

EWA JABŁOŃSKA, KARINA BŁADKOWSKA, MONIKA BRONKOWSKA

*Katedra Żywienia Człowieka
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
Chelmońskiego 37, 51-630 Wrocław
E-mail: ewa.jablonska@upwr.edu.pl
karina.bladkowska@upwr.edu.pl
monika.bronkowska@upwr.edu.pl*

ZABURZENIA ODŻYWIANIA JAKO PROBLEM ZDROWOTNY I PSYCHOSPOŁECZNY

WSTĘP

Zaburzenia odżywiania (ang. eating disorders, ED) są problemami natury psychologicznej, choć ich skutki obejmują także sferę fizyczną i społeczną. Najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami są: jadłowstręt psychiczny (anoreksja, ang. anorexia nervosa) i żarłoczność psychiczna (bulimia, ang. bulimia nervosa), zarówno ich postaci kliniczne, jak i subkliniczne i atypowe. Inne zaburzenia odżywiania to m.in.: pica u dorosłych (łaknienie spaczone), psychogenna utrata łaknienia, ograniczanie lub unikanie przyjmowania pokarmów, zespół jedzenia nocnego, bigoreksja, ortoreksja oraz zespół kompulsywnego objadania się (WHO 2012, MICHALSKA i współaut. 2016). Niektóre z tych nieprawidłowości zostały określone jako zaburzenia odżywiania według klasyfikacji IDC-10 i/lub DSM-5, inne zaklasyfikowane są do innych grup chorób lub obecnie nie są rozpoznane jako samodzielne jednostki chorobowe. ED stanowią coraz bardziej powszechny problem, zwłaszcza w kulturze zachodniej, w której promowany jest wizerunek szczupłego ciała, a jednocześnie rośnie tempo życia, wymagania i presja otoczenia. Niektóre osoby mogą zatracić się w pogoni za tym ideałem i wykształcić zaburzenie odżywiania, a dotyczy to przede wszystkim dziewcząt w okresie dojrzewania. Powstaje zatem pytanie, co sprawia, iż dana osoba jest podatna na wykształcenie takiego zaburzenia. Jakie czynniki biologiczne, psycholo-

giczne, środowiskowe i rodzinne najbardziej predysponują do wystąpienia choroby? Czy istnieją pewne wspólne cechy wśród osób chorujących na ED? W jaki sposób objawia się choroba i jakie powinno być postępowanie terapeutyczne?

EPIDEMIOLOGIA

Większość przypadków zaburzeń odżywiania dotyczy nastoletnich dziewcząt, choć schorzenia te mogą wystąpić w każdym wieku i u obu płci (BATOR i współaut. 2011), bowiem 5–10% chorych stanowią chłopcy w okresie dojrzewania (FREYBERGER i współaut. 2005).

Szacuje się, że wśród dziewcząt poniżej 18 r.ż. w Polsce problem anoreksji dotyczy 0,8–1,8%, a po uwzględnieniu postaci atypowych odsetek ten sięga 3,7% (BATOR i współaut. 2011). W populacji osób dorosłych częstość występowania jadłowstrętu to 0,5–1% u kobiet i 0,05–0,1% u mężczyzn (LEWITT i współaut. 2008, BATOR i współaut. 2011).

Częstość zachorowań na żarłoczność psychiczną ocenia się na 1,3% w populacji osób dorosłych w Polsce i 2% wśród młodzieży (JÓZEFIK 1999). Na świecie występowanie bulimii wśród kobiet wynosi 1–4% (KAPLAN i SADOCK 2004).

Zaburzenia odżywiania dotyczą przede wszystkim kultury zachodniej, co w dużej mierze związane jest ze społecznym naciskiem na konieczność utrzymania szczupłej

sylwetki, przy jednoczesnej dużej dostępności wielu rodzajów produktów spożywczych (KEDRA i PIETRAS 2011). Poza kręgiem kultury zachodniej, zaburzenia odżywiania występują wśród przedstawicieli rasy białej zamieszkujących tereny Afryki Południowej, a także w Japonii (BATOR i współaut. 2011).

UWARUNKOWANIA WYSTĄPIENIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Etiologia zaburzeń odżywiania jest wieloczynnikowa i do tej pory nie została w pełni poznana, wskazuje się jednak, że ogromną rolę w ich rozwoju odgrywają czynniki psychologiczne, rodzinne, osobowościowe, społeczno-kulturowe i genetyczne.

Obecnie w kulturze zachodniej funkcjonuje swoisty „kult ciała”. Posiadanie sylwetki zgodnej z powszechnie przyjętym ideałem utożsamiane jest z sukcesem. Szczupłe ciało promowane jest przez media, a młode dziewczęta, gdyż to ich w znacznej mierze dotyczy problem ED, zarzucane obrazami „sylwetki idealnej” mogą odczuwać presję i zacząć się z czasem z nimi porównywać. Narastające niezadowolenie z własnego wyglądu skłania do podjęcia diety i/lub wprowadzenia intensywnej aktywności fizycznej, a ciągła presja społeczna powoduje, że działania te przyjmują wymiar obsesji i ostatecznie przerażają się w zaburzenie odżywiania (DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006, BRYTEK-MATERA 2008, DYCHT i MARSZAŁEK 2011, GUSTEK i JAWORSKI 2011, KOSZOWSKA i współaut. 2013, PORYCKA 2016). Aby jednak doszło do takiej sytuacji, niezbędne jest działanie dodatkowego czynnika wywołującego chorobę (DYCHT i MARSZAŁEK 2011).

U osób cierpiących na ED występują określone cechy osobowości, w tym: perfekcjonizm, skłonność do rywalizacji, niska samoocena (TOZZI i współaut. 2003, DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006). Wśród tych cech perfekcjonizm wydaje się być czynnikiem najsilniej predysponującym do wystąpienia choroby. Również perfekcjonizm matek chorych osób jest uznawany za element wywołujący ED (MIKOŁAJCZYK i SAMOCHOWIEC 2004). Często obserwowane są zachowania neurotyczne i obsesyjno-kompulsywne. ED nierzadko skojarzone są z zaburzeniami osobowości, przy czym zazwyczaj diagnozuje się osobowość z cechami lękowymi lub z zaburzeniami emocjonalnymi (TOZZI i współaut. 2003, MIKOŁAJCZYK i SAMOCHOWIEC 2004, BATOR i współaut. 2011). Poza wymienionymi cechami, również słabe ukierunkowanie charakteru skojarzone z występowaniem ED (MIKOŁAJCZYK i SAMOCHOWIEC 2004).

Kolejnym aspektem istotnym w etiologii zaburzeń odżywiania są relacje rodzinne.

Wśród nieprawidłowości w stosunkach rodzinnych wymienia się m.in.:

- nadopiekuńczość rodziców, utrudniająca uzyskanie samodzielności przez dziecko i promującą wykształcenie postawy bezradności wobec świata zewnętrznego;
- wysokie oczekiwania wobec dziecka ze strony rodziców, wywołujące presję spełnienia wszelkich ich życzeń oraz norm społecznych, także dotyczących wyglądu;
- angażowanie dziecka w konflikt pomiędzy małżonkami, co sprawia, że dziecko czuje winę za problemy rodziców;
- unikanie konfliktów i wszelkich trudnych sytuacji mogących zagrozić harmonii rodziny, co sprzyja wykształceniu postawy biernej i prowadzi do tego, że dziecko nie potrafi rozwiązywać swoich problemów (DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006, LEWITT i współaut. 2008, BATOR i współaut. 2011, NOWAK 2013).

Na zaburzenia odżywiania częściej chorują osoby pochodzące z rodzin, w których wcześniej występowały podobne schorzenia oraz otyłość, zaburzenia osobowości, fobie społeczne, depresja, nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, stres pourazowy i inne zaburzenia na tle psychicznym i psychologicznym. Wystąpieniu ED sprzyja też stosowanie diety przez całą rodzinę celem uzyskania lub utrzymania określonej sylwetki przez wszystkich jej członków (TOZZI i współaut. 2003, NOWAK 2013). Opisanie nieprawidłowości w relacjach rodzinnych sprawiają, że dziecko odczuwa brak własnej przestrzeni i prywatności, a swoje ciało traktuje jako ostatnią rzecz, nad którą może mieć kontrolę. Rodzaj sytuacji rodzinnej może warunkować typ wykształconego zaburzenia odżywiania. W rodzinach anorektyczek zaobserwowano dystans pomiędzy małżonkami, którzy często znacząco różnią się usposobieniem i charakterem, a wszelkie konflikty między sobą wyciszają, nie chcąc, by próba rozwiązania problemu uraziła partnera i zakłóciła spokój rodziny. W takiej sytuacji dziecko przyjmuje na siebie rolę pośrednika, który poprzez dbałość o dobre samopoczucie obojga rodziców zapewnia harmonię całej rodziny. W rodzinach bulimiczek natomiast częściej obserwuje się napiętą atmosferę i nagłe konflikty dotyczące spraw mało istotnych. Reakcje rodziców są nie tylko wybuchowe, ale też często przeciwstawne: zachowanie dziecka wywołuje aprobatę jednego rodzica i naganę drugiego, co powoduje, że dziecko próbuje zachowywać się idealnie z punktu widzenia obojga rodziców. Wskazuje się, że dla anorektyczek większą rolę odgrywa więź z matką, a dla bulimiczek, z ojcem (NOWAK 2013).

W rozwoju ED mogą odgrywać rolę czynniki genetyczne i neurobiologiczne (TOZZI i współaut. 2003, DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006). Jednoczesne występowanie jadłowstrętu zaobserwowano u 12% bliźniąt dwujajowych oraz u 57% bliźniąt jednojajowych (DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006). U osób cierpiących na anoreksję zaobserwowano obniżoną aktywność dopaminy, serotoniny i noradrenaliny, co wywołuje zmiany w regulacji łaknienia, przyjmowania pokarmów, wydzielania hormonów oraz odgrywa rolę w występowaniu zachowań kompulsywnych i stanów lękowych. Zmienione jest funkcjonowanie układu nagrody, którego pobudzenie u osób zdrowych wiąże się z euforią, natomiast u anorektyków wywołuje lęk (PRZEWOŹNIK 2013).

Wskazuje się na możliwą rolę mikrobioty jelitowej zarówno w patogenezie, jak i leczeniu zaburzeń odżywiania, jak również na negatywny wpływ samych zaburzeń odżywiania na skład i różnorodność mikroflory jelitowej, co prowadzi do pogłębienia problemów zdrowotnych (LAM i współaut. 2017, KARAKUŁA-JUCHNOWICZ i współaut. 2017). Stres fizyczny i psychiczny oraz ograniczenie przyjmowania pokarmów prowadzą do zwiększenia przepuszczalności bariery jelitowej, co z kolei skutkuje translokacją bakterii poza światło jelita i aktywacją układu odpornościowego. Stres powoduje również zmiany w składzie mikrobioty jelitowej: maleje liczba bakterii z rodzaju *Bacteroides*, a rośnie liczba bakterii *Clostridium* (FETISSOV i DECHELOTTE 2011). Białka niektórych bakterii, wirusów i grzybów występujących w jelicie charakteryzują się występowaniem odcinków homologicznych do neuropeptydów odpowiedzialnych za kontrolę głodu oraz emocji, stąd zmiany w składzie mikrobioty mogą wpływać na aktywność tych neuropeptydów (FETISSOV i współaut. 2008). Niektóre substancje bakteryjne, jak lipopolisacharyd i flagelina, poprzez wiązanie z odpowiednimi receptorami, modyfikują sekrecję hormonów regulujących uczucie głodu i sytości. Suplementacja probiotyków wydaje się być korzystna nie tylko w redukcji objawów jelitowo-żołądkowych towarzyszących ED, ale także w zmniejszaniu nasilenia stanów lękowych i depresyjnych (LAM i współaut. 2017). Obszar ten wymaga dalszych badań celem określenia zmian w składzie mikrobioty w różnych typach zaburzeń odżywiania oraz oceny możliwości terapeutycznych.

POSTRZEGANIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA PRZEZ SPOŁECZEŃSTWO

Sposób, w jaki społeczeństwo postrzega zaburzenia odżywiania oraz osoby na nie

cierpiące, może wpływać na proces leczenia. Szczególnie duże znaczenie ma podejście rodziny i przyjaciół. Choć w środowisku medycznym wiedza dotycząca ED znacznie wzrosła w ostatnich latach, nastawienie społeczeństwa wciąż jest oparte na stereotypach i chorzy często bywają stygmatyzowani przez swoje otoczenie. Stereotypy głęboko zakorzenione w świadomości społecznej są trudne do usunięcia, stąd też sposób postrzegania ED uległ tylko niewielkim zmianom na przestrzeni lat (MROCZKOWSKA 2012).

Większość opinii dotyczących zaburzeń odżywiania jest negatywna. Chorzy postrzegani są jako osoby nieprzystępne, izolujące się, z którymi ciężko nawiązać i utrzymać kontakt. Przypisuje się im niską aktywność społeczną. Przekonania chorych na temat żywienia, żywności czy wyglądu ciała określane bywają jako fanaberia czy bierne poddawanie się modzie. Dodatkowo, wiele osób nie dostrzega złożoności problemu ED sądząc, że chorzy są odpowiedzialni za swój stan i winni wystąpieniu choroby, a jej utrzymywanie się i wszelkie trudności w leczeniu wynikają z braku starań ze strony chorych. Bagatelizowane przez społeczeństwo są też inne problemy (rodzinne, stosunki z rówieśnikami itp.), z którymi borykają się chorzy, a jak wiadomo, to właśnie one są główną przyczyną wystąpienia objawów. Jednym z najbardziej niekorzystnych dla procesu leczenia przekonań jest to o wstydlivości problemu (MROCZKOWSKA 2012).

W kontraście do opisanych wyżej stereotypowych opinii dotyczących zaburzeń odżywiania stoją zjawiska takie jak thinspiration, pro-ana czy pro-mia, zyskujące w ostatnim czasie coraz większą popularność (PILECKI i współaut. 2012). Thinspiration polega na umieszczaniu na portalach społecznościowych i stronach internetowych poświęconych tematyce ED treści promujących nadmierne szczupłe ciało oraz zachowania charakterystyczne dla zaburzeń odżywiania, które mają takie ciało zapewnić. Treści te zazwyczaj mają formę zdjęć lub filmów (GHAZNAVI i TAYLOR 2015). Pro-ana (od pro-anorexia) i pro-mia (od pro-bulimia) to określenia stosowane do opisu społeczności internetowych zrzeszających osoby chore na zaburzenia odżywiania oraz osoby bez postawionej diagnozy, ale dążące do znacznej utraty masy ciała i wykazujące te same zachowania co bulimicy i anorektycy. Na portalach tego typu można znaleźć informacje dotyczące technik redukcyjnych, sposobów ukrywania choroby przed rodziną i lekarzem, treści motywujące do zachowań anorektycznych/bulimicznych czy przedstawiające te zaburzenia jako zjawiska całkowicie zdrowe i normalne. Członkowie społeczności mogą dzielić się swoimi

sukcesami i porażkami na drodze do uzyskania wymarzonej sylwetki oraz udzielać sobie wzajemnie rad (BOERO i PASCOE 2012). Zjawiska te mogą wpływać na zwiększenie liczby zachorowań oraz utrudniać postawienie diagnozy i proces leczenia.

Niezwykle istotne jest, by otoczenie wykazywało zrozumienie wobec problemu i wspierało chorego w terapii, gdyż warunkuje to jej skuteczność. Bagatelizowanie choroby, uznawanie jej za „widzimi się” czy nadmierny nacisk na konieczność szybkiego przyrostu masy ciała bez rozwiązania towarzyszących problemów natury psychicznej mogą spowolnić leczenie i zmniejszyć jego efektywność. Z kolei udział w społeczności typu pro-ana może pogłębić objawy choroby i utwierdzić chorego w przekonaniu, że jego poglądy i obraz ciała są słuszne.

ZARŁOCZNOŚĆ PSYCHICZNA (BULIMIA PSYCHICZNA)

OBJAWY, PRZEBIEG I POWIKŁANIA

Wyróżnia się 2 typy żarłoczości psychicznej: przeczyszczający, charakteryzujący się stosowaniem środków przeczyszczających lub prowokowaniem wymiotów, oraz nieprzeczyszczający, w którym epizody bulimii kompensowane są głodzeniem lub intensywną aktywnością fizyczną (GUSTEK i JAWORSKI 2011).

Bulimia najczęściej pojawia się w okresie dojrzewania, a chorują osoby, które trzymają się restrykcyjnych zasad, by uniknąć przyrostu masy ciała. Napady żarłoczości występują na przemian z okresami normalnego łaknienia. Chorzy zazwyczaj ukrywają przed swoim otoczeniem zarówno epizody przejadania się, jak i stosowanie metod kompensacyjnych. Podczas epizodów bulimicznych chorzy spożywają bardzo duże ilości jedzenia, a następnie prowokują wymioty czy zażywają środki przeczyszczające, by ochronić się przed przytyciem. Zamiast stosowania takich preparatów, bulimicy mogą rozpocząć głodówkę lub nadmiernie intensywne ćwiczenia fizyczne (PILCH i współaut. 2011). Kryteria diagnostyczne bulimii przedstawiono w Tabeli 1.

Choroba ma charakter przewlekły i prowadzi do licznych komplikacji. Większość powikłań żarłoczości psychicznej spowodowana jest nadużywaniem środków przeczyszczających i wywoływaniem wymiotów. Pierwszymi pojawiającymi się objawami bulimii są problemy z zębami i dziąsłami, występują już po 6 miesiącach od rozpoczęcia regularnego prowokowania wymiotów. Wynikają one z częstego kontaktu zębów z kwasem żołądkowym. Próchnica dodatkowo powodowana jest przez duże spożycie produktów wysokowęglowodanowych podczas epizodów żarłoczości, przy jednoczesnym zaniedbaniu higieny jamy ustnej. Kserostomia (suchość

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne żarłoczości psychicznej (wg WHO 2012, APA 2013, MOND 2013).

Kryteria diagnostyczne BN wg ICD-10	Kryteria diagnostyczne BN wg DMS-V
Występowanie nawracających napadów przejadania się, co najmniej 2 razy w tygodniu przez 3 miesiące, podczas których w krótkim czasie spożywane są duże ilości pokarmu	Nawracające epizody kompulsywnego przejadania się, charakteryzujące się dwiema cechami: spożycie w określonej jednostce czasu (np. 2 godziny) ilości pożywienia, która w tym samym czasie i w podobnych warunkach byłaby zbyt duża do spożycia dla większości ludzi brak kontroli podczas epizodu
Nadmierna i uporczywa koncentracja uwagi na jedzeniu oraz silne pragnienie lub przymus jedzenia	Nawracające zachowania kompensacyjne zapobiegające przyrostowi masy ciała: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, wymiotnych, moczopędnych, poszczenie, intensywne ćwiczenia fizyczne
Zachowania kompensacyjne po epizodach żarłoczości zapobiegające przyrostowi masy ciała: prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, diuretyków, hormonów tarczycy, preparatów tłumiących łaknienie, poszczenie	Napady żarłoczości i zachowania kompensacyjne pojawiają się co najmniej 2 razy w tygodniu przez 3 miesiące
Zaburzony obraz ciała, postrzeganie siebie jako osoby otyłej, strach przed przybraniem masy ciała	Masa i kształt ciała nadmiernie wpływają na samoocenę Zaburzenia nie występują jedynie podczas epizodów anoreksji psychicznej

w jamie ustnej) z kolei wynika ze zmniejszonego wydzielania śliny. Wywoływanie wymiotów powoduje, że cały przewód pokarmowy ma częsty kontakt z kwaśnym sokiem żołądkowym i ulega podrażnieniu. Częste wymioty prowadzą do odwodnienia oraz utraty elektrolitów, zwłaszcza potasu, co stwarza niebezpieczeństwo zaburzeń pracy serca. Podobny efekt wywołuje stosowanie środków przeczyszczających. Przewlekłe stymulowanie jelit preparatami przeczyszczającymi powoduje, że ich naturalna perystaltyka zanika, a warstwa mięśniowa ulega atrofii. Po zaprzestaniu stosowania środków przeczyszczających pojawiają się zaparcia, dlatego chorzy często do nich wracają (MEHLER i RYLANDER 2015).

W przebiegu bulimii często pojawiają się zaburzenia cyklu menstruacyjnego, ale zanik miesiączki występuje rzadko. Ze względu na obniżony poziom hormonu luteinizującego, u chorych mogą pojawić się trudności z zajściem w ciążę. Ryzyko poronień jest nieco wyższe niż u kobiet zdrowych, ale liczba przedwczesnych porodów kształtuje się na podobnym poziomie (CROW i współaut. 2002).

TERAPIA I LECZENIE ŻYWIENIOWE

Leczenie bulimii powinno być prowadzone przez zespół specjalistów, złożony z lekarza internisty, psychoterapeuty, psychiatry i dietetyka oraz obejmować psychoterapię, farmakoterapię, leczenie żywieniowe i leczenie powikłań. Wśród metod psychoterapeutycznych najlepsze efekty przynosi terapia poznawczo-behawioralna. W farmakoterapii stosowane są przede wszystkim leki przeciwdepresyjne, w tym selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny, zwłaszcza fluoksetyna (GUSTEK i JAWORSKI 2011, OZIER i współaut. 2011).

Nie zrównoważona dieta i nieprawidłowe nawyki żywieniowe prowadzą do niedoborów pokarmowych i rozwoju niedożywienia, nawet jeśli wskaźnik BMI pozostaje w normie. Jednocześnie, u niektórych pacjentów (ok. 10%) można spotkać się z tzw. „maskowaną otyłością”, gdy przy prawidłowym wskaźniku BMI występują zmienione proporcje składu ciała, z podwyższeniem odsetka zawartości tkanki tłuszczowej $\geq 33\%$ i obniżeniem masy mięśniowej. Zadanie dietetyka w terapii bulimii polega na ocenie stanu odżywienia, sposobu żywienia, rodzaju patologicznych zachowań żywieniowych i zapotrzebowania na makro- i mikrośladniki pokarmowe oraz opracowaniu na podstawie tej oceny planu żywieniowego, mającego na celu eliminację niedoborów i przywrócenie optymalnego stanu odżywienia (OZIER i współaut. 2011). Prawidłowe odżywienie organizmu umożliwia

właściwe funkcjonowanie mózgu, co z kolei warunkuje sukces leczenia. W wyniku nadużywania środków przeczyszczających i prowokowania wymiotów dochodzi do zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, dlatego istotne jest uwzględnienie w planie żywieniowym odpowiedniej ilości płynów. Również wszystkie makroskładniki powinny być dostarczone w ilości zgodnej z zapotrzebowaniem. Wysokie spożycie węglowodanów może wpłynąć na redukcję napadów przejadania się i związanych z nimi zachowań kompensacyjnych. Efekt ten zaobserwowano u osób, które wykazują znaczną wrażliwość na wszelkie zmiany w syntezie neuroprzekazników. Z kolei do produkcji hormonów i neuroprzekazników są niezbędne aminokwasy, natomiast zarówno białko, jak i tłuszcz zapewnienia uczucie sytości i ograniczają chęć sięgnięcia po przekąskę pomiędzy zaplanowanymi posiłkami (GUSTEK i JAWORSKI 2011).

Do celów terapii w przebiegu żarłoczności psychicznej należą: poprawa stanu odżywienia, edukacja żywieniowa, zapobieganie i leczenie powikłań, redukcja lub całkowita eliminacja napadów przejadania i zachowań kompensujących, zwiększenie motywacji chorego do wprowadzenia zmian w sposobie żywienia, identyfikacja czynników wywołujących epizody bulimiczne i opracowanie nowych metod radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami, zmiana dysfunkcyjnych postaw i myśli (GUSTEK i JAWORSKI 2011).

JADŁOWSTRET PSYCHICZNY (ANOREKSJA PSYCHICZNA)

OBJAWY, PRZEBIEG I POWIKŁANIA

Pierwsze objawy anoreksji psychicznej (ang. *anorexia nervosa*, AN) są niespecyficzne, zazwyczaj nie budzą podejrzeń i są postrzegane jako naturalne zjawiska towarzyszące dojrzewaniu, co utrudnia wczesne rozpoznanie choroby. Niezadowolone z wyglądu własnego ciała powoduje, że chory zaczyna odczuwać wyrzuty sumienia po spożyciu posiłku, zwłaszcza obfitego, co skłania go do wdrożenia ograniczeń dietetycznych i zmniejszenia wartości energetycznej potraw. Kolejnymi podejmowanymi krokami są: unikanie spożywania posiłków z rodziną, chowanie jedzenia, ciągłe liczenie kalorii, intensywne ćwiczenia fizyczne, stosowanie środków moczopędnych lub przeczyszczających, wywoływanie wymiotów. Zazwyczaj chorzy próbują ukryć swoje „nieidealne” ciało poprzez noszenie luźnej odzieży. Stopniowo pogorszeniu ulegają stosunki z rodziną i innymi bliskimi osobami. Charakterystyczne dla anorektyków jest to, że nie mają poczucia własnej choroby, a swój stan postrzegają jako normalny

i naturalny. Nie dostrzegają lub zaprzeczają wszelkim dolegliwościom somatycznym, które pojawiają się jako następstwo anoreksji (DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006, BATOR i współaut. 2011). Chorobie towarzyszą stany lękowe i zespół depresyjny (DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006).

Kryteria rozpoznania przedstawione zostały w Tabeli 2. Jadłowstręt psychiczny atypowy, uwzględniony w klasyfikacji ICD-10, rozpoznaje się, gdy nie występuje któryś z wyżej wymienionych objawów lub gdy występują wszystkie, lecz w niewielkim nasileniu (LEWITT i współaut. 2008).

Konsekwencje restrikcji dietetycznych są wielonarządowe, a ostatecznie dochodzi do wyniszczenia organizmu. Niedostateczne spożycie składników mineralnych prowadzi do hipokaliemii, hiponatremii, hipokalcemii, hipofosfatemii, hipomagnezemii oraz innych niedoborów. Zaburzona w ten sposób równowaga kwasowo-zasadowa i wodno-elektrolitowa może skutkować wystąpieniem obręzków oraz rozwojem niewydolności nerek, a także zaburzeniami rytmu serca. Zmiany w anatomii mózgu zależne są od czasu trwania choroby i jej nasilenia. U chorych na anoreksję dochodzi do zaniku istoty szarej i istoty białej oraz do zwiększenia objętości płynu mózgowo-rdzeniowego. Zmiany te są tym większe, im niższy jest wskaźnik BMI. Redukcja istoty szarej dotyczy przede wszystkim obszarów mózdzku, jądra ogoniastego, podwzgórza oraz płatów czołowego,

ciemieniowego i skroniowych. Zmiany w jądrze ogoniastym są przyczyną zaburzeń koncentracji i pamięci, depresji oraz zaburzeń ruchowych, co wykazano m.in. w przebiegu chorób Huntingtona i Parkinsona. Płat czołowy odpowiedzialny jest za abstrakcyjne myślenie, planowanie oraz zachowania zależne od kontekstu, płaty skroniowe za rozpoznawanie obiektów, mowę, odczucia dźwiękowe oraz słuch muzyczny, natomiast płat ciemieniowy integruje zmysły wzroku, słuchu i czucia oraz odpowiada za ruchy celowe i orientację przestrzenną (PRZEWOŹNIK 2013). Zmniejszenie objętości tkanki mózgu w tych obszarach skutkuje wystąpieniem zachowań charakterystycznych dla anoreksji. Niektórzy badacze sugerują, że neuropatologie te mogą mieć charakter pierwotny i predysponować do rozwoju jadłowstrętu (DOBRZYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006).

Istotnym objawem i jednocześnie powikłaniem AN jest zanik miesiączki. U dziewcząt, które zachorowały na anoreksję przed menarche, następuje pierwotny brak miesiączki oraz zahamowanie pokwitania. Sytuacja taka dotyczy 4-10% chorych. Rozwój jadłowstrętu po wystąpieniu pierwszej miesiączki prowadzi do jej wtórnego zaniku i do zahamowania dojrzewania płciowego. Efekty te przypisywane są wyniszczeniu związanemu z AN, choć u 1/3-1/2 chorych brak miesiączki poprzedza znaczącą utratę masy ciała. Wymienia się wiele przyczyn zaniku krwawień miesięcznych, w tym: zaburzenia osi pod-

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg ICD-10 i DMS-V (wg LEWITT i współaut. 2008, WHO 2012, APA 2013).

Kryteria diagnostyczne AN wg ICD-10	Kryteria diagnostyczne AN wg DMS-V
Masa ciała co najmniej 15% poniżej oczekiwanej lub wskaźnik BMI $\leq 17,5$	Ograniczenie poboru energii w stosunku do zapotrzebowania, skutkujące masą ciała niższą niż minimalna normalna
Utrata masy ciała spowodowana ograniczeniami w diecie oraz stosowanie co najmniej jednej z wymienionych metod: wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, zażywanie środków przeczyszczających, moczopędnych i/lub tłumiących łaknienie, prowokowanie wymiotów	Odczuwanie intensywnego lęku przed przyrostem masy ciała i otyłością lub zachowania powstrzymujące przyrost masy ciała, pomimo widocznej niedowagi
Zaburzony obraz własnego ciała oraz lęk przed otyłością	Zaburzony obraz własnego ciała, jego masy i kształtu, zaprzeczanie istniejącej niedowadze i jej konsekwencjom zdrowotnym, nadmierny wpływ masy ciała na samoocенę
Zaburzenia hormonalne dotyczące przysadki, nadnerczy oraz gonad, wywołujące spadek potencji i libido u mężczyzn oraz zatrzymanie miesiączkowania u kobiet	
Rozwój choroby przed okresem pokwitania powoduje opóźnienie lub zahamowanie dojrzewania płciowego	

wzgorze-przysadka-nadnercza oraz obniżenie stężeń progesteronu, estradiolu, LH i FSH, hipogonadyzm hipogonadotropowy, zmiany w wydzielaniu leptyny i insulinopodobnego czynnika wzrostu IGF-1. W sytuacji niedożywienia czy wyniszczenia, spadek stężenia leptyny może stanowić dla ośrodkowego układu nerwowego sygnał o małej zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie i hamować oś gonadalną celem ochrony kobiety przed wydatkowaniem dodatkowej energii na utrzymanie ciąży lub krwawienia miesięczne. Niska masa ciała anorektyczek jest nie tylko przyczyną zahamowania miesiączek, ale również regresji narządów płciowych. Uzyskanie optymalnej masy ciała i zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie wiąże się z powrotem narządów do stanu sprzed choroby, natomiast brak miesiączki utrzymuje się u 6–44% dziewcząt i kobiet pomimo spełnienia tych warunków (JAGIELSKA i współaut. 2010).

Zanik miesiączkowania jest jedną z przyczyn występowania osteoporozy u chorych na jadłowstręt psychiczny. 17–67% anorektyczek ma obniżoną gęstość mineralną kości (ang. bone mineral density, BMD), przy czym wartość tego wskaźnika jest wyższa u chorych na jadłowstręt atypowy z zachowaną miesiączką. Im dłużej utrzymuje się brak krwawień miesięcznych, tym większa jest utrata masy kostnej oraz wyższe ryzyko złamań osteoporotycznych, które jest 7 razy wyższe u chorych na AN w porównaniu z kobietami zdrowymi. Anoreksja powoduje rozwój osteoporozy, nie wykazano natomiast częstszego występowania osteomalacji. W przypadku, gdy jadłowstręt rozwinął się w okresie dojrzewania, a nie w dorosłości, chory uzyskuje niższą szczytową masę kostną. Do innych przyczyn osteoporozy w przebiegu anoreksji należą: niska masa ciała, restrykcje żywieniowe i niedobory wapnia, witaminy D oraz białka, obniżone stężenie czynnika IGF-1 i estrogenu, wysokie stężenie kortyzolu, zaburzenia w wydzielaniu leptyny. Niska podaż wapnia z dietą oraz zmniejszone wchłanianie tego składnika w przewodzie pokarmowym w wyniku niedożywienia powodują powstanie ujemnego bilansu wapniowego, sprzyjającego rozwojowi osteoporozy (SZYMAŃSKA i współaut. 2007).

TERAPIA I LECZENIE ŻYWIENIOWE

Leczenie jadłowstrętu psychicznego jest procesem długotrwałym, wymagającym współpracy zespołu terapeutycznego, złożonego z internisty, psychiatry, psychoterapeuty, dietetyka oraz fizjoterapeuty i lekarzy specjalistów, zależnie od występujących objawów. Pierwszym elementem leczenia jest zabezpieczenie przed stanem zagrożenia życia,

przeciwdziałanie wyniszczeniu, odwodnieniu i zaburzeniom elektrolitowym. Kolejnym krokiem jest normalizacja masy ciała i leczenie konsekwencji niedożywienia, a następnie praca nad zaprzestaniem zachowań kompensacyjnych, zaburzonym sposobem myślenia, relacjami z otoczeniem oraz edukacja żywieniowa. Jeśli masa ciała wynosi mniej niż 75% należnej, konieczna jest hospitalizacja celem przywrócenia podstawowych funkcji organizmu i zapobieżenia śmierci głodowej. Odmowa podjęcia terapii przez chorego w stanie zagrożenia życia jest podstawą do zastosowania leczenia przymusowego (DOBRYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006, LEWITT i współaut. 2008, BATOR i współaut. 2011).

Podstawę leczenia stanowi psychoterapia. Najczęściej stosowana jest terapia indywidualna i metoda dodatkowa (terapia grupowa lub rodzinna). Leczenie psychologiczne powinno być wdrożone od samego początku, gdyż anoreksja jest przede wszystkim zaburzeniem w funkcjonowaniu sfery emocjonalnej i psychicznej (CARSON 2005, GABBARD 2015). Stosowana jest także farmakoterapia, choć ma ona nieco mniejsze znaczenie. W przypadku wystąpienia objawów psychopatologicznych włączane są odpowiednie leki przeciwpsychotyczne lub przeciwdepresyjne, np. mianseryna, fluwoksamina, kломopromina (GABBARD 2015). Przy obniżonej gęstości mineralnej kości zaleca się suplementację wapnia i witaminy D. Terapia hormonalna jest dyskusyjna, gdyż nie zawsze przynosi oczekiwane efekty, niemniej jednak preparaty hormonalne są często stosowane w przypadku braku miesiączki pomimo osiągnięcia należnej masy ciała (DOBRYŃSKA i RYMASZEWSKA 2006, LEWITT i współaut. 2008, BATOR i współaut. 2011).

Drugim, obok psychoterapii, fundamentalnym elementem postępowania w przebiegu jadłowstrętu psychicznego jest leczenie żywieniowe. W zależności od stanu chorego, odżywianie może odbywać się doustnie, dojelitowo, poprzez sondę dożołądkową lub parenteralnie (pozajelitowo). Odżywianie doustne jest procesem fizjologicznym, który stwarza nieduże ryzyko powikłań i korzystnie wpływa na pracę przewodu pokarmowego, stąd jest to metoda zalecana chorym o niewielkim stopniu niedożywienia, a jeśli stan na to pozwala, także chorym znacznie niedożywionym. Jeśli niemożliwe jest dostarczenie pełnej porcji pokarmowej drogą doustną, stosowane jest dożywianie pozostałymi metodami. Leczenie żywieniowe powinno zostać rozpoczęte po dokonaniu oceny stanu odżywienia, sposobu żywienia oraz zapotrzebowania na energię, makro- i mikroskładniki pokarmowe (LEWITT i współaut. 2008). Przyrost masy ciała powinien wynosić 0,5–1 kg/ty-

dzień przy leczeniu ambulatoryjnym (KOHN i współaut. 2011, O'CONNOR i NICHOLLS 2013). Zbyt szybkie zwiększenie wartości energetycznej diety oraz objętości posiłków może skutkować wystąpieniem zespołu realimentacyjnego, w skład którego wchodzi m.in.: niewydolność krążenia, niewydolność oddechu, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie krążenia, zaburzenia świadomości, drgawki, parestezje, porażenia, niedrożność porażenna jelit, wymioty (PÜSKÜLLÜOĞLU i współaut. 2011, MALCZYK i OŚWIĘCIMSKA 2017). Brak jest spójnych rekomendacji co do wartości energetycznej diety w początkowych etapach leczenia AN, według zaleceń europejskich powinno być to 5–20 kcal/kg m.c., natomiast według amerykańskich 30–40 kcal/kg m.c. (MALCZYK i OŚWIĘCIMSKA 2017). Wskazuje się na konieczność stopniowego zwiększania podaży energii tak, by uniknąć wystąpienia zespołu realimentacyjnego (O'CONNOR i NICHOLLS 2013). Najnowsze publikacje naukowe sugerują, że w zapobieganiu zespołowi realimentacyjnemu ma znaczenie nie tyle kaloryczność diety, co zawartość w niej węglowodanów. Ograniczenie ich spożycia ma działanie zapobiegawcze, co związane jest z brakiem skoków wydzielania insuliny odpowiedzialnych za zaburzenia gospodarki elektrolitowej (O'CONNOR i NICHOLLS 2013).

Powrót krwawień menstruacyjnych jest uważany za miarę powrotu do zdrowia (LEWITT i współaut. 2008).

NIESPECYFICZNE ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Zaburzenia odżywiania są szeroką grupą chorób, do których poza klinicznymi i subklinicznymi postaciami anoreksji i bulimii należą m.in.: bigoreksja, ortoreksja (MICHALSKA i współaut. 2016), pica, zespół przeżuwania (ruminacji), ograniczanie lub unikanie przyjmowania pokarmów, zespół kompulsywnego objadania się, zespół jedzenia nocnego (APA 2013, MICHALSKA i współaut. 2016). Poniżej przedstawione zostały ortoreksja i bigoreksja.

ORTOREKSJA

Ortoreksja charakteryzuje się obsesyjnym zainteresowaniem i poświęcaniem uwagi zdrowej diecie. Choroba ta nie jest zaliczona do zaburzeń odżywiania zarówno wg ICD-10, jak i DSM-5, gdyż istnieje wątpliwość czy prawidłowe byłoby włączenie jej do tej grupy czy też do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (JANAS-KOZIK i współaut. 2012, MICHALSKA i współaut. 2016).

Początkowo choroby wykluczają ze swojej diety te produkty, które ich zdaniem mogą zaszkodzić zdrowiu ze względu na wysoki

stopień przetworzenia, obecność dodatków do żywności lub możliwość zanieczyszczenia metalami ciężkimi, środkami ochrony roślin i innymi substancjami. Z czasem troska o zdrowie urasta do rozmiaru obsesji. Planowanie posiłków, poszukiwanie ekologicznych produktów, przygotowywanie potraw „bezpiecznych” staje się podstawą życia chorego. Nawet najmniejsze odstępstwo od diety budzi poczucie winy czy nawet odrazę do swojej osoby, dlatego wielu ortorektyków wyznacza sobie kary za złamanie zasad. W skrajnych przypadkach chorzy decydują się na głodowanie zamiast spożycia nieznanego przez siebie pokarmu i piją jedynie wodę z pewnego źródła (JANAS-KOZIK i współaut. 2012, DITTFELD i współaut. 2013, VARGA i współaut. 2014, KOVEN i ABRY 2015, MICHALSKA i współaut. 2016).

Ortoreksja dotyczy 7% populacji (MICHALSKA i współaut. 2016), częściej występuje wśród osób o wysokiej aktywności fizycznej, która również ma na celu utrzymanie zdrowia, a także u osób, które dążą do osiągnięcia sylwetki promowanej w mediach (DITTFELD i współaut. 2013).

Skutki ortoreksji obejmują:

- wycofanie społeczne, spowodowane zrywaniem kontaktów z osobami niepodzielającymi zasad chorego lub je krytykującymi i unikaniem wyjść do restauracji czy barów;
- niedożywienie w wyniku eliminacji wielu produktów spożywczych;
- niedobory białka, witaminy B12, żelaza, sodu;
- spadek masy ciała, jeśli restrykcje żywieniowe dotyczą nie tylko jakości, ale i ilości pokarmu;
- rabdomiolizę (zespół objawów chorobowych wywołanych masywnym rozpadem tkanki mięśniowej poprzecznie prążkowanej);
- kwasicę metaboliczną;
- podwyższone stężenia enzymów wątrobowych i bilirubiny (JANAS-KOZIK i współaut. 2012, DITTFELD i współaut. 2013).

Brak jest ujednoliconych kryteriów diagnostycznych ortoreksji. Jedną z metod diagnostycznych zaproponował Steven Bratman, autor pierwszego artykułu o ortoreksji z 1997 r. Test Bratmana obejmuje 10 pytań, a udzielenie co najmniej czterech twierdzących odpowiedzi może sugerować występowanie ortoreksji u danej osoby (JANAS-KOZIK i współaut. 2012, DITTFELD i współaut. 2013). Drugą metodą diagnostyczną, funkcjonującą obecnie na terenie Włoch i Turcji, jest kwestionariusz ORTO-15. Składa się z 15 pytań, które mają określić występowanie i nasilenie zaburzenia. Pozytywny wynik testu i jednocześnie stwierdzenie występowania cech osobowości obsesyjno-kompulsyjnej interpretowane jest jako ortoreksja (JANAS-KO-

ZIK i współaut. 2012, DITTFELD i współaut. 2013, VARGA i współaut. 2014).

Podobnie jak w przypadku anoreksji i bulimii, leczenie ortoreksji powinno być prowadzone przez interdyscyplinarny zespół lekarzy, dietetyków i psychoterapeutów (KOVEN i ABRY 2015). Pierwszym elementem terapii jest wprowadzenie racjonalnej diety celem wyrównania niedoborów pokarmowych (KALEDKIEWICZ i DOBOSZYŃSKA 2013). U pacjentów znacznie niedożywionych i o niskiej masie ciała należy zwrócić szczególną uwagę na możliwość wystąpienia zespołu szoku pokarmowego (ang. refeeding syndrome). Podstawą leczenia powinna być psychoterapia poznawczo-behawioralna i psychoedukacja. Pomocne może być zastosowanie technik relaksacyjnych dla zredukowania niepokoju towarzyszącego posiłkom. Leczenie farmakologiczne może być utrudnione z uwagi na niechęć chorych do przyjmowania leków, postrzeganych jako nienaturalne i niezdrowe (KOVEN i ABRY 2015). Niemniej jednak wskazuje się na skuteczność inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (MATHIEU 2005) oraz leków przeciwpsychotycznych, jak olanzapina (MOROZE i współaut. 2015).

DYSMORFIA MIĘŚNIOWA (BIGOREKSJA)

Dysmorfia mięśniowa, potocznie zwana bigoreksją, jest podtypem dysmorficznych zaburzeń ciała, choć trwają dyskusje nad prawidłowością tej klasyfikacji i zasadnością przyłączenia tej jednostki do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych lub zaburzeń odżywiania. Wskazuje się na podobieństwa pomiędzy bigoreksją, anoreksją i bulimią: nadmierne zainteresowanie wyglądem swojego ciała, zaburzone postrzeganie swojego wyglądu, dążenie do osiągnięcia wymarzonej sylwetki poprzez dietę i ćwiczenia, brak wglądu w chorobę, zaprzeczanie jej istnieniu. Początkowo dysmorfia mięśniowa znana była pod nazwą „odwrócona anoreksja”, wielu chorych cierpiało wcześniej na zaburzenia odżywiania (KLUCZYŃSKA 2014).

Kryteria diagnostyczne choroby to:

- koncentracja na swoim wyglądzie, zwłaszcza masie mięśniowej oraz dążenie do poprawy wyglądu poprzez nadmierne ćwiczenia fizyczne i dietę;
- zaniebdywanie życia społecznego celem ścisłego przestrzegania narzuconych ograniczeń i zaplanowanego grafiku;
- unikanie miejsc i sytuacji, w których ciało może być odsłonięte i podatne na ocenienie przez innych (basen, plaża);
- kontynuowanie treningów, rygorystycznej diety oraz stosowanie leków i suplementów pomimo świadomości negatywnych skutków tych działań (MICHALSKA i współaut. 2016).

W obrazie choroby dominuje nadmierna koncentracja na rozbudowywaniu masy mięśniowej. Chorzy spędzają większość swojego czasu na treningach, wykonując głównie ćwiczenia siłowe, takie jak podnoszenie ciężarów. Charakterystyczne jest rygorystyczne stosowanie się do ustalonego planu treningowego, nawet kosztem życia zawodowego i społecznego. Zaplanowane wyjście na siłownię (lub ćwiczenia w domu, jeśli chory boi się wykonywania treningów w miejscach publicznych z uwagi na nikłą, w swojej opinii, masę mięśniową) jest ważniejsze od spotkań towarzyskich, co prowadzi do narastającej izolacji. Również kontakty seksualne są przez chorych ograniczane, gdyż mogą być postrzegane jako niepotrzebne wydatkowanie energii, którą można wykorzystać na ćwiczenia. Wycofanie się z życia społecznego jest też spowodowane ciągłym porównywaniem się z innymi i obawą przed negatywną opinią tych osób na temat wyglądu chorego. Zaniebdywanie obowiązków, częste przerwy celem wykonania choć kilku ćwiczeń lub przygotowania odżywki białkowej są powodem zwolnień z pracy, dlatego wielu chorych decyduje się na wykonywanie zawodu trenera personalnego, który nie koliduje z ich aktywnościami (MOSLEY 2009, KLUCZYŃSKA 2014).

Ważnym aspektem bigoreksji jest stosowanie diety oraz zażywanie suplementów i leków, mających na celu przyspieszenie budowy masy mięśniowej. Planowanie posiłków, zakupy określonych produktów, liczenie kalorii, ważenie porcji i pakowanie posiłków do pudełek, by móc je spożyć o wyznaczonej godzinie niezależnie od aktualnego miejsca pobytu, to aktywności, którym chorzy poświęcają nawet kilka godzin dziennie. Istotny element diety stanowią odżywki i koktajle białkowe (MOSLEY 2009, KLUCZYŃSKA 2014). Nierzadko bigorektycy sięgają po steroidy androgenno-anaboliczne, będąc przekonanymi o niedostatecznym rozwinięciu swoich mięśni i złym wyglądzie (MĘDRAŚ i SZCZĘSNY 2004, MOSLEY 2009, KLUCZYŃSKA 2014).

Do skutków dysmorfii mięśniowej należą: izolacja społeczna, problemy zawodowe, uzależnienie od steroidów anabolicznych (MOSLEY 2009, KLUCZYŃSKA 2014). Niepożądane efekty stosowania tych substancji to: atrofia jąder, ginekomastia, podwyższone stężenie cholesterolu, trądzik, przerost gruczołu krokowego, łysienie androgenowe. W przypadku zaprzestania stosowania może rozwinąć się depresja, prowadząca niekiedy do podejmowania prób samobójczych (MOSLEY 2009, MICHALSKA i współaut. 2016).

Leczenie dysmorfii mięśniowej opiera się na terapii psychiatrycznej i psychologicz-

nej (MEDRAŚ i SZCZĘSNY 2004, KLUCZYŃSKA 2014). Bigorektycy rzadko postrzegają swój stan jako chorobę, dlatego też nieczęsto zwracają się po specjalistyczną pomoc. Porady lekarza poszukują zazwyczaj w przypadku depresji lub nadużycia substancji wspomagających. Leczenie przebiega zgodnie z zaleceniami dla zaburzeń odżywiania, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz dysmorficznych zaburzeń ciała. Podstawą jest eliminacja zażywania steroidów androgenno-anabolicznych, redukcja czasu poświęcanego na ćwiczenia fizyczne oraz pomoc w dostrojeniu rzeczywistego obrazu swojego ciała (KLUCZYŃSKA 2014).

PODSUMOWANIE

Zaburzenia odżywiania stanowią istotny problem interdyscyplinarny. Poza stosunkowo dobrze już poznanymi zaburzeniami, takimi jak bulimia i anoreksja, coraz częściej mówi się o ortoreksji i bigoreksji, których podłoże może znajdować się we współczesnej modzie na „bycie fit”. Rozpoznawanie pierwszych nieprawidłowych zachowań chorych oraz objawów zaburzenia jest niezwykle istotne, gdyż w pełni rozwinięta choroba jest trudna do całkowitego wyleczenia.

PODZIĘKOWANIA

Artykuł powstał na podstawie pracy magisterskiej, przygotowanej pod kierownictwem prof. Marka Mędrasia w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Streszczenie

Zaburzenia odżywiania są chorobami o złożonej etiologii i przebiegu. Problem ten dotyczy zwłaszcza dziewcząt i młodych kobiet, co może mieć podłoże w społeczno-kulturowym postrzeganiu kobiety. Pogoń za wymarzoną sylwetką czy nieumiejętność radzenia sobie z problemami mogą prowadzić do wykształcenia zaburzeń takich jak anoreksja, bulimia, ortoreksja czy bigoreksja. Skutki zaburzeń odżywiania dotyczą nie tylko zdrowia fizycznego chorych, ale także sfery psychicznej i społecznej. W leczeniu konieczne jest podejście interdyscyplinarne, obejmujące opiekę lekarską, psychologiczną i dietetyczną.

LITERATURA

- APA (American Psychiatric Association), 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association, Arlington, V.A.
- BATOR E., BRONKOWSKA M., ŚLEPECKI D., BIERNAT J., 2011. *Anoreksja - przyczyny, przebieg, leczenie*. Nowiny Lekarskie 80, 184-191.
- BOERO N., PASCOE C. J., 2012. *Pro-anorexia communities and online interaction: bringing the pro-ana body online*. Body Soc. 18, 27-57.
- BRYTEK-MATERA A., 2008. *Predyktory dążenia do szczupłości w anoreksji i bulimii psychicznej*. Pol. Forum Psychol. 13, 157-165.
- CARSON R., BUTCHER J., MINEKA S., 2005. *Psychologia zaburzeń*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- CROW S. J., THURAS P., KEEL P. K., MITCHELL J. E., 2002. *Long-term menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa*. Am. J. Psychiat. 159, 1048-1050.
- DITTFELD A., KOSZOWSKA A., FIZIA K., ZIORA K., 2013. *Ortoreksja- nowe zaburzenie odżywiania*. Ann. Acad. Med. Silesiensis 67, 393-399.
- DOBRYŃSKA E., RYMASZEWSKA J., 2006. *Jadłowstręt psychiczny- ciągle wyzwanie dla współczesnej medycyny*. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 4, 165-170.
- DYCHT M., MARSZAŁEK L., 2011. *Mass media i reklama a choroby cywilizacyjne: anoreksja i bulimia*. Seminare 30, 147-158.
- FETISSOV S. O., DECHELOTTE P., 2011. *The new link between gut-brain axis and neuropsychiatric disorders*. Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care 14, 477-482.
- FETISSOV S. O., HAMZE SINNO M., COEFFIER M., BOLE-FEYSOT C., DUCROTTE P., HOKFELT T., DECHELOTTE P., 2008. *Autoantibodies against appetite-regulating peptide hormones and neuropeptides: putative regulation by gut microflora*. Nutrition 24, 348-359.
- FREYBERGER H. J., SCHNEIDER W., STIEGLITZ R. D., 2005. *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- GABBARD G. O., 2015. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press Inc., Waszyngton.
- GHAZNAVI J., TAYLOR L., 2015. *Bones, body parts, and sex appeal: an analysis of #thinspiration images on popular social media*. Body Image 14, 54-61.
- GUSTEK S., JAWORSKI M., 2011. *Znaczenie interwencji żywieniowej w psychoterapii poznawczo-behawioralnej w bulimii*. Psychiatria i Psychotherapia 7, 7-21.
- JAGIELSKA G., WOLAŃCZYK T., OSUCH B., 2010. *Zaburzenia miesiączkowania w jadłowstręcie psychicznym*. Psychiatr. Pol. 44, 277-286.
- JANAS-KOZIK M., ZEJDA J., STOCHEL M., BROŻEK G., JANAS A., JELONEK I., 2012. *Ortoreksja- nowe rozpoznanie?* Psychiatr. Pol. 46, 441-450.
- JÓZEFIK B., 1999. *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Wydawnictwo Collegium Medicum UJ, Kraków.
- KAŁĘDKIEWICZ E., DOBOSZYŃSKA A., 2013. *Ortoreksja na tle innych zaburzeń odżywiania*. Forum Medycyny Rodzinnej 7, 307-315.
- KAPLAN H. I., SADOCK B. J., 2004. *Psychiatria kliniczna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- KARAKUŁA-JUCHNOWICZ H., PANKOWICZ H., JUCHNOWICZ D., VALVERDE PIEDRA J. L., MAŁECKA-MASSAŁSKA T., 2017. *Mikrobiota jelitowa- klucz do zrozumienia patofizjologii jadłowstrętu psychicznego?* Psychiatr. Pol. 51, 859-870.
- KEDRA E., PIETRAS J., 2011. *Zaburzenia odżywiania- znak naszych czasów*. Probl. Hig. Epidemiol. 92, 530-534.
- KLUCZYŃSKA U., 2014. *Bigoreksja, czyli kłopoty mężczyzn z ciałem*. [W:] *Mężczyźni- kryzys, postęp, zmiana? Tom 11, Część 1*. BOUGSIAA H., KOPCIEWICZ L., WELENC M. (red.). Ars Educandi, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- KOHN M. R., MADDEN S., CLARKE S. D., 2011. *Re-feeding in anorexia nervosa: increased safety and efficiency through understanding the*

- pathophysiology of protein calorie malnutrition*. Curr. Opin. Pediatr. 23, 390-394.
- KOSZOWSKA A., DITTFELD A., ZUBELEWICZ-SZKODZIŃSKA B., 2013. *Psychologiczny aspekt odżywiania i wpływ wybranych substancji na zachowania i procesy myślowe*. Hygeia Publ. Health 48, 279-284.
- KOVEN N. S., ABRY A. W., 2015. *The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives*. Neuropsych. Disease Treatment 11, 385-394.
- LAM Y. Y., MAGUIRE S., PALACIOS T., CATERSON I. D., 2017. *Are the gut bacteria telling us to eat or not to eat? Reviewing the role of gut microbiota in etiology, disease progression and treatment of eating disorders*. Nutrients 9, doi:10.3390/nu9060602.
- LEWITT A., BRZĘCZEK K., KRUPIENICZ A., 2008. *Interwencje żywieniowe w leczeniu anoreksji-wskazówki dietetyczne*. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 4, 128-136.
- MALCZYK Ż., OSWIECIMSKA J., 2017. *Powikłania gastroenterologiczne i zasady realimentacji pacjentów z jadłowstrętem psychicznym*. Psychiatr. Pol. 51, 219-229.
- MATHIEU J., 2005. *What is orthorexia?* J. Am. Diet. Assoc. 105, 1510-1512.
- MEHLER P. S., RYLANDER M., 2015. *Bulimia nervosa- medical complications*. J. Eating Disord. 3, doi: 10.1186/s40337-015-0044-4.
- MEDRAŚ M., SZCZĘSNY M., 2004. *Dysmorfobia (dysmorfia) mięśniowa a sport*. [W:] *Medycyna sportowa*. MEDRAŚ M. (red.). Agencja Wydawnicza MEDSPORTPRESS, Warszawa.
- MICHALSKA A., SZEJKO N., JAKUBCZYK A., WOJNAR M., 2016. *Niespecyficzne zaburzenia odżywiania- subiektywny przegląd*. Psychiatr. Pol. 50, 497-507.
- MIKOŁAJCZYK E., SAMOCHOWIEC J., 2014. *Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania*. Psychiatria 1, 91-95.
- MOND J.M., 2013. *Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5*. J. Eating Disord. 1, <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-33>.
- MOROZE R. M., DUNN T. M., CRAIG H. J., YAGER J., WEINTRAUB P., 2015. *Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria*. Psychosomatics 56, 397-403.
- MOSLEY P. E., 2009. *Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia*. Eur. Eating Disord. Rev. 17, 191-198.
- MROCZKOWSKA D., 2012. *Postrzeżenie i rozumienie zaburzeń jedzenia- fakty i mity*. Forum Medycyny Rodzinnej 8, 82-91.
- NOWAK K., 2013. *Socjodemograficzne i rodzinne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania młodzieży*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny 32, 121-146.
- O'CONNOR G., NICHOLLS D., 2013. *Refeeding hypophosphatemia in adolescents with anorexia nervosa: a systematic review*. Nutrit. Clin. Pract. 28, 358-364.
- OZIER A. D., HENRY B. W., AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION., 2011. *Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders*. J. Am. Diet. Assoc. 111, 1236-1241.
- PILCH W., JANISZEWSKA R., MAKUCH R., MUCHA D., PAŁKA T., 2011. *Racjonalne odżywianie i jego wpływ na zdrowie*. Hygeia Publ. Health 46, 244-248.
- PILECKI M., JÓZEFIK B., SALAPA K., 2012. *Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się- badania własne*. Psychiatr. Pol. 46, 189-200.
- PORYCKA A., 2016. *Wokół triady ciało-zdrowie-media (analizy i refleksje)*. RELACJE. Studia z Nauk Społecznych 2, 75-86.
- PRZEWOŹNIK D., 2013. *Wybrane zagadnienia dotyczące neurobiologii jadłowstrętu psychicznego*. Neuropsychiatr. Neuropsychol. 8, 118-122.
- PÜSKÜLLÜOĞLU M., NIECKULA J., LAPRUS I., 2011. *Zespół ponownego odżywiania u pacjentów z chorobą nowotworową*. Onkol. Prakt. Klin. 7, 24-30.
- SZYMAŃSKA U., JAGIELSKA G., TOMASZEWICZ-LIBUDZIC C., PRZEDLACKI J., 2007. *Zaburzenia metabolizmu kostnego w jadłowstręcie psychicznym*. Wiad. Lek. 60, 68-72.
- TOZZI F., SULLIVAN P. F., FEAR J. L., MCKENZIE J., BULIK C. M., 2003. *Causes and recovery in Anorexia nervosa: the patient perspective*. Int. J. Eating Disord. 33, 143-154.
- VARGA M., THEGE B. K., DUAKY-SZABÓ S., TURY F., VAN FURTH E. F., 2014. *When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary*. BMC Psychiatry 14, doi: 10.1186/1471-244X-14-59.
- WHO (World Health Organisation), 2012. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*. Rewizja 10, tom 1. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

KOSMOS Vol. 68, 1, 121–132, 2019

EWA JABŁOŃSKA, KARINA BŁADKOWSKA, MONIKA BRONKOWSKA

Department of Human Nutrition, Wrocław University of Environmental and Life Sciences, 37 Chelmońskiego Str., 51-630 Wrocław,

E-mail: ewa.jablonska@upwr.edu.pl, karina.bladkowska@upwr.edu.pl, monika.bronkowska@upwr.edu.pl

EATING DISORDERS AS HEALTH AND PSYCHOSOCIAL PROBLEMS

Summary

Eating disorders belong to diseases with a complex etiology and course. They primarily affect adolescent girls and young women, and may have foundation in sociocultural perception of women. The pursuit of a dream body or inability to cope with one's problems may lead to development of disorders such as anorexia, bulimia, orthorexia or bigorexia. The consequences of eating disorders apply not only to physical health, but also to mental state and social sphere. In their treatment, an interdisciplinary approach is needed, consisting of medical, psychological and dietary care.

Key words: anorexia, bigorexia, bulimia, eating disorder, muscle dysmorphism, orthorexia