitation and Quality of Life Among Persons With Severe Psychotic Disorders. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 920-924.

24- Endacott R, Kidd S, Deacon-Crouch M, Judd F, Menzel M, Cornett M. Developing new services for eating disorders: an evaluation study. *Australas Psychiatry* 2006; 14(1): 57-62.

25- Dunker KL, Philippi ST. Differences in diet composition of Brazilian adolescent girls with positive or negative score in the Eating Attitudes Test. *Eat Weight Disord* 2005; 10(3): e70-5.

26- Halvorsen I, Heyerdahl S. Girls with anorexia nervosa as young adults: personality, self-esteem, and life satisfaction. *Int J Eat Disord* 2006; 39(4): 285-93.

anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 2005; 10(3): e52-5.

15- Misra M, Prabhakaran R, Miller KK, Tsai P, Lin A, Lee N, Herzog DB, Klibanski A. Role of cortisol in menstrual recovery in adolescent girls with anorexia nervosa. *Pediatr Res* 2006; 59(4):598-603.

16- Steffen KJ, Roerig JL, Mitchell JE, Uppala S. Emerging drugs for eating disorder treatment. *Expert Opin Emerg Drugs* 2006; 11(2): 315-36.

17- Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmiern P. Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depress Anxiety* 2006; 10: 570-73.

18- Stewart MC, Keel PK, Schiavo RS. Stigmatization of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39(4): 320-5.

19- LE Grange D. The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry* 2005; 4(3): 142-6.

20- Túry F, Wildmann M. The role of family therapy in the treatment of extremely severe anorexia nervosa. *Orv Hetil* 2006; 147(11): 517-20.

21- Halmi KA. The multimodal treatment of eating disorders. *World Psychiatry* 2005; 4(2): 69-73.

22- Rausch Herscovici C. Lunch session, weight gain and their interaction with the psychopathology of anorexia nervosa in adolescents. *Vertex* 2006; 17(65): 7-15.

23- Deseilles M, Fuchs S, Anseau M, Lopez S, Vinckenbosh E, Andreoli A. Achalasia may mimic anorexia nervosa, compulsive eating disorder, and obesity problems. *Psychosomatic s* 2006; 47(3): 270.