

## **ŻYWIENIE I ZABURZENIA ODŻYWIANIA**

AGNIESZKA POLACZKIEWICZ<sup>1</sup>, AGNIESZKA BISKUPEK-WANOT<sup>1</sup>, BARTOSZ  
WANOT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Nauk o Zdrowiu i Fizjoterapii  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy  
im. Jana Długosza w Częstochowie

### **Streszczenie**

Zaburzenia odżywiania występują pod postacią zaburzeń łaknienia mających podłoże psychiczne. Anomalie te dotyczą sposobu przyjmowania pokarmu, jego ilości, częstości spożywanych posiłków oraz wyboru rodzaju pożywienia. Nieprawidłowości te dotyczą także odczuć i przeżyć związanych z przyjmowaniem pokarmu. Głód występujący u osób z zaburzeniami odżywiania nie zawsze oznacza ochotę na jedzenie. Zaburzenia odżywiania często mają podłoże psychiczne.

Pierwsze próby nazwania objawów związanych z zaburzeniami odżywiania występowały już w XVI wieku, ale wtedy były określane jako „choroby wyniszczające”. W XX wieku podjęto się sklasyfikowania zaburzeń odżywiania. Na podstawie prac przeprowadzonych na zlecenie WHO, w 1972r. powstały kryteria Feighnera, które przyczyniły się do umieszczenia zaburzeń odżywiania w klasyfikacji ICD i DSM.

### **Wstęp**

Zaburzenia w odżywianiu związane są ze zdobyczami cywilizacji i pociągają za sobą konsekwencje dotyczące każdego aspektu życia osoby chorej, jej rodziny oraz najbliższego otoczenia. Rozbieżność występująca pomiędzy wizerunkiem nas samych, a wymaganiami społecznymi, funkcjonowaniem rodzin, wpływem mediów, w tym społecznościowych, prowadzą do pojawiania się zaburzeń odżywiania. W dzisiejszych czasach zauważenie, diagnozowanie i pomoc osobom cierpiącym na zaburzenia odżywiania wymaga od specjalistów zajmujących się tą tematyką nie tylko wiedzy medycznej, ale także dostrzeżenia

problemów natury psychologicznej i psychiatrycznej. Dążenie do osiągnięcia dóbr materialnych, chęć akceptacji otoczenia, wspomnienia z dzieciństwa, trendy dotyczące wyglądu, doprowadzają niejednokrotnie do problemów psychologicznych i zaburzeń psychicznych. Zaburzenia odżywiania są już na tyle częste, że wymagają tworzenia zespołów interdyscyplinarnych, które będą zajmować się takimi pacjentami [1].

Postawienie diagnozy zaburzeń odżywiania nie jest łatwe ze względu na nakładanie się wielu czynników powodujących owe nieprawidłowości. Niejednokrotnie osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania dotknięte są wieloma innymi jednostkami chorobowymi, które należy wykryć i ocenić ich wpływ na pojawiające się dysfunkcje. Dodatkowym utrudnieniem w zdiagnozowaniu zaburzeń odżywiania jest występowanie niepełnoobjawowych stanów zaburzeniowych, zwanych „stanami z pogranicza”, które nie są sklasyfikowane w ICD-10, ponieważ nie spełniają kryteriów diagnostycznych [1]. Ze względu na konieczność udzielenia pomocy nie mogą one być pominięte. Pograniczne zaburzenie osobowości wynika z połączenia takich czynników jak traumatyczne dzieciństwo, podatność na zranienie oraz stresujące sytuacje, które wydarzyły się w okresie dojrzewania lub dorosłości. W praktyce diagnozowania zaburzeń odżywiania bardzo przydatna jest znajomość profili osobowościowych pacjentów z poszczególnymi dysfunkcjami. Jest to niezbędne z uwagi na fakt, że cechy niektórych chorób są przeciwstawne, tak dzieje się chociażby w przypadku anoreksji i bulimii [2].

Jednym z profili osobowościowych powiązanych z zaburzeniami odżywiania jest borderline. Zaburzenie to opisał Otto Kernberg [3] (1975), który twierdził, że w wyniku defektów występujących w rozwoju człowieka w czasie dzieciństwa dochodzi do zaburzeń osobowości. Charakteryzują się one zaburzeniami obrazu samego siebie, niestabilnością emocjonalną, impulsywnymi reakcjami oraz zaburzeniami w relacjach międzypersonalnych [4]. Borderline niejednokrotnie występuje wraz ze stanami lękowymi i nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Nie bez znaczenia, w przypadku zaburzeń odżywiania, jest płeć pacjenta. Kobiety mają większą skłonność do zaburzeń osobowości, natomiast u mężczyzn pojawia się problem uzależnień. Kobiety częściej cierpią na zaburzenia nastroju, stany lękowe i zespół stresu pourazowego. Zaburzenia osobowości na ogół pojawiają się przed zaburzeniami odżywiania. Dlatego bardzo ważną rzeczą jest znajomość profili osobowościowych pacjentów i zależności między zaburzeniami typ borderline odżywiania w celu postawienia właściwej diagnozy i leczenia. Współwystępowanie borderline i zaburzeń odżywiania nie jest przypadkowe, jednak trzeba podkreślić istnienie wielu psychologicznych i biologicznych czynników ryzyka, które sprzyjają powstawaniu zaburzeń odżywiania.

Negatywne wydarzenia życiowe, komentarze osób najbliższych dotyczące wagi, zróżnicowana tolerancja na stres i trend dotyczący szczupłej sylwetki mogą przyczyniać się do zwiększenia występowania zaburzeń odżywiania [5].

Pierwsze próby klasyfikowania zaburzeń pojawiały się już w XVI wieku, jednak jeszcze wcześniej można spotkać określenia mówiące o tzw. „chorobach wyniszczających” [6]. Natomiast w XX wieku podjęto próby sklasyfikowania tych zaburzeń. Pierwsze prace zostały przeprowadzone na zlecenie WHO [7], kiedy to powstały kryteria Feighnera w 1972r., które doprowadziły do opublikowania i umieszczenia tych zaburzeń w klasyfikacji ICD i DSM. Poza tym istnieją jeszcze zapisy pozaklasyfikacyjne, które dotyczą między innymi bigoreksji, czy ortoreksji. Manual Mercka rozróżnia trzy rodzaje zaburzeń w odżywianiu, które przedstawiane są jako jadłowstręt psychiczny, żarłoczność psychiczną i okresowe objadanie się. Według tych kryteriów do zaburzeń odżywiania można zaliczyć: anorexię nervosa wraz z podtypami, bulimię nervosa wraz z podtypami, otyłość wynikającą z psychogennej przejadania się, orthorexię, bigoreksję (megarexia), wymioty psychogenne, zespół jedzenia nocnego, zespół Kleine-Levina, bulimię z nocnym jedzeniem, zespół gwałtownego objadania się [8].

W roku 2012 Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziło i przedstawiło wyniki badań dotyczących świadomości Polaków na temat swojego zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Badania te pokazały, że około 69% ankietowanych pozytywnie ocenia swój sposób odżywiania. Takie podejście społeczeństwa nie uległo zmianie od 1998 r., kiedy to CBOS po raz pierwszy przeprowadzał badanie dotyczące sposobu odżywiania się [9].

## **Odżywianie i jego zaburzenia**

Odżywianie jest to dostarczanie pokarmów, które pobierane są w stanie naturalnym lub przetworzonym, w celu zapewnienia utrzymania podstawowych funkcji życiowych przez organizm [10].

Według profesora Aleksandra Szczygła *„Prawidłowe odżywianie jest konieczne nie tylko dlatego, aby zapobiec chorobom, ale żeby umożliwić wyzwolenie wszystkich potencjalnych sił biologicznych organizmu, co jest warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego i umysłowego oraz wytworzenia należytej odporności na niekorzystne działanie czynników środowiskowych”* [11].

Zaburzenia odżywiania są to zaburzenia łaknienia, które mają podłoże psychiczne. Dotyczą one sposobu przyjmowania pokarmu, częstości, ilości, wyboru oraz przeżyć i przekonań związanych z jedzeniem [12, 13]. Uczucie głodu wśród osób z zaburzeniami odżywiania nie jest równoznaczne z ochotą na jedzenie. Głód fizjologiczny wiąże się z zapotrzebowaniem organizmu na jedzenie, natomiast u osób z zaburzeniami odżywiania jest mylony z głodem psychologicznym. Głód psychologiczny (emocjonalny) pojawia się pod wpływem emocji związanych z chęcią na spożycie określonego pokarmu. Głód psychologiczny pojawia się nagle, a jedzenie nie jest zakończone pomimo uczucia pełności w żołądku. Człowiek je aż do momentu zaspokojenia potrzeby emocjonalnej. Po jedzeniu spowodowanym głodem emocjonalnym pojawia się poczucie winy [14].

## **Wpływ sposobu odżywiania na zdrowie jednostki**

Każdy człowiek ponosi odpowiedzialność za swoje zdrowie, powinien być świadomy, jakie zachowania wpływają korzystnie na zdrowie, a jakie nie. Odpowiednia dieta zmniejsza występowanie niepożądanych objawów związanych z otyłością, chorobami układu krążenia oraz zaburzeniami pokarmowymi.

Codzienna dieta powinna być:

- zrównoważona, oznacza to, że powinna dostarczać pokarm w odpowiednich ilościach i proporcjach, które są dostosowane do potrzeb organizmu,
- pełnowartościowa, czyli taka, która zapewnia składniki energetyczne, budulcowe i regulacyjne. Produkty powinny być mało przetworzone i takie, które podczas przygotowania zachowują jak najwięcej składników odżywczych,
- zróżnicowana, to znaczy taka, która zawiera różne grupy produktów, np. warzywa, owoce, mięso, zboża. Produkty powinny być przyrządzane na różne sposoby [15].

Aby ułatwić opracowywanie diety zgodnie z zasadami zdrowego żywienia Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ) opracował normy dla poszczególnych grup wiekowych u osób zamieszkałych w Polsce. Natomiast dla Europejczyków zalecenia te opracowane zostały przez WHO. Normy te są standardem, który określa ilości składników odżywczych i energii wystarczające do zaspokojenia potrzeb żywieniowych dla wszystkich zdrowych grup społeczeństwa [16].

Ostatnia wersja piramidy zdrowego żywienia opublikowana została w 2016r. i obowiązuje do dzisiaj. Podstawę piramidy stanowi aktywność fizyczna, np. spacer, wchodzenie po schodach, nordic walking. Według zaleceń IŻŻ, aktywność fizyczna powinna

trwać przynajmniej 30-45 minut dziennie. Instytut Żywności i Żywienia zaleca spożycie 4-5 posiłków dziennie w regularnych odstępach czasu. Warzywa i owoce powinny stanowić połowę codziennej diety. Warzywa w ilości  $\frac{3}{4}$  części porcji dziennej w porównaniu z owocami. Kolejną zalecaną grupą produktów są produkty zbożowe, najlepiej pełnoziarniste. Następnie zalecany w piramidzie żywienia jest nabiał. Na samej górze widnieje mięso, które powinno być spożywane w jak najmniejszych ilościach, tak jak tłuszcze [17].

W piramidzie żywienia ważnym składnikiem związanym z racjonalnym odżywianiem jest woda, która wpływa na prawidłowe funkcjonowanie procesów termoregulacji oraz utrzymania równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej. Woda, oprócz białek, węglowodanów, tłuszczów, składników mineralnych i witamin, jest jednym z sześciu podstawowych składników pokarmowych niezbędnych do życia [18]. Nieodpowiednie spożycie wody w stosunku do zapotrzebowania może być przyczyną kłopotów zdrowotnych. Niedostateczna jej ilość w organizmie powoduje obniżenie wydolności fizycznej oraz negatywnie wpływa na nastrój i funkcje poznawcze. Zawartość wody w organizmie powinna być nieustannie na stałym poziomie, czyli bilans powinien wynosić zero. Woda dostarczana do organizmu jest z dwóch źródeł: z przemian składników odżywczych, jako woda oksydacyjna oraz dostarczona razem z pożywieniem. Rodzaj i ilość przyjmowanej wody jest zależna od wieku, aktywności fizycznej, składu diety, stanu fizjologicznego organizmu, zwyczajów żywieniowych i kulturowych, a także klimatu oraz upodobań kulinarnych. Odpowiedni bilans wodny uzyskuje się, kiedy straty wody są uzupełniane podczas spożywania jej z żywnością i napojami [19].

W Polsce normy spożycia wody zostały opracowane na podstawie zaleceń ekspertów Panelu do spraw Produktów Dietetycznych, Żywienia i Alergii (NDA) Europejskiego Urzędu do spraw Bezpieczeństwa Żywności (EFSA). W tych zaleceniach uwzględniona została woda pitna w czystej postaci, jak również pochodząca z napojów i ta dostarczana z pożywieniem. Wyliczenia dotyczące norm spożycia wody dotyczą przeciętnej osoby w danej grupie, która przebywa w umiarkowanej temperaturze i uprawia sport na średnim poziomie. Spożycie wody wyliczone dla niemowląt zostało określone na podstawie ilości wody zawartej w mleku matki i żywnością oraz napojami uzupełniającymi. Określenie norm spożycia wody dla dzieci odbyło się na podstawie danych mówiących o ilości wypijanej wody, wprowadzając jednocześnie korektę uwzględniającą prawidłowy stosunek wody do kalorii przyjętych z pożywieniem. Ustalając normy spożycia wody dla osób dorosłych uwzględniono dane mówiące o spożyciu wody oraz prawidłowej osmolarności moczu. Te same kryteria zastosowano do norm zalecanych dla młodzieży od 14 roku życia. W przypadku osób

starszych nie można było opierać się na rzeczywistym spożyciu wody ze względu na obniżoną zdolność koncentracji moczu przez nerki i zmniejszone uczucie pragnienia. Dlatego normy podane dla tej grupy są takie same jak dla dorosłych w młodszym wieku. Natomiast normy dla kobiet w ciąży zostały wyliczone z uwzględnieniem dodatkowej ilości wody związanej z przyrostem masy ciała oraz większą wartością energetyczną w ich diecie. U kobiet karmiących zostały uwzględnione dodatkowe ilości wody zawartej w wydzielanym mleku. Aktualne zalecenia spożycia wody przedstawiono w tabeli nr 1 [20].

**Tabela 1.** Normy na spożycie wody ustalone na poziomie wystarczającego spożycia [20]

GRUPA	WIEK (lata)	WODA <sup>1</sup> (ml/dobę)
Niemowlęta	0 – 0,5	100-190 <sup>2</sup>
	0,5 - 1	800 - 1000
Dzieci	1-3	1250
	4-6	1600
	7-9	1750
Chłopcy	10-12	2100
	13-15	2350
	16-18	2500
Mężczyźni	19-30	2500
	31-50	2500
	51-65	2500
	66-75	2500
	>75	2500
Dziewczęta	10-12	1900
	13-15	1950
	16-18	2000
Kobiety	19-30	2000
	31-50	2000
	51-65	2000
	66-75	2000
	>75	2000

Ciąża II i III trymestr	0,00	2300
Laktacja	-	2700

<sup>1</sup> Woda pochodząca z napojów i produktów spożywczych.

<sup>2</sup> W przeliczeniu na kilogram masy ciała

Do najczęstszych błędów żywieniowych zaliczamy zbyt małe ilości spożywanych ryb, za małą ilość warzyw i owoców, nieregularnie zjadane posiłki, podjadanie, brak drugiego śniadania oraz niespożywanie pierwszego śniadania [21].

Podstawowym warunkiem zdrowego odżywiania jest równowaga między ilością przyjętych kalorii, a ich spalaniem. Norma dotycząca bilansu energetycznego wynosi zero. Bilans energetyczny jest to różnica występująca między ilością dostarczonej do organizmu energii, a energii wykorzystanej zwykle w ciągu doby. Dodatni bilans energetyczny jest w przypadku, kiedy ilość dostarczonej energii przekracza energię wydatkowaną. O bilansie ujemnym można powiedzieć wtedy, kiedy jest mniej dostarczonej energii niż wykorzystanej [22].

Sposób, w jaki się odżywiamy ma wpływ na nasze samopoczucie, procesy trawienia oraz tempo przemiany materii. Kiedy nieumiejętnie poruszamy się w dziedzinie dietetyki i nie stosujemy się do zaleceń żywieniowych mogą wystąpić niepożądane objawy oraz skutki uboczne stosowanych diet.

Do takich skutków ubocznych można zaliczyć:

- nadwagę i efekt jojo - skutek nieumiejętnego stosowania diet,
- obrzęki - pojawiają się na skutek przyjmowania zbyt dużej ilości soli,
- wykwity skórne - w wyniku nadmiernej ilości toksyn w organizmie,
- celulit/rozstępy - pojawiają się na skutek nierównomiernego nagromadzenia tkanki tłuszczowej lub poprzez stosowanie diet powodujących zatrzymanie wody w organizmie. Rozstępy pojawiają się razem z efektem jojo,
- nieprzyjemny zapach - poprzez spożywanie tzw. „śmieciowego jedzenia”,
- problemy gastryczne - tj. ból brzucha, zaparcia, wzdęcia, kolki przy diecie ubogiej w wodę,
- problemy z paznokciami i włosami - przy ubogiej i monotonnej diecie,
- złe samopoczucie - spożywanie złej jakości pokarmów, np. fast-foody, słodczyce w wyniku czego osoby czują się ociężałe, napuchnięte i ciągle zmęczone,

- szybsze starzenie się- wynik nadużywania alkoholu, używek i wysoko przetworzonego pożywienia,
- zła kondycja fizyczna- pojawia się w wyniku błędnej diety i braku aktywności ruchowej [23].

## **Etiologia i rodzaje zaburzeń odżywiania**

Od dłuższego czasu osoby zajmujące się problematyką zaburzeń odżywiania zastanawiały się, do jakiej grupy schorzeń przyporządkować te nieprawidłowości. Uznano jednak, że podłożem zaburzeń odżywiania są zmiany w postrzeganiu samego siebie. Zaburzenia te prowadzą do podejmowania prób stosowania rygorystycznych diet oraz dążenia do wyolbrzymionych i nierealistycznych celów związanych z własnym wyglądem. Anomalie te są wynikiem występujących dysfunkcji psychicznych, które nieleczone bądź powikłane negatywnie wpływają na funkcjonowanie organizmu.

W obecnym czasie WHO, w opracowanej przez siebie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Zdrowotnych (ICD-10), zakwalifikowało zaburzenia odżywiania jako zaburzenia psychiczne, które należą do grupy zaburzeń behawioralnych związanych z nieprawidłowościami fizjologicznymi i czynnikami psychicznymi. Według definicji DSM V [24] zaburzenia odżywiania charakteryzują się uporczywymi objawami ze strony układu pokarmowego i zachowaniami związanymi z jedzeniem, które są powodem nieprawidłowego i zmienionego spożywania oraz wchłaniania pokarmów. Powoduje to upośledzenie zdrowia fizycznego i funkcjonowania psychospołecznego [25].

Zaburzeniami odżywiania dotknięte są najczęściej nastolatki oraz młode kobiety. Zaburzenia te występują również u mężczyzn (około 5% zachorowań na anoreksję) i chłopców (ok.30% anoreksji u dzieci). Najczęściej zaburzenia odżywiania ujawniają się w okresie dojrzewania, jednak coraz częściej pierwsze zachorowania występują u osób dorosłych.

Według modelu D. Garnera czynnikami predysponującymi do pojawienia się zaburzeń odżywiania są czynniki indywidualne, rodzinne i kulturowe. Czynniki indywidualne to takie, które występują u poszczególnej osoby i mogą być charakterystyczne tylko dla niej. Do czynników indywidualnych można zaliczyć zaburzenia psychiczne (np. nastroju, lękowe) lub zaburzenia osobowości (obsesyjno-kompulsyjna, schizoidalna, narcystyczna, schizotypowa, typu borderline). Do wystąpienia czynników indywidualnych przyczynić się



mogą pewne cechy oraz charakterystyka danej osoby, która nie w pełni rozumie pojawiające się zaburzenia. Do takich cech należą perfekcja, stany depresyjne, lęki, sumienność, obowiązkowość, nieufność, nadwrażliwość na krytykę, brak samoakceptacji, nadmierne poczucie ambicji oraz ponadprzeciętny iloraz inteligencji. Przy tych cechach jednocześnie pojawia się poczucie bezwartościowości, zaniżona samoocena, brak wiary we własne siły. Połączenie występowania wyżej wymienionych czynników doprowadza do przyjmowania biernej postawy człowieka wobec występujących wydarzeń.

W patogenezie zaburzeń odżywiania czynniki rodzinne stanowią istotną grupę odpowiadającą za kształtowanie człowieka od pierwszych dni życia. Nieprawidłowe relacje występujące między członkami rodziny, np. dystans emocjonalny utrudniają człowiekowi osiągnięcie autonomii. Wysokie oczekiwania wobec członka rodziny przy jednoczesnym braku wsparcia emocjonalnego powodują poczucie bezradności. Kolejnym negatywnym czynnikiem rodzinnym mającym wpływ na powstawanie zaburzeń odżywiania ma ciągła krytyka oraz wrogość zamiast wzbudzenia poczucia zaufania do poszczególnych członków rodziny. Nadmierne skupianie się na wyglądzie oraz masie ciała powoduje skupianie uwagi na żywieniu i jak najniższej masie ciała.

Czynniki kulturowe mające wpływ na pojawienie się zaburzeń odżywiania powiązane są ze szkodliwym wpływem mediów, ze względu na trend piękna i szczupłej sylwetki nagminnie pojawiający się w materiałach prezentowanych w prasie, telewizji i internecie [26, 27].

Do zaburzeń odżywiania można zaliczyć takie jak:

1. Anoreksja nervosa (AN) wraz z podtypami – jest to najbardziej znane zaburzenie i jednocześnie sprawiające największe problemy diagnostyczne. Zaburzenie to charakteryzują zachowania prowadzące do celowego spadku masy ciała. Śmiertelność w tej jednostce chorobowej wynosi 3,2% dla pacjentów chorujących poniżej 15 lat oraz 6,6% dla chorujących dłużej. Ryzyko śmierci jest związane z nadużywaniem alkoholu, niską masą ciała, a także złym przystosowaniem społecznym [28].

Osoby chorujące na anoreksję starają się upodobnić do modelek, aktorów lub sportowców. Osoby chore są przekonane, że niższa waga podniesie ich atrakcyjność oraz status społeczny. Schorzenie to często występuje po drastycznej zmianie stylu życia bądź jest następstwem traumatycznego wydarzenia.

Czynniki, które wywołują tą chorobę można podzielić na somatyczne i psychologiczne. Bez względu, jaki rodzaj czynników wywołał chorobę prowadzi ona do

braku chęci leczenia oraz traktowanie tego schorzenia jako naturalny stan. Początek choroby nie jest łatwy do zdiagnozowania, ponieważ pierwsze objawy występujące u chorego nie są charakterystyczne i właściwie nie wzbudzają niepokoju. Osoba chora zaczyna dążyć do perfekcyjnego wyglądu ciała. Powoli zaczynają pojawiać się wyrzuty sumienia po spożyciu bardziej obfitego posiłku. Chorzy zaczynają ograniczać kaloryczność spożywanych posiłków, a następnie rezygnują z pokarmów ciężkostrawnych. Niezadowolenie z własnego wyglądu powoduje unikanie zjadania posiłków, wykonywanie coraz intensywniejszych treningów oraz ukrywanie wychudzonego ciała pod luźnym ubraniem. Pomimo postępowania choroby osoby te są sprawne i prowadzą aktywny tryb życia. Anorektycy nie zgłaszają żadnych dolegliwości albo im zaprzeczają. Osoby te doprowadzają do pogorszenia stosunków rodzinnych i wycofują się z życia rodzinnego [29].

Następstwami wyniszczenia organizmu w anoreksji są objawy związane z głodem oraz wymiotami. Do powikłań powiązanych z głodem należą:

- wyniszczenie organizmu,
- brak miesiączki,
- bóle brzucha, zaparcia,
- wychłodzenie organizmu,
- bradykardia,
- lanugo – delikatny puszysty meszek na klatce piersiowej,
- wypadanie włosów,
- obrzęki obwodowe,
- zaniki mięśni,
- osteoporoza,
- drgawki,
- depresja.

Natomiast następstwa związane z wymiotami to:

- próchnica zębów, nadżerki szkliwa zębów,
- powiększone ślinianki,
- objaw Russella – modzele na skórze grzbietu dłoni występujące na skutek powtarzających się ucisków zębów podczas wymiotów,
- pęknięcie przełyku, żołądka [30].

2. **Bulimia nervosa** wraz z podtypami – jest to zaburzenie przejawiające się powtarzającymi się napadami objadania. Napadom tym towarzyszą zachowania mające na celu utrzymanie prawidłowej masy ciała, czyli prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających i moczopędnych, wykonywanie lewatyw, a także wykonywanie intensywnych ćwiczeń fizycznych. Od 1987 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne włączyło bulimię do chorób z grupy zaburzeń odżywiania. Wśród chorych dotkniętych tym schorzeniem około 90% stanowią kobiety. Początek choroby wiąże się z silnymi przeżyciami, np. rozwód, śmierć lub ciężka choroba osoby bliskiej, problemy zawodowe. Bardzo często są to młode kobiety dążące do nadmiernego sukcesu, perfekcjonizmu. Schorzeniu temu towarzyszą takie zaburzenia osobowości jak: niska samoocena, słaba tolerancja na stres oraz zwiększone poczucie lęku. Wizualnie są to najczęściej kobiety zgrabne, zadbane i pewne siebie. Atakom bulimii zawsze towarzyszy silne napięcie emocjonalne. Przed rozpoczęciem objadania się pacjenci zaczynają odczuwać niepokój, lęk i zwiększoną pobudliwość nerwową. Po ataku objadania pojawiają się wyrzuty sumienia, poczucie winy, wizja przyrostu masy ciała, co skłania do wymuszonych wymiotów. Objawy w zaawansowanej bulimii widoczne są jako: uczucie zmęczenia i ospałości, bóle i zawroty głowy, arytmia i nadmierna kurczliwość serca, zmienny nastrój, lęki, niepokój, zaburzenia miesiączkowania, nadmierna suchość skóry, zaparcia i bóle brzucha, uszkodzenie szkliwa zębów, obrzęki gruczołów ślinowych, opuchnięcie twarzy [31].
3. Otyłość wynikająca z psychogennej przejadania się powiązana jest z dramatycznymi przeżyciami takimi jak żałoba, wypadek komunikacyjny, zabieg chirurgiczny lub jest sposobem radzenia sobie ze stresem [32]. Nadmierne jedzenie, które prowadzi do otyłości nie wynika z odczuwania fizycznego głodu, ale ma podłoże psychologiczne. Bardzo istotną rolę w przejadaniu się mają niewydolne mechanizmy regulacji emocjonalnej [33]. Są to takie stany oraz reakcje emocjonalne, które bez względu na powód ich wystąpienia często są odbierane przez osobę nimi dotkniętą jako przymus zjedzenia. Najlepszym sposobem rozładowania napięcia i zlikwidowania występujących stanów emocjonalnych jest spożycie pokarmu [34]. W otyłości poza sferą biologiczną występuje również ważna sfera psychologiczna, która prowadzi do nadmiernego jedzenia oraz otyłości, bez konieczności odczuwania fizycznego głodu. Istnieje poznawczo-motywacyjny model otyłości, który wyjaśnia, jak jedzenie pobudza emocje, zachowania oraz myśli. Model ten zakłada, że u osób otyłych obecność jedzenia lub innego bodźca

powiązanego z jedzeniem wywołuje pozytywne myśli, skojarzenia oraz przyciąga uwagę, co prowadzi do wzmożonego jedzenia [35]. Do powstania otyłości może doprowadzić indywidualne przyzwyczajenie się do jednego lub kilku rodzajów spożywanych produktów. Skutkuje to występowaniem objawów podobnych do występujących w uzależnieniach od różnych substancji, a w szczególności od alkoholu [36].

4. Ortoreksja (z gr. *Orthos* – właściwy, *oxeris* – apetyt) – sklasyfikowana jako zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, które wiąże się z obsesyjnym poszukiwaniem zdrowej żywności. Zaburzenie to powiązane jest z odczuwaniem lęku związanego ze spożyciem niewłaściwych substancji odżywczych, produktów zawierających konserwanty, cukry proste, dodatki chemiczne. Termin „ortoreksja” w 1997 roku stworzył amerykański lekarz Steven Bratman, który cierpiał na to zaburzenie. Ze względu na podobieństwo nazw ortoreksja jest podobnym schorzeniem do anoreksji. Tak samo jak anorektycy, ortorektycy mają obsesję na punkcie jedzenia. Anorektycy pilnują, aby jak najmniej jeść, natomiast ortorektycy skupiają się na takim komponowaniu diety, aby była ona maksymalnie zdrowa. W przeciwieństwie do anorektyków, ortorektycy cały czas głośno wypowiadają się na tematy dotyczące zdrowego żywienia. Ortoreksja jest zaburzeniem zaczynającym się niewinnie, ponieważ na początku osoby te chcą zmienić nawyki żywieniowe. Takie nastawienie powoli przeradza się w obsesyjne myślenie dotyczące zdrowego żywienia i zdrowej diety [37]. U ortorektyka występują myśli dotyczące odtruwania organizmu, jedzenie przybiera formę rytuału. Niewielkie odstępstwo od ustalonej przez chorego diety powoduje nakładanie na siebie kary poprzez stosowanie głodówki lub zaostrzeniem rygorów narzuconych przez samego chorego [38].
5. Bigoreksja (ang. *muscle dysmorphia*) – jest to niesklasyfikowane zaburzenie związane z nieprawidłowym postrzeganiem siebie. Zaburzenie to dotyczy głównie mężczyzn ćwiczących na siłowni. Szacuje się, że około 10% mężczyzn cierpi na bigoreksję. Własny wizerunek związany jest z deficytami tkanki mięśniowej i nadmiarem tłuszczowej. Typową cechą bigorektyka jest ciągłe ważenie się, pomiar obwodu mięśni oraz porównywanie się z innymi kulturystami. Osoba u której występują te nieprawidłowości, oprócz niezadowolenia z własnego wizerunku, stosuje również rygorystyczne diety i intensywne treningi, unika kontaktu z ludźmi, zażywa sterydy. Konsekwencjami zdrowotnymi w tym zaburzeniu są: wybuchy agresji, konflikty z prawem, stany depresyjne. Stosowanie sterydów bez nadzoru specjalisty może

doprowadzić do wystąpienia zaburzenia odczuwania emocji, zaburzeń rytmu serca i krążenia, udaru mózgu, zaburzeń potencji, a nawet bezpłodności [39].

6. Wymioty psychogenne (CVS) – są to przewlekłe, nawracające wymioty o nieznanym podłożu. Etiologia tych zaburzeń nie jest znana. Wymioty psychogenne mylnie diagnozowane są z bulimią, która w odróżnieniu od wymiotów psychogennych przejawia się niepohamowanymi napadami objadania, które kończą się prowokowaniem wymiotów oraz stosowaniem środków przeczyszczających i moczopędnych celem usunięcia pożywienia z organizmu. Obserwuje się występowanie drażliwości u pacjentów, wrogiego nastawienia, małomówności. Zauważa się występowanie takich zachowań jak objadanie się i wymioty oraz skłonność do przebywania w zacienionym pomieszczeniu. Leki przeciwwymiotne nie przynoszą ulgi, którą natomiast zapewnia wywołanie głębokiego snu. Długość fazy zdrowienia wynosi od kilku minut do 20 dni. Większość przypadków występuje u dorosłych w wieku 29-49 lat. Najczęstszymi objawami są: nudności, wymioty, wzmożona potliwość, bóle w nadbrzuszu, zmęczenie i osłabienie. Czynnikiem wywołującymi CVS są m.in. zmęczenie, infekcje, przyjemne doświadczenia. Ostre epizody zaczynają się zwykle między północą a południem i częściej występują latem. Epizody trwają zwykle 3-6 dni, a z fazą gwałtownych wymiotów 1-2 dni. Po gwałtownych wymiotach zazwyczaj chory jest w stanie zjeść posiłek po około 2 dniach. Przerwa między cyklami wynosi średnio 3 miesiące. Podczas ostrego epizodu częstość wymiotów waha się między 1-20 razy na godzinę [40]. Jakość życia osób cierpiących jest znacznie pogorszona, zaburza funkcjonowanie zawodowe i społeczne. W celu diagnostyki wymiotów psychogennych stosuje się kryteria diagnostyczne CVS (Cyclic Vomiting Syndrom) wg III kryteriów rzymskich [41, 42]:
- stereotypowe epizody wymiotów z ostrym początkiem, trwające krócej niż tydzień,
  - trzy lub więcej oddzielnych epizodów w poprzedzającym roku,
  - brak nudności i wymiotów między epizodami,

Kryteria wspierające: Przypadki migreny u pacjenta lub jego rodziny.

7. Zespół jedzenia nocnego (NES-night eating syndrome) – polega na zaburzeniach przyjmowania pokarmu, które związane jest z rytmem dobowym. Nad ranem występuje brak apetytu, przynajmniej cztery razy w tygodniu pacjent nie je śniadania. Zjawisko to jest określane jako poranna anoreksja. W odróżnieniu od godzin porannych, wieczorem występuje zwiększone łaknienie. Pacjent nie może spać w nocy, ma problemy z zaśnięciem. Nocą wstaje, żeby zjeść. Spożywa umiarkowane porcje pokarmu. W ciągu dnia przyjmuje porównywalną porcję kalorii, natomiast rozłożone są one

o innych porach dnia. NES w klasyfikacji IDC 10 nie jest opisywany jako odrębne zaburzenie psychiczne z pogranicza zaburzeń odżywiania i zaburzeń snu, a także aktywności dobowej. Około 1,5% populacji dotknięta jest tym zaburzeniem. Występuje najczęściej u osób depresyjnych, bulimicznych, odchudzających się, otyłych, cierpiących na bezsenność oraz inne zaburzenia snu. Objawy tego zespołu mają podłoże emocjonalne, stresowe. Najczęściej wybieranymi produktami są: kanapki i słodkie, choć może to być każdy rodzaj pożywienia. Zespół ten jest powiązany z wystąpieniem nadwagi i otyłości, a także może przyczyniać się do zmniejszenia efektywności diet odchudzających oraz obniżenia efektu terapeutycznego w cukrzycy [43].

8. Zespół Kleine-Levina (KLS – Kleine-Levin Syndrome; Zespół Śpiącej Królowej, Syndrom „Sleeping Beauty”) – to zespół objawów składających się z napadów żarłoczości (hiperfagia) oraz pobudzenia seksualnego z występującymi okresami nadmiernej senności. Jest to rzadka choroba, która dotyczy ok.1000 osób na całym świecie, w tym głównie chłopców w okresie dojrzewania, ale może również wystąpić u dzieci oraz dorosłych. Do charakterystycznych objawów występujących w tej chorobie należą: ataki nasilonej senności, żarłoczość, pobudzenie seksualne, zaburzenia nastroju (złość, drażliwość, agresja), zaburzenia świadomości, osłabienie pamięci, zaburzenia koncentracji, urojenia. Podczas epizodu osoba chora jest ospała – śpi przez większość dnia i nocy (hipersomnia), czasami chory budzi się, żeby załatwić potrzeby fizjologiczne oraz zjeść. Długość występowania epizodu może trwać nawet do kilku miesięcy. W czasie trwania nawrotów chory przestaje wykonywać codzienne obowiązki. Napady nawracają w odstępach kilkumiesięcznych i mogą powtarzać się nawet przez 10 lat lub dłużej. Oprócz napadów nadmiernej senności, w trakcie epizodów chorzy są dziecinni. Podczas czuwania osoby te są zmieszane, zdezorientowane, apatyczne. Występuje nadwrażliwość na światło i hałas. Większość osób dotkniętych tym schorzeniem przebywa w łóżku nawet do 20 godzin na dobę, ponieważ są bardzo zmęczeni i mają problem z komunikacją z innymi osobami. Nawroty choroby mogą pojawić się niespodziewanie. Osoby chore podczas występowania epizodów wymagają całodobowej opieki osób bliskich. Średnio pacjenci na prawidłowe rozpoznanie tego schorzenia czekają około 4 lata. Z wiekiem częstotliwość oraz intensywność występowania objawów zmniejsza się. Zespół ten w większości przypadków ma tendencję do samoistnego ustępowania. Leczeniem zajmuje się psychiatra. Lekarze zalecają pozostanie pacjentów w domu oraz zapewnienie im opieki. Podaje się leki stymulujące (amfetamina, metylofenidat,

modafinil) stosowane w leczeniu senności. Ze względu na podobieństwo KLA do zaburzeń nastroju, w leczeniu stosuje się preparaty litu lub karbamazepiny, co pomaga w niektórych przypadkach zmniejszyć częstotliwość nawrotów choroby [44].

9. Zespół gwałtownego/kompulsywnego objadania się (BED – ang. binge eating disorder) – jest to zaburzenie w odżywianiu, które polega na jedzeniu dużych ilości pokarmu w sposób niekontrolowany. Odbywa się to bez odczucia fizycznego głodu. W zaburzeniu tym występują nawracające epizody przejadania się. Jednocześnie występuje niezadowolenie, nie pojawiają się wymioty, biegunki, pacjent nie głodzi się i nie wykonuje nadmiernych ćwiczeń fizycznych. Napad objadania się bardzo przypomina bulimię, jednak nią nie jest. Różnica polega na braku prowokowania wymiotów pomimo poczucia wstydu i winy za napad jedzenia. Zespół gwałtownego napadowego objadania się występuje o 1,5 raza częściej u kobiet niż u mężczyzn. Przyczyny są mało znane, jednak istnieją przesłanki mówiące o uwarunkowaniach genetycznych [45]. Typowymi objawami zespołu kompulsywnego objadania się są:

- powtarzające się epizody objadania się, podczas których pacjent zjada bardzo duże ilości pożywienia w krótkim czasie,
- jedzenie pokarmu odbywa się znacznie szybciej niż zawsze, aż do wystąpienia nieprzyjemnego uczucia przesyty,
- pacjent zjada bardzo duże porcje pokarmu mimo braku uczucia głodu,
- jedzenie odbywa się w samotności ze względu na wstyd dotyczący wielkości porcji,
- pojawianie się depresji, obrzydzenia do siebie
- podczas takiego napadu pojawia się uczucie dużego wyczerpania
- epizody występują raz na tydzień, przez trzy miesiące
- nie występują próby stosowania środków przeczyszczających, głodzenia się lub intensywnych ćwiczeń [46].

Często w tym zespole występują zaburzenia lękowe oraz zaburzenia nastroju. W zespole gwałtownego objadania się mają znaczenie czynniki genetyczne, fizjologiczne, konstytucjonalne, behawioralne oraz środowiskowe. W tym zespole charakterystyczne jest „zajadanie problemów”. Podczas występowania napięcia emocjonalnego lub lęku dochodzi do gwałtownego spożycia pokarmu, co rozładowuje stres [47].

## Leczenie i rokowanie zaburzeń odżywiania

W przypadku jadłowstrętu psychicznego pogorszenie stanu zdrowia jest wynikiem pogłębiającego się wyniszczenia organizmu. Skutki dotyczące kontaktów psychospołecznych dotyczą postępującej izolacji od społeczeństwa, konfliktów występujących w rodzinach oraz pojawianie się i narastanie stanów lękowych i depresyjnych. Czynnikiem ryzyka śmierci są: nadużywanie alkoholu, niska masa ciała i złe przystosowanie społeczne [48]. Pacjenci chorujący na anoreksję wykazują niechętną postawę wobec personelu medycznego. Próba ukrycia prawdziwej przyczyny zaburzeń, kłamstwa dotyczące występujących objawów przyczyniają się do opóźnionego rozpoczęcia prawidłowego leczenia. Taka postawa pacjentów prowadzi do wykonywania niepotrzebnych badań i hospitalizacji na niewłaściwym oddziale. Pacjenci tacy często są przyjmowani na oddziale gastroenterologii. Leczenie nieprawidłowości w odżywianiu często wymaga różnicowania tych zaburzeń z innymi chorobami przyczyniającymi się do spadku masy ciała, wyniszczenia organizmu, gruźlicy, stanów przebiegających z zapaleniem żołądka i jelit, zapalenia wątroby [49].

Leczenie anoreksji jest wielospecjalistyczne. Na początku najważniejszy jest udział lekarza psychiatry lub psychologa, a dietetyk pełni rolę wspomagającą w procesie leczenia. Podczas leczenia dietetycznego powinien być oceniony sposób żywienia pacjenta, stan odżywienia organizmu oraz zapotrzebowanie na energię. Jeżeli stan pacjenta na to pozwala, powinno być zachowane żywienie doustne. U pacjentów bardzo wyniszczonych żywienie odbywa się pozajelitowo lub przez sondę do żołądkową lub dojelitową. Żywienie rozpoczyna się od diety niskoenergetycznej – ok. 500kcal/dzień, postać pokarmu powinna być płynno-papkowata. Zalecana dieta jest niskotłuszczowa z ograniczeniem laktozy i kontrolą podaży płynów oraz elektrolitów, aby zachować równowagę wodno-elektrolitową. Wartość energetyczną stopniowo należy zwiększać maksymalnie o 200kcal, aby uzyskać poziom 2000-3000 kcal dziennie.

Posiłki powinny być zróżnicowane, podawane w 5-6 porcjach dziennie w regularnych odstępach czasu. Posiłki nie powinny trwać dłużej niż 30 minut. Należy zapewnić ciszę, spokój oraz komfort podczas ich trwania. Zaleca się spożywanie pokarmów w obecności innej osoby, która powinna towarzyszyć anorektykowi do dwóch godzin po posiłku [50].

Powikłania występujące w bulimii są wynikiem głównie zachowań kompensacyjnych, występujących podczas napadów objadania się. Główną przyczyną zaburzeń w sferze psychospołecznej jest podporządkowanie dnia codziennego zachowaniom bulimicznym. Wpływ schorzenia na kontakty psychospołeczne doprowadza do problemów seksualnych,



wiąże się z ograniczaniem kontaktów towarzyskich. Zachowania te ukrywane są pod pozorem dobrego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i pracy zawodowej [51].

Pacjenci chorujący na bulimię, w odróżnieniu od anorektyków częściej i chętniej przyznają się do występujących objawów, które są dla nich męczące. W odróżnieniu od chorych na anoreksję, bulimicy mają większe poczucie występujących dolegliwości i często upokarzają się [52].

Leczenie zaburzeń odżywiania powinno być ukierunkowane na leczenie chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych. Leczenie ukierunkowane na likwidację objawów somatycznych. Polega na uzupełnianiu niedoborów płynów i elektrolitów, podawaniu preparatów witaminowych, odżywek. Rozpoczęcie leczenia powinno być poprzedzone dokładną diagnozą dotyczącą oceny masy ciała, układu krwionośnego. Konieczne do wykonania są podstawowe badania krwi, moczu i kału, USG brzucha, EEG. W przypadku, kiedy choroba trwa dłużej niż sześć miesięcy, wykonuje się badanie gęstości kości.

W leczeniu zaburzeń odżywiania bardzo ważne jest:

- przywrócenie dobrego stanu organizmu polegające na powrocie miesiączkowania, libido, właściwego poziomu hormonów.
- leczenie powikłań somatycznych.
- praca nad motywacją pacjenta do poprawy odżywiania, zwrócenia uwagi na prawidłowe nawyki oraz chęci uczestniczenia w leczeniu.
- wyedukowania pacjenta w kierunku zdrowego odżywiania się.
- wsparcie w zmianie dysfunkcji występujących u pacjenta. Funkcje te dotyczą prawidłowych postaw pacjenta w stosunku do swojej choroby.
- rozpoznanie i leczenie zaburzeń psychiatrycznych, które występują razem z objawami związanymi z nieprawidłowościami dotyczącymi odżywiania.
- pomoc w uzyskaniu terapii rodzinnej i wsparcia rodziny.
- zapobieganie nawrotom choroby [53].

Podczas całego procesu leczenia, ważne jest monitorowanie stanu psychicznego pacjenta. W przypadku nasilonych objawów depresji, natręctw lub lęku konieczne jest włączenie farmakoterapii.

Kolejnym kierunkiem działań personelu medycznego jest psychoterapia.

## **Psychoterapia zaburzeń odżywiania**

Psychoterapia powinna być przeprowadzona w ramach terapii indywidualnej i rodzinnej. Terapia ta skierowana jest do wszystkich osób dotkniętych schorzeniami dotyczącymi odżywiania, zarówno pacjentów jak i ich rodziny. Celem terapii jest zmniejszenie dolegliwości, a także częstotliwości występowania objawów pojawiających się w zaburzeniach odżywiania. Terapia powinna odbywać się pod postacią psychoterapii poznawczo-behawioralnej i wprowadzeniem na stałe zdrowych nawyków żywieniowych [54]. Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) zajmuje się leczeniem zaburzeń psychicznych, trudności emocjonalnych i problematycznych zachowań. Założeniem tego rodzaju terapii jest zmiana błędnego sposobu myślenia prowadząca do poprawy nastroju i zachowania pacjenta [55]. Stosowane przez terapeutę techniki mają pomóc pacjentowi w zweryfikowaniu błędnych wzorców myślenia i przekonań. Terapia ma na celu zastąpienie niepoprawnego sposobu myślenia zachowaniami redukującymi dyskomfort pacjenta. Terapia poznawczo-behawioralna uczy pacjenta pozytywnego myślenia dotyczącego własnej osoby, otaczającego świata, innych ludzi, co ma ułatwić lepsze funkcjonowanie w codziennym życiu. Podczas tej terapii terapeuta wraz z pacjentem tworzą zespół, który poszukuje odpowiednich dla niego sposobów myślenia, czucia i zachowania w celu najskuteczniejszej dla pacjenta zmiany [56].

Psychoterapia przebiega w trzech etapach:

1. Diagnostyka – rozpoznaje się stan pacjenta, jego doświadczenia życiowe i trudności, których doświadcza w trakcie codziennego życia. Wyniki zostają omówione w obecności pacjenta. Następnie pacjent razem z terapeutą wybierają najkorzystniejszą dla chorego metodę leczenia terapeutycznego.
2. Praca z pacjentem –zmiana nawyków żywieniowych. Podczas spotkań wykorzystuje się terapię poznawczo-behawioralną, podczas której pacjent zaczyna rozumieć, co doprowadziło do pojawienia się zaburzeń w odżywianiu. Pacjent uczy się, jak pokonać występujące objawy przy pomocy technik behawioralnych.
3. Zakończenie – w etapie tym następuje podsumowanie całej terapii oraz ustalenie planu radzenia sobie z ewentualnymi nawrotami choroby. Na zakończenie ponownie przeprowadza się diagnozę w celu sprawdzenia skuteczności terapii [57].

W terapii bardzo ważną rzeczą jest nawiązanie kontaktu z pacjentem i stworzenie przyjaznej atmosfery ułatwiającej leczenie [58]. Ważne jest pozytywne wzmocnienie osoby

chorej, okazanie szacunku, wsparcia i empatii. Podczas terapii bardzo ważna jest terapia rodziny pacjenta, która jest prowadzona równocześnie, ale przez innego terapeutę.

## **Podsumowanie**

Prawidłowe odżywianie powinno być oparte na aktualnych zaleceniach podawanych przez WHO jak i Instytut Żywności i Żywienia z uwzględnieniem uwarunkowań genetycznych, kulturowych oraz społecznych. Racjonalna dieta powinna wpływać na osiągnięcie prawidłowego rozwoju oraz utrzymanie sprawności organizmu do późnego wieku. Zaburzenia odżywiania mają różny przebieg. Należy zauważyć, że zaburzenia te prowadzą do licznych powikłań somatycznych oraz towarzyszących, takich jak depresja. Schorzenia odżywiania przechodzą w przewlekłą postać choroby, co wiąże się z ich długoletnim przebiegiem. Ze względu na ten fakt, zaburzenia odżywiania są istotnym problemem zdrowotnym we współczesnym społeczeństwie.

Chcąc zapobiegać wystąpieniu zaburzeń odżywiania powinno się stosować racjonalną i urozmaiconą dietę. Należy zwracać uwagę nie tylko na jakość potraw, ale również na ich smak. Pokarmy należy przygotowywać w taki sposób, aby jedzenie było przyjemnością, a nie obowiązkiem.

Do wstępnego diagnozowania problemów z odżywianiem służą różne testy. Przeprowadzenie takich testów nie zastąpi wizyty u specjalisty. Wyniki mogą pokazać istniejące zagrożenie. Przykładem może być kwestionariusz SCOFF. Odpowiedzi powinny być udzielone w czasie nie dłuższym niż dwie minuty. Kwestionariusz opracowali naukowcy z St.George`s Hospital School i jest obecnie wykorzystywany jako prosta metoda rozpoznawania zaburzeń odżywiania. Testy mogą dotyczyć również konkretnych zaburzeń jak na przykład test „Kompulsywne objadanie się” [59-64].

## **Bibliografia**

1. Linehan M., 2007, Zaburzenie osobowości z pogranicza, Terapia poznawczo-behawioralna, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2. Kędra E.,2011, Zaburzenia odżywiania-znak naszych czasów, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne.
3. Kernberg O.,1993,Poważne zaburzenia osobowości: strategie psychoterapeutyczne, Yale University Press.

4. Kreger R., Mason P., 2013, Borderline. Jak żyć z osobą o skrajnych emocjach? Tłumaczenie: Oleszczuk M., Gdańskie wydawnictwo Psychologiczne.
5. Goldstein Eda, 2003, Zaburzenia z pogranicza: modele kliniczne i techniki terapeutyczne, tłumaczenie: Piotr Kołyшко, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
6. Wójciak R.W., 2012, Zaburzenia odżywiania, Mojs E. (red.) Pomoc psychologiczna w chorobach somatycznych, Poznań, Zakład Psychologii Klinicznej UMP.
7. Stengel E., 1959, Classification of mental disorders, Bull. World Health Organ. 21.
8. M.Beers, R.S.Porter, T.V.Jones, J.L.Kaplan, M.Berkwits, 2006, The Merck Manual. Podręcznik diagnostyki i terapii, Wydanie Trzecie Polskie, Wrocław, Elsevier Urban & Partner.
9. Komunikat z badań, 2012, Zachowania i nawyki żywieniowe Polaków, CBOS Warszawa.
10. Encyklopedia Powszechna, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2017.
11. A.Szczygieł, 2013, „Podstawy fizjologii żywienia”, Warszawa, Instytut Żywności i Żywienia.
12. J. Ogden, 2011, Psychologia odżywiania się. Od zdrowych zaburzeń do zachowań żywieniowych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
13. M.Kozłowska-Wojciechowska, 2004, Żyjmy z zdrowia, czyli nowa piramida żywienia, Prószyński i S-ka.
14. D.Mroczkowska, B. Ziółkowska, 2007, Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców bliskich, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
15. D.Czerwińska, 2015, Zasady żywienia cz.2, Wydawnictwo WSIP.
16. M.Kwasek, 2017, Międzynarodowe zalecenia żywieniowe, Warszawa, Wydawnictwo Sigma-Not.
17. H.Ciborowska, A. Rudnicka, 2014, Dietetyka. Żywność zdrowego i chorego człowieka, PZWL.
18. Wiadomości Lekarskie, 2014, tom LXVII, nr2, cz.I.
19. M.Jarosz, L. Szponar, E.Rychlik, 2008 Woda i elektrolity. Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
20. Jarosz M.(red): Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa, 2012.
21. J.Sadowska, I.Daniel, 2016 Konsekwencje zdrowotne nieprawidłowości w żywieniu, Zakład Fizjologii Żywienia Człowieka, tom 65.

22. J.Gawęcki, 2010, Żywnienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu, PWN, Warszawa.
23. A.Wolska-Adamczyk, 2015, Znaczenie racjonalnego żywienia w edukacji zdrowotnej, Warszawa, WSiIZ.
24. Ł.Święcicki, P.Gałęcki, 2015, Kryteria diagnostyczne z DSM 5. Desk reference, Edra Urban& Partner.
25. WHO, 2012, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych–X, ICD-10, vol. I Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
26. Strzelecki, W., Cybulski, M., Strzelecka, M., Dolczewska-Samela, A. 2007. Zmiana wizerunku medialnego kobiety a zaburzenia odżywiania we współczesnym świecie..
27. Dycht, M., Marszałek, L. (2011). Mass media i reklama a choroby cywilizacyjne: anoreksja i bulimia. *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 30, 147-158.
28. D.Franko, A.Keshaviah,K.Eddy, M. Krishina et al.2013,A longitydinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa,Am.J.Psychiatry.
29. M. Dycht, L.Marszałek, 2011, Mass media i reklama a choroby cywilizacyjne: anoreksja i bulimia, *Seminare*.
30. E.Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki, J. Biernat, 2011, Anoreksja–przyczyny, przebieg, leczenie, *Nowiny Lekarskie*.
31. K.Czepczor, A. Brytek-Matera, 2017, *Jedzenie pod wpływem emocji*”, Difin, Warszawa.
32. M.Fila,J.Terelak,Otyłość jako źródło stresu psychologicznego w funkcjonowaniu człowieka, *Przegląd psychologiczny*, tom XXXVII.
33. M.Pawłowska, D. Kalka, 2015,Poznawczo-motywacyjny model otyłości. Mechanizmy motywacyjne i inklinacje poznawcze w przetwarzaniu obrazów pożywienia przez osoby z nadmierną wagą, *Psychiatria Polska*.
34. Instytut Psychologii Zdrowia, 2010, opracowanieJerzy Mellibruda.
35. M. Pawłowska,D. Kalka, 2015, Poznawczo-motywacyjny model otyłości. Mechanizmy motywacyjne i inklinacje poznawcze w przetwarzaniu obrazów pożywienia przez osoby z nadmierną wagą.*Psychiatria Polska*.
36. M.Bąk-Sosnowska,Kryteria różnicowe zaburzenia z napadami objadania się i uzależnienia od pożywienia w kontekście przyczyn otyłości oraz jej leczenia, *Psychiatria Polska*.
37. M.Tracz,2014, Ortoreksja–obsesja zdrowego żywienia, *Zeszyty Naukowe Wyższej*

Szkoły Nauk Społecznych, Wydział Pedagogiki i Psychologii.

38. A.Dittfeld, A.Koszowska, K.Fizia, K.Ziora, 2013, Ortoreksja –nowe zaburzenie odżywiania, *Annalel Academiae Medicae Silesiensis*.
39. *Kwartalnik Naukowy, Fides et ratio*, 2013.
40. C.Prakash, A.Staiano,R.J.Rothbaum, R.E.Clouse,2001, Similarities in cyclic vomiting syndrome across age groups, *Am J Gastroenterol*.
41. S.Sonie, J.L.Levenson,2009,Primary psychiatry, Vol.16, No6.
42. Rome FoundationGuidelinesIII Diagnostic Criteria for Funkcional Gastrointestinal Disorders.J. GastroinstetinLiver Dis., 2006.
43. K.Jakuszowiak, W.J.Cubała, 2004,Zespół jedzenia nocnego –rozpowszechnienie, diagnoza i leczenie,*Psychiatria Polska*.
44. J.Chmielnik, J.Kasprzyk-Obara, A.Chmielnik (red),2005,Problemy diagnostyczne w zespole nawracającej senności Kleinego-Levina, *Nowa Pediatria*.
45. E.Rzońca, A.Bień, G.Iwanowicz-Palus,2016, Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny.Eating disorders – an ongoing problem, *Journal of Education, Health and Sport*.
46. Ł.Święcicki, P.Gałecki,2015, Kryteria diagnostyczne z DSM 5 Desk Reference, Wrocław, Edra Urban&Partner.
47. A.Michalska,N. Szejko, N. Jakubczyk, M.Wojnar, 2016, Niespecyficzne zaburzenia odżywiania się, *Psychiatria Polska*.
48. W. Pilch, R. Janiszewska, R. Makuch, D. Mucha, T.Pałka,2011,Racjonalna odżywianie i jego wpływ na zdrowie, *Hygeia Public Health*.
49. C.Żechowski, I.Namysłowska, A.Jakubczyk, A.Siewierska, A.K. Bażyńska,2010,Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym–refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń,*Psychiatria Psychologia Kliniczna*.
50. A.Dutkiewicz,T.Grzelak, 2016,Dietoterapia doustna u pacjentów z anoreksją, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*.
51. W.Komorowska-Szczepańska, R. Hansdorfer-Korzon, M.Barna, A. Plata, M. Podgórska,2016, Bulimia psychiczna jako problem interdyscyplinarny,Gdańsk, Wyższa Szkoła Zarządzania.
52. A.Mioduchowska-Zienkiewicz,2015, Zachowania autoagresywne a obraz własnego ciała u kobiet z zaburzeniami odżywiania.

53. B. Izydorczyk, 2014, Postawy i zachowania wobec własnego ciała w zaburzeniach odżywiania, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
54. C.G. Fairburn, 2013, Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
55. S. Beck Judith, 2012, Terapia poznawczo-behawioralna. Tłumaczenie R. Andruszko, M. Cierpisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
56. C. Fairbum; Tłumaczenie M.Stec, 2013, Terapia poznawczo-behawioralna i zaburzenia odżywiania, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
57. G.Waller, H. Cordery, E.Corstrophine, H.Hinrichsen, R.Lawson, V.Mountford, K.Russel, 2011, Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania. Wszechstronny przewodnik terapeutyczny, Warszawa, MediPage.
58. Broszura 2013 „Pomoc dla bliskich” Ogólnopolskie Centrum Zaburzeń Odżywiania, Wrocław.
59. J.Gawęcki, W. Roszkowski, 2018, Żywność człowieka a zdrowie publiczne Tom 3, PWN.
60. Ł. Świąćicki, 2010, Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej, Sympozjum: Psychiatria.
61. A.J.Luck, J.F. Morgan, et.al, 2002 The SCOOF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study, BMJ.
62. J.F.Morgan, F.Reid, J.H.Lacey, 1999, The SCOOF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders.
63. S.C.Parker, J.Lyons, J.Bonner, 2005, Eating disorders in graduate students: exploring the SCOOF questionnaire as a simple screening tool. J Am Coll Health.