

EWA BATOR, MONIKA BRONKOWSKA, DAMIAN ŚLEPECKI*, JADWIGA BIERNAT

ANOREKSJA – PRZYCZYNY, PRZEBIEG, LECZENIE

ANOREXIA – CAUSES, COURSE, TREATMENT

Zakład Żywienia Człowieka
Katedra Technologii Rolnej i Przechowalnictwa
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. Jadwiga Biernat
*Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
Dyrektor: Andrzej Tatuśko

Streszczenie

Anorexia nervosa (jadłowstręt psychiczny, AN) jest istotnym problemem medycznym i społecznym, dotyczącym coraz większej liczby ludzi. Czynniki ryzyka mają bardzo często podłoże psychologiczne, ale także choroba ujawnia się jako skutek mody na promowaną w mediach szczupłą sylwetkę. Celem pracy był przegląd piśmiennictwa dotyczącego anoreksji: patogenezy, czynników ryzyka, przebiegu choroby, metod leczenia oraz częstości występowania i przyczyn anoreksji także u kobiet w ciąży i mężczyzn.

SŁOWA KLUCZOWE: anoreksja, zaburzenia odżywiania, żywienie, leczenie.

Summary

Anorexia nervosa (anorexia nervosa, AN) is an important medical and social problem, for a growing number of people. Risk factors are very often psychological, but also the disease manifests itself as a result of fashionable figure promoted by media. The aim of this study was the review of the literature on anorexia nervosa: pathogenesis, risk factors, disease course, treatment and the incidence and causes of anorexia in pregnant women and men.

KEY WORDS: anorexia, eating disorders, nutrition, treatment.

Wstęp

W ostatnim dziesięcioleciu dużym problemem zarówno medycznym, jak i społecznym są zaburzenia odżywiania, które zostały sklasyfikowane w ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) (Tab. 1.) [1]. Można je również podzielić na specyficzne i niespecyficzne (Tab. 2.) [2]. Zaburzenia odżywiania obejmują zarówno otyłość, nadwagę, jak i różne rodzaje niedożywienia. Problem nadwagi i otyłości może dotyczyć nawet 2/3 populacji w krajach gospodarczo rozwiniętych i jest bardzo dyskutowanym zagadnieniem w różnego rodzaju publikacjach i mediach [3].

Niedożywienie jest nagłaśniane znacznie słabiej niż otyłość. Może to wynikać z faktu kreowania szczupłego ideału kobiety/mężczyzny lub utożsamiania tego stanu z ubóstwem. Powyższe przyczyny powodują, że liczba osób dotkniętych niedożywieniem jest bardzo często niedoszacowana, a badania są trudne do przeprowadzenia. Różne źródła wskazują, że w Europie osoby niedożywione stanowią 5–15% społeczeństwa [3].

Niedożywienie może być wywołane różnymi przyczynami, począwszy od ubóstwa, zaniedbań opiekuńczych, przewlekłych chorób somatycznych aż do celowego działania mającego na celu redukcję masy ciała. Jedną z postaci klinicznych niedożywienia jest *anorexia nervosa* [3]. Polega ona na celowym zmniejszaniu masy ciała, z jednoczesnym zaburzonym obrazem własnego ciała, obecnością dysmorfofobii (zaburzenie psychiczne, występowanie lęku

związanego z przekonaniem o nieestetycznym wyglądzie lub budowie ciała). Chory/chora wyznacza sobie kolejne coraz niższe limity masy ciała. W zaawansowanych postaciach mogą dołączyć się m.in. objawy depresji czy społecznego wycofania [4].

Problem anoreksji poruszany jest coraz częściej w mediach i publikacjach, jednak nie przekłada się to na świadomość społeczeństwa odnośnie czynników ryzyka, powikłań choroby, itd.

Na świecie *anorexia nervosa* (AN) wśród kobiet występuje z częstością 0,5–1%, a wśród mężczyzn 0,05–0,1% [5]. Ocenia się, że w Polsce dotyczy od 0,8% do 1,8% populacji dziewcząt < 18 r.ż. Częstość ta wzrasta do 3,7%, jeśli uwzględnimy występowanie postaci choroby niespełniających wszystkich kryteriów diagnostycznych [6]. Choroba ta występuje najczęściej u osób w wieku 13–14 lat oraz 17–18 lat. Po 25. roku życia częstość występowania anoreksji maleje [5]. Należy jednak zaznaczyć, że występowanie tej choroby opisywano u osób w każdym wieku [7]. Biorąc pod uwagę uwarunkowania geograficzne, najwięcej zachorowań na anoreksję odnotowuje się w Europie (zwłaszcza Zachodniej) i Ameryce Północnej (USA, Kanada), Japonii oraz wśród społeczności rasy białej Afryki Południowej [8].

Umieralność w grupie osób z anoreksją wynosi 10%. Połowa pacjentów umiera z powodu powikłań w wyniku głodzenia się, a około jedna trzecia popełnia samobójstwa [9].

Tabela 1. Klasyfikacja zaburzeń odżywiania wg ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób)
Table 1. Classification of eating disorders according to ICD-10 (International Classification of Diseases)

Klasyfikacja ICD 10

Zaburzenia odżywiania (F50) – zaburzenia behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi

F50.1 Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)

F50.2 Jadłowstręt psychiczny atypowy

F50.3 Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*)

F50.4 Atypowa żarłoczność psychiczna

F50.5 Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi

F50.6 Wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi

F50.7 Inne zaburzenia odżywiania

F50.8 Zaburzenia odżywiania się, nieokreślone

Tabela 2. Podział zaburzeń odżywiania

Table 2. Division of eating disorders

Podział zaburzeń odżywiania	
Specyficzne	Niespecyficzne
<i>Anorexia nervosa</i> <i>Bulimia nervosa</i>	<i>Bigorexia</i> (obsesja na punkcie umięśnionego ciała) <i>Orthorexia nervosa</i> (obsesja na punkcie jakości przyjmowanego pokarmu) <i>Kompulsywne objadanie się</i> (binge eating disorders) <i>Zespół jedzenia nocnego</i> (NES – night eating syndrome) Otyłość

Etiopatogeneza i czynniki ryzyka

Etiologia choroby nie jest w pełni poznana, jednak dotychczasowe badania wskazują na to, że patogeneza AN jest wieloczynnikowa. Przyczyny choroby można podzielić na czynniki predysponujące do zachorowania, wyzwalające chorobę i podtrzymujące objawy [10].

Wśród czynników predysponujących wyróżnia się:

- czynniki osobnicze, w tym:
 - czynniki genetyczne (badania wykazały częstsze występowanie anoreksji u bliźniąt jednojajowych niż dwujajowych) [11]
 - zaburzenia endokrynologiczne [12]
 - zaburzenia metabolizmu neuroprzekazników (m.in. serotoniny, noradrenaliny, opioidów endogennych) [13]
- cechy osobowości:
 - osobowość obsesyjno-kompulsywna (perfekcjonizm w różnych aspektach życia, przeszacowywanie rozmiarów własnego ciała)
 - osobowość histrioniczna (u osób tych konflikt w rozwoju seksualnym powoduje nadmierną seksualizację związków z otoczeniem)
 - osobowość schizoidalna lub schizotypowa (skłonność do dziwacznych zachowań może obejmować zachowania związane z jedzeniem) [14]

- wysoki poziom lęku, niskie poczucie własnej wartości
- czynniki rodzinne (specyficzne wzorce relacji w rodzinie, szczególnie w sytuacjach stresowych):
 - usidlenie, polegające na tym, że granice między poszczególnymi członkami rodziny ulegają zatarciu; problemy jednego członka rodziny stają się problemami pozostałych osób
 - nadopiekuńczość – rodzina jest zamknięta we własnym kręgu. U dziecka wykształca się postawa bezradności, a rodzice chcąc ochronić dziecko przed wszelkim złem, przyczyniają się do powstania dodatkowych stresów i problemów. Opieka związana jest wyłącznie z poczuciem obowiązku, brak jest natomiast rodzinnej bliskości
 - sztywność – nieumiejętność radzenia sobie z nowymi sytuacjami, jak np. dojrzewanie dzieci, śmierć bliskiej osoby, choroba
 - unikanie konfliktów – nadrzędnym celem rodziny staje się zachowanie harmonii i wszelkie próby rozwiązywania problemów uznawane są za zagrożenie spokoju rodziny
 - angażowanie dzieci w problemy małżeńskie – dzieci stają się sojusznikami jednego z rodziców w „walce” między nimi. Problemy nie są rozwiązywane wprost. Dziecko czuje się odpowiedzialne za to, co się w rodzinie dzieje
 - wyolbrzymione oczekiwania ze strony rodziny, przywiązywanie dużej wagi do wyglądu zewnętrznego [5, 14].
- czynniki socjo-ekonomiczne:
 - dobry status ekonomiczny (częstsze występowanie anoreksji u dzieci z rodzin o średnim i wyższym statusie ekonomicznym)
 - propagowanie przez media szczupłej sylwetki oraz poglądu, że bycie szczupłym zapewnia szczęście i sukces
 - wykonywanie niektórych profesji: modelka, aktorka, tancerka, gimnastyczka [8, 14].

Do czynników wyzwalających chorobę zalicza się m.in.:

- okres dojrzewania
- dietę redukującą masę ciała
- krytyczne uwagi dotyczące masy ciała
- przejście w kolejny etap życia
- sytuacje stresowe, traumatyczne np.: problemy w szkole, urodzenie dziecka, zmiana sytuacji rodziny [15].

Czynniki wywołujące objawy choroby dzieli się na psychologiczne i somatyczne. Bez względu na ich rodzaj powodują one, że osoba chora nie wykazuje chęci leczenia i traktuje chorobę jako stan naturalny. Uzyskanie efektu odchudzania ma prowadzić do zwiększenia poczucia własnej wartości, niezależności, bezpieczeństwa np. spadek masy ciała jest odbierany jako sukces, wzrost masy ciała jako porażka [9].

Początek choroby jest trudny do zdiagnozowania, gdyż pierwsze objawy są niecharakterystyczne i zwykle nie budzą niepokoju. Młodzież w okresie dojrzewania zaczyna dążyć do perfekcyjnego wyglądu własnego ciała, chce zbliżyć się do wzorców promowanych przez media. Stopniowo pojawiają się wyrzuty sumienia w wyniku zjedzenia obfitego posiłku. Chore osoby zaczynają ograniczać wartość energetyczną pożywienia oraz rezygnują z trudnostrawnych potraw. Nieustannie są niezadowolone z wyglądu własnego ciała i z czasem zaczynają unikać spożywania posiłków wraz z rodziną, stosują coraz intensywniejsze ćwiczenia fizyczne, a swoje wychudzone ciało ukrywają pod luźnym ubraniem. Mimo postępującego wyniszczenia chore są sprawne i prowadzą aktywny tryb życia. Nie zgłaszają dolegliwości somatycznych lub im zaprzeczają. Następuje pogorszenie relacji z rodziną i narastające odosobnienie [16, 17].

Choroba może przebiegać w formie jednego rzutu lub przewlekle, z okresami remisji i nawrotów [15]. O ciężkości jej przebiegu decydują różne czynniki. Do czynników korzystnych w skuteczności leczenia zalicza się m.in.: brak konfliktów między dzieckiem a rodzicami, krótki czas trwania zaburzenia w stosunku do podjęcia adekwatnej terapii, krótkotrwała hospitalizacja i brak potrzeby jej po-

wtarzania, wysoki status społeczny. Do czynników utrudniających leczenie należą: napady objadania się, wymioty, przewlekły czas trwania objawów i ich kompulsywność [18]. W tabeli 3. przedstawiono powikłania zaburzeń odżywiania się związane z głodzeniem i wymiotami [9].

Metody leczenia anoreksji

Leczenie anoreksji jest procesem długim i trudnym dla specjalistów. Z powodu braku jednoznacznych czynników ryzyka wywołujących chorobę, najczęściej niemożliwe jest podjęcie leczenia przyczynowego [19, 20]. Proces leczenia wymaga współpracy zespołu specjalistów: internisty (to do nich najczęściej trafiają pacjenci w pierwszej fazie choroby i oni powinni odpowiednio pokierować leczeniem), psychiatry, dietetyka, psychoterapeuty, jak również w zależności od rodzaju zaburzeń towarzyszących – kardiologa i endokrynologa [21].

Główne cele leczenia anoreksji to:

- przywrócenie prawidłowej masy ciała oraz leczenie ewentualnych fizycznych następstw długotrwałego niedożywienia
- leczenie problemów psychicznych związanych z zaburzoną odżywianiem się

Tabela 3. Powikłania zaburzeń odżywiania się związane z głodzeniem i wymiotami
Table 3. Complications of eating disorders associated with starvation and vomiting

Powikłania zaburzeń odżywiania się	
Związane z głodzeniem się	Związane z wymiotami
<ul style="list-style-type: none"> • wyniszczenie • zatrzymanie miesiączki: bezpłodność, zanik układu rozrodczego • zaparcia: bóle brzucha • nietolerancja zimna; ospałość • bradykardia: hipotensja; zaburzenia rytmu serca; zatrzymanie akcji serca • lanugo: delikatny puszysty meszek na klatce piersiowej, utrata owłosienia głowy • obrzęki obwodowe • miopatia; zaniki mięśni • osteoporoza; złamania • drgawki; łagodne zaburzenia poznawcze; depresja. <p>Zaburzenia diagnozowane w oparciu o badania biochemiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nieprawidłowe próby czynnościowe wątroby • podwyższone stężenie mocznika (odwodnienie) • podwyższone stężenie kortyzolu • podwyższone stężenie hormonu wzrostu • obniżone stężenie trójjodotyroniny (T3) • obniżone stężenie FSH, LH • hipercholesterolemia • hipoglikemia • podwyższone stężenie karotenu (zażółcenie skóry) • niedokrwistość normocytarna • leukopenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • trwałe nadżerki szkliwa zębów; próchnica zębów • powiększenie ślinianek (szczególnie przyusznych) • modzele na skórze grzbietowej powierzchni dłoni, powstałe wskutek powtarzającego się ucisku zębami (objaw Russella) • pęknięcia przełyku, żołądka • poważne miopatie i kardiomiopatie w wyniku regularnego stosowania syropu z wymiotnicy. <p>Zaburzenia diagnozowane w oparciu o badania biochemiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hipokaliemia, zasadowica hipochloremiczna • hiponatremia • hipomagnezemia • podwyższona aktywność amylazy w surowicy.

- próba wyeliminowania dysfunkcyjnego myślenia i zaburzonych wzajemnych relacji z innymi osobami [20].

Wybór zarówno miejsca, jak i rodzaju leczenia uzależniony jest od stopnia wyniszczenia organizmu.

Obecnie przeważa pogląd, iż początkowo, przy umiarkowanym ubytku masy ciała, leczenie anoreksji powinno być podejmowane w trybie ambulatoryjnym. Do leczenia szpitalnego kierowane są natomiast osoby o bardzo niskiej wartości wskaźnika BMI (większa niż 30% utrata należnej masy ciała), w przypadku braku efektów leczenia ambulatoryjnego, zaburzeń elektrolitowych, układu sercowo-naczyniowego, złej kondycji psychicznej (tendencje samobójcze). Hospitalizacja stwarza również możliwość odizolowania chorej osoby od jej naturalnego środowiska, w którym wykształciła się choroba [14, 19].

Leczenie obejmuje:

- psychoterapię – podstawowa forma leczenia jadłowstrętu psychicznego, ponieważ jest to zaburzenie przede wszystkim emocjonalne. W zależności od konkretnego przypadku stosuje się terapię indywidualną, grupową lub rodzinną [22]
- leczenie żywieniowe:
 - ocena sposobu żywienia – dokonuje się na podstawie wywiadu żywieniowego. Zwraca się uwagę na błędy w sposobie żywienia, liczbę i rodzaj posiłków, preferencje żywieniowe osoby chorej oraz członków jej rodziny, notuje się również wszystkie zmiany w sposobie żywienia, czas ich wystąpienia, przyczyny i związek z chorobą, a także wahania masy ciała [23]. Osoba przeprowadzająca wywiad żywieniowy musi uzyskać informacje na temat występowania ewentualnych nudności, wymiotów, biegunk oraz problemów w przygotowaniu posiłków [19]
 - ocena stanu odżywienia (badania antropometryczne):
 - masa ciała – wyznaczenie aktualnej masy ciała oraz obliczenie ubytku masy ciała, wyrażonego w % normalnej (zwykłej) masy ciała, zgodnie ze wzorem:

$$\frac{\text{aktualna m.c. [kg]}}{\text{normalna m.c. [kg]}} \times 100 = \% \text{ normalnej m.c.}$$

- wskaźnik masy ciała (BMI – Body Mass Index) – wyznaczany w przypadku osób dorosłych, obliczamy wg wzoru:

$$\text{BMI} = \frac{\text{aktualna m.c. [kg]}}{(\text{wzrost [m}^2\text{)})}$$

- wskaźnik Cole’a – wyznaczany w przypadku dzieci

$$\text{Wskaźnik Cole'a} = \frac{\text{BMI}_{\text{aktualny}}}{\text{BMI}_{\text{dla 50 percentyla}}} \times 100\%$$

Interpretacja otrzymanych wyników zamieszczona została w tabeli 4 i 5 [23].

- pomiar grubości fałdów skórno-tłuszczowych na ramieniu, nad mięśniem dwugłowym oraz trójgłowym, pod łopatką oraz nad kolcem biodrowym (grubość podskórnej tkanki tłuszczowej jest proporcjonalna do całkowitej zawartości tłuszczu w ciele). Istnieje duże ryzyko wystąpienia błędów w wyniku niedokładności pomiarów
- pomiar środkowego obwodu ramienia w celu oceny masy mięśniowej i tłuszczowej oraz grubości kości [23]
- oznaczenie zawartości tkanki tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała metodą BIA (bioimpedancji) [24]
- badania biochemiczne:
 - pomiar stężenia albumin – albuminy są białkami, które charakteryzuje stosunkowo długi okres półtrwania (ok. 20 dni) oraz duża pula ogólnoustrojowa zlokalizowana w 60% zewnątrz-naczyniowo. Powoduje to, że w przypadku obniżonej podaży białkowej w diecie i niskiej jej wartości energetycznej, stężenie albumin w surowicy krwi pozostaje niezmiennione przez stosunkowo długi okres czasu. Z tego względu pomiar stężenia albumin nie nadaje się do śledzenia szybkich zmian w stanie odżywienia w trakcie leczenia żywieniowego

Tabela 4. Klasyfikacja stanu odżywienia wg wskaźnika BMI [kg/m²]
Table 4. Classification of nutritional status according to BMI [kg/m²]

Wyglodzenie	Wychudzenie	Niedowaga	Prawidłowa masa ciała	Nadwaga	Otyłość I°	Otyłość II°	Otyłość III°
< 15	15,1–17,4	17,5–18,5	18,6–24,9	25,0–29,9	30,0–34,9	35,0–39,9	≥ 40,0

Tabela 5. Klasyfikacja stanów odżywienia wg wskaźnika Cole’a [%]
Table 5. Classification of nutritional status according to Cole's index [%]

Ciężkie niedożywienie	Umiarkowane niedożywienie	Łagodne niedożywienie	Prawidłowy stan odżywienia	Nadwaga
< 75	75–85	85–90	90–100	> 110

- pomiar stężenia transferyny – białko to ma krótszy okres półtrwania niż albuminy (ok. 12 dni) i mniejsza jest jego ogólnoustrojowa pula, w związku z tym ograniczona podaż w posiłkach energii i białka znajduje szybciej swoje odzwierciedlenie w obniżeniu stężenia transferyny niż ma to miejsce w przypadku albumin. Transferyna jest wiarygodnym wskaźnikiem stanu odżywienia jedynie przy prawidłowej zawartości żelaza w organizmie, ponieważ w sytuacji niedoboru tego pierwiastka stężenie transferyny wzrasta, niezależnie od ilości dostarczanych składników odżywczych
- pomiar stężenia prealbuminy – białko to w porównaniu do albuminy i transferyny wyróżnia zdecydowanie krótszy okres półtrwania (ok. 2 dni) oraz niewielka pula ogólnoustrojowa. Wyraźne obniżenie stężenia tego białka w surowicy krwi następuje już po 3 dniach od momentu, gdy podaż białka w diecie staje się niewystarczająca
- pomiar stężenia RBP (białka wiążącego retinol) – białko to cechuje bardzo krótki okres półtrwania (ok. 12 godzin), co sprawia, że jest ono wskaźnikiem zmian podaży białka i energii w żywieniu zachodzących w krótkim czasie (podobnie jak w przypadku prealbuminy)
- pomiar stężenia fibronektyny – okres półtrwania fibronektyny wynosi ok. 2 dni, a jej stężenie w surowicy równie dobrze koreluje z podażą energii i białka. Stężenie fibronektyny w surowicy krwi obniża się po upływie 7 dni od wystąpienia ograniczenia podaży energii i białka, po czym pozostaje na stabilnym poziomie. Powrót do wartości prawidłowych następuje po ok. 5 dniach od przywrócenia odżywiania zgodnie z zapotrzebowaniem organizmu [25]
- badania immunologiczne (niedożywienie osłabia odporność ustroju i powoduje obniżenie całkowitej liczby limfocytów oraz odpowiedzi skórnej na antygeny). Stan odporności ocenia się na podstawie całkowitej liczby limfocytów (CLL) w 1 mm³ krwi obwodowej, którą oblicza się wg wzoru:

$$CLL = \frac{\% \text{ Limfocytów} \times L \text{ (liczba leukocytów)}}{100}$$
- kolejnym etapem oceny sposobu żywienia i stanu odżywienia jest ustalenie zapotrzebowania wodno-energetycznego organizmu. Zapotrzebowanie na energię i składniki pokarmowe określa się posługując się należną masą ciała. Obliczamy ją wg wzoru:

$$\text{należna masa ciała} = W - 100^*$$
 gdzie:
 W – wzrost wyrażony w cm, * – jeśli wzrost mieści się w przedziale 155–165 cm ujemnik przyjmuje wartość 100, jeśli między 166–176 cm wartość 105, natomiast u osób o wzroście powyżej 176 cm odejmuje się wartość 110
- wybór drogi podawania składników pokarmowych w zależności od stanu fizycznego i psychicznego osoby chorej, zdolności organizmu do przyjmowania pokarmów, chęci współpracy ze strony chorego. Istnieje kilka możliwości dostarczania do organizmu składników odżywczych:
 - doustnie – sposób ten najbardziej odpowiedni fizjologicznie, wiąże się też z najmniejszą ilością powikłań
 - dojelitowo – w przypadku, gdy chory nie jest w stanie sam jeść lub odmawia jedzenia zalecanych posiłków, a jego stan fizyczny wymaga szybkiej interwencji
 - przez sondę dożołądkową – jak wyżej
 - pozajelitowo (dożylnie) – często stosowane jako uzupełnienie pozostałych metod lub jako samodzielny sposób żywienia w sytuacjach gdy stan osoby chorej jest szczególnie ciężki [26, 27]
- charakterystyka ilościowa i jakościowa odpowiedniej diety w leczeniu anoreksji:
 - wartość energetyczną diety ustala się w stosunku do należnej, a nie obecnej masy ciała
 - przyrost masy ciała powinien wynosić 0,5–1 kg/tydzień przy leczeniu ambulatoryjnym, 1,5 kg/tydzień w przypadku hospitalizacji
 - odpowiednio wysoka podaż białka ze względu na niedożywienie, wyniszczenie organizmu to 25–30% należnej energii
 - udział tłuszczu w dostarczeniu należnej energii powinien wynosić 25–30% należnej energii
 - udział węglowodanów w dostarczaniu energii powinien wynosić około 50% należnej energii
 - ustalenie odpowiedniego do wieku, płci, aktywności fizycznej, stwierdzonych niedoborów, zapotrzebowania na mikroskładniki i wyrównanie ich niedoborów
 - w przypadku, gdy chory stosował całkowitą głodówkę początkowo stosuje się dietę ubogą w tłuszcze i pozbawioną laktozy
 - na początku zaleca się dietę o wartości ok. 500 kcal (40–50 kcal/kg masy ciała), następnie stopniowo zwiększa się jednorazowe ilości energii w posiłku o nie więcej niż 200 kcal (60–80 kcal/kg masy ciała), aż do uzyskania 2000–3000 kcal/dobę (0,5–1 kg/tydzień ambulatoryjne; 1,5 kg/tydzień szpitalnie) [28, 29]
 - nie zaleca się zbyt intensywnej realimentacji, gdyż może ona doprowadzić do groźnych dla organizmu człowieka powikłań, m.in.: hipofosfatemii, zaburzeń rytmu serca, niewydolności krążenia, niewydolności oddechowej, anemii hemolitycznej, niewydolności nerek, a nawet śmierci; zespół tych powikłań określany jest mianem zespołu realimentacyjnego

- posiłki powinny być:
 - urozmaicone (większe prawdopodobieństwo dostarczenia niezbędnych składników odżywczych)
 - podawane w małych porcjach, ale często – 5 razy na dzień
 - łatwostrawne – preferowane techniki kulinarne to: duszenie, pieczenie w folii lub gotowanie (składniki odżywcze zawarte w potrawach są łatwiej przyswajalne)
 - dobrze przyprawione naturalnymi przyprawami i ziołami
 - estetycznie podane
 - spożywane w spokoju
 - odpowiednio skomponowane smakowo i kolorystycznie
 - podawane na dużym talerzu – zachęca to do zjedzenia większej porcji pożywienia
 - spożywane w towarzystwie innych osób (bliska osoba powinna towarzyszyć choremu jeszcze przez ok. 2 godziny po spożyciu posiłku w celu kontroli odruchu wymiotnego lub zachowań kompensacyjnych) [19, 28, 30]
- farmakoterapia:
 - odgrywa w leczeniu anoreksji niewielką rolę
 - wykorzystywana jest w przypadkach z towarzyszącymi objawami psychopatologicznymi, np. depresyjnymi, obsesyjno-kompulsyjnymi lub lękowymi [21]
 - leki należy stosować ostrożnie, zwłaszcza przy znacznym niedoborze masy ciała (leczenie przeciwdepresyjne: mianseryna i mirtazapina dodatkowo pobudzają łaknienie; należy unikać leków o działaniu cholinolitycznym – negatywny wpływ na

układ krążenia; nie stosować selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) przed uzyskaniem należytej masy ciała; leczenie uspokajające – dopuszczalne małe dawki haloperidolu) [3, 29]

- może być konieczna suplementacja niedoborów makro- i mikroelementów (np. żelaza, witamin) [21]
- może być konieczne włączenie terapii estrogenowej – istnieją różne poglądy odnośnie tego zagadnienia [21].

Anoreksja u kobiet w ciąży (pregoreksja)

Anoreksja ciążowa (pregoreksja = ang. pregnancy – ciąża + ang. anorexia – anoreksja) jest pojęciem z zakresu psychologii popularnej. Objawy są identyczne jak w przypadku jadłowstrętu psychicznego. Chore kobiety kontrolują masę ciała, by ograniczyć wpływ ciąży na wygląd zewnętrzny (spożywanie znacznie mniejszych ilości pokarmu, intensywne ćwiczenia fizyczne). Wiąże się to z ryzykiem ujawnienia niedoborów białka, witamin i mikroelementów potrzebnych dziecku do prawidłowego rozwoju oraz matce w przygotowaniu się do porodu, położu i okresu karmienia piersią. Dodatkowo wzmożona aktywność fizyczna, zwłaszcza w III tryestrze ciąży może być przyczyną innych niepokojących objawów jak: zawroty głowy czy tachykardia [31].

Media chętniej upowszechniają szczupłe sylwetki kobiet, które nawet w trakcie ciąży zachowały nienaganą figurę lub w bardzo krótkim czasie po porodzie wróciły do dawnej sylwetki i aktywności zawodowej. Niektóre źródła wskazują również, że przyczyną pregoreksji może być podświadoma niechęć do posiadania dziecka (agresja skierowana przeciw własnemu ciału dotyka również dziecko). W związku z tym problem ten dotyczy

Tabela 6. Niekorzystne następstwa pregoreksji
Table 6. Adverse consequences of pregorexia

Niekorzystne następstwa pregoreksji	
Dla matki	Dla dziecka*
<ul style="list-style-type: none"> – niedokrwistość – nadciśnienie tętnicze – depresja poporodowa – krwawienia z dróg rodnych – konieczność wykonania cesarskiego cięcia – konieczność hospitalizacji i odżywiania pozajelitowego – problemy z karmieniem piersią 	<ul style="list-style-type: none"> – poronienie – poród przedwczesny – wyższy współczynnik umieralności niemowląt, – niska masa urodzeniowa – niski wynik skali APGAR – wady wrodzone – mniejszy obwód głowy – problemy z oddychaniem – opóźniony rozwój – zaburzone łaknienie, zaburzenia odżywiania – depresja – zaburzenia wzrostu – nieprawidłowości w procesach, poznawczych, zmysłowych i fizycznych

* są one wynikiem zarówno niedoborów pokarmowych, jak również teratogennego i embriotoksycznego działania leków np. moczopędnych, przeczyszczających

przede wszystkim kobiet, których wygląd zewnętrzny jest związany z wykonywanym zawodem, są osobami publicznymi oraz kobiet, które w przeszłości były anorektyczkami. U zdrowej kobiety także mogą wystąpić objawy anoreksji w okresie ciąży – tylko w takich przypadkach nasuwa się pytanie, czy rzeczywiście była wcześniej zdrowa, czy po prostu stres związany z ciążą wywołał pojawienie się objawów jadłowstrętu psychicznego [32].

Niekorzystne następstwa anoreksji w ciąży przedstawiono w tabeli 6. [18, 33].

Anoreksja atypowa i anoreksja u mężczyzn

Jednym z zaburzeń odżywiania jest jadłowstręt psychiczny atypowy. Rozpoznaje się go wtedy, gdy obraz kliniczny zbliżony jest do typowej anoreksji (tj. znaczny spadek masy ciała, zachowania ukierunkowane na utratę masy ciała), lecz nie występują podstawowe objawy niezbędne do rozpoznania AN np.: lęk przed otyłością czy zahamowanie menstruacji lub w przypadkach, gdy występują wszystkie typowe objawy AN, ale w niewielkim nasileniu. Osoba chorująca na to schorzenie ma świadomość, że jest chuda, jednak nie może przerwać restrykcji dietetycznych [18]. Postać ta występuje znacznie częściej u chłopców niż u dziewcząt. W obu grupach obserwuje się zmniejszanie masy ciała, jednak u chłopców utrata masy ciała ma na celu wypracowanie „męskiej sylwetki”: szerokich ramion oraz wąskiej talii i bioder, a u dziewcząt wskaźnikiem satysfakcji są niskie wskazania masy ciała.

Anoreksja dotyczy najczęściej chłopców przed osiągnięciem dojrzałości (14–15 lat) oraz młodych mężczyzn w wieku 18–19 lat [4, 28]. Dowiedziono również, że problem ten jest częstszy wśród homoseksualistów [18]. Mężczyźni spełniający kryteria diagnostyczne dla rozpoznania zaburzeń odżywiania stosują nieprawidłowe zachowania kompensacyjne w celu uchronienia się przed wzrostem masy ciała. Wśród nich dominują: intensywne ćwiczenia fizyczne, wymioty oraz stosowanie środków przeczyszczających.

Mężczyźni cierpią często na tzw. bigoreksję („kompleks Adonisa”). Typowym zachowaniem w tym schorzeniu jest dążenie uzyskania idealnej rzeźby ciała przez stosowanie intensywnych ćwiczeń, diet, stosowanie substancji stymulujących rozrost masy mięśniowej, przy jednoczesnym niezadowoleniu z osiągniętych rezultatów. Również częstym zaburzeniem u mężczyzn jest ortoreksja czyli obsesyjne skupianie się na jakości spożywanych pokarmów z eliminacją produktów uznanych przez siebie za szkodliwe. Zaburzenia hormonalne u mężczyzn dotkniętych zaburzeniami odżywiania dotyczą głównie spadku popędu płciowego oraz utraty zainteresowań seksualnych. Diety i/lub treningi wypełniają im pustkę emocjonalną, nadają sens ich życiu. Tacy chorzy trafiają stosunkowo rzadko do leczenia szpitalnego. Nie spełniają także kryteriów diagnostycznych dla jadłowstrętu psychicznego oraz bulimii – dominującym rozpoznaniem jest ograniczający podtyp jadłowstrętu psychicznego, co wydaje się zgodne z najnowszymi badaniami epidemiologicznymi [28].

Podsumowanie

Anoreksja jest złożonym problemem medycznym zarówno w kwestii etiopatogenezy, przebiegu, jak i leczenia. Wszystko to implikuje trudności w diagnostyce i procesie terapeutycznym. Ponadto media kreujące ideał szczupłej sylwetki nie spełniają dydaktycznej funkcji wobec społeczeństwa, które nie ma wystarczającej wiedzy na temat zaburzeń odżywiania. Konieczne są działania na wielu różnych płaszczyznach, aby zmniejszyć rozpowszechnienie choroby np.: kampanie informacyjne wśród dzieci i młodzieży, a także wśród personelu medycznego. Konieczne jest ograniczenie promowania nadmiernie szczupłej sylwetki w mediach, szczególnie w zawodach, w których wygląd zewnętrzny ma znaczenie, tj. modelka, aktorka. Tylko wspólny wysiłek wielu osób (lekarzy, psychoterapeutów, dietetyków, rodziców, nauczycieli, dziennikarzy) pozwoli na prawidłową i szybką diagnostykę oraz skuteczną terapię.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń odżywiania w ICD-10. IPiN Kraków – Warszawa 1997.
2. Jakuszowiak K., Cudała W.J.: Zespół jedzenia nocnego – rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie. *Psychiatria*, 2004, 1, 107-111.
3. Kołtątaj B., Kołtątaj W., Karwat I.D.: Problem zachowań anorektycznych wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej Lublina. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 2010, 91(3), 393-399.
4. Cieślukowska A.M., Łucka I.: Zaburzenia odżywiania wśród klinicznej populacji dzieci i młodzieży płci męskiej. *Psychiatria*, 2010, 7(5), 173-179.
5. Józefik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Józefik B. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
6. Diamanti A., Basso M.S., Castro M.: Clinic efficacy and safety of parenteral nutritional in adolescent girls with anorexia nervosa. *J. Adolesc. Health*, 2008, 42, 111-118.
7. Popielarska M., Sufczyńska-Kotowska M.: Jadłowstręt psychiczny. *Psychiatria Wieków Rozwojowego*, 2000, 156-164.
8. Joško J., Kamecka-Krupa J.: Czynniki ryzyka anoreksji. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 2007, 88(3), 254-258.
9. Cameron A.D.: Psychiatria Crash Course. Sidorowicz S.K. (red.), Urban & Partner, 2004.
10. Komender J.: Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy. *Nowa Med.*, 1996, 17, 5-10.
11. Robakowski F., Słopień A., Czerski P.: Czynniki genetyczne w etiologii jadłowstrętu psychicznego. *Psychiat. Pol.*, 2001, 350 1, 71-80.
12. Rebe-Jabłońska J.: Powikłania somatyczne jadłowstrętu psychicznego. Rebe-Jabłońska J. (red.), Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Warszawa 2006.
13. Dworcak K.: Endokrynologiczne zaburzenia w anoreksji i bulimii. *Pol. Arch. Med. Wew.*, 2000, 103, 99-103.
14. Kiejna A., Małyszczak K.: Psychiatria – podręcznik akademicki. Kiejna A. (red.), Małyszczak K. (red.), Wydawnictwo AM Wrocław, 2009.
15. Romer T.E.: Jadłowstręt psychiczny. W: *Pediatrics. Podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i Egza-*

- minu Specjalizacyjnego. Dobrzańska A. (red.), Ryżko J. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004, 514-516.
16. Nogal P., Lewiński A.: Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). *Endokrynol. Pol.*, 2008, 59, 148-155.
 17. Marzano-Parisoli M.M.: The contemporary construction of a perfect body image: bodybuilding, exercise addiction, and eating disorders. *Quest*, 2001, 53, 216-230.
 18. Rabe-Jabłońska J.: Powikłania somatyczne przewlekłego jadłowstrętu psychicznego i bulimii psychicznej. W: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.), PZWL, Warszawa, 2011, 370-371.
 19. Jankowska M., Lewandowski J.: Psychogenne zaburzenia odżywiania. W: Żywnienie kliniczne. Łysiak-Szydłowska W. (red.), Via Medica, Gdańsk 2000.
 20. Lieb K., Heblinger B., Jacob G.: Przypadki kliniczne z psychiatrii i psychoterapii. Zyss T. (red.), Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007.
 21. Namysłowska I.: Zaburzenia odżywiania – jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przew. Lek.*, 88-91.
 22. <http://anoreksja.mam-efke.pl/>
 23. Książyk J.: Antropometryczna ocena stanu odżywienia. *Stand. Med.*, 2007, 4, 499-503.
 24. Lewitt A., Mądro E., Krupienicz A.: Podstawy teoretyczne i zastosowania analizy impedancji bioelektrycznej(BIA). *Endokr. Otyłość Zaburzenia Przemiany Materii*, 2007, (3)4, 79-84.
 25. Kuciel G., Łysiak-Szydłowska W.: Metody oceny niedożywienia i efektywności terapii żywieniowej. *Anest., Intens. Ter.*, 2001, 33, 29-33.
 26. Gariballa S.: Refeeding Syndrome: A potentially fatal condition but remains underdiagnosed and undertreated. *Nutrition*, 2008, 24, 604-606.
 27. Wytoczne postępowania American Academy of Pediatrics: Rozpoznanie i leczenie zaburzeń odżywiania. *Pediatr. po Dypl.*, 2004, (8) 3, 54-56.
 28. Rajewski A.: Zaburzenia odżywiania się. *Psychiatria. Przew. Lek.*, 110-115.
 29. Kapłan H.I., Sadock B.I., Sadock V.A.: Psychiatria kliniczna. Kapłan H.I. (red.), Sadock B.I. (red.), Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2004.
 30. Lewitt A., Brzęczek K., Krupienicz K.: Interwencje żywieniowe w leczeniu anoreksji – wskazówki dietetyczne. *Endokr. Otyłość Zaburzenia przemiany materii*, 2008, 4(3), 128-136.
 31. <http://www.psychologowie.info/pregoreksja-czyli-glodu-jace-mamy/>
 32. <http://www.psychologowie.info/tycie-w-ciazy-a-postrze-ganie-wlasnej-wagi/>
 33. <http://www.babyzone.com/pregnancy/article/mommyrexi-a-pregorexia>

Adres do korespondencji:

Ewa Bator
ul. Studzienna 11/15
53-304 Wrocław
ewa.bator@gmail.com