

# Anoreksja – jadłowstręt psychiczny

## Anorexia (anorexia nervosa)

Agata Bąba-Kubiś✉, Justyna Pełka-Wysiecka, Paweł Liśkiewicz, Michał Wroński,  
Anna Konopka, Jerzy Samochowiec

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra i Klinika Psychiatrii, ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin  
Pomeranian Medical University in Szczecin, Department of Psychiatry  
✉ agata0621@gmail.com

### ABSTRACT

The problem of eating disorders was described in literature for the first time at the end of the 17<sup>th</sup> century. Nowadays, the term eating disorders means a disturbance to eating habits for which the common denominator is, among others, a characteristic way

of thinking and behaviors observed in people who are ill. Anorexia is a disorder increasingly observed among young people, but in fact the problem of eating disorders affects each age group and gender, and this aspect is presented in the following article.  
**Keywords:** anorexia; causes; population.

### ABSTRAKT

Problem zaburzeń odżywiania został opisany w literaturze po raz pierwszy pod koniec XVII w. Obecnie pod tym pojęciem rozumie się zaburzenia nawyków żywieniowych, dla których wspólnym mianownikiem są m.in. charakterystyczny sposób myślenia

i zachowania obserwowane u chorych. Anoreksja jest coraz częściej obserwowana wśród młodych ludzi, lecz tak naprawdę problem zaburzeń odżywiania dotyczy każdej grupy wiekowej oraz płci, co zostało przedstawione w artykule.  
**Słowa kluczowe:** anoreksja; przyczyny; populacja.

Problem zaburzeń odżywiania został opisany w literaturze po raz pierwszy pod koniec XVII w. Termin „anoreksja” w znaczeniu jednostki chorobowej po raz pierwszy zastosował William Gull w 1884 r., opisujący przypadki dorosłych kobiet z niedoborem masy ciała. Uczucie lęku przed przybraniem na wadze uznano za jeden z objawów anoreksji dopiero w 1930 r. Bulimia, będąca obecnie osobną jednostką w klasyfikacji ICD-10, początkowo uważana była za podtyp anoreksji. Po raz pierwszy została opisana w 1979 r. przez Geralda Russella, jednak dopiero wiele lat później zdefiniowano ją jako patologiczne nawyki żywieniowe obserwowane u osób z prawidłową masą ciała. Obecnie pod pojęciem zaburzeń odżywiania rozumie się złe nawyki żywieniowe, dla których wspólnym mianownikiem są charakterystyczny sposób myślenia i zachowania obserwowane u chorych. Wymienione elementy są podporządkowane emocjom oraz przyzwyczajeniom składającym się na predyspozycję do zachorowania na specyficzne zaburzenia odżywiania [1, 2].

Pomimo przeprowadzenia licznych badań nie wykryto jednoznacznego czynnika predysponującego do zachorowania na anoreksję. Wiadomo jednak, iż wpływ ma predyspozycja genetyczna. Na podstawie badań stwierdzono, iż bardzo pomocna w rozpoznaniu oraz planowaniu leczenia anoreksji w przyszłości będzie prężnie rozwijająca się neurobiologia. Ponadto część badań obecnie wykonywanych w ośrodkach klinicznych koncentruje się na „mechanizmie serotoniny” i jego

wpływie na zaburzenia odżywiania. Na ich podstawie zauważono, iż poziom serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym u osób chorujących na anoreksję utrzymuje się powyżej przyjętej dla ogólnej populacji normy, nawet w przypadku osiągnięcia przez pacjenta całkowitej remisji. Dzięki powszechnie stosowanemu neuroobrazowaniu można stwierdzić zmiany w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, a w szczególności w istocie białej i szarej u chorych na anoreksję [1, 3, 4].

Czynników, które sprzyjają rozwojowi zaburzeń odżywiania, jest wiele, oprócz biologicznych oraz genetycznych warto wymienić duży wpływ czynników społecznych, do których należą m.in. coraz szybsze tempo życia, stawiające przed osobami w różnym wieku coraz większe i bardziej zróżnicowane wymagania. Szczególnie młodzi ludzie, którzy są najlicniejszą grupą osób predysponowanych do zachorowania na zaburzenia odżywiania, stawiają sobie za cel jak najszybsze osiągnięcie wyznaczonych celów czy wskaźników sukcesu, tj. stabilizacji i płynności finansowej, samorealizacji w prestiżowym zawodzie czy też założenia szczęśliwej rodziny. Kolejnym czynnikiem mogącym wywołać zaburzenia odżywiania jest ogólnie pojęty i obowiązujący w dzisiejszych czasach „kult szczupłej sylwetki”, warunek konieczny – w wyobrażeniu młodych ludzi – sukcesu w życiu osobistym i zawodowym. Jego niespełnienie – ich zdaniem – uniemożliwia, a w najlepszym razie bardzo utrudnia osiągnięcie wyznaczonych wcześniej celów. Niespełnienie powziętych założeń powoduje zazwyczaj

stopniowo nasilające się, ogólnie rozumiane uczucie zagubienia, które, jeśli odnoszone jest do otoczenia, skutkuje utratą poczucia własnej wartości oraz nasileniem frustracji. Próba poradzenia sobie ze stresem i jednocześnie zredukowania narastającego napięcia może być i zazwyczaj jest regularna kontrola masy ciała. Zachowanie to, przejawiane przez osoby chorujące na anoreksję, związane jest zazwyczaj ze stopniowym, lecz nasilającym się w miarę upływu czasu ograniczaniem posiłków, prowadzącym do przyjmowania ich w coraz mniejszych ilościach [1, 5, 6].

Anoreksja jest zaburzeniem coraz częściej obserwowanym wśród młodych ludzi, lecz tak naprawdę problem zaburzeń odżywiania dotyczy każdej grupy wiekowej i płci. O wadze problemów, jakimi stały się zaburzenia odżywiania, może świadczyć fakt, iż zostały one ujęte zarówno w klasyfikacji DSM-V, jak i ICD-10. Osoba, u której podejrzewa się anoreksję, wg klasyfikacji ICD-10 spełnia następujące kryteria:

1. Masa ciała utrzymuje się na poziomie co najmniej 15% poniżej oczekiwanej albo wskaźnik masy ciała (BMI) wynosi 17,5 lub mniej.
2. Utrata ciała jest skutkiem unikania tuczących pokarmów, a ponadto praktykowania jednej z wymienionych czynności: prowokowania wymiotów, wykonywania wyczerpujących ćwiczeń fizycznych, stosowania leków tłumiących łaknienie lub środków przeczyszczających.
3. Wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone.
4. Występują liczne zaburzenia hormonalne obejmujące oś przysadka–nadnercza oraz gonady, które objawiają się m.in. brakiem miesiączki i spadkiem zainteresowań seksualnych/potencji [3, 7].

Uwzględniając najnowsze kryteria DSM-V, u osoby diagnozowanej w kierunku zaburzeń odżywiania powinno wziąć się pod uwagę:

- ograniczenie podaży energetycznej prowadzące do znacznego obniżenia wagi ciała w kontekście wieku, płci, norm rozwojowych i zdrowia fizycznego,
- intensywny strach przed przybraniem na wadze, otyłością lub utrzymujące się zachowania, które kolidują z przybraniem na wadze, nawet w przypadku znacznie obniżonej masy ciała,
- zaburzenia w doświadczeniu obrazu ciała: nadmierny wpływ wagi i kształtu na samoocenę, a także utrzymująca się nieświadomość zbyt niskiej wagi ciała [3, 8].

Wskaźnik masy ciała może posłużyć osobie wykonującej diagnostykę w kierunku anoreksji jako dodatkowe narzędzie do potwierdzenia bądź wykluczenia choroby, lecz jest pomocny tylko i wyłącznie w przypadku osób pełnoletnich. Konkretna wartość wskaźnika pozwala w znacznej mierze określić drogę dalszego postępowania w przypadku uzyskania wyniku poniżej przyjętej normy populacyjnej. Pacjenci, u których BMI wynosi poniżej 13 kg/m<sup>2</sup>, powinni być hospitalizowani na oddziałach somatycznych ze względu na występujące zazwyczaj w ich przypadku zaburzenia jonowe, duże prawdopodobieństwo zaburzeń kardiologicznych oraz ryzyko śmierci. Leczenie anoreksji może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych tylko i wyłącznie wtedy, gdy BMI nie jest

mniejsze niż 15 kg/m<sup>2</sup>. Taki rodzaj leczenia odbywa się wtedy, gdy lekarz prowadzący ma do czynienia ze zmotywowanym chorym, który wykazuje chęć współpracy i regularnie odbywa zalecane wizyty, a przede wszystkim z pacjentem, u którego brak chorób somatycznych oraz długoletnich konsekwencji anoreksji. Gdy jednak pomimo regularnie prowadzonej psychoterapii, konsultacji psychiatrycznych, dietetycznych oraz motywacji pacjenta wartość BMI wynosi 13–15 kg/m<sup>2</sup>, wymagana jest bezwzględna hospitalizacja psychiatryczna [3, 9, 10].

U osób niepełnoletnich celem weryfikacji diagnozy zaburzeń odżywiania stosuje się siatki centylowe dostosowane do danej populacji. Podczas diagnostyki różnicowej dzieci i pacjentów nastoletnich należy wykluczyć ze szczególną uwagą choroby somatyczne mogące powodować utratę wagi, do których można zaliczyć choroby nowotworowe, alergie pokarmowe czy też chorobę Crohna [3, 10, 11].

Osoby z rozpoznaniem zaburzenia odżywiania powinny być objęte pomocą zarówno lekarza psychiatry, jak i psycho-terapeuty, a w przypadku pogorszenia stanu somatycznego – opieką na oddziałach internistycznych. Często wobec tych pacjentów stosowane jest wsparcie dietetyka czy też terapii zajęciowej [12].

W ostatnich latach zwiększony odsetek chorych na anoreksję obserwuje się głównie w populacji zachodniej, ale także zauważalny jest wzrost zachorowań w krajach szybko rozwijających się, do których można zaliczyć m.in. Indie. Prawdopodobnie związane jest to z postępującą transformacją kulturową oraz migracją ludności w tych rejonach. Bardzo duży wpływ na wzrost liczby osób, u których zdiagnozowano anoreksję, wydaje się mieć globalizacja, jak również coraz bardziej powszechny w krajach rozwijających się dostęp do internetu, co wiąże się z nieograniczonymi możliwościami czerpania wzorców oraz motywacji, które nie zawsze mają pozytywny wpływ na osoby nastoletnie. W internecie znajdują się specjalne fora, które są skierowane do ludzi młodych poszukujących inspiracji oraz samoakceptacji. Chorzy na anoreksję często zakładają specjalnie zamknięte grupy, gdzie dzielą się „thinspirationami”, polecają niskokaloryczne kolorowe diety, a co najważniejsze – motywują się do stosowania coraz drastyczniejszych ograniczeń pokarmowych, które prowadzą w ostateczności do całkowitego zaprzestania spożywania posiłków [1, 13, 14, 15].

W obecnych czasach często zadawane jest pytanie o to, kto jest odpowiedzialny za zaburzenia odżywiania u nastolatków. Częściową winą obarczane są media. Według specjalistów promowanie w ogólnodostępnych mediach kultu szczupłej, nienagannej sylwetki i obowiązkowego zdrowego odżywiania się w bardzo istotny sposób wpływa na psychikę oraz postrzeganie świata przez młodych ludzi. Cechą charakterystyczną nastolatków jest to, że zachowania prezentowane przez innych, które przypadną im do gustu, przyjmują oni jako własne i starają się dążyć do ich personalizacji za wszelką cenę. Chorujący na anoreksję zazwyczaj mają bardzo duży problem z samoakceptacją, cechuje ich bardzo niska samoocena i brak wiary we własne możliwości. Zdarza się, iż lęk przed dojrzałością, z którą ściśle wiąże się odpowiedzialność,

powoduje chęć odzyskania za wszelką cenę kontroli nad własnym życiem i otaczającym światem. Zachowanie takie prowadzi zazwyczaj do coraz bardziej krytycznego postrzegania własnego ciała, dotychczasowego życia czy też codziennego funkcjonowania [16].

Do zachorowania na zaburzenia odżywiania predysponowane są osoby inteligentne, będące lub starające się być perfekcjonistami w życiu codziennym. Osoby te wychodzą zazwyczaj z założenia, iż albo będą najlepsze w wykonywanych przez siebie zadaniach, albo „może ich po prostu nie być”. Kiedy więc w ich życiu występują sytuacje stresogenne czy też kryzysowe, bardzo źle je znoszą. Właściwie przez większość życia towarzyszy im lęk przed porażką, brakiem uznania i sprawieniem zawodu bliskim. Istotny jest fakt, iż krytyczne uwagi w żartobliwej formie wypowiedane przez rodzinę czy znajomych, które młodzi ludzie słyszą w okresie dojrzewania, a które dotyczą ich ciała, mogą być czynnikiem aktywującym chorobę u osób predysponowanych [12].

Przedstawiona zależność odnosi się do faktu, iż jednym z charakterystycznych „symptomów” spotykanych u chorych na anoreksję jest poznawcze zaburzenie obrazu własnego ciała. Często dotyczy ono jednego fragmentu ciała pacjenta, np. okolicy bioder czy ud. Zaburzenia dotyczące wyglądu sylwetki i wagi są zazwyczaj pierwszymi symptomami, które można obserwować u osoby w początkowej fazie anoreksji. Zauważono, iż mogą się one pojawić już 6 miesięcy przed postawieniem diagnozy ostatecznej, dlatego tak ważne dla dalszego postępowania jest wczesne wykrycie symptomów rozwijającego się zaburzenia [17, 18, 19].

Na podstawie przeprowadzonych badań w grupie pacjentów chorujących na zaburzenia odżywiania stwierdzono, iż mają oni trudności ze zrozumieniem emocji oraz ich odczytywaniem, identyfikowaniem, nazywaniem, a przede wszystkim ich wyrażaniem. Nieprawidłowość ta określana jest mianem zaburzeń w sferze komunikacji niewerbalnej. Jest ona bardzo istotnym warunkiem prawidłowych kontaktów międzyludzkich. Jej podstawowym zadaniem jest m.in. poprawne odczytywanie niewerbalnych sygnałów, które przez każdego są wysyłane mniej lub bardziej świadomie, czyli mimiki twarzy, gestów czy postawy ciała. W związku z deficytami w sferze komunikacji niewerbalnej osób, u których zdiagnozowano anoreksję, można mówić o wyobcowaniu społecznym, nieprawidłowym funkcjonowaniu w społeczeństwie oraz nieprzestrzeganiu ogólnie przyjętych norm społecznych. Przypuszcza się, iż w związku z uczuciem wyobcowania i niezrozumienia ze strony innych ludzi osoby te, „uciekając” w świat chorób z kręgu zaburzeń odżywiania, redukują odczuwane przez siebie uczucie lęku oraz starają się uzyskać kontrolę nad innymi, trudnymi dla nich emocjami [20, 21].

Zaburzenia odżywiania są jednostką chorobową coraz częściej spotykaną u dzieci. Pierwsze niepokojące objawy można obserwować już w wieku przedszkolnym. Zachowania takie jak odmowa przyjmowania posiłków lub stopniowe zmniejszanie ich ilości, jeśli występują przez dłuższy okres czasu, określa się mianem tzw. chorobliwego braku łaknienia, a nie anoreksji. Ograniczenie przyjmowania posiłków przez dziecko jest zazwyczaj jego reakcją na problemy, z którymi musi się zmierzyć.

Wynikają one najczęściej z reakcji stresowych, na które jest ono narażone ze strony rówieśników bądź też domu rodzinnego. Do sytuacji trudnych dla dziecka należą m.in.: konflikty pomiędzy rodzicami, śmierć bliskiej osoby czy też pojawienie się nowego członka rodziny, a ponadto odczuwany przez dziecko brak zainteresowania ze strony rodziców w stosunku do przeżywanych emocji. Doświadczenie sytuacji trudnych może skutkować ograniczeniem do minimum przyjmowania przez dziecko pokarmów. Zachowanie to ma na celu zwrócenie na siebie uwagi oraz stanowi nieumiejętną próbę zdobycia zainteresowania i pomocy od osób dorosłych.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż dziecko doświadczające w szkole czy przedszkolu sytuacji konfliktowych z rówieśnikami jest obciążone większym ryzykiem zachorowania na choroby z kręgu zaburzeń odżywiania w porównaniu z innymi dziećmi. W zależności od tego, czy jest prześladowcą, czy też ofiarą, dziecko w sytuacjach znęcania się psychicznego bądź fizycznego może sygnalizować również problemy z kontrolowaniem swojego zachowania i emocji [22]. Negatywne odbieranie dziecka przez rówieśników zdecydowanie zaniża jego samoocenę i jednocześnie powoduje, że staje się ono bardziej krytyczne w stosunku do siebie. Dotyczy to w szczególności wyglądu oraz zachowania. Sytuacje związane z brakiem akceptacji mają szczególny wpływ na młode dziewczęta będące w okresie dojrzewania, ponieważ mogą się stać czynnikiem predysponującym do rozwoju zaburzeń odżywiania [7]. W związku z tym, że możliwy początek choroby może być tak wczesny, bardzo ważne jest wsparcie i opieka nad najmłodszymi oraz ewentualna pomoc psychologiczna udzielona w momencie pojawienia się pierwszych objawów chorobowych [23].

Wydawać by się mogło, iż kwestia zachorowania na anoreksję przez osobę dorosłą jest dość nieistotna statystycznie. Jednakże z ostatnich badań wynika, że ponad 10% kobiet chorujących na anoreksję to osoby po 40. r.ż. Pełnią one role matek wychowujących dzieci, prowadzą dom, są aktywne zawodowo, często zajmują wysokie stanowiska w firmach i instytucjach lub też prowadzą własną działalność gospodarczą. Wydawałoby się, iż nie występują w ich przypadku czynniki predysponujące do zachorowania na zaburzenia odżywiania. Jednakże wszechobecnie wywierana presja młodego wyglądu, promowanego przez media, w prasie i na portalach społecznościowych, w połączeniu z modelem udanego życia rodzinnego na odpowiednim poziomie finansowym jest praktycznie niemożliwa do udźwignięcia. W obecnych czasach niespełnienie tych wymogów lub chociażby jednego z nich u dojrzałych kobiet zazwyczaj powoduje frustrację czy też złość skierowaną w stosunku do siebie oraz narastające uczucie napięcia. Wewnętrzny sprzeciw u dojrzałych kobiet budzi również naturalny proces starzenia się organizmu, gdy wraz z upływem czasu okazuje się, iż nie jest łatwo w codziennym życiu pogodzić sferę zawodową z prywatną przy zachowaniu między nimi równowagi. W miarę upływu lat zmienia ulegają tzw. role życiowe kobiety, która stopniowo przechodzi z kochanki w żonę, a następnie staje się matką, co nie zawsze jest w pełni akceptowane przez kobietę oraz jej otoczenie.

Nieuchronny syndrom pustego gniazda często staje się ostępną oznaką braku kontroli i wpływu na przemijające życie. Wydarzenia mające miejsce w życiu kobiety sprawiają, iż nasileniu ulega uczucie utraty kontroli nad życiem. Wiele kobiet zaczyna odczuwać chęć posiadania chociażby jednego punktu, na który może mieć wpływ i nad którym może sprawować kontrolę. W takich sytuacjach często „najlepszym” wyborem wydaje się kontrola przyjmowania pokarmów, polegająca na ich stopniowym ograniczaniu [24, 25].

Wbrew powszechnemu mniemaniu na zaburzenia odżywiania nie cierpią wyłącznie kobiety. Obecnie co dziesiąta osoba chorująca na anoreksję to mężczyzna. W ich przypadku trudno jest tak naprawdę potwierdzić bądź wykluczyć zaburzenia odżywiania. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, iż nie zgłaszają się oni do lekarzy tak często, jak robią to kobiety, zwykle nie szukają pomocy i bagatelizują symptomy będące objawem zaburzenia odżywiania. W większości przypadków mężczyźni uważają, iż nie mogą sobie pozwolić na chwilę słabości. W społeczeństwie dominuje przekonanie, że zawsze powinni być silni, zaradni, służyć radą oraz pomocą. U pacjentów płci męskiej zaburzenia odżywiania towarzyszą bardzo często innym jednostkom psychiatrycznym. Współistnieją m.in. z zaburzeniami psychotycznymi, depresją, niekiedy przyjmują maskę tzw. kryzysu wieku średniego. W związku z faktem, iż – jak wspomniano wcześniej – mężczyźni niechętnie mówią o swoich dolegliwościach somatycznych, problem zaburzeń odżywiania w tej grupie pacjentów jest trudny, a czasem wręcz niemożliwy do zdiagnozowania. Z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, iż liczba mężczyzn, u których można postawić rozpoznanie anoreksji, jest znacznie większa od przedstawianej w publikacjach medycznych [26, 27, 28].

Warto zauważyć, iż zdiagnozowanie zaburzenia odżywiania u danej osoby w dalszej perspektywie ma wpływ nie tylko na jej życie i funkcjonowanie, lecz również na całe jej otoczenie. Spośród zaburzeń psychicznych to zaburzenia odżywiania są uznawane za obarczone bardzo dużym ryzykiem śmiertelności. Podjęcie próby samobójczej jest drugą pod względem częstości przyczyną śmierci u chorych na anoreksję. Śmiertelność jest większa u tych osób w porównaniu z populacją ogólną, lecz mniejsza w zestawieniu z grupą osób chorujących na schizofrenię czy chorobę afektywną dwubiegunową. Do długoterminowych skutków anoreksji, które wynikają ze stopniowego wyniszczenia organizmu, należą: powikłania ze strony układu endokrynologicznego, krążenia, pokarmowego, rozrodczego, krwiotwórczego, kostnego oraz nerwowego [3, 11].

Ryzyko śmiertelności związane jest nie tylko ze stopniowym pogarszaniem się stanu somatycznego pacjenta, co prowadzi zazwyczaj do wyniszczenia organizmu. Bardzo często wśród chorych na zaburzenia odżywiania można spotkać się z brakiem zgody na proponowane leczenie zarówno ambulatoryjne, jak i szpitalne, szczególnie jeśli ma się ono odbywać w warunkach oddziałów zamkniętych. Gdy stan pacjenta na podstawie prezentowanych przez niego objawów somatycznych (bradykardia, arytmia czy też zaburzenia elektrolitowe prowadzące często do niewydolności nerek oraz hipoglikemia)

zakwalifikowany zostanie jako zagrażający jego życiu, zgodnie z przepisami prawnymi zawartymi w ustawie o zawodzie lekarza może on być hospitalizowany na oddziałach internistycznych bądź pediatrycznych wbrew swojej woli. Wśród pacjentów z anoreksją często obserwuje się współistnienie chorób psychicznych takich jak depresja z myślami bądź zachowaniami samobójczymi, czy też zaburzenia lękowe, rzadziej psychotyczne. W przypadku współistnienia zaburzeń psychicznych zagrażających życiu i zdrowiu pacjenta z jadłowstrętem psychicznym mogą być hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych na mocy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nawet wówczas, gdy nie wyrażają na to zgody [3, 11]. Zaburzenia psychotyczne obserwowane u osób chorujących na anoreksję oraz opisywane w trakcie jej przebiegu zazwyczaj są związane ze stanem somatycznym pacjenta. Ulegają nasileniu wraz ze stopniowym pogorszeniem się jego stanu somatycznego, co związane jest zazwyczaj z wyniszczeniem organizmu. Objawy psychotyczne mają zazwyczaj charakter urojeń o treści depresyjnej, rzadziej można zaobserwować u chorych na anoreksję obecność halucynacji wzrokowych. Dość często natomiast stwierdza się dysmorfofobię, co określane jest jako nasilone uczucie lęku związane z przekonaniem o nieestetycznym wyglądzie lub budowie własnego ciała [17, 18, 19]. W świetle przeprowadzonych badań zauważono również związek między zaburzeniami odżywiania a zdiagnozowanymi zaburzeniami osobowości bądź też cechami osobowości nieprawidłowej. U osób, u których stwierdzono cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej, trudniej było uzyskać remisję anoreksji. Podobne negatywne wyniki dotyczące jadłowstrętu psychicznego uzyskano w przypadku stwierdzenia u pacjentów napadów objadania się czy też prowokowania wymiotów. Przewlekłość objawów oraz utrudnione procesy adaptacyjne i związane z nimi problemy dotyczące społecznego funkcjonowania należą również do niekorzystnych rokowań. Natomiast u osób, u których stwierdzono cechy osobowości anankastycznej bądź histrionicznej, stwierdzono dużo lepszą odpowiedź na proponowane leczenie. To prowadzi do wniosku, że cechy osobowości mogą być czynnikiem pomagającym w uzyskaniu częściowej bądź też całkowitej remisji u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym [1, 29]. Do korzystnych rokowniczo czynników zalicza się także m.in. brak konfliktów pomiędzy dzieckiem a rodzicami oraz krótki czas, jaki upłynął od pojawienia się pierwszych objawów do podjęcia stosownego leczenia. Krótkotrwała hospitalizacja zakończona uzyskaniem wglądu przez pacjenta oraz jego wyższe wykształcenie czy też wysoki status społeczny działają wspomagająco na proces wyjścia z choroby [3].

Leczenie anoreksji jest procesem długotrwałym, angażującym wiele gałęzi medycyny w stabilizację stanu somatycznego i psychicznego pacjenta. Polega na poprawie bądź znacznej korekcji nawyków żywieniowych, wypracowaniu nowych mechanizmów radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, zweryfikowaniu obrazu własnego ciała oraz odzyskaniu poczucia własnej wartości [1, 3].

Konieczność konsekwentnego realizowania programu terapii behawioralnej oraz znaczne zaangażowanie pacjenta

w proces leczenia (uzyskanie pisemnej akceptacji oraz konsultowanie z nim proponowanych zmian w programie) są bardzo istotne dla uzyskania długotrwałej remisji [9]. Zauważono, że jeśli młoda osoba chorująca na anoreksję uzyska długi okres remisji choroby, to ryzyko nawrotu zaburzenia w dojrzałym wieku jest stosunkowo niewielkie. Kobiety, które miały lżejsze objawy w trakcie faz aktywnych choroby, ale u których okres objawów utrzymywał się latami, były natomiast obarczone możliwością silnego nawrotu choroby w wieku dojrzałym. Zależność taka miała miejsce w szczególności wśród osób, które przez dłuższy czas funkcjonowały w sytuacjach stresowych czy też nie były w stanie poradzić sobie ze spotykającymi je niepowodzeniami życiowymi. U chorych na anoreksję po 40. r.ż. prognoza co do wyleczenia czy też utrzymania dłuższych okresów remisji jest zdecydowanie mniej korzystna niż u kobiet młodszych. Zazwyczaj u takich osób stosowana jest raczej forma „stabilizacji” niż agresywnego leczenia farmakologicznego, ponieważ ta może wywołać nasilenie lęku, a tym samym nasilenie objawów choroby. Farmakoterapia stosowana w leczeniu zaburzeń odżywiania to głównie leczenie przeciwdepresyjne, niekiedy za konieczne uważa się włączenie do leczenia leków przeciwpsychotycznych [1, 3, 24, 25, 30].

## PIŚMIENNICTWO

- Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. *Indian J Psychiatry* 2015;57(Suppl 2):286-95. doi: 10.4103/0019-5545.161493.
- Habermas T. The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports. *Internat J Eating Dis* 1989;8(3):259-73. doi: 10.1002/1098-108X(198905)8:3<259::AID-EAT2260080302>3.0.CO;2-#.
- Jarema M. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Gdańsk: VM Media; 2015.
- Kaye WH, Frank GK, Meltzer CC, Price JJ, McConaha CW, Crossan PJ, et al. Altered serotonin 2A receptor activity in women who have recovered from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1152-55. doi: 10.1176/appi.ajp.158.7.1152.
- Rodgers RF, Melioli T. The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use. Part I: A review of empirical support. *Adolescent Res Rev* 2016;1(2):95-119.
- Tiggman M, Zaccardo M. "Exercise to be fit, not skinny": The effect of fitpiration imagery on women's body image. *Body Image* 2015;15:61-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.06.003.
- Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10 – badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
- Święcicki Ł, Gałęcki P. Kryteria diagnostyczne z DSM 5 Desk Reference. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015.
- Hebebrand J, Himmelmann GW, Hesecker H, Schafer H, Remschmidt H. Use of percentiles for the body mass index in anorexia nervosa: diagnostic, epidemiological, and therapeutic consideration. *Int J Eating Dis* 1996;19(4):359-69. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199605)19:4<359::AID-EAT4>3.0.CO;2-K.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ* 2007;335:194. doi: 10.1136/bmj.39238.399444.55.
- Smith AR, Zuromski KR, Dodd DD. Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Curr Opin Psychol* 2018;22:63-7. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.08.023.
- Żechowski C, Namysłowska I, Jakubczyk A, Siewierska A, Bażyńska AK. Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń. *Psychiatr Psychol Klin* 2010;10(1):25-30.
- Chandra PS, Abbas S, Palmer R. Are eating disorders a significant clinical issue in urban India? A survey among psychiatrists in Bangalore. *Int J Eating Dis* 2012;45(3):443-6. doi: 10.1002/eat.20952.
- Cohen R, Newton-John T, Slater A. The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image* 2017;23:183-7. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.10.002.
- Borzekowski DL, Shenk S, Wilson JL, Peebles R. e-Ana and e-Mia: A content analysis of pro-eating disorder web sites. *Am J Public Health* 2010;100(8):1526-34. doi: 10.2105/AJPH.2009.172700.
- Levine MP, Murnen SK. Everybody knows that mass media are/are not (pick one) a cause of eating disorder: A critical review of evidence for a casual link between media, negative body image, and disordered eating in females. *J Soc Clin Psychol* 2009;28(1):9-42.
- Mountjoy RL, Farhall JF, Roussel SL. A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Res* 2014;220(1-2):507-12. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.073.
- Delsedime N, Nicotra B, Giovannone MC, Marech L, Barioso M, Marzola E, et al. Psychotic symptoms in a woman with severe Anorexia Nervosa: psychotic symptoms in Anorexia Nervosa. *Eat Weight Disord* 2013;18(1):95-8. doi: 10.1007/s40519-013-0009-z.
- Grant JE, Phillips KA. Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on... *Harv Rev Psychiatry* 2004;12(2):123-6. doi: 10.1080/10673220490447236.
- Dapelo MM, Surguladze S, Morris R, Tchanturia K. Emotion recognition in blended facial expression in women with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2016;24(1):34-42. doi: 10.1002/erv.2403.
- Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 2017;99:66-81. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.007.
- Touyz SW, Beumont PJ, Glaun D, Phillips T, Cowie I. A comparison of lenient and strict operant conditioning programmes in refeeding patients with anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1984;144:517-20. doi: 10.1192/bjp.144.5.517.
- Silber TJ. Anorexia nervosa in children and adolescents: diagnosis, treatment and the role of the pediatrician. *Minerva Pediatr* 2013;65(1):1-17.
- Lewis DM, Cachelin FM. Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eat Disord* 2001;9(1):29-39. doi: 10.1080/106402601300187713.
- Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th Century. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1284-93. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1284.
- Nowogrodzka A, Piasecki B. Zaburzenia odżywiania – różnice międzypłciowe. *Now Lek* 2012;81(4):381-5.
- Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007;61(3):348-58. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
- Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2013;122(3):720-32. doi: 10.1037/a0034004.
- Godart N, Radon L, Curt F, Duclos J, Perdereau F, Lang F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET. *J Affect Disord* 2015;185:115-22. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.039.
- Copeland WE, Bulik CM, Zucker N, Wolke D, Lereya ST, Costello EJ. Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *Int J Eat Dis* 2015;48(8):1141-9. doi: 10.1002/eat.22459.