



Cezary Żechowski

Zaburzenia odżywiania się
— problem współczesnej młodzieży

Cezary Żechowski

Zaburzenia odżywiania się – problem współczesnej młodzieży

1. Co to są zaburzenia odżywiania się?

Przez wiele lat trwała dyskusja czy zaburzenia odżywiania powinny być traktowane, jako wyraz zaburzeń endokrynologicznych, jako choroba internistyczna, neurologiczna czy też zaburzenie psychiczne. Ostatecznie uznano, że u podłoża zaburzeń odżywiania leżą istotne zmiany w percepcji samego siebie, dążenie do nierealistycznych celów dotyczących własnego wyglądu, narzucanie sobie rygorystycznej diety i zmiany w funkcjonowaniu ośrodków kontrolujących łaknienie. To wszystko wraz innymi obserwacjami i badaniami potwierdziło wcześniejsze hipotezy lekarzy, że zaburzenia odżywiania się przynależą do zaburzeń psychicznych, których powikłania mogą wywierać istotny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu. Dziś wg opracowanej przez WHO Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Zdrowotnych (ICD-10) zaburzenia odżywiania się są klasyfikowane jako zaburzenia psychiczne i umieszczone zostały w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychicznymi. Innymi słowy zaburzenia odżywiania się są zaburzeniami psychicznymi o poważnych skutkach dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

2. Jakie są objawy zaburzeń odżywiania się?

Jeszcze dłużej od ustalenia pozycji nozologicznej zaburzeń odżywiania toczyła się (i toczy nadal) dyskusja o ich typach. W wyniku tej dyskusji opracowano kryteria diagnostyczne rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego (*anorexia nervosa*) oraz żarłoczności psychicznej (*bulimia nervosa*) dwóch głównych zaburzeń odżywiania się. Czym zatem różni się *anorexia nervosa* od *bulimii nervosa*?

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)

Jadłowstręt psychiczny, czyli *anorexia nervosa* charakteryzuje się celową utratą masy ciała lub też brakiem oczekiwanego wzrostu masy ciała w okresie rozwoju dziecka. Bardzo ważne jest, że w każdym przypadku diagnozę stawia lekarz, ponieważ zarówno utrata masy ciała jak i odmowa przyjmowania pokarmów mogą być objawami innych zaburzeń zarówno

somatycznych jak i psychicznych. Dopiero po wykluczeniu tych innych przyczyn chudnięcia (jak np. choroby przewodu pokarmowego, problemy endokrynologiczne, czy np. choroby nowotworowe) możemy prowadzić diagnozę w kierunku potwierdzenia bądź wykluczenia zaburzeń odżywiania się. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała 5 kryteriów rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego. (aby rozpoznać jadłowstręt psychiczny muszą być spełnione wszystkie kryteria).

1. Celowa utrata masy ciała lub brak oczekiwanego przyrostu wagi w okresie rozwoju dziecka, powodująca niedowagę równą lub większą niż 15 % oczekiwanej masy ciała. U osób dorosłych i starszej młodzieży stosuje się kryterium odwołujące się do tzw. wskaźnika masy ciała tj. BMI ($BMI = \frac{\text{masa (kg)}}{\text{wzrost (cm)}^2}$). Pierwsze kryterium rozpoznawania jadłowstrętu psychicznego jest spełnione jeśli wskaźnik ten wynosi 17,5 lub mniej (w praktyce jednak jest to metoda nieprecyzyjna mogąca powodować wiele błędów zwłaszcza przy ocenie młodszej młodzieży i lepiej jest stosować ocenę procentową).
2. Utrata masy ciała przez ograniczanie spożywania pokarmów (szczególnie tzw. tłuczonych) oraz przez co najmniej jedno z wymienionych poniżej zachowań: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie i/lub środków moczopędnych.
3. Obecność tzw. zaburzeń obrazu ciała, a więc nieadekwatnego postrzegania własnego wyglądu (np. osoba wychudzona postrzega siebie jako otyłą lub niektóre części własnego ciała jako nadmiernie „otłuszczone” bądź „grube”). W praktyce obecność tego objawu wiąże się z przeżywaniem silnego stresu, lęku i podejmowaniem działań zmierzających do schudnięcia. Zaburzenia obrazu ciała dotyczą zarówno sfery postrzegania – „postrzegam siebie jako osobę otyłą”, myślenia – „myślę, że jestem „gruby/a” oraz afektu „nienawidzę siebie z powodu swego wyglądu”.
4. Obecność charakterystycznych zaburzeń hormonalnych, czego wyrazem u dziewcząt jest utrata miesiączki lub brak pojawienia się pierwszej miesiączki, jeśli jadłowstręt psychiczny rozpoczął się przed okresem dojrzewania.
5. Zahamowanie rozwoju fizycznego.

Poza wymienionymi wyżej kryteriami diagnostycznymi możemy jeszcze stwierdzić wiele innych objawów charakterystycznych dla *anorexia nervosa*. Należą do nich:

- sucha i łuszcząca się skóra,
- obecność meszku pokrywającego skórę (tzw. lanugo),
- u pacjentek wymiotujących – powiększenie ślinianek (przyusznice),
- wypadanie włosów,
- szybkie marznięcie,
- nadmierna aktywność fizyczna, której celem jest utrata kalorii,
- zaprzątnięcie myślenia tematami związanymi z wyglądem i odżywianiem się,
- unikanie wspólnego spożywania posiłków,
- u pacjentek wymiotujących – potrzeba częstego wychodzenia do toalety w trakcie posiłku lub po jego zakończeniu,
- ukrywanie, wyrzucanie niezjedzonego pokarmu,
- brak krytycyzmu wobec wychudzenia bądź wyniszczenia organizmu,
- ukrywanie własnej szczupłości przez np. zakładanie kilku warstw swetrów.

Bulimia psychiczna (*bulimia nervosa*)

Bulimia nervosa, czyli żarłoczność psychiczna charakteryzuje się występowaniem niekontrolowanych napadów objadania się oraz zachowań mających służyć uniknięciu wzrostu masy ciała takich wymioty, przeczyszczanie się czy głodówki.

W przypadku żarłoczności psychicznej (*bulimia nervosa*) do rozpoznania potrzebna jest obecność 3 kryteriów.

1. Obecność napadów objadania się. Za napad objadania uważa się pochłanianie dużych ilości jedzenia, znacznie przekraczających tzw. zwyczajną porcję, w stosunkowo krótkich odstępach czasu. Na ogół towarzyszy temu poczucie utraty kontroli nad porcją spożywanego pokarmu.
2. Stosowanie tzw. zachowań kompensacyjnych w postaci prób przeciwdziałania skutkom napadów objadania się, czyli zwiększeniu masy ciała. Należą do nich: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, okresowe głodówki, stosowanie leków tłumiących łaknienie, preparatów tarczycy lub środków moczopędnych. Chory ze współistniejącą cukrzycą może zaniechać stosowania insuliny.

3. Powyższym objawom towarzyszy silny lęk przed otyłością oraz narzucanie sobie bardzo niskiego limitu masy ciała (na ogół poniżej normy i zwykle ze względu na napady objadania się niemożliwego do osiągnięcia).

Zgodnie z powyższym opisem bulimia zawsze przebiega z napadami objadania się. Jednakże takie objawy jak wymioty, używanie środków przeczyszczających, czy stosowanie głodówek mogą występować lub nie. Stąd część osób z bulimią nie wymiotuje i nie przeczyszcza się, ale np. stosuje intensywne głodówki i ćwiczy. Inne objawy towarzyszące bulimii to:

- powiększenie ślinianek (u osób wymiotujących),
- uszkodzenie grzbietowej powierzchni dłoni z powodu prowokowania wymiotów (tzw. objaw Russella),
- uszkodzenie zębów,
- wypadanie włosów.

Inne zaburzenia odżywiania się

W rzeczywistości ścisłe kryteria jadłowstrętu psychicznego lub żarłoczności psychicznej spełnia tylko niewielka część osób z zaburzeniami odżywiania się. Pozostałe osoby chorują na zespoły subkliniczne, w których występują tylko niektóre z objawów pisanych wyżej. U innych osób mogą występować objawy zarówno jadłowstrętu psychicznego jak i bulimii lub też ciągła oscylacja pomiędzy okresami tłumienia łaknienia i spadku masy ciała oraz napadów objadania się i przybywania na wadze. Aktualnie badacze starają się tak sprecyzować kryteria rozpoznawania zaburzeń odżywiania się, aby ta duża grupa niespecyficznych zaburzeń była lepiej zróżnicowana wewnętrznie, a przypadki zbliżone do anoreksji lub bulimii włączane w poszerzone kryteria obu zaburzeń.

3. Kogo dotyczą zaburzenia odżywiania się?

Na zaburzenia odżywiania chorują najczęściej dziewczęta w wieku dojrzewania i młode kobiety. W tej grupie występowanie jadłowstrętu psychicznego ocenia się na ok. 1-2%. Zaburzenie to nie dotyczy jednak tylko dziewcząt i młodych kobiet, na anoreksję chorują także dzieci oraz osoby dorosłe. Typowym wiekiem pojawienia się zaburzenia jest okres

dojrzewania, jednak jak wynika z badań anoreksją coraz częściej pierwsze zachorowanie ma miejsce u osób dorosłych. Chorują również mężczyźni (ok. 5% wszystkich przypadków) i chłopcy (do 30% przypadków anoreksji u dzieci).

Rozpowszechnienie bulimii psychicznej jest nieco większe od anoreksji i ocenia się je na ok. 3% dziewcząt i młodych kobiet. Początek choroby przypada zazwyczaj na okres dojrzewania i jest na ogół poprzedzony epizodem anoreksji. Chłopcy chorują na bulimię nieco częściej niż na anoreksję. Obie choroby są zazwyczaj źródłem silnego stresu zarówno dla chłopców jak i mężczyzn, którzy reagują poczuciem wstydu i winy, z powodu pojawienia się u nich choroby uznawanej popularnie za typowo „kobieca”. Stąd ważna wydaje się świadomość, że pomimo tego, iż zaburzenia odżywiania się występują częściej u dziewcząt i kobiet, dotyczą również chłopców i mężczyzn.

Inne zaburzenia odżywiania się, a więc postaci niepełnoobjawowe, nietypowe lub mieszane są najczęściej pojawiającymi się zaburzeniami odżywiania, jednakże ocena rozpowszechnienia w populacji jest bardzo trudna i waha się od 8 do 40%, w zależności od przyjętych kryteriów rozpoznania.

Nie jest prawdą, że jadłowstręt psychiczny i bulimia psychiczna są chorobami wyłącznie naszych czasów. Z badań historyków wynika, iż zaburzenia te występowały w różnych okresach dziejów i w różnych kulturach, choć oczywiście ich rozpowszechnienie mogło się zmieniać. Podobnie nieprawdą jest, że zaburzenia te dotyczą wyłącznie jakiejś jednej grupy ludzi np. bogatych lub biednych, lepiej lub gorzej wykształconych, że pojawiają się wyłącznie w rodzinach patologicznych. Ten ostatni pogląd wydaje się szczególnie szkodliwy, gdyż może prowadzić do stygmatyzacji rodzin dotkniętych i tak silnym stresem związanym z chorobą dziecka.

4. Jaki jest przebieg zaburzeń odżywiania się?

Z badań nad zaburzeniami odżywiania się wynika, iż mają one przebieg bardzo zróżnicowany. Rezultaty badań przytaczane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne pokazują, że przypadku jadłowstrętu psychicznego po 4 latach od rozpoczęcia leczenia 44% osób nie wykazywało objawów choroby, u 24% objawy były nadal obecne, u 28% obserwowano częściowe ustąpienie objawów, zmarło 5% osób. Wraz z upływem lat utrzymywania się anoreksji po ok. 20 latach choroby procent śmiertelności wzrasta osiągając

poziom 19-20%. Czyni to anoreksję zaburzeniem psychicznym o jednym z najwyższych wskaźników śmiertelności.

Pomimo tego duża grupa osób ma szansę całkowitego wyleczenia się z jadłowstrętu psychicznego, zaś w przypadku dzieci i młodzieży ustąpienie objawów jest możliwe nawet u więcej niż połowy osób. W dużym stopniu zależy to od stosunkowo szybkiego podjęcia interwencji, dostępności terapii, wsparcia otoczenia, a także motywacji samego pacjenta do leczenia. Dwie główne przyczyny zgonów w anoreksji to powikłania somatyczne, w tym najczęściej ze strony układu krążenia (ok. 50%) oraz samobójstwa (ok. 50%). Samobójstwa są zaś wyrazem depresji, która w większości przypadków pojawia się na jakimś etapie choroby, chociaż nie zawsze ma tak dramatyczny przebieg, aby doprowadzić do targnięcia się na własne życie.

Rokowanie w bulimii psychicznej wydaje się dużo lepsze. Po 6 latach od rozpoczęcia leczenia u 60% osób nie występowały objawy choroby, u 29% wystąpiła poprawa czasowa, u 10% objawy utrzymywały się, 1 % osób z bulimią umiera - głównie z powodu zaburzeń kardiologicznych. Ostatnie lata przyniosły cały szereg badań wskazujących na fakt, iż wiele osób w trakcie choroby przechodzi od objawów jadłowstrętu psychicznego do bulimii psychicznej, a potem do niespecyficznych zaburzeń odżywiania się, niektóre z osób powracają do poprzednich diagnoz, części zaś udaje się wyjść z cyklu kolejnych rozpoznań.

Ze względu na wysoką śmiertelność, liczne powikłania somatyczne i zaburzenia towarzyszące (np. depresja), oraz tendencję do przechodzenia w formę przewlekłą i w związku z tym wieloletni przebieg, uznać trzeba, że zaburzenia odżywiania stanowią istotny problem zdrowotny. Aby uniknąć wymienionych wyżej długofalowych negatywnych skutków potrzebna jest wczesna diagnoza, leczenie i psychoterapia.

5. Na czym polega leczenie zaburzeń odżywiania się?

Wszystkie komisje eksperckie uzgadniające standardy leczenia zaburzeń odżywiania się są zgodne co do opinii, że każda osoba z zaburzeniami odżywiania powinna być leczona i zdiagnozowana przez lekarza psychiatrę, a w przypadku dzieci i młodzieży najlepiej przez psychiatrę dziecięcego. Sama pomoc psychologiczna, choć niezbędna nie jest wystarczająca. Lekarz psychiatra poza postawieniem diagnozy powinien czuwać nad stanem psychicznym, fizycznym i przebiegiem choroby, dostarczyć pacjentowi/pacjentce i jej/jego rodzinie

podstawowych informacji o zaburzeniu i zasadach leczenia, zorganizować i koordynować leczenie obejmujące zazwyczaj psychoterapię i szereg konsultacji u specjalistów (m.in. kardiolog, dermatolog, stomatolog, ginekolog, dietetyk). Lekarz psychiatra pomaga pacjentowi ograniczyć i wyeliminować poszczególne objawy zaburzenia, w razie potrzeby podejmuje leczenie farmakologiczne, a w przypadku poważnego zagrożenia zdrowia i życia lub braku postępów w leczeniu ambulatoryjnym kieruje pacjenta/pacjentkę do szpitala.

Samo leczenie powinno skoncentrować się na co najmniej dwóch obszarach. Pierwszym z nich jest leczenie somatyczne, a więc uzupełnianie niedoborów płynów, elektrolitów (zwłaszcza u osób przeczyszczających się, wymiotujących i wyniszczonych), podawanie zestawów witamin, odżywek itp. Rozpoczęcie takiego leczenia wymaga dokładnej diagnozy i poza rutynowym badaniem z oceną masy ciała, częstością pracy serca i ciśnienia tętniczego krwi, konieczne jest zazwyczaj wykonanie szeregu badań specjalistycznych takich jak badanie krwi, moczu i kału, USG brzucha, EKG, EEG, czasami tomografii komputerowej bądź rezonansu magnetycznego mózgu. Jeśli choroba trwa dłużej niż pół roku wykonuje się też badanie gęstości kości, które ma odpowiedzieć na pytanie czy nie doszło do ich odwapnienia i nie ma zagrożenia osteoporozą. Szczególnie istotne wydaje się systematyczne monitorowanie funkcjonowania układu krążenia, a zwłaszcza poziomu elektrolitów (sodu i potasu) we krwi.

U osób wymiotujących lub przeczyszczających się, zwłaszcza z poważnymi niedoborami żywieniowymi poziomu potasu może spadać poniżej normy, co jest w stanie bezpośrednio zagrozić życiu pacjenta/pacjentki. Potas uczestniczy w regulacji czynności bioelektrycznej serca i jego niedobór może powodować tzw. migotanie komór serca, czego efektem jest zatrzymanie krążenia. Oczywiście nie wszystkie osoby z zaburzeniami odżywiania zagrożone są tym powikłaniem, niemniej jednak dopiero badanie lekarskie i badania laboratoryjne są w stanie określić stopień zagrożenia.

Oprócz leczenia somatycznego lekarz psychiatra (czasami we współpracy z dietetykiem, czasami zaś sam dietetyk znający specyfikę anoreksji i bulimii) prowadzi leczenie w zakresie przywrócenia właściwego wzorca odżywiania się, pomaga stworzyć pacjentce/pacjentowi grafik posiłków i omawia ich skład jakościowy oraz trudności w realizowaniu podstawowego programu żywieniowego. W trakcie całego leczenia konieczne jest monitorowanie stanu psychicznego pacjenta, a w niektórych przypadkach farmakoterapia – np. w nasilonych objawach depresji, lęku czy natręctw.

Drugim, nie mniej ważnym obszarem oddziaływań jest psychoterapia. Psychoterapia powinna obejmować terapię indywidualną i rodzinną. W przypadku dzieci i młodzieży psychoterapia rodzinna wydaje się szczególnie istotna. Dzieje się tak, ponieważ cała rodzina „wciągnięta” jest w proces choroby. Rodzice czują się odpowiedzialni za żywienie dziecka, bywa że aby przywrócić właściwe funkcjonowanie córki bądź syna starają się kontrolować nie tylko ilość i jakość spożywanych posiłków, ale również wysiłek fizyczny, spędzanie czasu wolnego, sposób ubierania się i cały szereg innych form aktywności dziecka. Doprowadza to niejednokrotnie do nasilenia konfliktów nie tylko w obszarze odżywiania się, ale również w globalnym funkcjonowaniu rodziny, a także w całym procesie separacji-indywiduacji, który dotyczy okresu dojrzewania.

Bezradność i zmęczenie rodziców może powodować napięcia między nimi samymi dotyczące zasad postępowania z dzieckiem, może zaostrzyć konflikty w małżeństwie, lub powodować alienację jednego z rodziców. Z kolei rodzeństwo dziecka z zaburzeniami odżywiania się może starać się regulować emocje w rodzinie kosztem własnych potrzeb i wymagań rozwojowych, a jednocześnie może otrzymywać znacznie mniej wsparcia niż chory brat czy siostra. Bywa, że istotnym czynnikiem podtrzymującym zaburzenia odżywiania są nieujawniane problemy rodziny lub poszczególnych jej członków takie jak żałoba, alkoholizm, zagrażający rozwód, a objawy zaburzeń odżywiania spełniają funkcje adaptacyjną i zabezpieczają rodzinę przed konfrontacją z trudnymi, niedyskutowanymi problemami. Nie należy jednak sądzić, iż zaburzenia odżywiania się są wywoływane przez dysfunkcyjną rodzinę (choć w niektórych przypadkach poważne dysfunkcje są istotnym czynnikiem ryzyka) bardziej prawdopodobne jest, że w zaburzeniach tych jak w soczewce skupiają się wszystkie problemy rodziny i bez właściwego wsparcia dla niej, leczenie wydaje się bardzo problematyczne. Stąd wg opinii komisji eksperckich ustalających zasady leczenia zaburzeń odżywiania obwinianie rodziców za chorobę ich dzieci jest niedopuszczalne i alienujące z procesu terapii.

Podobnie ważnym rodzajem oddziaływania wydaje się terapia indywidualna. Istnieje wiele rodzajów tej terapii, ale dwa z nich wysuwają się na plan pierwszy. Jest to terapia psychodynamiczna i terapia behawioralno-poznawcza.

Leczenie tzw. psychodynamiczne, które opiera się na nawiązaniu relacji z pacjentem, próbie dotarcia i przepracowania głębokich i często nieświadomych konfliktów leżących u podłoża objawów. Psychoterapia ta ma wiele form, a w przypadku dzieci opiera się na

metodach zabawowych ze wsparciem rozwoju bezpiecznego przywiązania pomiędzy rodzicem i dzieckiem i oraz poszukiwaniem sposobów ekspresji i regulacji emocji innych niż objawy zaburzeń odżywiania się. Terapia psychodynamiczna zalecana jest zwłaszcza pacjentom z cięższymi postaciami zaburzeń, mniej zmotywowanymi do leczenia, trudniejszymi w nawiązywaniu kontaktu. Wykazano skuteczność tego rodzaju leczenia zwłaszcza w jadłowstręcie psychicznym. Terapia behawioralno-poznawcza opiera się na nieco innych zasadach. Jest bardziej dyrektywna i wymaga od pacjenta pewnej motywacji dotyczącej leczenia. Wykazano jej skuteczność zwłaszcza w bulimii, gdzie przeważnie pacjenci są bardziej krytyczni wobec objawów i starają się o ich wyeliminowanie. Programy behawioralno-poznawcze opierają się zazwyczaj na nauce regularnego odżywiania się, eliminowaniu wymiotów, przeczyszczania i stosowania nadmiernie restrykcyjnej diety oraz na modyfikowaniu tzw. schematów poznawczych (sposobów myślenia) podtrzymujących objawy.

Leczenie zaburzeń odżywiania się, jest na ogół procesem długotrwałym (często kilkuletnim) i złożonym z wielu elementów. Wczesna identyfikacja zaburzeń i interwencja może zapobiegać utrwalaniu się nieprawidłowych postaw i objawów.

6. Przyczyny

Przyczyny zaburzeń odżywiania się nie są jeszcze dokładnie poznane. Nie umiemy podać patogenezę tego zaburzenia, choć badania ostatnich lat przyniosły liczne wyniki, które pozwalają opisywać tzw. czynniki ryzyka. Wśród czynników ryzyka wymienia się czynniki: genetyczne, środowiskowe i kulturowe.

Aktualnie badacze starają się określić procentowy udział tych trzech czynników w etiologii zaburzeń odżywiania. Z dotychczasowych badań wynika, iż w anoreksji przeważa udział czynników genetycznych i środowiskowych – tzn. pewne stresy związane z rozwojem muszą nałożyć się dość silną genetyczną podatność na zachorowanie.

W przypadku bulimii poza powyższymi nieco większy jest wpływ czynników kulturowych (moda, dążenie do kulturowego ideału urody itp.) W tym kontekście zarówno jadłowstręt psychiczny jak i bulimia psychiczna są uważane za zaburzenia heterogenne (poszczególne przypadki mają różne przyczyny), wieloczynnikowe (istnieje wiele czynników ryzyka

powyższych zaburzeń) oraz złożone (wiele przyczyn musi złożyć się aby wystąpiły zaburzenia odżywiania się).

7. Skutki zaburzeń odżywiania się dla rozwoju dzieci i młodzieży

Najczęściej występujące powikłania somatyczne zestawiono w Tabeli 1. i Tabeli 2. Objawy występujące u pacjentek z jadłowstrętem i żarłocznością psychiczną omówiono oddzielnie. Jednakże wiele z pacjentek chorujących na anoreksję ma w wywiadzie epizody bulimii i odwrotnie osoby z bulimią przeżyły epizody jadłowstrętu psychicznego, toteż powikłania somatyczne u danej osoby mogą pochodzić zarówno z grupy bulimicznej jak i anorektycznej. Poza tym pacjentki z jadłowstrętem psychicznym w zależności od tego, czy bardziej stosują restrykcyjną dietę, czy też efekt chudnięcia osiągają poprzez nasilone wymioty i przeczyszczanie się, mogą mieć objawy somatyczne typowe dla anoreksji lub bulimii. Stąd przedstawiony niżej podział ma raczej charakter orientacyjny niż diagnostyczny dla poszczególnych zaburzeń odżywiania się.

Tabela 1. Powikłania somatyczne w jadłowstręciu psychicznym (*anorexia nervosa*)

Układ narządów	Objawy
cały organizm	wychudzenie lub wyniszczenie organizmu
ośrodkowy układ nerwowy	zmiany w OUN – zaniki korowe, zanik istoty białej, powiększenie przestrzeni płynowych, trwałe deficyty neuropsychologiczne, apatia, trudności w koncentracji, depresja, napady padaczkowe
układ krążenia	bradykardia, zaburzenia rytmu serca, spadki ciśnienia tętniczego krwi, sinica
układ kostny	ostepenia, osteoporoza, podatność na złamania kości, zahamowanie wzrostu
układ mięśniowy	osłabienie siły mięśniowej, skurcze i bóle mięśniowe, zaniki mięśni
narządy rozrodcze	zahamowanie rozwoju psychoseksualnego, zanik miesiączki, zanik libido
układ dokrewny i metabolizm	liczne zmiany hormonalne, zaburzenia elektrolitowe, hipofosfatemia, hiperfosfatemia, hipoglikemia, odwodnienie, hipercholesterolemia, zaburzona regulacja temperatury ciała, zaburzenia metaboliczne w wyniku spożycia dużej ilości pokarmu (tzw. refeeding syndrome)
układ krwiotwórczy	anemia, pancytopenia, neutropenia z limfocytozą, trombocytopenia, hipoplazja szpiku
układ pokarmowy	bóle brzucha, wymioty, wzdęcia, zaparcia, przedłużone opróżniania się żołądka, zaburzenia pasażu w przewodzie pokarmowym, zaburzone wskaźniki wątrobowe, zespół tętnicy krezkowej górnej,
układ moczowy	obrzęki głodowe, nefropatia, spadek filtracji kłębkowej, kamica nerkowa
skóra	lanugo, suchość skóry i łamliwość paznokci, zajady, wypadanie włosów

Tabela 2. Powikłania somatyczne w żarłoczności psychicznej (*bulimia nervosa*)

Układ narządów	Objawy
metabolizm	odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe (hipokaliemia, hipomagnezemia, hipofosfatemia, alkalozja hipochloremiczna)
układ krążenia	zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatia
układ mięśniowy	osłabienie siły mięśniowej, skurcze i bóle mięśniowe, miopatia
narządy rozrodcze	nieregularne miesiączki, zaburzenia płodności
układ pokarmowy	próchnica zębów, bóle gardła, sialadenosis (powiększenie ślinianek), zapalenie żołądka, zapalenie przełyku, nadżerki żołądka i przełyku, choroba wrzodowa, refluks żołądkowo-przełykowy, rozstrzeń przełyku, żołądka, dwunastnicy, perforacja przełyku, żołądka, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, zapalenie trzustki, melanosis coli
skóra	skaleczenia na grzbietowej powierzchni dłoni (objaw Russella)

Cezary Żechowski jest doktorem nauk medycznych, psychiatrą i psychoterapeutą psychoanalitycznym dzieci i młodzieży, superwizorem i terapeutą szkoleniowym Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej i Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii oraz członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Psychoanalizy Rodzin i Par oraz Międzynarodowego Towarzystwa Neuropsychoanalitycznego. W latach 1994-2010 pracował w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Aktualnie jest adiunktem w Katedrze Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Jest założycielem Instytutu Badań nad Więzy i Relacjami Społecznymi „Klinika”. Wykładał na Uniwersytecie Warszawskim, Uniwersytecie Jagiellońskim i w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej.

