

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

22.1

Wprowadzenie

Zaburzenia odżywiania stanowią istotny epidemiologicznie, złożony problem zdrowotny i społeczny dotyczący różnych grup populacyjnych, także sportowców wyczynowych.

W literaturze przedmiotu funkcjonują różne systemy klasyfikacyjne (i kryteria diagnostyczne) zaburzeń odżywiania, ujęte w ramach Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Diseases – ICD*): ICD-10 i ICD-11 oraz propozycjach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*American Psychiatric Association – APA*): DSM-4 i DSM-5.

Należy zaznaczyć, że systemy klasyfikacyjne i kryteria diagnostyczne zaburzeń odżywiania się ulegają zmianom i niejednokrotnie stwarzają trudności diagnostyczne w praktyce klinicznej, szczególnie u dzieci i młodzieży.

Niezależnie od szczegółowych aktualnych wykazów zaburzeń żywienia i odżywiania (zróżnicowanych w ICD-10 i ICD-11 oraz DSM-4 i ICD-5) można przyjąć uproszczoną, tradycyjną ich klasyfikację na:

- » zaburzenia specyficzne,
- » zaburzenia niespecyficzne.

Zaburzenia specyficzne obejmują: jadłowstręt psychiczny (anoreksja psychiczna – *anorexia nervosa*) i żarłoczność psychiczną (bulimia psychiczna – *bulimia nervosa*) (klasyfikowane w ICD i DSM).

Zaburzenia niespecyficzne są rozbudowane i obejmują: zespół napadowego objadania się (*binge eating disorder*) i zespół nocnego jedzenia (*night eating syndrom*) (klasyfikowane w ICD i DSM). W tej grupie wyróżnia się także inne zaburzenia, w tym: bigoreksję (*bigorexia nervosa*) i ortoreksję (*ortorexia nervosa*).

Zaburzeniem odżywiania stanowiącym zagrożenie dla zdrowia w sporcie jest tzw. anoreksja sportowa (*anorexia athletica*), zwana także triadą sportsmenek.

Poniżej zostaną scharakteryzowane czynniki ryzyka i etiopatogeneza oraz obraz kliniczny wybranych podstawowych zaburzeń odżywiania, istotnych także w praktyce sportowej.

22.2

Specyficzne zaburzenia odżywiania

Przedmiotem zainteresowania klinicystów są przede wszystkim specyficzne zaburzenia odżywiania generujące istotne zagrożenia zdrowia w wymiarze fizjologicznym oraz psychiatrycznym i społecznym.

22.2.1

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja psychiczna)

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja psychiczna, *anorexia nervosa* – AN) charakteryzuje się świadomym ograniczaniem ilości przyjmowanego pożywienia i celową redukcją masy ciała, co powoduje liczne zaburzenia metaboliczne i hormonalne.

Anoreksja dotyczy przede wszystkim dziewcząt w okresie dojrzewania i młodych kobiet. Jest trzecią co do częstości chorobą przewlekłą wśród dorastających dziewcząt (15–19 lat). W krajach zachodnich skala problemu szacowana jest na 0,2–0,9%, a wśród kobiet nawet do 5,7%. Na świecie AN dotyczy 0,5–1,0% kobiet i 0,05–0,01% mężczyzn. Mężczyźni i chłopcy rzadziej chorują na AN (stanowią 5–15% przypadków). Wskaźnik zachorowalności chłopców w stosunku do dziewcząt wynosi jak 1 : 4. Najwięcej zachorowań stwierdza się w Europie Zachodniej, Ameryce Północnej (USA i Kanada) oraz Japonii i RPA (społeczność rasy białej). W Polsce AN dotyczy ok. 27 tys. kobiet w wieku 12–21 lat. Według różnych źródeł w Polsce choruje 0,8–1,8% populacji dziewcząt < 18. roku życia (do 3,7% bez wszystkich kryteriów diagnostycznych). Największe zagrożenie dotyczy młodzieży w wieku 13–14 i 17–18 lat, a spadek zachorowań obserwuje się po 25. roku życia. Umieralność w związku z AN wynosi ok. 10% (½ przypadków z powodu głodzenia się, ⅓ – samobójstwa).

Złożona etiopatogeneza jadłowstrętu psychicznego obejmuje czynniki: predysponujące oraz wyzwalające i podtrzymujące objawy.

Czynniki predysponujące

Czynniki predysponujące obejmują uwarunkowania: biologiczne, psychologiczne, rodzinne oraz kulturowe i socjoekonomiczne.