

silniejsze napięcie emocjonalne, z którym pacjenci często nie są w stanie sobie poradzić. W miarę rozwoju choroby osoby chore przywiązują coraz mniejszą wagę do tego, co spożywają, i ilościowo pokarmu jest coraz więcej.

Objawy towarzyszące bulimii są różnorodne, należą do nich: zmęczenie, zaburzenia elektrolitowe, nadciśnienie, bóle głowy, zaparcia, wzdęcia, mdłości, sucha skóra. Rozwija się objaw Russella (rany, zgrubienia i blizny skóry powierzchni grzbietowej rąk), dochodzi do uszkodzenia szkliwa zębów, próchnicy, zapalenia ślinianek, podrażnienia przełyku, rozciągnięcia żołądka. Wraz z rozwojem choroby występuje awitaminoza, zaburzenia pracy serca, wątroby, nerek i żołądka oraz wahania masy ciała. Poza wyżej wymienionym objawami pacjenci często odczuwają też lęk, rozwija się u nich depresja, upokorzenie, poczucie wstydu i bezradności.

---

## 9.2. Zaburzenia odżywiania związane ze wzrostem masy ciała

### ZESPÓŁ KOMPULSYWNEGO JEDZENIA (BED)

Zaburzenie to nie jest ujęte w klasyfikacji ICD-10, natomiast w DSM-5 jest określone jako zaburzenie z napadami objadania się. Zespół kompulsywnego jedzenia można zdiagnozować u osób, u których występują epizody napadowego objadania się wraz z utratą kontroli. Najczęściej występuje kilka ataków w ciągu miesiąca lub w ciągu dnia. Celem jedzenia jest zaspokojenie głodu spowodowanego napięciem emocjonalnym. W odróżnieniu od głodu fizycznego, głód emocjonalny zazwyczaj pojawia się nagle, nie jest odczuwany fizycznie w okolicy żołądka.

W rozpoznaniu BED stosuje się następujące kryteria:

- w czasie napadów jedzenia dochodzi do utraty kontroli nad ilością, jakością oraz tempem zjadanych produktów;
- jedzenie trwa aż do odczuwania przepełnienia, granic możliwości swojego organizmu;
- pojawiające się poczucie winy i wstyd związany z ilością zjadanych posiłków, unikanie sytuacji społecznych, by nie narażać się na widok publiczny w trakcie napadu;
- epizody są spowodowane emocjonalnym cierpieniem, stresem, smutkiem, napięciem czy odczuwanym lękiem;
- należy wykluczyć objawy bulimii, a napady powinny pojawiać się co najmniej dwa razy w tygodniu przez sześć miesięcy.

BED jest stosunkowo rzadko diagnozowany w stosunku do szacowanej częstości występowania objawów. Różne źródła podają, że zaburzenie to dotyczy 20–40% osób otyłych, natomiast w populacji ogólnej wynosi 2–5% (dwa razy częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn). Średni czas trwania choroby wynosi około 15 lat, czyli dłużej niż w przypadku innych zaburzeń jedzenia.

Do głównych przyczyn BED należą: czynniki biologiczne – predyspozycje genetyczne, zaburzenia neurochemiczne oraz czynniki behawioralne i psychologiczne (depresja, niskie poczucie własnej wartości, niezadowolenie ze swojego wyglądu). Obecnie w kontekście zaburzeń odżywiania podkreśla się również znaczenie czynników socjokulturowych, obejmujących przede wszystkim „kult szczupłej sylwetki” oraz postrzeganie jednostek szczupłych jako lepiej radzących sobie i zdolnych do kontroli.

Pacjenci z BED, których dotyczy problem otyłości, podejmują nieskuteczną walkę z nadmierną masą ciała, co przyczynia się do rozwoju negatywnych konsekwencji funkcjonowania jednostki. Jest to obniżenie jakości życia społecznego, fizjologicznego oraz emocjonalnego. Często dochodzi do rozwoju zaburzeń depresyjnych czy nastroju, co może jeszcze bardziej wzmagać epizody objadania się. Dodatkowo pacjenci starają się radzić sobie ze smutkiem lub lękiem w dobrze znany im sposób, czyli poprzez jedzenie. Tego typu zachowania oczywiście doprowadzają do obniżenia poczucia własnej wartości oraz skuteczności, co w efekcie jeszcze bardziej utrudnia terapię otyłości i nasila stany depresyjne. Może dochodzić do sytuacji, w których pacjenci są wręcz pochłonięci swoją dietą, sposobem żywienia, wyszukiwaniem nowych diet redukcyjnych, analizą porażek.

Pod kątem emocjonalnym stres w znacznym stopniu wpływa na utrzymywanie się napadów objadania się czy jedzenia bez świadomej kontroli. Służy to osiągnięciu uczucia zrelaksowania i odprężenia. Dodatkowo okazuje się, że osoby otyłe są bardziej wrażliwe na bodźce zewnętrzne (widok, smak, zapach) niż osoby szczupłe. Mają też tendencję do spożywania większej ilości jedzenia w sytuacjach, gdy jest ono łatwiej dostępne, reagują na obecność przekąsek, gdy są one lepiej oświetlone, czyli dostrzegalne zmysłowo. Dlatego na poziomie świadomym takim osobom jest bardzo trudno się tego wyzbyc. Wówczas konieczne może być włączenie technik poznawczo-behawioralnych, by zmienić mechanizm reagowania.

To, co jest charakterystyczne dla pacjentów z zespołem kompulsywnego jedzenia, to znaczne wahania masy ciała, tendencja do efektu jo-jo, często podejmowane próby odchudzania się. Osoby kompulsywnie objadające się zazwyczaj nie mają problemów ze schudnięciem kilku kilogramów. Są w stanie na krótki czas poddać się wymogom diety redukcyjnej, jednak nie potrafią wytrwać w tym przez dłuższy czas oraz utrzymać uzyskanego efektu, co powoduje u nich narastającą frustrację i poczucie bezwartościowości.

U pacjentów z BED częściej obserwuje się takie objawy, jak: zaburzenia lękowe, depresję, zaburzony obraz własnego ciała, zaabsorbowanie jedzeniem. Nie odnotowuje się różnic w parametrach metabolicznych czy współczynniku WHR między osobami otyłymi bez BED a otyłymi z BED.

### SYNDROM JEDZENIA NOCNEGO (NES)

W obrazie tego zaburzenia następuje kompulsywne objadanie się w godzinach nocnych z występowaniem porannej anoreksji. Dobowy bilans energetyczny pacjentów jest zaburzony, ponad 50% kilokalorii pożywienia jest spożywana w godzinach wieczornych i nocnych (od godziny 19.00).

Syndrom jedzenia nocnego dotyczy 1–2% populacji ogólnej, około 10% osób otyłych i 24% pacjentów kwalifikujących się do operacji bariatrycznych.

Jako przyczyny NES podaje się czynniki genetyczne, emocjonalne, neuroendokrynne oraz stresowe. Posiłki mogą powtarzać się kilka razy w ciągu nocy, zawierają głównie węglowodany oraz tłuszcze. Odbywa się to z pełną świadomością chorego, przynajmniej raz w ciągu nocy. Aby zdiagnozować NES, należy potwierdzić obecność objawów przez co najmniej trzy miesiące oraz wykluczyć obecność zespołu kompulsywnego jedzenia oraz bulimii. Dominujące objawy to:

- nadmierne wieczorne łaknienie, trudne do pohamowania;
- kompulsywne spożywanie posiłków w godzinach wieczornych i nocnych;
- poranna anoreksja;
- zmęczenie;
- brak kontroli snu;
- poczucie winy oraz wstydu.

---

### 9.3. Diagnostyka laboratoryjna zaburzeń odżywiania

Badania laboratoryjne nie mają udziału w rozpoznawaniu zaburzeń odżywiania, są natomiast niezbędne w określaniu stopnia ich powikłań oraz w monitorowaniu leczenia. U osób z zaburzeniami odżywiania zaleca się wykonanie podstawowych, niżej wymienionych badań laboratoryjnych.

#### ■ Stężenie elektrolitów w surowicy

Nieprawidłowości w zakresie gospodarki wodno-elektrolitowej są częste w przypadku zaburzeń odżywiania związanych z utratą masy ciała. Schorzenia te zazwyczaj charakteryzują się objawami hipowolemii z umiarkowaną hiponatremią, hipokaliemią i hipochloremią. Utrata jonów potasowych i chlorkowych prowadzi do rozwoju zasadowicy metabolicznej. Wyżej wymienione zmiany spowodowane są najczęściej prowokowaniem wymiotów oraz stosowaniem leków moczopędnych czy przeczyszczających. Dodatkowo u chorych stosujących środki przeczyszczające może występować hipomagnezemia i hipofosfatemia. U osób z zaburzeniami odżywiania zaleca się oznaczenie:

- **Stężenia sodu** (natremia) – wartość referencyjna natremii wynosi 135–145 mmol/l. Łagodna hiponatremia występuje przy stężeniu sodu w granicach 130–135 mmol/l. Gdy uzyskany wynik mieści się w przedziale 125–129 mmol/l, hiponatremię określa się jako umiarkowaną. Stwierdzone stężenie sodu < 125 mmol/l upoważnia do rozpoznania ciężkiej hiponatremii. Niedobór sodu u osób z zaburzeniami odżywiania może być spowodowany stosowaniem restrykcyjnej diety odchudzającej, nadmiernymi wymiotami, zażywaniem leków odwadniających oraz nadużywaniem środków przeczyszczających.