

Anna Mosiołek, Jacek Gierus

Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

Program rehabilitacji masy ciała w anoreksji

Weight rehabilitation program in anorexia

Abstract

Anorexia nervosa occurs in 0.3–2.2% of people. It is estimated that mortality in anorexia is around 5–20%. Suicides cause about half of deaths in anorexia, other deaths are a consequence of complications (mainly those of a cardiological nature). Weight rehabilitation is aimed primarily at rebuilding the reserves of the body and motivational work, which in turn will lead to a decision on further therapeutic treatment. Incorrect implementation of nutritional rehabilitation in patients with anorexia may result in re-feeding syndrome (RFS). In this syndrome, in malnourished patients in whom high energy nutrition is included, there are severe electrolyte disturbances, mainly low levels of phosphorus, magnesium and potassium in serum, and metabolic disorders. The Society for the Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) recommends in the first phase of nutritional rehabilitation covering the period up to the seventh day from the beginning, supply of 5–10 kcal/kg of the patient's body weight per day. The diet should correspond to the assumptions of the easily digestible diet, in addition to the diet should be supplemented with B vitamins with special regard to thiamine (vitamin B1).

Psychiatry 2019; 16, 3: 132–138

Key words: anorexia, weight rehabilitation, refeeding syndrome

Wstęp

Anorexia nervosa to zaburzenie, w przebiegu którego pacjent/pacjentka podejmuje celowe działania doprowadzające do utraty masy ciała. Kryteria diagnostyczne *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) pozwalają na zdiagnozowanie u pacjenta anoreksji wówczas, gdy zostaną spełnione kryteria dotyczące masy ciała, zaburzonego obrazu własnego ciała oraz zaburzeń hormonalnych, takich jak zatrzymanie miesiączki u kobiet lub obniżenie potencji oraz zainteresowania seksem w przypadku mężczyzn [1, 2]. Kryteria *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) uwzględniają ograniczenie przyjmowania pokarmów, które skutkuje zbyt niską masą ciała, ponadto strach przed tyciem lub podejmowanie działań, które uniemożliwiają przybranie na wadze, nieadekwatną ocenę swojego ciała lub masy ciała bądź nieprzyjmowanie do wiadomości konsekwencji zdrowot-

nych utrzymującej się niskiej masy ciała [3]. Wyróżniono dwa podtypy jadłowstrętu psychicznego: ograniczający się oraz z objadaniem/przechytczaniem się. W podtypie ograniczającym się osoba z jadłowstrętem ogranicza podaż kalorii i/lub ćwiczy bardzo intensywnie. W podtypie tym nie występują epizody objadania się oraz przechytczania, jak ma to miejsce w podtypie drugim. Poziom nasilenia anoreksji zazwyczaj ocenia się za pomocą wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*), który jest ilorazem masy ciała podanej w kilogramach oraz kwadratu wysokości ciała w metrach kwadratowych [4, 5]. W czterostopniowym podziale ciężkości jadłowstrętu psychicznego według wskaźnika BMI jego nasilenie dzieli się na łagodne, umiarkowane, ciężkie oraz bardzo ciężkie (ekstremalne). Za ekstremalny jadłowstręt psychiczny uznawany jest BMI poniżej 15 kg/m² [2]. Powikłania medyczne anoreksji występują przede wszystkim w postaciach ciężkich i ekstremalnych. Są one związane głównie z utratą masy ciała oraz występowaniem niedożywienia i dotyczą między innymi układu pokarmowego, układu krążenia, serca, skóry. Opisywane powikłania sercowo-naczyniowe obserwowane w anoreksji to bradykardia

Adres do korespondencji:

Anna Mosiołek
Klinika Psychiatryczna WNoZ WUM
e-mail: manitka@tlen.pl

zatokowa, wydłużenie odstępu QTc, spadki ciśnienia ortostatycznego, zwiększone napięcie nerwu błędnego, zmniejszona kurczliwość mięśnia sercowego, wypadanie płatków zastawki mitralnej (MVP, *mitral valve prolapse*), zmniejszenie grubości i masy ściany lewej komory, tak zwany cichy wysięk osierdziowy [6–8]. W anoreksji dochodzi do zaburzenia ośrodka głodu–sytości, dlatego chorzy zmagają się między innymi z wczesnym odczuwaniem pełności w jamie brzusznej. Często w jadłowstręciu pojawiają się uporczywe nudności, wzdęcia i zaparcia, które są wynikiem spowolnionej pracy jelita grubego. Obecne również powikłania dermatologiczne obejmują między innymi: suchość skóry, meszek zwany lanugo, ścięczenie włosów, a także nasilenie trądziku [5]. Pojawiają się zaburzenia hormonalne prowadzące do braku miesiączek lub nieregularnego miesiączkowania. Osoby z anoreksją mają niską temperaturę ciała, towarzyszy im często uczucie zimna. Pozostałe problemy medyczne występujące u osób z anoreksją to zawroty głowy, omdlenia, odwodnienie, kołatanie serca, arytmia związana zazwyczaj z hipokaliemią, która jest najczęstszą przyczyną śmierci u osób cierpiących na anoreksję, zanik narządów płciowych wewnętrznych (problemy z zajściem w ciążę pomimo powrotu normalnych miesiączek) oraz osteopenia i osteoporoza [5–8]. Celem rehabilitacji masy ciała w anoreksji jest bezpieczny powrót do takiego BMI (ustalanego indywidualnie dla pacjenta), które umożliwi podjęcie dalszego leczenia terapeutycznego. W terapii ekstremalnej postaci anoreksji powinien brać udział zespół złożony ze specjalistów reprezentujących różne dziedziny. Leczenie powinno uwzględniać kognitywno-behavioralną (CBT, *cognitive-behavioral therapy*), poradnictwo żywieniowe, grupy wsparcia oraz pomoc psychologiczną [9?, 10].

Epidemiologia

Przegląd literatury obejmujący okres 2006–2011 wskazuje, że jadłowstręt psychiczny występuje u 0,3–2,2% osób, z czego w grupie tej znajduje się 0,15% kobiet w wieku 15–29 lat. Kobiety średnio 10 razy częściej niż mężczyźni zapadają na tę chorobę. Anoreksja występuje częściej w grupie osób często lub długotrwale odchudzających się, u modelek, tancerzy, sportowców. Ocenia się, że w tej grupie jadłowstręt może występować nawet u 7% osób. Z przeglądu literatury wynika, że śmiertelność u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym jest 6–10-krotnie wyższa niż w standardowej populacji. Ocenia się, że anoreksja jest schorzeniem o wysokim stopniu śmiertelności — na poziomie 5–20%. Samobójstwa są przyczyną około połowy zgonów w anoreksji, pozostałe stanowią konsekwencję występowania powikłań (głównie tych o charakterze kardiologicznym) [2, 6–8].

Do grupy osób o wysokim ryzyku wystąpienia nieprawidłowych zachowań związanych z żywieniem należą również pacjenci chorujący na cukrzycę insulinozależną. Zdarza się, że celowo pomijają oni dawki insuliny, która zwiększa rezerwy tłuszczowe. Zjawisko to zwane jest diabulimią i wiąże się z lękiem przed przytęciem. Diabulimią należy podejrzewać u pacjentów z cukrzycą insulinozależną, u których występuje gwałtowna utrata masy ciała, obsesyjne myślenie o swojej sylwetce, zapach ketonowy wydobywający się z ust, ketonowy zapach moczu czy też niewyjaśniona hiperglikemia [9].

Rehabilitacja żywieniowa w anoreksji

Rehabilitację żywieniową należy wdrożyć u pacjentów z ciężką i ekstremalną postacią anoreksji. Zaleca się, żeby prowadzenie rehabilitacji żywieniowej u chorych z ekstremalną postacią anoreksji (BMI < 13) odbywało się w warunkach hospitalizacji. Rehabilitację wagi można prowadzić zarówno na oddziałach psychiatrycznych, internistycznych, jak i gastroenterologicznych. W przypadku stanów zagrożenia życia pacjenci powinni być kierowani na oddział intensywnej terapii. Istotnym elementem rehabilitacji żywieniowej jest przeprowadzenie w odpowiedni sposób oceny stanu odżywienia pacjenta przy jego przyjęciu do szpitala — powinna ona obejmować pomiary przedziałów ciała i obwodów ciała (m.in. obwód pasa i bioder), jego wydatek energetyczny oraz aktualną podaż energetyczną. Konieczne jest również dodatkowo wykonanie i ocena badań biochemicznych uwzględniających gospodarkę elektrolitową, ilość pierwiastków śladowych oraz witamin. W ocenie powinny zostać uwzględnione także stężenia hormonów płciowych oraz hormonów tarczycy. W grupie osób z anoreksją zmienia się metabolizm, często pojawia się kwasica metaboliczna. Tempo przemiany materii w pierwszym okresie rehabilitacji odżywiania jest zazwyczaj wolne. Przemiana materii zwiększa się najczęściej około 4–6 tygodni od wdrożenia leczenia. Plan leczenia dla każdego pacjenta powinien być ustalany indywidualnie, niemniej istnieją pewne zalecenia (wytyczne), do których należy się stosować. Plan terapeutyczny powinien uwzględniać zawarcie kontraktu terapeutycznego z pacjentem. Powinien mieć możliwość wyjaśnienia wszelkich wątpliwości, niejasności i negocjacji, drobnych zmian w projekcie kontraktu terapeutycznego. Po przedyskutowaniu i ewentualnym wprowadzeniu uwag do kontraktu, powinien on zostać podpisany najlepiej w trzech egzemplarzach przez lekarza prowadzącego, terapeutę i pacjenta. Jeden egzemplarz kontraktu należy przekazać do dyżurki pielęgniarek, drugi pacjentowi, a trzeci pozostawić w dokumentacji medycznej. Kontrakt terapeutyczny w rehabilitacji żywieniowej powinien

regulować całokształt funkcjonowania pacjenta na oddziale, w tym żywienie, terapię, aktywność fizyczną oraz kontakt z osobami spoza oddziału. Dieta, czas posiłków, sposób nadzoru nad pacjentem powinny być uzależnione od stanu somatycznego chorego oraz przedziału BMI, w którym się znajduje. Niezwykle ważne jest, żeby ostrożnie wprowadzać pokarmy oraz stale prowadzić bilans energetyczny pacjenta, gdyż zbyt szybki wzrost masy ciała może prowadzić do niebezpiecznego dla życia zespołu ponownego odżywienia [10, 11]. Towarzystwo *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) zaleca na pierwszym etapie rehabilitacji żywieniowej obejmującej okres do dnia siódmego od jej rozpoczęcia, podaż 5–10 kcal/kg masy ciała pacjenta na dobę. Od 8. dnia rehabilitacji odżywiania można zwiększać podaż energetyczną diety o około 30 kcal/kg masy ciała/dzień i nadal stopniowo ją zwiększać aż do osiągnięcia należytnej kaloryczności diety [12].

Sposób żywienia powinien odpowiadać założeniom diety lekkostrawnej, dodatkowo należy wprowadzić suplementację witamin z grupy B ze szczególnym uwzględnieniem tiaminy (witaminy B1). W okresie rehabilitacji żywieniowej ważne jest również włączanie do diety produktów o wysokiej zawartości fosforu (np. produktów mlecznych) oraz suplementacji fosforem [11].

Rekomendowane przyrosty masy ciała różnią się w zależności od tego, czy pacjent jest leczony w szpitalu czy ambulatoryjnie. Leczenie ambulatoryjne jest możliwe przy dobrym stanie somatycznym pacjenta i systematycznej kontroli jego stanu. Zaleca się, żeby wizyty ambulatoryjne odbywały się minimum 5 razy w tygodniu. Jest to możliwe w ramach pobytów dziennych i opieki środowiskowej. Tygodniowe przyrosty masy ciała dla pacjenta hospitalizowanego powinny wynosić 1 kilogram/tydzień, a dla pacjenta ambulatoryjnego zakładane wartości przyrostów są niższe i mogą wynosić 250–450 g/tydzień. W przypadku wystąpienia hipokaliemii i hipofosfatemii należy podać pacjentowi doustnie, a w ciężkich stanach dożylnie elektrolity, takie jak potas, fosfor i magnez [11–14]. Zaleca się ważenie pacjentów, u których prowadzona jest rehabilitacja żywieniowa co najmniej dwa razy w tygodniu. Optymalna częstotliwość spotkań pacjenta z dietetykiem wynosi również dwa razy w tygodniu. Dietetyk powinien prowadzić z pacjentem zajęcia z edukacji żywieniowej ze szczególnym uwzględnieniem planowania jadłospisów, przekazania informacji dotyczących żywienia oraz najważniejszych grup produktów. Ponadto rolę dietetyka w rehabilitacji żywieniowej jest edukacja w zakresie funkcjonowania przewodu pokarmowego, skutków wprowadzania restrykcji żywieniowych i odchudzania, zapotrzebowania na energię, żelazo oraz wapń (w tym informacje o osteoporozie).

Zagrożenia związane z rehabilitacją odżywiania

Nieprawidłowe wdrożenie rehabilitacji żywieniowej u pacjentów z anoreksją może skutkować wystąpieniem zespołu ponownego odżywienia (RFS, *refeeding syndrome*). W zespole tym u niedożywionych pacjentów, u których włączono żywienie wysokoenergetyczne, występują poważne zaburzenia elektrolitowe, głównie niskie stężenie fosforu, magnezu i potasu w surowicy oraz zaburzenia metaboliczne. Zespół RFS może wystąpić po przywróceniu odpowiedniego odżywiania u niedożywionych i kachektycznych pacjentów. W zespole ponownego odżywienia dochodzi do szybkiej zmiany metabolizmu z katabolicznego na anaboliczny. Zespół RFS jest stanem zagrażającym życiu, dlatego u pacjentów z rehabilitacją masy ciała konieczne jest dokładne monitorowanie ich stanu [9, 11–14]. Wystąpienie zespołu ponownego odżywienia może być niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjenta i wiąże się między innymi z zaburzeniami kardiologicznymi, elektrolitowymi, neurologicznymi, a nawet śpiączką. W najcięższych przypadkach wystąpienie tego zespołu może się zakończyć zgonem pacjenta [13, 14]. Głównym objawem zespołu ponownego odżywienia jest hipofosfatemia, której często towarzyszą zaburzenia elektrolitowe, niedobory witamin i pierwiastków śladowych, niekiedy dochodzi do hiperwolemii z niewydolnością serca. Najskuteczniejsze zapobieganie zespołowi ponownego odżywienia polega na wczesnej identyfikacji pacjentów z grupy ryzyka i podawanie początkowo niższego kalorycznego odżywiania, któremu towarzyszy obserwacja stanu pacjenta i parametrów laboratoryjnych [15]. U pacjentów z anoreksją niskokaloryczna dieta z dodatkiem tiaminy i minerałów powinna stanowić standardowe podejście w rehabilitacji masy ciała, które zapobiega RFS. Część strategii zakłada zmniejszenie podaży węglowodanów we wczesnym okresie rehabilitacji, co umożliwia wyższe spożycie kalorii, aby umożliwić bezpieczny i szybszy przyrost masy [16]. W RFS może wystąpić zastoinowa niewydolność serca, która powstaje wskutek uszkodzenia miofibrylarnego związanego z niedożywieniem, niską podażą białka, hipofosfatemią. Większość poważnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z ponownego karmienia obserwuje się w przypadku ciężkiej hipofosfatemii (stężenie fosforu w surowicy mniejsze niż 1,0 mg/dl) [11]. W literaturze podkreśla się, że niskie stężenie fosforu w surowicy jest bezpośrednio kardiotoksyczne i może prowadzić do niedokrwienia mięśnia sercowego [17, 18]. Ponadto, zwiększone zapotrzebowanie metaboliczne podczas ponownego karmienia, z późniejszym wyczerpaniem adenozyno-5 -trifosforanu (ATP), powoduje osłabienie pojemności minutowej serca, prowadząc do zastoinowej niewydolności serca [11, 17–20]. Hipofosfatemia może również powodować wtór-

na niewydolność oddechową związaną ze zmniejszoną kurczliwością przepony oraz wywoływać ostre porażenie nerwowo-nerwowe, parestezje, porażenie nerwów czaszkowych, majaczenie i śpiączkę [21–23]. Uważa się, że te objawy są spowodowane niedotlenieniem tkankowym [21–23]. Powikłania hematologiczne obserwowane przy hipofosfatemii to przede wszystkim niedokrwistość hemolityczna spowodowana zmniejszoną produkcją 2,3-bisfosfoglicerynianu (2,3-DPG) i ATP. W badaniach hipofosfatemii stwierdzano u około 6–7% nastolatków z anoreksją, dlatego część autorów zaleca suplementację fosforem jako standard w rehabilitacji żywieniowej [11, 24–26]. Schematy postępowania w przypadku stwierdzenia niedoboru fosforu w anoreksji nie zostały ustalone ze względu na trudność w ocenie nasilenia jego wewnątrzkomórkowego niedoboru. W umiarkowanej hipofosfatemii zalecana jest doustna suplementacja w dawce 30–60 mg/kg/dobę w dawce podzielonej trzy do czterech razy dziennie lub w dawce 250–500 mg 3 razy dziennie [11]. U osób z ciężką hipofosfatemią zaleca się stosowanie dożylną suplementacji w dawce 20–30 mg/

/kg/dobę [11, 26]. Zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu ponownego odżywienia w anoreksji występuje szczególnie wówczas, gdy wartość współczynnika BMI wynosi mniej niż 14 kg/m², a stosowana głodówka trwa dłużej niż 15 dni [27, 28].

Rola dietetyka w zespole terapeutycznym

Dietetyk w trakcie rehabilitacji masy ciała u pacjentów z anoreksją powinien mieć nadzór nad stanem ich odżywienia. Oceny stanu odżywienia zazwyczaj dokonuje się na podstawie wskaźnika masy ciała BMI oraz wskaźnika grubości fałdu skórno-tłuszczowego na ramieniu, nad mięśniem trójgłowym i mięśniem dwugłowym, a także pod dolnym kątem łopatki [28]. Niekiedy mierzy się też środkowy obwód mięśnia ramienia [29].

Dietetyk przygotowuje we współpracy z lekarzem prowadzącym plan żywieniowy będący częścią leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania. W badaniach nad zaburzeniami odżywiania powszechne było dawanie pacjentom możliwości wykluczenia z diety produktów, których nie lubili, ale ich liczba była limitowana. Więk-

Tabela 1. Przykładowy kontrakt terapeutyczny dla pacjentki z indeksem masy ciała (BMI) 12,5–13,5

Table 1. An exemplary therapeutic contract for a patient with a body mass index (BMI) of 12.5–13.5

<p>Podaż 10 kcal/kg masy ciała pacjenta na dobę przez 3 dni, potem stopniowo zwiększana do 50 kcal/kg masy ciała.</p> <p>Pomiar ciśnienia tętniczego, rytmu serca i temperatury ciała 3 razy dziennie.</p> <p>Posiłki 6 razy dziennie — dieta lekkostrawna, konieczność zjedzenia całego posiłku. W przypadku niezjedzenia/ /unikania posiłku — przeniesienie na salę obserwacyjną.</p> <p>Posiłki główne spożywane w stołówce, pozostałe przy stolicku przy dyżurce.</p> <p>Przebywanie w łóżku lub w obecności personelu po każdym głównym posiłku (śniadanie, obiad, kolacja) — 30 minut.</p> <p>Maksymalny czas posiłku — 30 minut.</p> <p>Pomiar wagi 4 razy w tygodniu o zmiennej porze, w bieliźnie — bez możliwości uzyskania informacji na temat masy ciała przez pacjentkę.</p> <p>Możliwość skorzystania z konsultacji psychologicznej — 40 minut raz w tygodniu (środy, godzina ustalona z psychologiem).</p> <p>Konieczność uczestnictwa w zajęciach: arteterapia, trening poznawczy, relaksacja, psychoedukacja, trening interpersonalny).</p> <p>Odwiedziny maksymalnie 3 razy w tygodniu.</p> <p>Zakaz przyjmowania jakichkolwiek substancji niezaleconych przez lekarza (leki, witaminy, zioła, przyprawy).</p> <p>Pacjentka może posiadać kosmetyczkę, bez przedmiotów potencjalnie niebezpiecznych.</p> <p>Swobodne poruszanie się po oddziale.</p> <p>Bezwzględny zakaz ćwiczeń fizycznych w tym wielokrotnego chodzenia po schodach — złamanie zakazu równoznaczne z przeniesieniem na salę obserwacyjną.</p> <p>Dopijanie doustnie 700–1000 ml (około 3 kubków dziennie) w razie niewystarczającej podaży płynów — podawanie dożylnie roztworu NaCl.</p>
--

Tabela 2. Przykładowy kontrakt terapeutyczny dla pacjentki z indeksem masy ciała (BMI) 13,5–14,5
Table 2. An exemplary therapeutic contract for a patient with a body mass index (BMI) of 13.5–14.5

Posiłki 6 razy dziennie — dieta lekkostrawna.

Przebywanie w łóżku lub w obecności personelu po każdym głównym posiłku (śniadanie, obiad, kolacja) — 15 minut

Posiłki główne spożywane w stołówce, pozostałe przy stoliczku przy dyżurce

Maksymalny czas posiłku — 30 minut

Konieczność zjedzenia całego posiłku. W przypadku niezjedzenia/unikania posiłku — przeniesienie na salę obserwacyjną

Pomiar wagi 2 razy w tygodniu o zmiennej porze, w bieliźnie — bez możliwości uzyskania informacji na temat masy ciała raz w tygodniu

Odwiedziny maksymalnie 5 raz w tygodniu

Konieczność korzystania ze wszystkich zajęć. Możliwość spacerów z terapeutą

Możliwość rozmów z psychologiem 2 razy w tygodniu w ustalonym z psychologiem terminie.

Pozostałe zapisy bez zmian

Uwagi dodatkowe:

- W przypadku spadku masy ciała w ramach jednego przedziału BMI lub braku przyrostu masy ciała o co najmniej 0,5 kg w ciągu 7 dni, przejście na 7 dni do zaleceń poprzedniego przedziału BMI
- Złamanie kontraktu powoduje cofnięcie się do zaleceń z poprzedniego przedziału
- Zjedzenie mniej niż $\frac{3}{4}$ porcji w ramach danego posiłku = niezaliczenia posiłku
- Personel oddziału jest uprawniony do kontroli rzeczy osobistych pacjentki
- Zakaz przyjmowania wszelkich substancji niezaleconych przez lekarza (leki, witaminy, zioła, przyprawy etc.)
- Zakaz ćwiczeń fizycznych bez zgody lekarza
- Dopuszczalne jest spożywanie dodatkowo poza ustalonymi posiłkami:
 - owoców i warzyw
 - kawy zbożowej
 - ketchupu, musztardy
 - soli, pieprzu
 - nutridrinków
 - herbata (owocowe, miętowe z wyłączeniem przeczyszczających, słabe herbaty czarne)
- Posiłki — przerwy między posiłkami min 2 godziny:

Śniadanie

2 kanapki – pieczywo + masło + dodatki (ser lub szynka + warzywa)

Herbata (słaba)/woda szklanka

II śniadanie

Zupa mleczna – mleko pełnotłuszczowe

Herbata (słaba)/woda szklanka

Obiad

II danie - 3 łyżki ziemniaków/kaszy/ryżu + dodatek mięsny + warzywa

Kompot/Herbata (słaba) szklanka

Podwieczorek

Zupa – pefen talerz

Kolacja

2 kanapki – pieczywo + masło + dodatki (ser lub szynka + warzywa)

Herbata (słaba)/woda szklanka

II kolacja

jogurt/owoc/deser/kanapka – jeśli kanapka - jedna kromka + masło + dodatki (ser lub szynka + warzywa)

Herbata/woda szklanka

szość dietetyków ważyło pacjentów z anoreksją dwa razy w tygodniu, spotkania z pacjentami odbywały się najczęściej również dwa razy w tygodniu. W ramach spotkań dietetycy prowadzili edukację żywieniową. Tematami omawianymi w ramach edukacji żywieniowej jest przede wszystkim planowanie jadłospisów, ogólne informacje dotyczące żywienia oraz najważniejsze grupy produktów, funkcjonowanie jelit, skutki wprowadzania restrykcji żywieniowych i odchudzania, zapotrzebowanie na energię, żelazo oraz wapń (w tym informacje o osteoporozie) [29]. Bardzo ważnym elementem pracy z pacjentem z anoreksją jest dialog motywujący pozwalający na wzmocnienie jego motywacji do zmiany oraz ustalenie celów leczenia. Dialog motywujący (MI, *motivational interviewing*), ma pomóc pacjentowi w uświadomieniu sobie własnej postawy wobec choroby w wymiarze poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym oraz podjęciu działań w kierunku zmiany postaw [28, 30, 31–33].

Terapia w rehabilitacji masy ciała

Kontrakt terapeutyczny dla pacjentów ze skrajnie niską masą ciała powinien być ustalany indywidualnie i uwzględniać takie czynniki, jak stan psychiczny i somatyczny pacjenta. Należy pamiętać, że pacjent ze skrajnie niską masą ciała nie ma zasobów do intensywnej pracy terapeutycznej. Rehabilitacja masy ciała ma na celu przede wszystkim odbudowanie rezerw organizmu oraz pracę motywacyjną, która w konsekwencji doprowadzi do podjęcia decyzji o dalszym leczeniu terapeutycznym. W ramach rehabilitacji w zależności od stanu pacjenta stosuje się leki przeciwdepresyjne lub przeciwpsychotyczne, wówczas gdy myślenie pacjenta zdominowane jest tematyką związaną z obrazem ciała. Objawy depresyjne u osób z anoreksją mogą być wynikiem niedoborów pokarmowych, głównie witamin z grupy B, kwasu foliowego i białek [34]. Ze względu na to, że jest to grupa pacjentów o zmienionym stosunku albumin do globulin,

z bardzo niską ilością tkanki tłuszczowej leki wdraża się od ¼ dawki zalecanej. Ze względu na działanie zwiększające łaknienie mirtazapina jest szczególnie polecana w depresji z brakiem łaknienia i niedowagą.

Przykładowe kontrakty terapeutyczne układane indywidualnie dla pacjentek ze skrajnie niską masą ciała przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Podsumowanie

Anoreksja to poważne i zagrażające życiu zaburzenie charakteryzujące się wypaczonym obrazem własnego ciała oraz stosowaniem celowych praktyk prowadzących do ograniczenia masy ciała w tym drastycznych ograniczeń dietetycznych, ćwiczeń i innych działań skutkujących znacznym niedożywieniem. Osoby z anoreksją podejmują rytuały związane z jedzeniem, takie jak na przykład liczenie kęsów, dzielenie jedzenia na bardzo małe porcje, ukrywanie niezjedzonych części posiłku, pozostawianie naczyń w takim stanie, jakby się wszystko zjadło. Głodzenie się i niedożywanie wiąże się z występowaniem obsesji na temat jedzenia i wyglądu ciała. Niedożywanie może stanowić zagrożenie życia, szczególnie w grupie osób z ciężką lub bardzo ciężką postacią anoreksji. W przypadku pacjentów z BMI poniżej 15 należy rozważyć wdrożenie rehabilitacji masy ciała, która umożliwi odbudowanie rezerw organizmu. Zagrożenia związane z przywracaniem masy to przede wszystkim możliwość wystąpienia zespołu ponownego odżywiania. Jest to zagrażający życiu zespół, który może wystąpić po przywróceniu odpowiedniego odżywiania u niedożywionych i kachektycznych pacjentów. Charakteryzują go poważne zaburzenia metaboliczne i elektrolitowe, głównie niskie stężenie fosforu, magnezu i potasu. Powstaje na skutek szybkiej zmiany metabolizmu z katabolicznego na anaboliczny. Dlatego rehabilitacja masy ciała w anoreksji powinna być prowadzona w warunkach szpitalnych na wyspecjalizowanych oddziałach.

Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny występuje u 0,3–2,2% osób. Ocenia się, że śmiertelność w anoreksji kształtuje się na poziomie 5–20%. Samobójstwa są przyczyną około połowy zgonów w anoreksji, pozostałe zgony to konsekwencja występowania powikłań (głównie tych o charakterze kardiologicznym). Rehabilitacja masy ciała ma na celu przede wszystkim odbudowanie rezerw organizmu oraz pracę motywacyjną, która w konsekwencji doprowadzi do podjęcia decyzji o dalszej terapii. Nieprawidłowe wdrożenie rehabilitacji żywieniowej u pacjentów z anoreksją może skutkować wystąpieniem zespołu ponownego odżywiania. W zespole tym u niedożywionych pacjentów, u których włączono żywienie wysokenergetyczne, występują poważne zaburzenia elektrolitowe, głównie niskie stężenie fosforu, magnezu i potasu w surowicy oraz zaburzenia metaboliczne. The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism zaleca na pierwszym etapie rehabilitacji żywieniowej obejmującej okres do 7. dnia od jej rozpoczęcia podać 5–10 kcal/kg masy ciała pacjenta na dobę. Sposób żywienia powinien odpowiadać założeniom diety lekkostrawnej, dodatkowo do diety należy wprowadzić suplementację witamin z grupy B ze szczególnym uwzględnieniem tiaminy (witaminy B1).

Psychiatria 2019; 16, 3: 132–138

Słowa kluczowe: anoreksja, rehabilitacja masy ciała, zespół ponownego odżywiania

Piśmiennictwo

1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne zachowania. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius, Kraków 1994.
2. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5. Wydawnictwo EDRA URBAN & PARTNER 2017.
3. Kucharska K, Wilkos E. Zaburzenia odżywiania. In: Jarema M, Wilkos E. ed. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2016: 417.
4. Ciborowska A, Rudnicka A. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2014.
5. Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med.* 2016; 129(1): 30–37, doi: [10.1016/j.amjmed.2015.06.031](https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031), indexed in Pubmed: 26169883.
6. Katzman DK. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2005; 37 Suppl: S52–9; discussion S87, doi: [10.1002/eat.20118](https://doi.org/10.1002/eat.20118), indexed in Pubmed: 15852321.
7. Shamim T, Golden NH, Arden M, et al. Resolution of vital sign instability: an objective measure of medical stability in anorexia nervosa. *J Adolesc Health.* 2003; 32(1): 73–77, indexed in Pubmed: 12507804.
8. Schocken D, Holloway D, Powers P. Weight loss and the heart. *Archives of Internal Medicine.* 1989; 149(4): 877, doi: [10.1001/archinte.1989.00390040085017](https://doi.org/10.1001/archinte.1989.00390040085017).
9. Callum A, Lewis L. Diabulimia among adolescents and young adults with Type 1 diabetes. *Clinical Nursing Studies.* 2014; 2(4): 12–16, doi: [10.5430/cns.v2n4p12](https://doi.org/10.5430/cns.v2n4p12).
10. Larrañaga A, Docet MF, García-Mayor RV. Disordered eating behaviors in type 1 diabetic patients. *World J Diabetes.* 2011; 2(11): 189–195, doi: [10.4239/wjcd.v2.i11.189](https://doi.org/10.4239/wjcd.v2.i11.189), indexed in Pubmed: 22087355.
11. ORNSTEIN R, GOLDEN N, JACOBSON M, et al. Hypophosphatemia during nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: implications for refeeding and monitoring. *Journal of Adolescent Health.* 2003; 32(1): 83–88, doi: [10.1016/s1054-139x\(02\)00456-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(02)00456-1).
12. Khan LUR, Ahmed J, Khan S, et al. Refeeding syndrome: a literature review. *Gastroenterol Res Pract.* 2011; 2011, doi: [10.1155/2011/410971](https://doi.org/10.1155/2011/410971), indexed in Pubmed: 20886063.
13. Agarwal R, Knochel JP. Hypophosphatemia and hyperphosphatemia. In: Brenner BM, Knochel JP. ed. *The kidney.* WB Saunders, Philadelphia 2000: 1107–1071.
14. Brooks MJ, Melnik G. The refeeding syndrome: an approach to understanding its complications and preventing its occurrence. *Pharmacotherapy.* 1995; 15(6): 713–726, indexed in Pubmed: 8602378.
15. Weinsier RL, Krumdieck CL. Death resulting from overzealous total parenteral nutrition: the refeeding syndrome revisited. *Am J Clin Nutr.* 1981; 34(3): 393–399, doi: [10.1093/ajcn/34.3.393](https://doi.org/10.1093/ajcn/34.3.393), indexed in Pubmed: 6782855.
16. Drozd L, Veisman N. Zaburzenie odżywiania — jądłowstręt i żarłoczność psychiczna. In: Veisman N. ed. *Podstawy żywienia klinicznego.* Scientifica, Warszawa 2013: 711–717.
17. Crook MA. Refeeding syndrome: problems with definition and management. *Nutrition.* 2014; 30(11-12): 1448–1455, doi: [10.1016/j.nut.2014.03.026](https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.03.026), indexed in Pubmed: 25280426.
18. Heymsfield SB, Bethel RA, Ansley JD, et al. Cardiac abnormalities in cachectic patients before and during nutritional repletion. *Am Heart J.* 1978; 95(5): 584–594, doi: [10.1016/0002-8703\(78\)90300-9](https://doi.org/10.1016/0002-8703(78)90300-9), indexed in Pubmed: 416704.
19. Schocken DD, Holloway JD, Powers PS, et al. Heart failure during treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.* 1982; 139(9): 1167–1170, doi: [10.1176/ajp.139.9.1167](https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1167), indexed in Pubmed: 7114309.
20. Palla B, Litt IF. Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics.* 1988; 81(5): 613–623, indexed in Pubmed: 3162764.
21. Solomon SM, Kirby DF. The refeeding syndrome: a review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1990; 14(1): 90–97, doi: [10.1177/014860719001400190](https://doi.org/10.1177/014860719001400190), indexed in Pubmed: 2109122.
22. Rohrer S, Dietrich JW. [Refeeding syndrome: a review of the literature]. *Z Gastroenterol.* 2014; 52(6): 593–600, doi: [10.1055/s-0034-1366430](https://doi.org/10.1055/s-0034-1366430), indexed in Pubmed: 24905111.
23. Ibrahim IB, Hussain AA, Sjögren JM. [The refeeding syndrome in anorexia nervosa]. *Ugeskr Laeger.* 2018; 180(18), indexed in Pubmed: 29720342.
24. Alvin P, Zogheib J, Rey C, et al. Complications graves et mortalité au cours des dysorexies mentales à l'adolescence (à partir de 99 patients hospitalisés). *Arch Fr Pediatr.* 1993; 50: 755–762.
25. Fisher M, Simpser E, Schneider M. Hypophosphatemia secondary to oral refeeding in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000; 28(2): 181–187, indexed in Pubmed: 10897080.
26. Birmingham CL, Althman AF, Goldner EM. Anorexia nervosa: refeeding and hypophosphatemia. *Int J Eat Disord.* 1996; 20(2): 211–213, doi: [10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199609\)20:2<211::AID-EAT13>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199609)20:2<211::AID-EAT13>3.0.CO;2-5), indexed in Pubmed: 8863075.
27. Dudkiewicz A, Grzelak T. Dietoterapia doustna u pacjentów z anoreksją. *Psychiatr Psychol Klin.* 2016; 16(2): 104–109.
28. Jaworski M, Klimkowska K, Różańska K, et al. Rehabilitacja żywieniowa w jądłowstręcie psychicznym: rola i zakres pracy dietetyka w zespole terapeutycznym. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2017; 23(2).
29. Lewitt A, Brzęczek K, Krupienicz K. Interwencje żywieniowe w leczeniu anoreksji – wskazówki dietetyczne. *Endokr. Otyłość Zaburzenia przemiany materii.* 2008; 4(3): 128–136.
30. Hart S, Abraham S, Luscombe G, et al. Eating disorder management in hospital patients: Current practice among dietitians in Australia. *Nutrition & Dietetics.* 2008; 65(1): 16–22, doi: [10.1111/j.1747-0080.2007.00174.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-0080.2007.00174.x).
31. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej. *Academica Wydawnictwo SWPS, Warszawa 2010.*
32. Dulmen AMv. Different perspectives of doctor and patient in communication. *International Congress Series.* 2002; 1241: 243–248, doi: [10.1016/s0531-5131\(02\)00691-x](https://doi.org/10.1016/s0531-5131(02)00691-x).
33. Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, et al. The use of motivational interviewing in eating disorders: a systematic review. *Psychiatry Res.* 2012; 200(1): 1–11, doi: [10.1016/j.psychres.2012.05.013](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.013), indexed in Pubmed: 22717144.
34. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 2002.