

PRACE ORYGINALNE I POGLĄDOWE ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Irena Białokoz-Kalinowska, Karolina Kierus,
Janina Piotrowska-Jastrzębska

Received: 06.12.2012

Accepted: 14.12.2012

Published: 31.12.2012

Zaburzenia odżywiania u młodzieży – wstępna diagnostyka w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Eating disorders in adolescents – an initial diagnose in general
physician practice

Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Janina Piotrowska-Jastrzębska

Adres do korespondencji: Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok, tel.: 85 745 06 22, e-mail: danutaj@umb.edu.pl

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Wraz z narastającą częstością występowania zaburzeń odżywiania wśród młodzieży, związaną z presją mass mediów i kultem szczupłej sylwetki będącej symbolem sukcesu we współczesnym świecie, lekarze pierwszego kontaktu coraz częściej spotykają pacjentów z tego typu zaburzeniami w swoich gabinetach. Wczesna identyfikacja chorych pozwala na szybsze skierowanie ich do specjalistycznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej i tym samym poprawia rokowanie. Chociaż potwierdzenie diagnozy zaburzeń odżywiania należy do kompetencji psychiatry, to lekarz rodzinny/pediatra odgrywa najistotniejszą rolę w ustaleniu wstępnego rozpoznania. Nie jest to łatwe, gdyż pacjenci zgłaszają się zazwyczaj z objawami będącymi już konsekwencjami zaburzeń odżywiania, a choroba często jest przez nich ukrywana i negowana. Zgłaszane dolegliwości często są niespecyficzne, podobnie jak odchylenia w badaniu fizykalnym. Stąd potrzeba korzystania z szybkiego testu przesiewowego, który mógłby być przeprowadzony w gabinecie lekarza rodzinnego i pozwalałby na potwierdzenie wstępnych podejrzeń sugerujących obecność zaburzenia odżywiania. Celem poniższego artykułu jest zwrócenie uwagi na trudności w diagnozowaniu zaburzeń odżywiania wśród młodzieży oraz zapoznanie z prostymi metodami diagnostycznymi – kwestionariuszami przesiewowymi, rekomendowanymi i stosowanymi w codziennej praktyce lekarzy pierwszego kontaktu w Stanach Zjednoczonych. Ze względu na obserwowane zjawisko wzrostu częstości występowania zaburzeń odżywiania w naszym kraju amerykańskie narzędzia przesiewowe wydają się dobrym i łatwym sposobem wczesnej identyfikacji młodzieży wykazującej takie zaburzenia w warunkach polskich.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, kryteria diagnostyczne, młodzież, metody przesiewowe, badanie pacjenta

Summary

Nowadays the increasing prevalence of eating disorders in adolescents urges general physicians to face this problem in their daily practice more often than it used to be before. It is well known that early identification of the risk group of eating disorders and referring such patients to the further confirmation of the initial diagnose to the specialist with subsequent early introduction of the psychological and psychiatric therapy constitutes the key point of good prognosis. That's why the role of the general physician can not be overestimated. The confirmation of the diagnoses belongs to the psychiatrist's competency, however the initial diagnose is purely the general practitioner's task. This is very difficult role because the patients quite often are concealing symptoms of the disease and what's more confusing, they are denying the fact of their existence. Even, if it happened that the patients report some complains, their symptoms are often non-specific as well as the abnormality in the physical examination are. Therefore there is a great need for establishing the screening tools – universal, reliable, easy and time-saving methods for eating disorders diagnosis in the general

practitioner's office. Such methods were elaborated and used in the USA settings with the positive outcome. The aim of this paper is to present the most popular and wide used screening methods for eating disorders in the adolescents with the suggestion to incorporate them to the Polish general physicians' practices.

Key words: eating disorders, diagnostic criteria, adolescents, screening methods, patient's examination

Jedną z cech charakterystycznych współczesnego społeczeństwa jest wszechobecny kult młodości i szczupłości. Te atrybuty wyglądu zewnętrznego eksponowane nieustannie w mass mediach wywierają olbrzymią presję na zachowania żywieniowe populacji kobiet, a w szczególności nastolatek. Młodzież stanowi bowiem niezwykle podatną grupę na przyjmowanie różnorodnych nowych trendów dotyczących stylu życia lansowanych przez środki masowego przekazu. Obsesja odchudzania się obecna w czasopiśmie kobiecych i młodzieżowych oraz chorobliwie szczupłe sylwetki celebrytek, aktorek, modelek często stanowią mechanizm spustowy rozwoju różnych form zaburzeń odżywiania (anoreksja, bulimia) wśród młodzieży.

Okres adolescencji to czas eksperymentowania i sprawdzania się w nowych rolach, określania własnych granic i miejsca w społeczności⁽¹⁾. Odkrycie i zaakceptowanie swojej płci i seksualności oraz właściwa percepcja ciała to specyficzne zadania tego okresu rozwojowego. Kulturowe naciski dotyczące dostosowania się do określonego i pożądanego przez ogół wizerunku (etykietowanie na podstawie wyglądu zewnętrznego) utrudniają akceptację własnego wyglądu i zjawisk fizjologicznych

A	Odmowa utrzymywania masy ciała na poziomie minimalnej masy prawidłowej dla wieku i wzrostu lub ponad tym poziomem (np. spadek masy ciała prowadzący do utrzymywania masy ciała mniejszej niż 85% oczekiwanej albo niepowodzenie osiągnięcia oczekiwanego przyrostu masy ciała w okresie wzrostu prowadzące do masy ciała mniejszej niż 85% oczekiwanej)
B	Nasilona obawa przed przyrostem masy ciała i przytyciem, nawet w przypadku niedostatecznej masy ciała
C	Zakłócenie sposobu przeżywania masy i kształtu własnego ciała, nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę albo zaprzeczanie powadze aktualnie niskiej masy ciała
D	U kobiet po rozpoczęciu miesiączkowania brak miesiączki, tzn. brak co najmniej trzech kolejnych cykli miesięcznych (jeśli miesiączka występuje tylko w następstwie stosowania hormonów, np. estrogenów, kobieta uznawana jest za niemiesiączkującą)
	Należy określić postać: Postać ograniczająca: podczas obecnego epizodu jadłowstrętu psychicznego osoba nie podejmuje regularnie zachowań typu objadanie się lub oczyszczanie (tzn. prowokowanie przez siebie wymiotów, nadużywanie leków czyszczących, mocropędnych lub wlewów przeczyszczających) Postać z napadami objadania się/przeczyszczaniem: podczas obecnego epizodu jadłowstrętu psychicznego osoba regularnie podejmuje zachowania typu objadanie się lub oczyszczanie (tzn. prowokowanie przez siebie wymiotów, nadużywanie leków czyszczących, mocropędnych lub wlewów przeczyszczających)

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) – 307.1 według DSM-IV-TR⁽³⁾

związanych z dojrzewaniem płciowym. Trudności te coraz częściej manifestują się pod postacią zachowań autodestrukcyjnych, między innymi zaburzeń odżywiania⁽²⁾. Dane epidemiologiczne wskazują na wzrost częstości występowania anoreksji i bulimii, zwłaszcza wśród dorastającej młodzieży. Umiejętność wyodrębnienia osób z zaburzeniami odżywiania, zgłaszających się do gabinetu lekarza rodzinnego z różnymi problemami zdrowotnymi, jest szczególnie pożądana w aspekcie wczesnego rozpoznania i efektywnego leczenia tego typu zaburzeń. Potwierdzenie wstępnego rozpoznania zaburzeń odżywiania, ustalonego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, należy do kompetencji psychiatry. Jednak to dzięki identyfikacji wczesnych objawów tych zaburzeń i natychmiastowemu skierowaniu pacjenta do specjalistycznej opieki psychologiczno-psychiatrycznej istnieją szanse na skuteczną terapię. Zaburzenia odżywiania trwające do 6 miesięcy przed postawieniem diagnozy dają gwarancję pomyślnego rokowania, zaś choroba ukrywana ponad rok niesie

A	Nawracające epizody objadania się. Epizod objadania się charakteryzuje się obiema następującymi cechami: 1. jedzenie w wyodrębnionym okresie (na przykład w ciągu dwóch godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach 2. poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie takiego epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować nad tym, ile się zjada)
B	Nawracające, nieodpowiednie zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobieżenia przyrostowi masy ciała, takie jak: samoprowokowanie wymiotów, nadużywanie środków czyszczących, mocropędnych, wlewów przeczyszczających lub innych leków, głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne
C	Obydwa kryteria – objadanie się i nieodpowiednie zachowania kompensacyjne – występują co najmniej dwukrotnie w tygodniu przez 3 miesiące
D	Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała
E	Zakłócenie nie występuje wyłącznie podczas epizodów jadłowstrętu psychicznego
	Należy określić postać: Postać z przeczyszczaniem: podczas obecnego epizodu żarłoczności psychicznej osoba regularnie podejmuje prowokowanie przez siebie wymiotów lub nadużywanie środków czyszczących, mocropędnych albo wlewów przeczyszczających Postać bez przeczyszczania: podczas obecnego epizodu żarłoczności psychicznej osoba regularnie wykorzystuje inne nieodpowiednie zachowania kompensacyjne, takie jak: głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne, lecz nieregularnie podejmuje prowokowanie przez siebie wymiotów lub nadużywanie środków czyszczących, mocropędnych albo wlewów przeczyszczających

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne żarłoczności psychicznej (bulimia nervosa) – 307.51 według DSM-IV-TR⁽³⁾

Kategoria „zaburzenia odżywiania nieokreślone inaczej” (ED NOS) jest przeznaczona dla zaburzeń odżywiania, które nie spełniają kryteriów żadnego z określonych zaburzeń odżywiania. Przykłady:	
1.	U kobiet – wszystkie kryteria jadłowstrętu psychicznego są spełnione, ale osoba regularnie miesiączkuje
2.	Wszystkie kryteria jadłowstrętu psychicznego są spełnione, ale mimo istotnego spadku masy ciała pozostaje ona w normie
3.	Wszystkie kryteria żarłoczości psychicznej są spełnione, ale objadanie się i nieodpowiednie mechanizmy kompensacyjne występują z częstością mniejszą niż dwukrotnie w tygodniu przez okres trzech miesięcy
4.	Regularne używanie nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych przez osobę z prawidłową masą ciała po zjedzeniu niewielkich ilości pożywienia (np. prowokowanie wymiotów po zjedzeniu dwóch cukierków)
5.	Powtarzające się żucie i wyplukiwanie dużych ilości pożywienia bez ich połknięcia
6.	Zaburzone objadanie się: nawracające epizody objadania się bez regularnego używania nieodpowiednich zachowań kompensacyjnych charakterystycznych dla żarłoczości psychicznej

Tabela 3. Zaburzenia odżywiania nieokreślone inaczej (eating disorders not otherwise specified, ED NOS) – 307.50 według DSM-IV-TR⁽³⁾

wysokie ryzyko utrwalenia patologicznych zachowań żywieniowych.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie prostych metod diagnostycznych, łatwych do zastosowania w gabinecie lekarza rodzinnego, pozwalających przeprowadzić szybkie badanie przesiewowe pacjentów i wyodrębnić osoby, u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo występowania zaburzeń odżywiania. Przedstawiane metody są rekomendowane i aktualnie stosowane w praktykach lekarzy rodzinnych w Stanach Zjednoczonych. Ze względu na obserwowane zjawisko wzrostu częstości zaburzeń odżywiania w naszym kraju amerykańskie skale wydają się również dobrym i łatwym narzędziem do wstępnej oceny ryzyka występowania tych zaburzeń wśród młodzieży w Polsce.

KRYTERIA ROZPOZNAWANIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Do zaburzeń odżywiania zalicza się specyficzne zaburzenia odżywiania, do których należą jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) i żarłoczość psychiczna (*bulimia nervosa*), oraz niespecyficzne zaburzenia odżywiania (*eating disorders not otherwise specified*, ED NOS), takie jak jedzenie kompulsywne (*binge eating disorder*, BED) i zespół jedzenia nocnego (*night eating syndrome*, NES). Aktualnie w praktyce klinicznej korzysta się z kryteriów rozpoznawania specyficznych zaburzeń odżywiania zawartych w dwóch podręcznikach diagnostycznych: DSM-IV-TR (2000)⁽³⁾ (tabele 1-3) oraz ICD-10⁽⁴⁾ (tabele 4, 5). Pomimo powszechnie akceptowanych i klarownie określonych kryteriów diagnostycznych przedstawionych w powyższych opracowaniach wciąż istnieją kontrowersje dotyczące standardowego diagnozowania anoreksji. Prace z psychologii międzykulturowej

A	Spadek wagi lub u dzieci brak przyrostu masy ciała prowadzący do masy ciała o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej stosownie do wieku i wzrostu
B	Spadek wagi jest narzucony samemu sobie przez unikanie „tuczącego pożywienia”
C	Samoocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem, co prowadzi do narzucania samemu sobie niskiego progu masy ciała
D	Obejmujące wiele układów zaburzenia endokryne osi przysadkowo-gonadalnej przejawiają się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą seksualnych zainteresowań i potencji (istotnym wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień z pochwy u kobiet anorektycznych stosujących substytucyjne leczenie hormonalne, najczęściej w postaci przyjmowania leków antykoncepcyjnych)
E	Zaburzenie nie spełnia kryteriów A i B dla żarłoczości psychicznej (<i>bulimia nervosa</i>) – F50.2

Tabela 4. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego (anorexia nervosa) – F50.0 według ICD-10⁽⁴⁾

podkreślają zwodniczość kryterium diagnostycznego, jakim jest lęk przed otyłością^(5,6). Podobnie podawana jest w wątpliwość wartość diagnostyczna BMI (*body mass index*), gdyż w nietypowych przypadkach anoreksji wskaźnik BMI może pozostawać w granicach normy⁽⁷⁾. Nowa wersja podręcznika diagnostycznego – DSM-V zostanie opublikowana w maju 2013 roku i być może uwzględni powyższe kontrowersje⁽⁸⁾.

Wśród nowych form zaburzeń odżywiania obserwowanych w praktyce klinicznej, których nie ujęto jeszcze w kryteria diagnostyczne, należy wymienić ortoreksję (*orthorexia nervosa*) – patologiczną fiksację na tle prawidłowego odżywiania, przywiązywanie obsesyjnej uwagi do spożywania produktów żywnościowych określanych jako zdrowe, ekologiczne, fit⁽⁹⁾. Osoby ortorektyczne wykazują cechy osobowości obsesyjno-kompulsyjnej, a ich funkcjonowanie charakteryzuje się organizowaniem dnia wokół jedzenia i zaopatrywania się w ekologiczne i zdrowe produkty żywnościowe. Ponadto przedkładają one jakość potraw nad przyjemność spożywania posiłków i wnikliwie analizują przydatność zdrowotną każdego spożywanego produktu. W przypadku złamania swoich zasad żywieniowych doświadczają wyrzutów sumienia i lęku przed przytyciem.

Z innych nowych zjawisk na pograniczu zaburzeń odżywiania i postrzegania własnego ciała warto wymienić bigoreksję (*bigorexia*, *muscle dysmorphia*) charakteryzującą się obsesyjnym skupianiem się na muskulaturze ciała i wyglądzie zewnętrznym, obserwowaną głównie wśród młodych mężczyzn. Intensywne ćwiczenia fizyczne, restrykcyjna dieta mająca na celu budowanie tkanki mięśniowej, przyjmowanie preparatów anabolicznych i zaburzone postrzeganie własnej sylwetki są stałymi elementami opisującymi zachowania bigorektyczne.

EPIDEMIOLOGIA

Zaburzenia odżywiania rozpoznawane są zazwyczaj po raz pierwszy przed osiągnięciem dorosłości, ale mogą

A	Występują nawracające epizody przejadania się (co najmniej dwa razy w tygodniu w ciągu 3 miesięcy), w czasie których w krótkim czasie spożywane są duże ilości pokarmu
B	Utrzymuje się uporczywa koncentracja na jedzeniu i silne pragnienie lub poczucie pragnienia jedzenia (głód)
C	Pacjent usiłuje przeciwdziałać efektom „tycia” za pomocą jednej lub więcej z następujących metod: 1. prowokowanie wymiotów 2. prowokowanie wydalania stolca 3. kolejne okresy głodowania 4. stosowanie: leków obniżających łaknienie, preparatów tarczycy, leków moczopędnych, w przypadku bulimii u chorych na cukrzycę – mogą oni bagatelizować leczenie insuliną
D	Samooceńnię siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem (zwykle prowadzące do niedoboru masy ciała)

Tabela 5. Kryteria diagnostyczne żarłoczości psychicznej (bulimia nervosa) – F50.2 według ICD-10⁽⁴⁾

utrzymywać się na przestrzeni całego życia. Ryzyko wystąpienia anoreksji jest szczególnie wysokie między 14. a 18. rokiem życia, jednak coraz częściej obserwuje się zachorowania w młodszej grupie wiekowej (11-13 lat). Bulimia pojawia się w późniejszych okresach adolescencji (średnia wieku 18,5 roku), stosunkowo często w powiązaniu z anoreksją. Szacuje się, że w około 50% przypadków anoreksji występują pewne przejawy bulimii⁽¹⁰⁾. Większość amerykańskich danych epidemiologicznych wskazuje na wzrost częstości zaburzeń odżywiania w ciągu ostatnich 50 lat⁽¹¹⁾. Należy przy tym podkreślić, że istnieją problemy z wiarygodnością dokładnych danych ze względu na zmiany w kryteriach rozpoznania tych zaburzeń oraz faktu, że niejednokrotnie zaburzenia te są skrywane i negowane przez chorych. Częstość występowania anoreksji w populacji kobiet określana jest w przybliżeniu na około 0,9%, zaś wśród mężczyzn – 0,3%⁽¹²⁾. Bulimia (podobnie jak anoreksja) występuje przede wszystkim u kobiet i jej rozpowszechnienie wśród nastolatków amerykańskich oceniane jest na około 1%⁽¹³⁾.

KIEDY NALEŻY PODEJRZEWAĆ ZABURZENIA ODŻYWIANIA U MŁODZIEŻY PODCZAS BADANIA LEKARSKIEGO?

BADANIE PODMIOTOWE

Pierwsze oznaki wskazujące na możliwość wystąpienia zaburzeń odżywiania u nastolatki pojawiają się już w badaniu podmiotowym. Zawsze istotne jest pytanie o regularność cykli miesięcznych. Dane dotyczące nawyków żywieniowych, przeprowadzanych (lub planowanych) kuracji odchudzających, nadmiernej koncentracji na posiłkach, perfekcyjnej znajomości wartości kalorycznych produktów odżywczych, samotnego spożywania posiłków itp. mogą być pierwszymi sygnałami rozwijających się zaburzeń odżywiania. Jeżeli dodatkowo nastolatek przejawia objawy dysmorfofobii oraz wykazuje nieuzasadnione klinicznie lęki przed otyłością,

Proszę zakreślić prawdziwą odpowiedź:		
1.	Czy prowokujesz u siebie wymioty, ponieważ czujesz się przejeżdżona/y? (Do you make yourself Sick because you feel uncomfortably full?)	Tak Nie
2.	Czy obawiasz się, że straciłaś/eś kontrolę nad tym, ile jesz? (Do you worry you have lost Control over how much you eat?)	Tak Nie
3.	Czy schudłaś/eś więcej niż 6,35 kg w ciągu ostatnich 3 miesięcy? (Have you recently lost more than One stone (6.35 kg) in a three month period?)	Tak Nie
4.	Czy uważasz siebie za osobę grubą nawet wtedy, gdy inni mówią, że jesteś zbyt szczupła/y? (Do you believe yourself to be Fat when others say you are too thin?)	Tak Nie
5.	Czy powiedziałabyś/łbyś, że twoje życie podporządkowane jest jedzeniu? (Would you say that Food dominates your life?)	Tak Nie

Tabela 6. Kwestionariusz SCOFF wg Morgan J.F. i wsp.^(14,16)

to informacje te niewątpliwie obligują lekarza do rozważenia podejrzenia wystąpienia zaburzenia odżywiania u danej pacjentki. W tej sytuacji pomocnym narzędziem mogą okazać się testy przesiewowe łatwe do zastosowania podczas badania podmiotowego i pozwalające na potwierdzenie słuszności wstępnego rozpoznania. Najpopularniejsze w praktyce lekarzy rodzinnych w Stanach Zjednoczonych są dwa z nich: SCOFF⁽¹⁴⁾ (tabela 6) i ESP⁽¹⁵⁾ (Eating disorder Screen for Primary care) (tabela 7). Oba obejmują po 5 pytań dotyczących zachowań żywieniowych. W kwestionariuszu SCOFF uzyskanie dwóch lub więcej odpowiedzi twierdzących wskazuje na istnienie zaburzeń odżywiania u danego pacjenta. Czulość testu oceniana jest na 78-100%, a swoistość na 87-88%⁽¹⁶⁾. W teście ESP udzielone dwie odpowiedzi nieprawidłowe oznaczają konieczność dalszej diagnostyki pacjenta w kierunku zaburzeń odżywiania. Swoistość tego testu szacowana jest na 71%, zaś czulość na 100%⁽¹⁵⁾. Łatwość zastosowania obu powyższych testów w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i ich przydatność w identyfikowaniu pacjenta z zaburzeniami odżywiania stanowią cenę uzupełnienia badania podmiotowego nastolatków.

Proszę o zaznaczenie prawdziwej odpowiedzi:		
1.	Czy jesteś zadowolona/y ze swojego sposobu odżywiania? (Are you satisfied with your eating patterns?)	Tak Nie
2.	Czy zdarza ci się jeść w ukryciu? (Do you ever eat in secret?)	Tak Nie
3.	Czy twoja waga wpływa na twój sposób myślenia o sobie? (Does your weight affect the way you feel about yourself?)	Tak Nie
4.	Czy ktokolwiek z twojej rodziny cierpiał na zaburzenia odżywiania? (Have any members of your family suffered with an eating disorder?)	Tak Nie
5.	Czy cierpisz teraz lub kiedykolwiek w przeszłości cierpiełaś/eś na zaburzenia odżywiania? (Do you currently suffer with or have you ever suffered in the past with an eating disorder?)	Tak Nie
Interpretacja wyników: odpowiedzi wskazujące na ryzyko wystąpienia zaburzeń odżywiania to: odpowiedź nie w pytaniu 1 i tak w pytaniach 2, 3, 4, 5.		

Tabela 7. Kwestionariusz ESP (Eating disorder Screen for Primary care)⁽¹⁵⁾

Proszę o zaznaczenie (X) właściwej odpowiedzi:								
Lp.		Zawsze	Zazwyczaj	Często	Czasami	Rzadko	Nigdy	Wynik
1.	Przeraża mnie myśl, że mogę mieć nadwagę							
2.	Unikam spożywania posiłków, nawet jak jestem głodna/y							
3.	Ciągle myślę o jedzeniu							
4.	Miałam/em ataki obżarstwa i czułam/em, że nie mogę przestać jeść							
5.	Kiedy jem, dzielę mój posiłek na małe części							
6.	Wiem, ile kalorii zawierają moje posiłki							
7.	Szczególnie unikam produktów z wysoką zawartością węglowodanów (np. chleba, ryżu, ziemniaków)							
8.	Mam uczucie, że moje otoczenie wołałoby, abym jadła/jadł więcej							
9.	Wymiotuję po posiłkach							
10.	Mam olbrzymie poczucie winy po spożyciu posiłku							
11.	Ciągle myślę, że chciałabym/łbym być chudsza/y							
12.	Myślę o spalaniu kalorii podczas ćwiczeń fizycznych							
13.	Ludzie uważają, że jestem zbyt chuda/y							
14.	Ciągle myślę, że w moim ciele jest zbyt dużo tłuszczu							
15.	Spożywam posiłki wolniej niż inni							
16.	Unikam posiłków z zawartością cukru							
17.	Spożywam żywność dietetyczną							
18.	Mam wrażenie, że jedzenie/pokarm kontroluje moje życie							
19.	Wykazuję samokontrolę przy posiłkach							
20.	Mam wrażenie, że inni wywierają na mnie presję, bym jadła/jadł							
21.	Zbyt dużo czasu i myśli poświęcam na odżywianie							
22.	Mam wyrzuty sumienia po spożyciu słodczy							
23.	Stosuję dietę							
24.	Lubię, gdy mam pusty żołądek							
25.	Odczuwam przyjemność podczas próbowania nowych tłustych pokarmów							
26.	Odczuwam chęć wymiotowania po posiłku							
Interpretacja wyników: dla wszystkich pytań z wyjątkiem 25: zawsze – 3 pkt, zazwyczaj – 2 pkt, często – 1 pkt, czasami – 0 pkt, rzadko – 0 pkt, nigdy – 0 pkt; dla pytania 25: zawsze – 0 pkt, zazwyczaj – 0 pkt, często – 0 pkt, czasami – 1 pkt, rzadko – 2 pkt, nigdy – 3 pkt.								

Tabela 8. Ocena zachowań żywieniowych – kwestionariusz EAT-26 (Eating Attitudes Test 26) wg Garner D.M. i wsp.⁽¹⁸⁾

Kolejnym narzędziem do wykorzystania w celu przeprowadzenia szybkiego badania przesiewowego w kierunku zaburzeń odżywiania jest oceniający zachowania żywieniowe kwestionariusz EAT-26 (Eating Attitudes Test 26) (tabela 8)^(17,18). Test ten składa się z 26 pytań z odpowiedziami zamkniętymi, ujętymi w ramy 6-stopniowej skali, której punktacja zsumowana pozwala na obliczenie wskaźnika ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania. Uzyskanie wyniku powyżej 20 punktów wskazuje na realne ryzyko istnienia tego typu zaburzeń u badanego pacjenta. Zgodność wyników EAT-26 z kryteriami DSM-IV dotyczącymi zaburzeń odżywiania oceniana jest na około 90%⁽¹⁹⁾.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

W badaniu fizykalnym dane antropometryczne określające stan odżywienia mogą wykazywać szerokie spektrum: od wartości ekstremalnie niskich w przypadku anoreksji do prawidłowych i wysokich w pozostałych zaburzeniach odżywiania. Dlatego ważne jest określenie dynamiki spadków lub przyrostów masy

ciała u każdego pacjenta. Duże zwiększenie masy ciała w krótkim czasie przeważnie sugeruje obecność zachowań o typie kompulsyjnego jedzenia (BED).

Przy ocenie stanu ogólnego w przypadkach anoreksji zwracają uwagę zazwyczaj przesadna szczupłość, hipotermia, uogólniona suchość i żółtawoszare zabarwienie powłok skórnych, często z tendencją do zasinienia dystalnych części rąk i stóp oraz obrzęków obwodowych⁽²⁰⁾. Niejednokrotnie pojawia się meszek (*lanugo*) na twarzy i tułowi. Wzmoczone wypadanie włosów, ich kruchość i łamliwość często towarzyszą zaburzeniom odżywiania, ale nie są to objawy charakterystyczne. Podobnie zmiany w obrębie płytki paznokciowej mogą wskazywać na niedobory jakościowe w przebiegu zaburzeń odżywiania, lecz obecne są również w innych stanach niedoborowych o odmiennym podłożu etiopatogenetycznym. Badanie jamy ustnej dostarcza cennych informacji dotyczących nawyku prowokowania wymiotów po spożyciu posiłków. Nasilone zmiany zapalne dziąseł, próchnica zębów, ubytki szkliwa, hipertrofia gruczołów ślinowych, nieprzyjemny zapach z ust wraz z obecnością blizn

na grzbietowej powierzchni palców dłoni (ślady po wielokrotnych kontaktach skóry z siekaczami – objaw Russella) potwierdzają podejrzenie praktyki częstego prowokowania wymiotów. Inne ślady na skórze, na przykład linijne blizny, głównie na przedramionach, mogą świadczyć o aktach autoagresji, których współwystępowanie jest możliwe w zaburzeniach odżywiania⁽²¹⁾.

W badaniu układu krążenia charakterystyczną cechą w przypadku anoreksji jest bradykardia, zaś u pacjentów z bulimią częściej obserwuje się tachykardię. Ponadto z odchyleni w badaniu fizykalnym często stwierdza się zaburzenia rytmu serca, wypadanie płatków zastawki mitralnej, niskie wartości ciśnienia tętniczego. W badaniu EKG opisywane są najczęściej następujące zmiany: przedłużenie QTc, blok I° oraz nieprawidłowości w obrębie odcinka ST-T⁽²⁰⁾.

Pozostałe nieprawidłowości w badaniu fizykalnym pacjenta z zaburzeniem odżywiania zależą od czasu trwania i stopnia nasilenia procesu chorobowego. Mogą wynikać z towarzyszącego odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych oraz powikłań hormonalnych, jak również zaburzonego funkcjonowania niemal wszystkich narządów i układów organizmu, ze szczególnym uwzględnieniem objawów ze strony przewodu pokarmowego, neurologicznych i hematologicznych.

PODSUMOWANIE

Obserwowany w ostatnich latach wzrost częstości występowania zaburzeń odżywiania wśród młodzieży zmusza lekarzy leczenia podstawowego do zwrócenia szczególnej uwagi na wczesną identyfikację nastolatków zagrożonych tym problemem zdrowotnym. Jest to niezwykle trudne zadanie, gdyż zazwyczaj pacjenci i ich rodziny ukrywają fakt choroby i zaprzeczają jej istnieniu. Z drugiej strony wiadomo, że jedynie wczesne rozpoznanie i natychmiastowe rozpoczęcie specjalistycznej terapii psychologiczno-psychiatrycznej dają zadowalające efekty. W opinii autorów szybkie testy przesiewowe pozwalające na wstępną selekcję pacjentów z zaburzeniami odżywiania, stosowane rutynowo przez amerykańskich lekarzy pierwszego kontaktu, mogą być przydatne również w polskich warunkach opieki ambulatoryjnej.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Ogden J.: Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 213-220.
2. Iniewicz G.: Zaburzenia odżywiania. W: Pilecka W. (red.): Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspek-

- tywa kliniczna. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 400-409.
3. Wciorek J. (red. wyd. pol.): Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008: 211-214.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997: 151-154.
5. Tareen A., Hodes M., Rangel L.: Non-fat-phobic anorexia nervosa in British South Asian adolescents. *Int. J. Eat. Disord.* 2005; 37: 161-165.
6. Strober M., Freeman R., Morrell W.: Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term perspective study. *Int. J. Eat. Disord.* 1999; 25: 135-142.
7. Watson T.L., Andersen A.E.: A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatr. Scand.* 2003; 3: 175-182.
8. www.dsm5.org.
9. Donini L.M., Marsili D., Graziani M.P. i wsp.: Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat. Weight Disord.* 2004; 9: 151-157.
10. Kendall C.P.: Zaburzenia odżywiania. W: Kendall C.P.: Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 122-137.
11. Lucas A.R., Beard C.M., O'Fallon W.M., Kurland L.T.: 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 917-922.
12. Hoek H.W., van Hoeken D.: Review of the prevalence and the incidence of eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2003; 34: 383-396.
13. Mroczkowska D., Ziolkowska B.: Bulimia od A do Z. Kompendium wiedzy dla rodziców, nauczycieli i wychowawców. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011: 55-56.
14. Morgan J.F., Reid F., Lacey J.H.: The SCOFF questionnaire assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999; 319: 1467-1468.
15. Cotton M.A., Ball C., Robinson P.: Four simple questions can help screen for eating disorders. *J. Gen. Intern. Med.* 2003; 18: 53-56.
16. Hill L.S., Reid F., Morgan J.F., Lacey J.H.: SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int. J. Eat. Disord.* 2010; 43: 344-351.
17. Garner D.M., Garfinkel P.E.: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol. Med.* 1979; 9: 273-279.
18. Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E.: The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol. Med.* 1982; 12: 871-878.
19. Mintz L.B., O'Halloran M.S.: The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *J. Pers. Assess.* 2000; 74: 489-503.
20. Kreipe R.E.: Eating Disorders. W: Kliegman R.M. (red.): Nelson Textbook of Pediatrics. Wyd. 19, Elsevier Saunders, Philadelphia 2011: 90-96.
21. Strumia R.: Dermatologic signs in patients with eating disorders. *Am. J. Clin. Derm.* 2005; 3: 165-173.