

ZABURZENIA ODŻYWIANIA U MŁODZIEŻY – ANOREKSJA I BULIMIA

Zaburzenia odżywiania są to jednostki chorobowe, które charakteryzują się zaburzeniem łaknienia o podłożu psychicznym. Najczęściej występującymi zaburzeniami odżywiania w wieku dorastania są: anorexia nervosa czyli jadłowstręt psychiczny oraz bulimia nervosa tzw. żarłoczność psychiczna. Większość objawów zaburzeń odżywiania jest wtórna do nadrzędnej idei poznawczej, skoncentrowanej na wadze i figurze oraz do tego, że od tych zmiennych zależy poczucie własnej wartości.

Ze współczesnych badań wynika, że zaspakajanie głodu nie jest głównym powodem dla którego sięgamy po jedzenie. Jemy zwykle w różnych sytuacjach naszego życia, np. kiedy jesteśmy smutni lub źli, a często także gdy się nudzimy. Jedzenie może spełniać symboliczne funkcje np. rozładowuje napięcie, jest środkiem uspakajającym lub dającym poczucie bezpieczeństwa, sposobem pocieszania, jest formą sprawiania sobie przyjemności, ale również sposobem kontrolowania, nagradzania i karania, często jest także rytuałem.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa referencyjne wartości wskaźnika BMI dla wagi prawidłowej i stanów patologicznych. Oblicza się go jako stosunek masy ciała do kwadratu wzrostu w metrach. Jednostką jest kg/m^2 : Niedowaga $< 18,5$; Norma: $18,5 - 24,9$; Nadwaga: $25 - 29,9$; Otyłość 1 stopnia: $30 - 34,9$; Otyłość 2 stopnia: $35 - 39,9$; Otyłość 3 stopnia > 40 .

Do zaburzeń odżywiania prowadzić mogą takie czynniki jak: niestabilne poczucie własnej wartości, zewnętrzne warunki akceptacji, poczucie braku szczęścia i miłości, jak również kreowane wzorce piękna i atrakcyjności. Jeśli następuje nadmierne skoncentrowanie na wadze i figurze, pojawia się ogromna potrzeba, żeby schudnąć (stosowanie diety i wykonywanie ćwiczeń).

W przypadku zaburzeń odżywiania wyróżniamy dwa warianty/dwie drogi:

1. jeśli się udaje się i waga spada – następuje coraz większe ograniczanie jedzenia i konsekwencją jest **ANOREKSJA**,
2. nie udaje się ponieważ następują napady objadania, one wywołują wyrzuty sumienia, a to z kolei prowadzi do kompensacji i mówimy wtedy o **BULIMII**.

Według klasyfikacji DSM-IV (Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) o bulimii można mówić, gdy występują nawracające epizody napadowego objadania się, które cechują się: zjedzeniem na przestrzeni krótkiego czasu takich ilości jedzenia, które są zdecydowanie większe niż większość ludzi zjadłby w podobnym okresie czasu, w podobnych okolicznościach. Następuje poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie napadu objadania. Prowadzi to do nawracających, nieodpowiednich zachowań służących uniknięciu przybierania na wadze np. prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, diuretycznych, lewatywy lub innych leków; głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne. Objadanie się i zachowania kompensacyjne występują co najmniej dwa razy w tygodniu na przestrzeni trzech miesięcy. Kształt i waga ciała nadmiernie wpływają na samoocenę. Zaburzenia pojawiają się nie tylko wyłącznie podczas epizodu anoreksji.

W bulimii sposobami przeciwdziałania efektom tycia są tzw. zachowania kompensacyjne. Leczenie bulimii jest trudne ponieważ niełatwo jest wypracować motywację u bulimiczek, choroba daje im wymierne korzyści. Pomaga radzić sobie z negatywnymi, natrętnymi myślami czy uczuciami. Łagodzi lub zwalcza napięcie, a tym samym przynosi ulgę. Poza tym, pomaga kontrolować wagę i daje poczucie kontroli, pomaga dążyć do ideału. Nadaje unikalną tożsamość. Choroba również pomaga utrzymać rodzinę razem, zwraca uwagę członków rodziny i przyjaciół. Daje także pocieszenie przyjemność, pozwala odroczyć w czasie zbyt trudne zadanie, odwraca uwagę od problemów i stanowi wymówkę w razie niepowodzeń. **Tak naprawdę bulimiczki często marzą o anoreksji: „Nie chcę mieć napadów objadania. Chcę kontrolować jedzenie. W domyśle – proszę mi zabrać napady, tak żebym mogła jeszcze lepiej się odchudzać”** ^[1]. W porównaniu z innymi zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniom odżywiania towarzyszy najwyższy odsetek **fizycznych i psychologicznych powikłań. Powikłania fizyczne to:** zmiany struktury włosów, skóry i paznokci, nieregularne miesiączki, zmęczenie, apatia, bóle głowy, osteoporoza, uczucie mrowienia, drętwienia, nieprawidłowa praca serca, opóźnione opróżnianie żołądka, wzdęcia, gazy i bóle brzucha, krew w zwracanej treści żołądkowej lub stolcu, refluks, opuchnięte ślinianki, powikłania w obrębie nerek, problemy z zębami, odwodnienie, zaparcia, biegunki, obrzęki, skurcze mięśni, występowanie zgrubień i blizn skóry na powierzchni grzbietowej dłoni (od prowokowania wymiotów), pęknięcia w oczach naczynek krwionośnych, opuchlizna policzków, awitaminoza, znaczne rozciągnięcie żołądka, w ekstremalnych przypadkach pęknięcie przełyku lub przepony. **Powikłania psychiczne to:** depresja, myśli samobójcze, fobia społeczna, zamartwianie się, napady paniki, wahania nastroju, objawy obsesyjno-kompulsywne, osłabienie koncentracji i pamięci, problemy z wydawaniem opinii i podejmowaniem decyzji, izolacja społeczna, zaburzenia snu, zaniżona samoocena,

samookaleczenia, używanie narkotyków, spożywanie alkoholu, drobne kradzieże w sklepach, ryzykowne zachowania seksualne, niechęć do samego siebie, uczucie wstydu, uzależnienie od środków odwadniających lub przeczyszczających. **W leczeniu bulimii należy pamiętać, że jeśli** bulimiczka ma mniej niż 20 lat, należy pracować z całą rodziną, jeśli więcej to systemowo. Bulimię trzeba traktować jako wołanie o pomoc, o miłość. Stąd też sama relacja terapeutyczna może być już lecząca. W terapii często stosuje się leki antydepresyjne. W pierwszej kolejności należy dokonać prawidłowej diagnozy, następnie trzeba wyrównać stan somatyczny. W dalszej kolejności praca koncentruje się na tym, aby nauczyć pacjentkę rozpoznawać jakie sytuacje wyzwalają u niej atak bulimiczny i jak do niego nie dopuścić.

NAPADY OBJADANIA SIĘ pojawiają się, gdy: odczuwany jest głód ilościowy (za mało kalorii na dzień) lub jakościowy (zakazane produkty), mogą występować także **przyczyny psychologiczne np.** potrzeba rozładowania napięcia, stresu, poradzenie sobie ze smutkiem lub nudą, przyniesienie ulgi. Następnie trzeba nauczyć chorą na czym polega normalne jedzenie, czyli jedzenie bez objadania się, w oparciu o zasady zdrowego odżywiania, których filarami są: przestrzeganie dziennej normy kalorycznej, posiłki co 3 – 4h, śniadanie i ciepły obiad do 15:00 obowiązkowo, różnorodność posiłków. Pacjentka powinna zrozumieć, że restrykcyjne diety powodują wzrost ryzyka kolejnego ataku objadania się. Dalej pracuje się nad poczuciem własnej wartości i radzeniem sobie z negatywnymi myślami natrętnymi.

Osoba chora na anorexa nerwosa wg DSM-IV (Amerykańskie Towarzystwa Psychiatryczne) to osoba, która odmawia utrzymania wagi ciała na poziomie lub powyżej minimum normalnej dla wieku i wysokości (np. utrata wagi prowadząca do utrzymania ciężaru ciała mniejszego niż 85% normy; lub nie przybieranie na wadze w stopniu normalnym dla wieku, w którym się rośnie, dochodząc do wagi ciała mniejszej niż 85% normy). Towarzyszy temu lęk przed przybraniem na wadze lub staniem się grubym nawet pomimo niedowagi. Występuje zaburzenie w sposobie doświadczania wagi lub kształtu ciała, przesadny wpływ wagi lub kształtu ciała na samoocenę lub zaprzeczanie powagi obecnej wagi ciała. U dziewcząt po menarche, brak miesiączki, tzn. co najmniej trzech kolejnych cykli miesiączkowych. **Można przypuszczać, że mamy do czynienia z anoreksją, gdy** współczynnik BMI jest niższy lub równy 18,5. Osoba taka chętnie podejmuje rozmowy na tematy związane z jedzeniem, ilością kalorii lub zawartością tłuszczu w produktach i diecie, ale unika mówienia prawdy na temat ilości zjedzonych przez nią posiłków. Z powodu wstydu najczęściej posiłki spożywa w samotności lubi jednak gotować tzw. „zdrowe posiłki” innym. Często towarzyszy temu również uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych. Bardzo ważnym czynnikiem, który

sprzyja wystąpieniu anoreksji jest zaniżone poczucie własnej wartości i poczucie braku sprawczości w swoim życiu. Anorektyczki cechuje specyficzna osobowość tzn. są to zwykle osoby inteligentne, przesadnie ambitne, wykazujące upór w dążeniu do wybranego celu, cechuje je perfekcjonizm. Osoby te charakteryzuje chłód emocjonalny, podatność na krytykę, skłonność do braku zaufania w stosunku do siebie i innych ludzi. Wśród często podkreślanych przyczyn wymienia się specyficzne cechy rodziny np: nadopiekuńczy lub silnie kontrolujący i nadmiernie wymagający rodzice. W rodzinach tych zdarza się, że rodzice angażują dzieci jak strony swoich konfliktów. Występuje brak pochwał i porównania z rodzeństwem. Część anorektyczek zmagano się w dzieciństwie z problem nadwagi. W związku z czym były narażone na krytyczne uwagi i wyśmiewanie przez rówieśników. Anoreksja prowadzi do istotnych zmian zarówno w organizmie jak i w psychice. Wyleczenie anoreksji nie sprawia, że da się odwrócić wszystkie negatywne efekty – część z nich pozostaje na trwałe. W konsekwencji długotrwanie stosowanej głodówki następują zmiany somatyczne, w których organizm przystosowuje się do mniejszych ilości substancji odżywczych, uruchamiając rezerwy i spowalnia metabolizm. Podstawowe fizyczne oznaki wyniszczenia to: utrata tkanki tłuszczowej, zmniejsza się masa mięśniowa, obniża poziom hormonów tarczycy, następuje hipotermia (temperatura ciała utrzymuje się na poziomie poniżej 36°C), zmniejsza się częstość oddechu (oddechowe wyrównanie pH krwi, które w przebiegu anoreksji nabiera odczynu zasadowego). Problemy z funkcjonowaniem serca są najczęściej bezpośrednią przyczyną śmierci pacjentów cierpiących na anoreksję. W przebiegu anoreksji największe zagrożenie dla serca to brak równowagi pomiędzy minerałami istotnym dla funkcjonowania układu krwionośnego takimi jak: potas, magnez, wapń i fosforany. Wygłodzenie i odwodnienie organizmu są przyczyną zachwiania równowagi pomiędzy tymi składnikami. Inne skutki anoreksji związane z układem sercowo-naczyniowym to: zmniejsza się masa mięśnia sercowego, występują zaburzenia rytmu (np. bradykardia tj. zwolnienie rytmu serca poniżej 60 uderzeń na minutę), obniżone ciśnienie krwi powodujące omdlenia i zawroty głowy, zmniejszony przepływ krwi. W anoreksji podstawową konsekwencją, związaną z układem krwionośnym, jest anemia. Niedokrwistość złośliwa może być spowodowana przewlekłym niedoborem witaminy B12. Szpik kostny ogranicza produkcję krwinek w sytuacji długotrwałej anoreksji, albo gdy nastąpił zbyt wysoki spadek masy ciała. Jest to stan zagrażający życiu – pancytopenia. Z powodu niedoboru minerałów osłabione są zęby i dziąsła, zaburzona motoryka i opróżnianie żołądka, często występują bóle brzucha, towarzyszą temu wzdęcia i zaparcia. Następuje zatrzymanie cyklu miesięczkowego, a następnie może również dojść do trwałej bezpłodności z powodu obniżenia poziomu hormonów związanych z rozrodczością (estrogen, DHEA). Zmianie mogą ulec również wielkość jajników i macicy. Występuje kruchość, łamliwość, wypadanie włosów, skóra staje się wysuszona i mniej

elastyczna. Ciało pokrywa meszek (lanugo) podobny do tego, który występuje w okresie płodowym jako konsekwencja hipotermii. Osłabienie kości jest skutkiem długofalowym, który nie znika po wyleczeniu. 90% anorektyczek dotyka osteopenia (utrata minerałów budujących kości); 40% anorektyczek cierpi na osteoporozę (postępujący ubytek masy kostnej). Chorujący na anoreksję odznaczają się niższym wzrostem, co jest spowodowane osłabieniem szkieletu oraz zmniejszonym poziomem hormonów, które odpowiadają za wzrost. W zaawansowanym przebiegu choroby w niektórych przypadkach może dojść do uszkodzenia nerwów jak również tkanki mózgowej. W anoreksji obserwuje się występowanie takich zaburzeń neurologicznych jak: zaburzone myślenie, napady padaczkowe czy neuropatia nerwów obwodowych, która wywołuje nietypowe odczucia w dłoniach i w stopach. Początkowo anoreksja daje chorującemu poczucie euforii. Wskutek głodowania i wynikającego z niego wyniszczenia organizmu, pojawia się kolejno stan: rozdrażnienia, apatii a następnie depresji. Wraz z nim pojawiają się myśli i próby samobójcze. Według szacunków blisko 50% śmiertelnych przypadków w anoreksji następuje na skutek samobójstwa. Stosowanie długotrwałej głodówki sprawia, że organizm jest ogólnie wyniszczony, z czasem wpływa to na funkcjonowanie wszystkich narządów. Chory jest bardziej podatny na infekcje ponieważ osłabiony zostaje również system immunologiczny. Anorektyczki jeszcze trudniej niż bulimiczki przekonać do leczenia ponieważ nie postrzegają one tego, co się z nimi dzieje, jako choroby. Szczególną wartość mają dla nich korzyści, jakie zapewnia im anoreksja, nawet w zaawansowanym stadium choroby, gdy organizm jest bardzo wyniszczony. Wychudzenie sprawia, że jest tak niski poziom motywacji do zmiany, określanej jako „amotywacja”. Czynniki podtrzymującymi chorobę mogą być: poczucie siły i kontroli (osoba z anoreksją codzienną dyscypliną głodowania, stosowaniem diet, ćwiczeń i rytuałów jedzenia, nadaje bezpieczny uspokajający ją rytm życia), obniża to napięcie psychiczne i daje poczucie satysfakcji (subiektywne poczucie poprawy wyglądu wpływa na poprawę samopoczucia), daje poczucie większej pewności w towarzystwie oraz wyjątkowości (przekonanie, że bycie bardzo szczupłym skutkuje przynależnością do elitarnej grupy, składającej się z modelek, aktorek i celebrytek; jest to wzmacniane przez nieustanny napływ informacji, że „szczupłość jest synonimem piękna”, ze strony mediów i otoczenia), daje poczucie atrakcyjności (sprawia, że mniejsze ubrania lepiej leżą), pozytywne reakcje innych osób, „niewyczerpany optymizm, specyficzny stan euforii”. Czynniki podtrzymujące chorobę związane z rodziną: skupianie uwagi i opieka rodziców, okazywanie miłości oraz troski przez rodziców. Poczucie wpływu na życie rodziny np.: poprzez zmianę stylu odżywiania się rodziny. Unikanie przez rodziców trudnych dla chorego dziecka tematów, ograniczając w ten sposób sytuacje konfliktowe np. związanych ze szkołą. Zmiana relacji również w dalszej rodzinie, np. przerwanie konfliktu między rodzicami pacjenta, a dziadkami,

np. nawiązanie zerwanych kontaktów. W pierwszej kolejności należy ocenić i wyrównać stan somatyczny, na tym etapie ważna jest współpraca terapeuty z psychiatrą i internistą. Następnie należy pracować nad motywacją do leczenia. Mając świadomość znaczenia choroby dla osób z anoreksją, terapeuci proponują podejścia terapeutyczne zwiększające motywację tych pacjentów do leczenia. Chcemy „pokłócić” pacjentkę z anoreksją. Pracujemy nad tym, żeby anoreksja stała się egodystoniczna (czymś nie akceptowalnym, pragnienie zmienienia tego). Dalej pracuje się nad myślami dotyczącymi jedzenia. Praca nad poczuciem własnej wartości. Następnie należy pracować nad motywacją do leczenia.

WSKAZÓWKI DLA RODZICÓW:

1. **Dowiedz się jak najwięcej o chorobie.** Zaburzenia odżywiania pojawiają się, jeśli wystąpi kilka czynników. Objawy są sposobem radzenia sobie z problemami.
2. **Doceniaj i wzmacniaj cechy oraz zainteresowania niezwiązane z wagą i wyglądem.** Twoja pomoc powinna polegać na komentowaniu zalet, umiejętności i zainteresowań tej osoby, które nie są w żaden sposób związane z wyglądem, wagą i sylwetką.
3. **Uczestnicz w zajęciach, które nie wzmagają zainteresowania wagą i sylwetką.** To pomoże bliskiej ci osobie nauczyć się, jak czerpać poczucie własnej wartości z obszarów nie dotyczących wagi, a także odwróci uwagę od choroby.
4. **Wyrażaj swe zmartwienia i mów bezpośrednio.** Jeśli coś cię martwi, mów o tym wprost, dzięki temu bliska ci osoba uczy się poprawnej komunikacji, a ty nie wysyłasz niejasnych komunikatów.
5. **Wyrażaj chęć pomocy przez dotrzymywanie towarzystwa dziecku i wysłuchania go.** Postara się słuchać bez oceniania, nie dawaj rad ani nie staraj się niczego naprawiać.
6. **Pozwól bliskiej osobie otwarcie mówić o jej uczuciach.** W ramach wracania do zdrowia musi się nauczyć wyrażać i określać uczucia.
7. **Pozwól bliskiej osobie zachować niezależność i kontrolę nad jej powrotem do zdrowia.** Jeżeli chcesz pomóc bliskiej ci osobie wyzdrowieć, musisz zachować równowagę pomiędzy wspieraniem a dawaniem jej swobody, tak aby sama mogła wywiązać się z powierzonych jej zadań i sama podejmowała decyzję.
8. **Zrozum, że najlepszym wyjściem dla bliskiej ci osoby jest pozwolenie jej na pracę we własnym tempie i samodzielne podejmowanie decyzji dotyczących odżywiania się i powrotu do zdrowia.** Twoja pomoc może odnieść odwrotny skutek jeśli poczuje, że jest do czegoś przymuszana.

9. **Przeanalizuj własne przekonania na temat jedzenia, masy ciała i sylwetki.**
10. **Traktuj bliską ci osobę jak każdego innego członka rodziny.**
11. **Zachęcaj do korzystania z pomocy specjalisty, jeśli jest to wskazane.**
12. **Nie zapominaj o swoich potrzebach i potrzebach pozostałych członków rodziny.**
13. **Zachowaj cierpliwość.**

Czego należy unikać chcąc udzielać pomocy osobie cierpiącej na zaburzenia odżywiania:

- **Nie należy komentować wagi, sylwetki i wyglądu.** Każdy taki komentarz może zostać odebrany w sposób negatywny. Nie dawaj do zrozumienia, że jej wygląd i figura są dla ciebie ważne.
- **Nie należy ignorować problemu.** Ważne jest twoje wsparcie i zrozumienie problemu.
- **Nie powinno się obarczać winą za zaburzenie odżywiania bliskiej osoby ani siebie.** Obarczanie winą w niczym nie pomoże, może jedynie wywołać poczucie winy i złość.
- **Nie oczekuj natychmiastowej zmiany.** Powrót do zdrowia to trudny proces. Pamiętaj, że bliska ci osoba stacza ciężką walkę i potrzebuje twojej cierpliwości.
- **Nie powinno się wdawać się w próby sił.** To tylko umacnia i nasila zaburzenie odżywiania, dlatego nie wdawaj się w dyskusje na temat argumentów za i przeciw anoreksji i bulimii.
- **Nie należy kontrolować sposobów odżywiania i objawów zaburzeń odżywiania bliskiej osoby.** Nie rób tego, możesz tylko spowodować, że bliska ci osoba poczuje się bezwolna.
- **Nie staraj się uratować bliskiej ci osoby.** Nie rób tego jeśli nie chcesz aby poczuła się ona nieudolna i całkowicie zależna od innych.
- **Nie powinno się nadawać wyjątkowego statusu zaburzeniom odżywiania.** Takie zachowania umacnia zaburzenie odżywiania i powrót do zdrowia stanie się trudniejszy.
- **Unikaj wchodzenia w rolę terapeuty.** Musisz mieć świadomość swoich ograniczeń i pamiętać o swoich potrzebach.

Pamiętaj! W sytuacjach, kiedy stan osoby chorej jest bardzo poważny, tzn. występuje bezpośrednie zagrożenie życia lub mamy do czynienia z bardzo młodą osobą, należy bezwzględnie przejąć kontrolę.

mgr Iwona Surówka, psycholog PPP1 2016

[1] K. Smólska-Lynka