

## Zaburzenia odżywiania

*Rafał W. Wójciak*

Wiek wczesnej adolescencji uważany jest za okres normatywnego kryzysu, spowodowanego przemianami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Przemiany te mogą stanowić czynnik wyzwalający różne objawy zaburzeń psychopatologicznych w postaci nieprawidłowych zjawisk psychicznych i zachowań zagrażających zdrowiu, w konsekwencji których może dojść do rozwinięcia się groźnych w skutkach zaburzeń, w tym, często spotykanych w grupie dziewcząt w okresie wczesnej adolescencji, zaburzeń odżywiania (Joško i Kamecka-Krupa, 2007). Do najczęściej rozpoznawanych zaburzeń odżywiania o charakterze psychoidalnym należy jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna. W niektórych opracowaniach wymienia się również otyłość psychopochodną (Bilikiewicz i wsp., 1999). Na uwagę zasługują także wymieniane w ostatnich opracowaniach naukowych takie zaburzenia odżywiania, jak bigoreksja (Internet, 2008d) czy zaburzenia odżywiania związane z innymi zaburzeniami, jak np. z niedoborem snu, schizofrenią czy chorobą afektywną (Bilikiewicz i wsp., 1999; Internet, 2008a-g).

Anoreksja (*anorexia nervosa, jadłowstręt psychiczny*) stanowi zaburzenie polegające na celowym działaniu podmiotu w kierunku znacznej, często ponadnormatywnej, utraty masy ciała, związanej z lękiem przed otyłością. Chory odczuwa nadmierną wrażliwość na punkcie własnej sylwetki, stosuje ograniczenia w diecie, prowadzi intensywne ćwiczenia fizyczne, stosuje leki tłumiące łaknienie, leki przeczyszczające, a także inne sposoby powodujące utratę masy ciała (Namirowska i Cichy, 2004; Sarol-Kulka i Kulka, 2006; Śmiarowska i wsp., 2006; Nowakowska i Borkowska, 2006; Internet, 2008a).

W bulimii (*bulimia nervosa, żarłoczność psychiczna*), która swoim przebiegiem w niektórych fazach przypomina anoreksję, jednak ma inne podłoże, dochodzi przede wszystkim do okresowych nawrotów żarłoczności, w których chory pochłania znaczne ilości pokarmu w krótkim czasie, przewyższające możliwości fizjologicznej adaptacji przewodu pokarmowego do takiej masy pożywienia, po czym prowokuje wymioty lub/i zażywa środki przeczyszczające pozwalające na ulgę zarówno fizyczną po przejedzeniu, jak też psychiczną wynikającą z wyrzutów z powodu obżarstwa. W przebiegu bulimii chory za własne problemy, niejednokrotnie nieświadomione konflikty systemowe, przekłada na koncentracje na własnym ciele i kontroli jego masy (Bovers, 2005; Źródło Internet, 2008a-g).

Otyłość stanowi zespół chorobowy cechujący się zwiększeniem masy ciała ponad przyjętą normę, czyli BMI (*Body Mass Index*) powyżej 30 kg/m<sup>2</sup>. Związana jest z niewłaściwymi nawykami żywieniowymi, a także z genetycznymi predyspozycjami (Staroń i wsp. 2005). W odróżnieniu od otyłości charakteryzowanej w sensie żywieniowym, otyłość psychoidalna związana jest z kompulsywnym objadaniem się na skutek przeżywanych stanów emocjonalnych.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na inne zaburzenia odżywiania, które zaczynają stanowić problem dla żywieniowców i psychoterapeutów. Jednym z nich jest ortoreksja (*orthorexia nervosa*) czyli obsesja na punkcie spożywania „zdrowej” żywności oraz unikania żywności „niezdrowej”, przy czym definicje „zdrowej” i „niezdrowej” żywności różnią się w zależności od przekonań, które wyznaje ortoretyk. Najczęściej zdrowe żywienie rozumiane jest przez stosowanie różnorodnych diet restrykcyjnych i aktualnie lansowanych mód dotyczących żywienia. Osoba cierpiąca na ortoreksję koncentruje się bardziej na jakości spożywanego pokarmu, aniżeli na kontroli masy ciała (Bratman i Knight, 2000; Źródło Internet, 2008a,f).

Do ciekawych zaburzeń odżywiania, które w ostatnich latach stanowią coraz szerszy problem zdrowotny należy bigoreksja (*muscle dysmorphia, megarexia*). Jest to nieprawidłowe postrzeganie muskulatury własnego ciała jako znacznie mniejszej niż jest w rzeczywistości. Bigoreksja jest również czasami nazywana "odwróconą anoreksją", ze względu na swoją analogie do podobnego w przebiegu, zaburzonego obrazu rozmiarów ciała. Dotyka głównie mężczyzn i prowadzi do wykonywania intensywnych ćwiczeń fizycznych oraz restrykcyjnego przestrzegania reżimu dietetycznego, którym podporządkowywany jest cały świat bigorektyka. Niebezpieczeństwo bigoreksji objawia się również w stosowaniu środków dopingujących w celu zwiększania masy mięśniowej nawet przez osoby w bardzo młodym wieku (Źródło Internet, 2008d,g).

Wielu autorów łączy zaburzenia odżywiania z zaburzeniami snu. Fizjologia obu procesów jest podobna co prowadzi do łącznego występowania obu schorzeń. Morgenthaler i Silber (2002) do tego typu schorzeń zaliczają np: zespół jedzenia nocnego (NES, *night eating syndrome*), zespół Kleine-Levina, bulimia z nocnym jedzeniem czy też zespół gwałtownego objadania się (BED, *binge eating disorder*). Autorzy ci wyróżniają również inne nietypowe zaburzenia odżywiania, jak: łaknienie spaczone i zaburzone przeżuwanie, które wg nich mogą mieć charakter psychopochodny.

## **CZYNNIKI WARUNKUJĄCE WYSTĘPOWANIE I ROZPOWSZECHNIANIE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA**

Wiele różnych czynników wpływa na występowanie i rozpowszechnianie się zaburzeń odżywiania, co w rezultacie rzutuje na ich kompleksowy charakter i zróżnicowany sposób ujawniania się choroby i jej przebiegu u każdego z pacjentów z osobna.

Wczesne próby tłumaczenia etiologii zaburzeń odżywiania opierały się o powiązanie ich z czynnikiem fizjologicznym, szczególnie w przypadku anoreksji. Skupiały się one na roli ciała migdałowatego, a w szczególności hipokampu, w odczuwaniu głodu i sytości oraz w regulacji apetytu całościowo. Zaobserwowano różnice w dystrybucji neurotransmiterów hipokampalnych oraz aktywności receptorów dla nich u anorektyczek w porównaniu z populacją ogólną, które ustępowały po leczeniu. Nasunęło to wniosek, iż zmiany te były raczej konsekwencją, aniżeli przyczyną anoreksji (Gilbert, 1993).

### ***Płeć i czynniki socjokulturowe***

Zdaniem wielu autorów (Simon i wsp., 2005; Walsch i Devlin, 1998) występowanie określonych zaburzeń odżywiania jest uzależnione w dużej mierze od płci. Na bulimię i anoreksję częściej chorują młode dziewczęta i kobiety, natomiast na bigoreksję – mężczyźni. Walsch i Devlin (1998) uważają, że istotny jest również wiek osoby, szczególnie w zakresie inicjacji choroby. Zdaniem tych autorów anoreksja najczęściej ujawnia się w wieku 13 –14 lat natomiast bulimia – 17 lat. Niewiele jest danych dotyczących ujawniania się bigoreksji, jednakże istnieją przesłanki, pozwalające twierdzić, że zaburzenie to może dotyczyć już nawet kilkunastoletnich chłopców (Internet, 2008d).

Zaburzenia odżywiania występują z różną częstotliwością u różnych odmian człowieka. Najczęściej spotyka się je u osób typu kaukaskiego, następnie azjatyckiego, a najrzadziej u afrykanoidalnego. Zdaniem Walsch i Devlin (1998) wynika to mniejszej satysfakcji z własnego wyglądu przy tym samym rozmiarze ciała u osób odmiany kaukaskiej. Ci sami autorzy zaobserwowali również, iż większy wskaźnik występowania zaburzeń odżywiania obserwuje się głównie w krajach rozwiniętych, bez problemów ekonomicznych i gwarantujących mieszkańcom stały dostęp do jedzenia, aniżeli w krajach rozwijających się, gdzie odsetek chorych jest marginalny.

Meiselman (1996) podkreśla, że istnieją także czynniki ryzyka związane ze stylem życia, do których należy między innym stosowanie udziwnionych diet restrykcyjnych mogące przekształcić się w długotrwałe zaburzenia odżywiania.

Znaczny nacisk społeczny na wyidealizowany wygląd przyporządkowany wyobrażeniom na temat określonego zawodu, tj.: tancerki, modelki, gimnastyczki może być również przyczyną indukowania zaburzeń odżywiania (Simon, 2005).

W tym aspekcie dużą rolę odgrywają także media, które w ostatnich latach kładą nacisk na propagowanie tzw. „zdrowego stylu życia”, który niejednokrotnie postrzegany jest zbyt dosłownie, a wielu kojarzy się jedynie ze szczupłą sylwetką. Ideał szczupłej sylwetki determinuje zachowania młodzieży i ma wpływ na wprowadzanie nowych wzorców zachowań, postrzeganie własnej atrakcyjności i wizerunku własnego ciała, a także kształtuje samoocenę i poczucie własnej wartości (Joško i Kamecka-Krupa, 2007). Jarząbek (2007) donosi, iż środkami masowego przekazu wysyłane są dwa sprzeczne komunikaty. Jeden dotyczy propagowania posiadania nienaganej i zgrabnej sylwetki przez prezentowanie nadmiernie wychudzonych aktorek i modelek, drugi natomiast to zachęcanie do jedzenia różnorodnych produktów spożywczych, często wysokokalorycznych jak: fast foods, słodycze, wysokosłodzone napoje, przez prezentowanie ich w formie agresywnych akcji reklamowych.

### ***Spojrzenie psychodynamiczne***

Jedno z najwcześniejszych psychologicznych tłumaczeń inicjowania i występowania zaburzeń odżywiania opierało się o terminy związane z paradygmatem psychodynamicznym. Psychoanalicy w serii indywidualnych sesji skupiali się na odkrywaniu wczesnych doświadczeń pacjenta skupionych wokół relacji z rodzicami i osobami znaczącymi w przeszłości. Wykorzystując swoją pracę psychiatryczną Bruch (1974) doszedł do wniosku, że jadłowstręt psychiczny jest pierwotnie powodowany zaburzeniami w obrębie osobowości, które wzmacniane są dziecięcym poczuciem winy wynikającym z nieprawidłowych relacjami z matką, która wg tego autora nieprawidłowo interpretuje wczesne sygnały dziecka związane z odczuwaniem głodu, a także innych podstawowych potrzeb, będących w rezultacie w fazie deprivacji. Efektem tego jest brak umiejętności rozpoznawania przez matkę stanów emocjonalnych dziecka, a na każdy sygnał smutku czy dyskomfortu emocjonalnego matka reaguje podawaniem dziecku pożywienia, jako jedynym znanym jej sposobem zaspokajania wczesnodziecięcych potrzeb. Zachowania takie będą wzmagały u dziecka wycofywanie się z sygnalizowania potrzeb emocjonalnych jako nieefektywnego przekazu, nie dającego

pożądanego rezultatu. Bruch sugeruje, że tego typu postępowanie wywołuje chęć manipulacji dietą w sytuacjach stresujących lub nowych dla dziecka, jak zmiana szkoły czy samotny wyjazd na wakacje. Dziecko staje się podatne na krytykę, a dietę wykorzystuje jako jedyny znany mu sposób wywoływania pozytywnej reakcji u rodziców, a później osób znaczących.

Crisp (1980) skonceptualizował pojęcie anoreksji bardziej specyficzniej, jako zaburzenia wieku adolescencji, wywoływane przez wynikający z dojrzewania płciowego wzrastający lęk przed dorastaniem i dorosłością, a także obawą przed własną seksualnością.

### ***Rodzina jako źródło zaburzeń odżywiania***

Niezwykle ważnym aspektem w inicjowaniu zaburzeń odżywiania jest czynnik rodzinny. Wielu autorów jest zdania, że rodziny osób z anoreksją lub bulimią charakteryzuje zaburzony poziom relacji między jej członkami, jak na przykład maskowanie znacznego poziomu braku satysfakcji ze związku rodziców pod przykrywką udanego pożycia. Minuchin i wsp., (1978) wskazują przede wszystkim na dwa aspekty nieprawidłowości w rodzinie. Z jednej strony autorzy ci akcentują nadmierną opiekuńczość ze strony bliskich, przecenianie oczekiwań, bądź pokładane nadmierne oczekiwania wobec podmiotu, z drugiej natomiast brak wsparcia emocjonalnego.

Do innych związanych z rodziną czynników stresorodnych, które mogą inicjować rozwój zaburzeń odżywiania należą min. Rodzicielskie tendencje do życia na tzw. „świeczniku” , nadmierne, nienaturalne zainteresowanie u rodziców/rodzica sprawami żywienia, utrzymania masy ciała, zawód rodziców związany z mediami, modą lub przemysłem spożywczym, wywiad rodzinny wskazujący na anoreksje lub inne zaburzenia odżywiania w tym otyłość oraz strach przed nawrotem tych zaburzeń objawiający się nadmiernym dbaniem o sprawy diety i planowania żywienia.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na fakt, iż wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie w rodzinach anorektyczek jest znacznie częstsze aniżeli u osób zdrowych. Meyer i Waller (2002) zauważyli także znaczne korelaty pomiędzy występowaniem zaburzeń odżywiania a przemocą w rodzinie, którą doświadczył podmiot, bądź był jej świadkiem. Dane kliniczne często sugerują, iż cierpiący na różne zaburzenia odżywiania doświadczali w przeszłości przemocy, zarówno fizycznej, jak też psychicznej, a inicjowanie objawów zaburzeń odżywiania jest traktowane jako możliwość kontroli nad sobą, a więc i zapanowaniem nad wszechobecnym chaosem w ich życiu.

## ***Zaburzenia odżywiania a inne zaburzenia psychiczne***

Robakowski (2007) w swoim opracowaniu zwraca uwagę na fakt, iż istotne są cechy psychiczne poszczególnych osób z zaburzeniami odżywiania. Autor ten uważa, podobnie jak Fairburn (2005), że zaburzenia związane z odżywianiem mogą mieć związek z brakiem umiejętności radzenia sobie ze stresem, silną potrzebą osiągnięć, potrzebą akceptacji grupy, brakiem zrozumienia czy też zaburzonym obrazem własnego ciała.

W wielu pracach można znaleźć tezę, iż zaburzenia odżywiania, a w szczególności anoreksja i bulimia, są rzeczywistymi formami zaburzenia afektywnego, przypominającego w swoim przebiegu depresję, innymi słowy, cierpiący na zaburzenia odżywiania i ich rodziny mają generalnie predyspozycje do neuroz o podłożu genetycznym (Gilbert, 1993). Jednocześnie większość anorektyczek i bulimiczek opisuje się jako depresyjnych. Równocześnie niektóre prace sugerują znaczne współwystępowanie choroby afektywnej, lęków oraz alkoholizmu zarówno u pacjentów jak i ich krewnych w pierwszej linii (Halmi i wsp., 1991). Z drugiej strony, skoro zaburzenia odżywiania są formą ekspresji choroby afektywnej, wciąż nie jest jasne dlaczego jedynie u części osób rozwija się akurat ta forma. Jest więc możliwe, że depresja jest wtórna do zaburzeń odżywiania, a objawy choroby afektywnej pojawiają się często po wystąpieniu objawów zaburzeń odżywiania, a ustępują z ustąpieniem choroby (Gilbert, 1993).

## ***Zaburzenia odżywiania jako zachowania wyuczone***

U podstawy tej koncepcji leży przekonanie, iż zaburzenia odżywiania mogą być formą gratyfikacji niektórych młodych kobiet, nie w sensie sprawiania przyjemności, lecz jako sposób ucieczki z emocjonalnego zgiełku życia. W tym przekonaniu, zachowania związane z nie-jedzeniem, rozpoczynają się od walki z otyłością, prowadząc do odczuwania satysfakcji z możliwości kontroli nad własnym ciałem. Wilczy apetyt, jeśli występuje, powoduje odczucia negatywne, klęski, utraty kontroli i w konsekwencji prowadzi do ekstremalnych zachowań żywieniowych, diet i głodzenia się, co na nowo gratyfikuje podmiot, pozwalając mu na odzyskanie kontroli. Pacjent wpada w trudny do zerwania krąg powtarzających się okresów głodzenia i obżarstwa (Slade, 1982).

## **JADŁOWSTRĘT PSYCHICZNY**

### ***Charakterystyka jadłowstrętu***

Richard Morton, specjalista od chorób wyniszczających, był pierwszym, który w roku 1689 opisał zjawisko anoreksji. Badał on osiemnastoletnią dziewczynę chorującą na anoreksję, która odmawiała spożywania pokarmów i moczyła swoje ciało w zimnej wodzie. Nie wykazywała ona żadnych innych, znanych ówczesnie, objawów choroby psychicznej. Po 3 miesiącach od jej pierwszej wizyty u doktora Mortona dziewczyna zmarła (Silverman, 1983). Opis Mortona nie był jednak odosobniony. Można przypuszczać po różnorodnych doniesieniach i analizach niespotykanych i nieznanym wówczas zaburzeń, iż dotyczyły one anoreksji. Historycy napotykają takie doniesienia już w Średniowieczu, które przedstawiają niektóre z symptomów anoreksji. Jednym z najwcześniejszych jest datowany na rok 895, opis kobiety o imieniu Friderada stosującej nieustannie bardzo surowy post (McIvor, 2002). Spożywała ona potajemnie niewielkie ilości jedzenia, a następnie ciężko pracowała. Takie zachowania charakterystyczne są również dla średniowiecznych ascetów, wśród których nierzadko spotykano również kobiety umartwiające własne ciało wierząc, że jest to służba Bogu.

W roku 1600 francuski lekarz, Jacob Viverius, opisał przypadek Jane Balan, która utrzymywała, że od 3 lat nie spożywała żadnych pokarmów (za Kunkel, 1989). Viverius był zdania, że kobieta ta musi być „cudowną panną”, która jest utrzymywana przy życiu dzięki bożej woli. Inni jednak nie podzielali tego przekonania przez co typowe było poddawanie głodzących się dziewcząt badaniom teologicznym. Kunkel (1989) opisuje, że kiedy w połowie XVI wieku w Niemczech zauważono, że jedna z „cudownych panien” potajemnie je, oskarżono ją o czary i stracono.

W XVII i XVIII wieku pojawia się określenie „*anorexia mirabilis*” wprowadzane przez ówczesnych lekarzy, a sugerujące nadprzyrodzoną przyczynę nagłej utraty łaknienia, tzw. „święty jadłowstręt” (McIvor, 2002).

W XIX wieku pojawił się termin „poszczące dziewczęta” (fasting girls), który dotyczył dziewcząt odmawiających przyjmowania pokarmów z niewiadomych przyczyn (Kenedy i Meegan, 2005). W roku 1873 William Gull w Anglii i Charles Lasague we Francji opisali zespół objawów, takich jak: odmowa przyjmowania pokarmów, duży spadek masy ciała, zatwardzenie, brak albo zatrzymanie miesiączki, niska temperatura ciała, niskie tętno, namiętne uprawianie ćwiczeń fizycznych, które i dzisiaj są charakterystyczne dla anoreksji (Jablow, 2002). Stworzono wtedy jedną z pierwszych definicji anoreksji, która wg tych

badaczy określała zachowanie, polegające na odmowie przyjmowania pokarmów, któremu towarzyszą objawy natury fizycznej.

Obecnie anoreksja psychiczna określana jest jako zespół chorobowy uwarunkowany wieloczynnikowo. Jest to długotrwała odmowa przyjmowania pokarmów, powodująca utratę masy ciała, często prowadzącą do wyniszczenia organizmu, stanu zagrożenia życia, a w niektórych przypadkach nawet do śmierci (Strzyżewska i wsp., 1997). Choroba ta dotyczy głównie dziewcząt w okresie dojrzewania i młodych kobiet. Ujawnia się zwykle między 11 a 25 rokiem życia, jedyną zaburzenie to coraz częściej jest diagnozowane u dzieci, a także u dorosłych kobiet po 30 roku życia, a nawet u kobiet po menopauzie (Namysłowska, 2000).

Coraz częściej na anoreksję chorują chłopcy. Garfinkel i Garner (1983) szacują, że stanowią oni 5% przypadków, a Kelly (1989), że nawet 20%.

Hoek i van Hoeken (2003) szacują częstość występowania anoreksji w krajach zachodnich na 0,2–0,9%, natomiast Makino i wsp. (2004) podają, że jest to 0,1–5,7% w populacji kobiet. Simon i wsp. (2005) określają, że na anoreksję choruje 0,5 do 3% nastolatków, natomiast Namysłowska (1997) podaje, że w Polsce częstość anoreksji wynosi 0,8–1,8% dla dziewcząt poniżej 18 roku życia.

O rozmiarze zagrożenia może świadczyć fakt, iż szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych na anoreksję choruje 8 milionów osób, z czego 90% przypadków to dziewczęta. Wzrasta liczba chorych w Japonii, Argentynie i na wyspach Fidżi (Lee, 1991; Lee i wsp., 2005). Ostatnie badania donoszą, że rośnie częstość występowania tej choroby wśród populacji Azji i Afryki, gdzie liczba chorych zwiększa się tam ze wzrostem dobrobytu i przejmowaniem zachodniego stylu życia i odżywiania (Wang i wsp, 1999; Tai, 2000; Njenga i Kangethe, 2004).

Zależnie od mechanizmu, który prowadzi do wyniszczenia organizmu wyróżnia się w anoreksji:

- postać restrykcyjną, w której brak jest objawów objadania się, ale występuje odmowa przyjmowania posiłków;
- postać bulimiczno – restrykcyjną, w której występują przynajmniej dwa epizody objadania się, po których występuje poczucie winy i głodzenie się (Namysłowska, 1997).



## ***Etiologia anoreksji***

Zgodnie z obecnie panującymi koncepcjami etiologia zaburzeń odżywiania jest wieloczynnikowa. Najobszerniejszą i najbardziej akceptowaną teorię etiologiczną anoreksji przedstawili Garfinkel i Garner (1997), którzy wyróżnili 3 grupy czynników warunkujących zachorowanie, do których zaliczyli czynniki predysponujące (ang. predisposing), wyzwalające (precipitating) i podtrzymujące (perpetuating).

*Czynniki predysponujące*, czyli takie, które występują przed pojawieniem się objawów choroby, autorzy ci podzielili wewnątrz na trzy klasy. Pierwszą z nich są predyspozycje kulturowe, do których zaliczyć można ideał szczupłej sylwetki i społeczne oczekiwania atrakcyjności. Drugą klasę stanowią predyspozycje rodzinne, jak: specyficzny model rodziny (dominująca matka, pasywny ojciec), relacje rodzinne utrudniające osiągnięcie autonomii w okresie dojrzewania, przecenianie oczekiwań społecznych, występowanie zaburzeń odżywiania w rodzinie czy też występowanie chorób afektywnych lub alkoholizmu w rodzinie. Do trzeciej klasy zaliczono predyspozycje indywidualne, czyli: zaburzony obraz siebie, trudności w autonomicznym funkcjonowaniu, silna potrzeba osiągnięć, perfekcjonizm, skłonność do depresji, lęku, obsesji, kompulsje, skłonność do otyłości, doświadczenie nadużycia seksualnego, jak też chroniczna choroba somatyczna.

Śmiarowska i wsp. (2006) badali związek pomiędzy rodzajem czynników środowiskowych a typem zaburzeń odżywiania, stanem odżywienia i przejawianymi zachowaniami u 56 kobiet chorych na anoreksję. Autorzy ci potwierdzili przypuszczenia, że występowanie w rodzinie przewlekłych, nierokujących powrotem do zdrowia chorób (takich jak: stwardnienie rozsiane, kalectwo fizyczne, padaczka, niewyrównana cukrzyca insulinozależna) lub utrata znaczącej osoby, także w związku z nagłą śmiercią (w tym samobójczą) mogą odgrywać wiodącą rolę w rozwoju zaburzeń odżywiania. Lyon i wsp. (1997) natomiast dodają do tej listy również zaburzenia depresyjne, poczucie niewydolności i bezradności i niską samoocenę, które są typowe w wywiadzie pacjentek z anoreksją.

## ***Metody rozpoznawania anoreksji***

Rozpoznanie anoreksji współcześnie opiera się na kilku popularnych kryteriach diagnostycznych i nie jest ujednoczone. Najpopularniejsze to kryteria Feighnera, kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) (APA, 2000) oraz kryteria opublikowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych (ICD-10)

(WHO, 2005). Każde z tych kryteriów przyjmuje podobne założenia, aczkolwiek w kilku punktach różnią się podejściem diagnostycznym.

Kryteria Feighnera (Baranowska i wsp., 1997) obejmują:

- początek choroby przed 25 rokiem życia;
- jadłowstręt z towarzyszącą utratą masy ciała, co najmniej 25%;
- wypaczone, wrogie stanowisko wobec jedzenia i masy ciała mimo głodu, ostrzeżeń i gróźb;
- zaprzeczenie choroby i brak świadomości potrzeb żywieniowych;
- oczywistą przyjemność z utraty masy ciała z manifestacją, iż odrzucenie jedzenia daje satysfakcję;
- ekstremalnie szczupłą sylwetkę jako nagrodę za wyrzeczenia;
- wnikliwą ocenę jakości i kaloryczności pokarmu;
- brak innych chorób psychicznych;
- co najmniej dwa z wymienionych objawów: amenorrhea, lanugo, bradykardia (60 uderzeń/ minutę), okresy nadmiernej aktywności fizycznej, epizody bulimii, wymioty (również samodzielnie wywoływane).

Kryteria DSM-IV wg Amerykańskie Towarzystwo Psychiatrycznego (APA, 2000) obejmują:

- strach przed otyłością, który nie znika mimo spadku masy ciała;
- zmianę pożądanego wizerunku, poczucie bycia „zbyt otyłym”, nawet w stanie wyniszczenia;
- utratę masy ciała, o co najmniej 25% masy pierwotnej;
- negowaną, nadmierną dbałość o masę ciała;
- brak innych przyczyn utraty masy ciała.

Kryteria ICD-10 wg Międzynarodowej Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (WHO, 2005) obejmują:

- spadek masy ciała większy niż 15% w stosunku do oczekiwanej w stosunku do wieku masy ciała;
- spadek masy ciała spowodowany unikaniem jedzenia;
- samooceniać siebie jako osoby otyłej, odczuwanie strachu przed przytyciem i związany z tym zaburzony obraz własnego ciała;
- wystąpienie różnego rodzaju zaburzeń hormonalnych (zanik miesiączkowania u kobiet, u mężczyzn utrata zainteresowań seksualnych oraz potencji),
- prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, zmniejszających łaknienie czy moczopędnych lub też intensywnych ćwiczeń fizycznych;
- zahamowanie lub opóźnienie zjawisk związanych z pokwitaniem u dzieci.

### ***Konsekwencje zdrowotne anoreksji***

Długotrwałe niedożywienie u pacjentów z anoreksją wpływa negatywnie na cały organizm chorego manifestując się zaburzeniami w obrębie wielu układów. Zmiany somatyczne obserwowane w przebiegu jadłowstrętu psychicznego są wynikiem zbyt małej podaży składników pokarmowych, a także odwodnienia. Stopień nasilenia tych zmian zależy głównie od tego, jak długo trwał proces chorobowy, jak radykalna była odmowa przyjmowania pokarmów i w jakim stopniu doprowadziło to do wyniszczenia organizmu. Objawy somatyczne dotyczą całego organizmu, ale także każdego z jego układów oddzielnie. Namirowska i Cichy (2004) do objawów ogólnoustrojowych zaliczają wychudzenie lub wyniszczenie organizmu, utratę tkanki tłuszczowej i masy mięśniowej, nietolerancję chłodu i trudności w utrzymaniu podstawowej temperatury ciała oraz zwolnienie liczby oddechów. Do objawów w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) autorzy ci zaliczają zmiany strukturalne OUN, jak np.: zaniki korowe czy zanik istoty białej, trwałe deficyty neuropsychologiczne, apatię, trudności w koncentracji, a także depresję oraz napady padaczkowe. W stosunku do układu krążenia wymienia się zanik mięśnia sercowego, bradykardia, szmer sercowy, zaburzenia rytmu serca, spadki ciśnienia tętniczego, zawroty głowy, omdlenia, zastoinową niewydolność serca i sinicę. Zmiany układu kostnego objawiają się osteopenią i osteoporozą, podatnością na złamania i zahamowaniem wzrostu. Jako objawy dysfunkcji układu mięśniowego w anoreksji Namirowska i Cichy (2004) wskazują osłabienie siły mięśniowej oraz skurcze i bóle mięśniowe, w stosunku natomiast do układu rozrodczego

– zahamowanie rozwoju psychoseksualnego, wtórny zanik miesiączki, zanik popędu, zmiany wielkości jajników, macicy, zmiany w cechach śluzówki. W stosunku do układu dokrewnego oraz metabolizmu konsekwencje anoreksji to: liczne zmiany hormonalne (oś przysadka – podwzgórze oraz zmiany obwodowe), zaburzenia elektrolitowe (hipokaliemia, hipochloremia), hipoglikemia, hipercholesterolemia, odwodnienie, zasadowica metaboliczna oraz zaburzona regulacja temperatury ciała. Zmiany w obrębie układu krwiotwórczego to przede wszystkim anemia, trombocytopenia, niski opad (OB) i hipoplazja szpiku. Układ pokarmowy manifestuje się bólem brzucha, wymiotami, wzdęciem, zaparciem, przedłużonym opróżnianiem żołądka, zaburzeniem pasażu w przewodzie pokarmowym, zapaleniem błony śluzowej żołądka, a także zaburzonymi wskaźnikami wątrobowymi. W układzie moczowym dochodzi do obrzęków głodowych, nefropatii, spadku filtracji kłębkowej oraz kamicy nerkowa. Anoreksja objawia się też zmianami skórnymi takimi, jak: wystąpienie lanugo, suchością i małą elastycznością skóry, łamliwością paznokci, wypadaniem włosów pod pachami i na wierzchu łonowym, kruchością i łamliwością włosów na głowie, a także zająkami oraz czasem zanikiem zmian trądzikowych.

Namirowska i Cichy (2004) poza konsekwencjami somatycznymi wyróżniają w anoreksji także zmiany w strukturze psychicznej chorego, które w przebiegu choroby ulegają nasileniu. W szczególności dotyczy to zaburzeń w postrzeganiu własnego ciała, lęku przed porażką z jednoczesnym stawianiem sobie bardzo wysokich wymagań i celów, często poza możliwościami zasobów, niskiej samooceny, agresywnym zachowaniu, rozdrażnieniu, bezsensowności, myślami samobójczymi oraz problemami z koncentracją.

### ***Rokowania w anoreksji***

Wiele z anorektyczek wykazuje jeden epizod chorobowy i później wraca do normalnej masy ciała. Jakkolwiek z tych, które są leczone szpitalnie lub klinicznie, około 40 – 80% utrzymuje normalną masę ciała w przeciągu 2 do 10 lat po pierwszej diagnozie, wiele kontynuuje nieprawidłowe nawyki przez długi okres, a połowa z pierwotni zdiagnozowanych nie wraca do normalnego odżywiania się, Około 13 do 50% anorektyczek nie odzyskuje menstruacji, a 60% tych, które kontynuują nieprawidłowe odżywianie i utrzymują niską masę ciała, pozornie wracają do normalnego życia. Anoreksja prowadzi do śmiertelnego zagłodzenia się w około 2 do 16%. Niskie rokowania są skorelowane z późnym wiekiem rozpoczęcia choroby, dłuższym czasem jej przebiegu do momentu podjęcia leczenia oraz z zaburzonymi relacjami w rodzinie (Gilbert, 1993).

## ŻARŁOCZNOŚĆ PSYCHICZNA

Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa) po raz pierwszy została opisana przez Geralda Russella w 1979 roku, który zwrócił uwagę na nietypową grupę pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętem, które nie wykazywały obniżonej masy ciała. Cechą charakterystyczną tych młodych kobiet były okresy niekontrolowanego objadania się, przeplatane głodem. Podobnie do anorektyczek, pacjentki te wykazywały silny lęk przed przytyciem, co zmuszało je do prowokowania wymiotów i stosowania środków przeczyszczających w celu kontroli masy ciała.

W literaturze naukowej wciąż istnieją kontrowersje w aspekcie natury bulimii. Jednym z problemów wciąż dyskutowanych jest problem definiowania charakterystycznej cechy przypisywanej bulimiczkom, a mianowicie wilczego apetytu. Najczęściej za wilczy apetyt w przebiegu bulimii uważa się jedzenie w sposób niekontrolowany, ponad uczucie głodu, kiedy osoba spożywa znacznie więcej aniżeli potrzebuje, czasami więcej niż jest z stanie przyjąć, co wywołuje u niej znaczące poczucie winy (Gilbert, 1993). Kłopotu z definiowaniem tego terminu następuje fakt, iż w normalnej populacji „wilczy apetyt” zdarza się okazjonalnie, np. przy uroczystościach, lub gdy ktoś próbuje potraw nieznanych, a niezwykle smakowitych itp. Ponadto dla jednej osoby objadaniem się będzie spożycie znacznego posiłku, dla innej małego, ale wysoce kalorycznego. Żadne z tego typu objadania się nie będzie definiowane jako zaburzone.

Od 1987 roku, kiedy uzyskano kompromis w stanowiskach psychiatrów amerykańskich i brytyjskich co do natury bulimii, rozpoznanie żarłoczności psychicznej opiera się o pięć kryteriów (APA, 2000):

- nawracające epizody objadania się (wilczego apetytu);
- doświadczanie utraty kontroli nad ilością i jakością spożywanego pokarmu w czasie objadania się;
- utrzymywanie masy ciała przez prowokowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających, diuretyków, lub/i stosowanie restrykcyjnych diet, głodzenia się lub/i wyczerpujących ćwiczeń fizycznych;
- minimum dwa epizody wilczego apetytu w przeciągu ostatnich trzech miesięcy;
- nadmierne koncentrowanie się na własnej masie ciała i sylwetce.

Typowo bulimiczka rozpoczyna dzień od niejedzenia w ogóle lub bardzo niewielkiej ilości, następnie „robi sobie dobrze” w porze obiadowej spożywając jogurt lub jabłko, po czym następuje eskalacja głodu zaspokajana zjedaniem kilku posiłków na raz lub kilku porcji produktów, zazwyczaj bogatych w węglowodany, tłuszcze, wysokokalorycznych, jak np. opakowania ciastek, czekolad, innych słodczy, itp.

Bulimiczki zazwyczaj spożywają posiłki w ukryciu, ukrywając swój problem przed innymi ludźmi. Nie spożywają typowych potraw i mają problemy z rozpoznaniem nasycenia. Objadanie kończy się dopiero wówczas, gdy bulimiczka odczuwa znaczny dyskomfort związany z przepełnieniem żołądka. Wiąże się to ze znacznym poczuciem winy i nasileniem lęku przed otyłością. Dni wilczego apetytu zastępowane są kilkoma dniami ścisłej diety, niejednokrotnie też ze stosowaniem całkowitego niejedzenia.

Fairburn i Beglin (1990) oceniają, że najczęściej bulimiczkami są kobiety w wieku od 18 do 34 lat, a schorzenie rozpoczyna się pomiędzy 16 i 18 rokiem życia, zazwyczaj po okresie stosowania restrykcyjnej diety odchudzającej i utraty masy ciała. Rozpoznanie i podjęcie leczenia następuje od 1 do 5 lat po inicjacji choroby. Ocena stopnia występowania bulimii w populacji zachodniej daje bardzo szeroki zakres od 1% do 20% młodych kobiet, jednakże przy zastosowaniu restrykcyjnych kryteriów różni autorzy są zdania, że bulimia występuje z częstotliwością 1%. Niewiele jest danych dotyczących bulimii u mężczyzn i chłopców. Carlat i Carmago (1991) dokonali przeglądu literatury i ocenili, że schorzenie to występuje u ok. 0,2% chłopców i młodych mężczyzn, co stanowi ok. 10-15% cierpiących na bulimię.

Uważa się, że traktowanie bulimii jako progresu anoreksji jest błędne, a jedynie jedna czwarta cierpiących miała w przeszłości epizody anoreksji, a 30-40% bulimiczek była otyłych. Niektóre z bulimiczek mają równoległe problemy alkoholowe, wykazują kleptomanię w zakresie żywności, ale również innych dóbr, cierpią na kompulsywne zachowania autodestrukcyjne, jak cięcie się nożem oraz podejmują próby samobójcze. Ta grupa bulimiczek cierpi również na zaburzenia osobowości skupiane na zachowaniach autodestrukcyjnych z utratą kontroli nad własnym życiem (Gilbert, 1993).

Bulimiczki wykazują rozliczne objawy ze strony organizmu. Jednym z pierwszych rozpoznawanych są kłopoty ze szklivem i postępująca próchnica. Kwaśny sok żołądkowy, dostający się do jamy ustnej z prowokowanymi wymiotami narusza strukturę szkliwia i inicjuje psucie się zębów. Częste wymioty są również powodem zaburzeń elektrolitowych,

nadmiernej utraty potasu, sodu, chloru, co powoduje osłabienie mięśni, niekontrolowane skurcze, a także bóle głowy. U wielu bulimiczek dochodzi do permanentnego zmęczenia, tendencji do arytmii, uszkodzeń w obrębie układu wydalniczego, obrzęku ślinianek, niespecyficznych bólów.

## **ORTOREXIA NERVOSA**

Ortoreksja lub ortorexia nervosa, jest terminem sformułowanym przez Stevena Bratmana (2000), opisującym rodzaj zaburzenia związanego z żywieniem, objawiającego się wzrastającym, obsesyjnym zainteresowaniem spożywaniem „zdrowej żywności”. W wielu przypadkach takie nadmierne zainteresowanie tym zagadnieniem może prowadzić do ekstremalnych fiksacji, których efektem jest głębokie niedożywienie, a nawet śmierć.

Bratman termin ortoreksja sformułował w 1997 roku z greckich słów: „orthos”, znaczącego tyle co „właściwy”, „prawidłowy” oraz orexis – oznaczającego „apetyt”, „odżywianie”. Autor ortoreksję definiuje jako niezdrową obsesję (zaliczaną do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych) zdrowego żywienia. Cierpiący może odczuwać lęk przed żywnością przetworzoną, zawierającą tłuszcz, konserwanty i inne chemiczne dodatki, produktami pochodzenia zwierzęcego, lub innymi, które sam uważa za niezdrowe, przy czym definicja „zdrowej” i „niezdrowej” żywności nie pokrywa się ze współczesną wiedzą żywieniową, a wynika z subiektywnego przekonania ortorektyka. Brak „zdrowej” żywności uniemożliwia podmiotowi spożywanie żywności w ogóle.

Zdaniem Bratmana (2000) wychudzenie jest powszechne u ortorektyków, a obsesja w aspekcie specjalnego żywienia i restrykcyjnych diet może przerodzić się w jadłowstręt, a objawy takiej „anorektycznej ortoreksji” mogą być równie niebezpieczne jak zaburzenia związane z anoreksją nervosa, przy czym motywacje w obu jednostkach są odmienne. Podczas, gdy anorektyczka skupia się na utracie masy i zmniejszeniu rozmiaru ciała, ortorektyk dąży do odczucia czystości, zdrowia i natury.

Termin ortorexia nervosa nie jest oficjalnym terminem ujętym w międzynarodowych klasyfikacjach chorób i zaburzeń psychicznych, jest jednak szeroko stosowane przez dietetyków i praktyków zajmujących się zaburzeniami odżywiania w celu diagnozowania i postępowania z takim nietypowym zaburzeniem.

### ***Kryteria diagnostyczne ortoreksji***

Od czasów stworzenia przez Bratmana koncepcji ortoreksji wielu autorów podjęło próbę określenia kryteriów diagnostycznych dla tej jednostki chorobowej. Wszystkie one opierają się o założenia definicji zaburzenia jako choroby kompulsywno-obsesyjnej, w której podmiot nadmiernie skupia się na sprawach związanych ze zdrowym żywieniem i stosowaniem specjalnych diet oraz na innych kryteriach określających zaburzenia odżywiania. Bratman (2000) zaleca rozpoznanie ortoreksji w samoocenie pacjenta opartej o dwa dyrektywne pytania: czy bardziej obchodzi Cię zastanawianie się nad tym co jesz niż przyjemność czerpana z samej czynności jedzenia, oraz czy rodzaj pokarmu, który spożywasz izoluje cię społecznie?

### ***Objawy ortoreksji***

Ortorexia nervosa charakteryzuje niepohamowana obsesję dotyczącą zdrowego odżywiania się, prowadzi do niskiej masy ciała, wychudzenia, znacznych niedoborów pokarmowych jakościowych i ilościowych oraz może być przyczyną śmierci głodowej. Ortorektycy wykazują specyficzne uczucia związane z żywnością. Są zdania, że żywność konserwowana jest niebezpieczna i trująca, przetwarzana – nienaturalna, a żywność ekologiczna – zdrowa i naturalna. Pacjenci czują niepohamowane i niekontrolowane pożądanie jedzenia, gdy czują się zdenerwowani, podekscytowani, szczęśliwi lub winni. Analiza fizjologicznych, psychologicznych i socjokulturowych czynników inicjujących ortoreksję wskazuje na wpływ płci i wykształcenia w tym aspekcie. Częściej ortorektykami są mężczyźni oraz osoby o niskim poziomie wykształcenia (Bratman, 2000).

### **BIGOREKSJA**

Zdecydowanie nowym zaburzeniem związanym z odżywianiem, a u którego podstaw leży zaburzone postrzeganie rozmiarów własnego ciała jest bigoreksja (termin stworzony analogicznie do terminu anoreksja), nazywana również muscle dysmorphia (angielski) czy kompleksem Adonisa (Internet, 2008). Bigoreksja jest zaburzeniem, w którym cierpiący wykazują obsesyjne postrzeganie siebie jako niewystarczająco umięśnionych. Osoby te określają siebie jako wychudzonych lub zbyt małych podczas, gdy w rzeczywistości są ponadprzeciętnie muskularne. Charakterystyczne dla bigorektyków jest obsesyjne myślenie o własnej sylwetce, w szczególności muskulaturze ciała, przy czym wykazują oni selektywną uwagę skupioną na defektach własnego ciała (zbyt chudy, mały, za dużo tłuszczu w części udowej itp.). Są przeculeni na punkcie informacji dotyczących niedoskonałości ciała, a nie skupiają się na informacjach, wskazujących ich nieprawidłową ocenę swojego ciała i jego



rozmiarów. Bigoreksja wpływa na odczuwanie permanentnego smutku, który często jest powodem depresji co ma związek z brakiem satysfakcji z własnego ciała, jako dalekiego od założonych ideałów.

### ***Rozpoznanie bigoreksji***

Rozpoznanie bigoreksji opiera się o kilka kryteriów dagnostycznych:

- ciągle ocenianie swojej sylwetki w lustrze;
- porównywanie się z innymi;
- nienawidzenie swoich myśli i refleksji związanych z ciałem;
- wpadanie w panikę i odczuwanie silnego stresu, z powodu straty treningu lub porcji specjalnie przygotowanego posiłku;
- odczuwanie dyskomfortu psychicznego i odczuwanie nieszczęścia z powodu nieodpowiedniej ilości białka w dziennej racji pokarmowej, które skrzętnie obliczają;
- branie potencjalnie niebezpiecznych sterydów anabolicznych;
- zaniedbywanie pracy, przyjaźni, rodziny, jako mniej ważnych aniżeli treningi;
- przekonanie o swojej mniejszej masie ciała i mniejszej muskulaturze aniżeli innych;
- w ekstremalnych przypadkach, stosowanie iniekcji z płynów, zwiększających masę ciała i obrzęk mięśni.

Zdiagnozowanie bigoreksji powinno opierać się o wymienione kryteria uwzględniane w międzynarodowych rejestrach chorób i zaburzeń psychicznych, a nie jedynie o objaw nadmiernego zainteresowania się ćwiczeniami siłowymi. Pojawia się częściej w kulturach, w których wygląd masy muscularnej kojarzony jest z sukcesem, szczególnie u młodych ludzi. Najpowszechniej bigoreksje pojawia się i mężczyźni i rozpoczyna u późnych nastolatków. Średni wiek inicjacji choroby przypada na 19 rok życia i pojawia się u chłopców uważanych przez innych za masy muscularnych oraz często towarzyszy depresji.

### ***Etiologia bigoreksji***

Wskazuje się na kilka możliwych czynników ryzyka wpływających na powstawanie zaburzenia: doświadczenie znęcania/dokuczania w okresie szkolnym, dysharmonia w

rodzinie, dążenie do perfekcji, stres, skupianie się na estetyce, negatywny wpływ kultury masowej idealizującej muskularną sylwetkę.

U podstaw założenia poznawczego leży przekonanie, iż bigoreksja wywoływana jest przez koło dysfunkcyjnych przekonań. Zaburzone przekonanie dotyczące wewnętrznego obrazu własnego ciała rzutuje na takie właśnie manifestowanie siebie na zewnątrz, a to z kolei stanowi czynnik spustowy oceniania siebie jako obiektu mało atrakcyjnego, co z kolei pogłębia negatywną ocenę wewnętrznego obrazu własnego ciała. Podsumowując: bigorektycy nie są jedynie wrażliwi na fizyczne sygnały, ale również oceniają je jako zagrażające im. Takie przekonanie jest trudne do podważenia i prowadzi do nadinterpretacji fizycznej niedoskonałości.

Wyjaśnienie etiologii bigoreksji zgodnie z założeniem paradygmatu psychodynamicznego opiera się o przekonaniu o nierozwiązany konflikt z dzieciństwa i ekstremalnie trudnych do wyrażenia uczuć i emocji. Wypieranie emocji trudnych do okazania i przeżycia prowadzi do ekspresji zastępczej formy w postaci bardziej bezpiecznego objawu somatycznego. Powodem takiej zamiany może być próba wyrażenia ekstremalnych uczuć za pomocą „języka ciała”. Nadmierne rozbudowanie muskulatury może być traktowane jako wypieranie do nieświadomości konfliktu seksualnego lub emocjonalnego (poczucia winy lub niskiej samooceny).

Koncepcja behawioralno-poznawcza zakłada, iż odpowiedzialność za bigoreksję ponoszą nakładające się czynniki takie, jak: środowisko kulturowe, predyspozycje biologiczne, psychologiczne oraz doświadczenia z wczesnego dzieciństwa. Czynniki kulturowe manifestują się wyolbrzymionym naciskiem na wygląd zewnętrzny, siłę fizyczną i atrakcyjność. Bigorektycy porównują się z innymi i nawet niewielkie odstępstwa od ideału są postrzegane przez nich jako ekstremalne i wywołują paniczny lęk.

## **METODY LECZENIA ZABURZEN ODŻYWIANIA**

### ***Hospitalizacja***

Postępowanie medyczne w anoreksji związane jest z leczeniem szpitalnym, łóżkowym. Poziom masy ciała, przy którym zalecane jest leczenie szpitalne jest różny w różnych ośrodkach opieki zdrowotnej. Najczęściej postępowanie szpitalne opiera się o podawanie chorym wysokokalorycznej diety, zawierającej od 1600 do 5500 kcal dziennie. W niektórych ośrodkach praktykuje się dużą dozę swobody w powrocie do należytnej masy ciała,

zwiększając ilość energii w pożywieniu indywidualnie zgodnie z wymaganiami pacjenta i stopniem deficytu masy. W przypadku niskiej masy ciała i wygłodzenia stosuje się żywienie przez wglębnik oraz hiperalimentację, co przyspiesza przyrost masy ciała przeciętnie od 5 do 12 kg aniżeli w żywieniu klasycznym. Procedury te są jednak bardzo obciążające i zalecane jedynie w skrajnych przypadkach.

Postępowanie szpitalne w bulimii zależy w głównej mierze od stanu chorego i w przeważającej liczbie przypadków wystarczy leczenie ambulatoryjne. Hospitalizacje stosuje się jedynie dla szybkiego unormowania stanu chorego w bezpiecznych warunkach oddziałów oraz w celu wykształcenia odpowiednich prawidłowych nawyków związanych z odżywianiem, a także rozchwianiem emocjonalnym. Dalsze leczenie przebiega w warunkach ambulatoryjnych.

### *Zmiana zachowań jako element leczenia szpitalnego*

Rozumiejąc, że zmiana zachowań u anorektyczek powodująca przybieranie na wadze jest kluczowym punktem terapii, wiele ośrodków medycznych, równoległe z leczeniem szpitalnym wprowadza w tej grupie pacjentów terapię behawioralną mającą na celu zmianę nastawienia do odżywiania, spowodowanie spożywania posiłków, a w konsekwencji, wzrost masy ciała. Pacjenci podlegający programom behawioralnym są nagradzani za przybieranie na wadze lub za spożywanie większej ilości pożywienia. Wynik takiego postępowania jest często podobny do postępowania czysto medycznego, jednakże niesie za sobą kilka problemów. Po pierwsze, terapia ta nie jest terapią w swojej postaci terapią behawioralną w „czystej” formie, a więc nie zawiera elementu utrwalania nawyku i uczenia się go, co może prowadzić do nawrotu nie-jedzenia poza szpitalem, a po drugie pacjent przybiera na wadze jedynie w odpowiedzi na pobyt w szpitalu, a nie na nabywanie przywilejów, jak pozwolenie na odwiedziny, telefony, itd. Terapia behawioralna tego typu więc, nie może istnieć bez zwyczajowego postępowania medycznego, gdyż jest możliwe, że pacjent zgadza się na przybieranie na wadze tak szybko jak to jest możliwe w celu jak najszybszego opuszczenia szpitala. Z tego powodu, konieczna jest pełna psychoterapia zaburzeń odżywiania rozpoczęta na oddziale, a kontynuowana po jego opuszczeniu.

### *Postępowanie farmakologiczne*

Postępowanie farmakologiczne koncentruje się na trzech aspektach: leki, które będą wzmagaly apetyt wpływając na zwiększenie spożycia żywności oraz przyrost masy ciała; leki,

wpływające na poprawę zdrowia fizycznego pacjenta, zaniedbanego w wyniku długotrwałych stanów niedoborów pokarmowych i wyniszczenia głodowego organizmu, oraz leki, wpływające na towarzyszące pacjentowi stany psychiczne. Należy zaznaczyć, iż leczenie farmakologiczne zaburzeń odżywiania w wielu przypadkach jest nieskuteczne. Podawanie leków antydepresyjnych anorektyczkom w wielu przypadkach nie łączyło się ze znaczącą odpowiedzią na lek, a więc nie miało wpływu. Z drugiej strony, podawanie placebo bulimiczkom wpływało na poprawę ich nastroju, choć nie dotyczyło to formy depresyjnej bulimii (Walsch, 1991). Nie ma znaczących dowodów, aby leczenie farmakologiczne wpływało na postrzeganie przez pacjentów z zaburzeniami odżywiania własnego rozmiaru i kształtu ciała.

### ***Postępowanie psychologiczne***

Wiele ośrodków medycznych, zajmujących się leczeniem zaburzeń odżywiania, prowadzi różne formy interwencji psychologicznej jako jedynej formy leczenia lub jako elementu wspomagającego postępowanie medyczne. Tradycyjnie psychologiczne formy terapii zaburzeń odżywiania opierały się o paradygmat psychodynamiczny. Oznaczało to, iż problemy wskazywane przez pacjentów rozpatrywane były w kategoriach ich doświadczeń z okresu dzieciństwa, w tym relacji z rodzicami oraz innymi osobami znaczącymi, a element leczący skupiał się na zrozumieniu i rozwikłaniu tych wczesnych doświadczeń, a w szczególności uświadomieniu tych, które utrzymywane są w niepamięci. Dodatkowo, pacjent dostawał informacje na temat swojej choroby w oparciu o idiosynkratyczny взгляд dokonywany przez wyszkolony personel medyczny, którego ważnym elementem była opieka pielęgniarska oraz atmosfera zaufania (Garfinkel i Garner, 1983, 1987).

### ***Terapia rodzinna***

Biorąc pod uwagę, że osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania, jak wskazywano w powyższych akapitach, charakteryzują się nieprawidłowymi relacjami rodzinnymi, terapia rodzin jest wybierana wolicjonalnie przez młode kobiety cierpiące na anoreksję, ale też te, cierpiące na bulimię. Najpopularniejszymi metodami terapii rodzin wykorzystywanymi w terapii osób z zaburzeniami odżywiania są koncepcja rodzin psychosomatycznych Salvadore Minuchina (1974) oraz koncepcja gier rodzinnych z udziałem anorektycznej córki stworzona przez „grupę mediolańską” Selvini-Palazzoli i Viaro (1988). Obie koncepcje wywodzą się z podejścia systemowego.

Terapeutyczna koncepcja Minuchina opiera się na dążeniu do zmiany zaburzonych funkcji systemu rodzinnego w obrębie czterech podstawowych jego charakterystyk: zbytne zaangażowanie członków rodziny w swoje sprawy nawzajem (zatarcie granic wewnątrz systemu), zbytna ochrona dzieci, sztywność, czy też silne dążenie do zachowania stałości systemu (sztywne granice zewnętrzne), a także nieumiejętność rozwiązywania konfliktów. Krytycznym momentem rozwoju zaburzeń jest okres separacji dziecka od rodziny, na którą dojrzewające dziecko nie dostaje zgody. Porównywanie terapii rodzin wg Minuchina z terapią indywidualną anorektyczek wykazało znacznie większą efektywność tej pierwszej w przypadku pacjentów, u których zaburzenia odżywiania nie nabrały charakteru przewlekłego, a początek choroby przypadał przed 19tym rokiem życia. U pacjentów starszych oraz bulimicznych lepsze efekty wykazywano terapii indywidualnej (Russel i wsp., 1987).

#### *Terapia behawioralna ukierunkowana na zmianę nawyków*

W terapii behawioralnej jadłowstrętu psychicznego terapeuta stara się wziąć pod rozwagę myśli i uczucia pacjenta związane z odżywianiem i jedzeniem oraz zainicjować zmianę tych odczuć w kierunku prawidłowych i nie zaburzonych. Jedną z często stosowanych technik tego typu jest „monitorowanie przez pacjenta własnych zachowań”, gdzie chory proszony jest o zapamiętywanie myśli i uczuć związanych z jedzeniem i odżywianiem, odtwarzanie ich w obecności terapeuty, co pozwala na pomoc w zmianie tych dezadaptacyjnych przekonań na przekonania bardziej adekwatne.

Innym objawem zaburzeń odżywiania jest nieprawdziwa ocena własnej masy i kształtu ciała. Dysfunkcjonalne przekonania w obrębie tego obszaru inicjują stosowanie różnorodnych diet, które nie tylko dotyczą rodzaju spożywanego pożywienia, ale również określonego rygoru dotyczącego np. pory spożywania posiłków, ich częstotliwości itp. W takiej sytuacji ujawnia się z jednej strony coraz większy perfekcjonizm i usztywnianie się w spełnianiu wszystkich wymogów diety, niezależnie od sygnałów organizmicznych dotyczących głodu, z drugiej zaś strony nasila się fizyczna i psychologiczna deprivacja, która narasta wraz z wydłużaniem się czasu i nasileniem perfekcjonizmu. Deprivacja taka, prowadzi do obsesyjnych myśli o jedzeniu i coraz większej pokusy zjedzenia czegoś innego niż zalecona dieta. W końcu dochodzi do napadowego objadania się, a podmiot traci kontrolę na ilością i jakością spożywanego pożywienia. Następnie pojawia się lęk przed przytyciem i wyrzuty sumienia, które prowadzą do następnych okresów rygorystycznej diety lub zaniechania jedzenia w ogóle. Taki mechanizm błędnego koła podtrzymywany jest również

stosowaniem zachowań kompensacyjnych „oczyszczających” organizm ze zbędnych kalorii (wymioty, stosowanie środków diuretycznych i przeczyszczających). Odkrycie takich sposobów „oczyszczenia” znosi zahamowania przed następnymi epizodami objadania się (Cierpiałkowska, 2007).

Model behawioralno-poznawczy zaburzeń odżywiania koncentruje się na rekonstrukcji przekonań pacjentów dotyczących własnej wartości oraz zakłada normalizację zachowań żywieniowych. Najpopularniejsze postępowanie tego typu stworzył Fairburn (1981, 2006), który swoją terapię oparł na trzech etapach. Pierwszy etap ma charakter edukacyjny, gdzie pacjenci zachęceni do czytania odpowiedniej literatury zapoznają się z prawidłowymi zachowaniami żywieniowymi i tworzą własny, stabilny wzorzec regularnego odżywiania w miejsce jedzenia napadowego. Pacjenci są zachęceni do samoobserwacji. W etapie drugim pacjenta mobilizuje się do odkrycia własnych, błędnych przekonań dotyczących siebie (niskiej samooceny, znaczenia żywienia w utrzymaniu masy ciała, lęku przed otyłością), swojego błędnego koła nawyków żywieniowych i jego mechanizmu oraz mobilizuje się go do wprowadzania ich w życie. Celem etapu trzeciego jest utrwalenie zmiany i stworzenie realistycznych oczekiwań odnoszących się do przyszłości.

Techniki behawioralno-poznawcze są skuteczne w stosunku do pacjentów wykazujących długotrwale poczucie niskiej wartości oraz takich, które są wysoce zmotywowane do podjęcia leczenia. Jest ona skuteczna bardziej w stosunku do osób cierpiących na bulimie, aniżeli anoreksje, z tego powodu, iż to drugie schorzenie charakteryzuje niskie poczucie problemy czy choroby (Cierpiałkowska, 2007).

## LITERATURA

1. Abraham, S., Lewelyn – Jones, D. (2001). *Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania się*. Warszawa: Prószyński i S-ka.
2. American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV*. New York: APA Press.
3. Baranowska, B., Radzikowska, M., Wasilewska-Dziubińska, E., Rogulski, K. (1997). Zaburzenia neuroendokrynne w jądlówstręcie psychicznym. *Postępy Nauk Medycznych*, 10, 4, 3-7.
4. Bilikiewicz, A., Landowski, J., Radziwiłłowicz, P. (1999). *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa: PZWL.

5. Bowers, W.A. (2005). The Psychology of Bulimia Nervosa: A Cognitive Perspective. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews*, 1, 9-15.
6. Bratman, S., Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia nervosa- the health food eating disorders*. New York: Broadway Book.
7. Bruch, H. (1974). *Eating disorders: anorexia, obesity and the person within*. London: Routledge and Kegan Paul.
8. Carlat, D.J., Carmago, C.A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
9. Cierpiałkowska, L. (2007). *Psychopatologia*. Warszawa: Scholar.
10. Crisp, A.H. (1980). *Anorexia nervosa: let me be*. London: Academic Press.
11. Fairburn, C.G., Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.
12. Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 9355, 407-416.
13. Garfinkel, P.E., Garner, D. (1997). *Anorexia nervosa multidimensional perspective*, New York/London: Brunner/Mazel.
14. Garfinkel, P.E., Garner, D.M. (1983). *Anorexia nervosa. Recent developments in research*. New York: New York Academic Press.
15. Gilbert, S. (1993). Eating disorders. *Human Nutrition and Dietetics*, ed.: Garrow, J.S. James, W.P.T. Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, New York, Tokyo: Churchill Livingstone.
16. Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
17. Hoek, H.W., van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

18. Jablow, M.M. (2001). *Anoreksja w ujęciu historycznym. Bulimia w ujęciu historycznym. Przewodnik dla rodziców*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
19. Jarzabek, G. (2007). Socjokulturowe uwarunkowania jadłowstrętu psychicznego. *Ginekologia Praktyczna*, 1, 41-44.
20. Joško, J., Kamecka-Krupa, J. (2007). Czynniki kulturowe i społeczne predysponujące do zaburzeń odżywiania u młodzieży szkolnej w wybranych miastach województwa śląskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 88, 3, 320-326.
21. Kelly, W. (1989). *Textbook of internal medicine*, Philadelphia: Academic Press.
22. Kennedy, Meegan (2005). Victorian literature and the anorexic body. *Victorian Studies*, 47, 2, 285-286.
23. Kunkel, L.(1989). Notes for: from piety to malady the spiritual birth of anorexia, discerning the spirit, re-imagined social work. *Proceedings of The Fourth Annual Canadian Conference on Spirituality and Social Work*.
24. Lee, H.Y., Lee, E.L., Pathy, P., Chan, Y.H. (2005). Anorexia nervosa in Singapore: an eight-year retrospective study. *Singapore Medicine Journal*, 46, 6, 275–281.
25. Lee, S. (1991). Anorexia Nervosa in Hong Kong: a Chinese perspective. *Psychological Medicine*, 21, 703–711.
26. Lyon, M., Chatoor, I., Atkins, D., Silber, T., Mosimann, J., Gray, J. (1997). Testing the hypothesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents. *Adolescence*, 32, 125, 101-111.
27. Makino, M., Tsuboi, K., Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine*, 6, 3, 49-51.
28. McIvor, D. L. (2002). *Pathogenic eating behaviors and psychological risk factors of weight preoccupied college students*. Blacksburg: Virginia Tech, School of Education, PhD degree



29. Meiselman, H.L. (1996). The contextual basis for food acceptance, food choice and food intake: the food, the situation and the individual, in: *Food choice, acceptance and consumption*. London: Blackie Academic Profesional, 239-263.
30. Meyer, C., Waller, G. (2002). Dissociation and eating psychopathology: Gender differences in a nonclinical population, *International Journal of Eating Disorders*, 23, 2, 217 – 221.
31. Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families. Anorexia nervosa in context*. Harvard: Harvard University Press.
32. Morgenthaler, T.I., Silber, M.H. (2002). Amnestic sleep-related eating disorder associated with zolpidem. *Sleep Medicine*, 323–327.
33. Namirowska, L., Cichy, W. (2004). Wybrane aspekty stanu metabolicznego i psychicznego dzieci z jadłowstrętem psychicznym, *Nowiny Lekarskie*, 73, 2, 165-171.
34. Namysłowska, I. (1997). Gdy cierpi ciało i choruje dusza. *Charaktery*, 10, 12–17.
35. Namysłowska, I. (2000). Zaburzenia odżywiania - jadłowstręt psychiczny i bulimia. *Przewodnik Lekarski*, 6, 88–91.
36. Njenga, F.G., Kangethe, R.N. (2004). Anorexia nervosa in Kenya. *East African Medical Journal*, 81, 4, 188-193.
37. Nowakowska, K., Borkowska, A. (2006). Zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek. *Psychiatria*, 3, 3-6.
38. Robakowski, F. (2007). Psychobiologiczne cechy osobowości jako endofenotyp jadłowstrętu psychicznego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2, 31-36.
39. Russel, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C., Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy In anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
40. Sarol – Kulka, A., Kulka, Z. (2005). Obraz własnego ciała a seksualność kobiet z zaburzeniami odżywiania się. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14, 2, 115-122.
41. Selvini-Palazzoli, M., Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-148.

42. Silverman, J.A. (1983). R. Morton (1637-1698) - limner of anorexia nervosa: his life and times. *Journal of American Medical Association*, 250, 2830-45.
43. Simon, H., Cannistra, S.A., Huang, E., Heller, D., Shellito, P.C., Stern, T.A., Goldrosen, J., Miller, K. (2005) *Schizophrenia Report*. <http://www.well-connected.com>.
44. Slade, P.D. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 3, 167-179.
45. Staroń, K., Maruszyński, M., Maj, J., Basałyka, Z. (2005). Otyłość - niezdrowy styl życia człowieka. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin*, LX, XVI, 507-508.
46. Strzyżewska, R., Krawczyński, M., Ignas, I. (1997). Anorexia i bulimia: problemy psychosomatyczne wieku dorastania. *Nowiny Lekarskie*, 1, 84-89.
47. Śmiarowska, M., Kamiński, R., Mikołajczyk, E., Lisiecka, A., Korwin – Piotrowska, K., Samochowicz, J. (2006). Wpływ środowiska społecznego na nasilenie objawów jadłowstrętu psychicznego – badanie wstępne. *Advances of Clinical Experimental Medicine*, 15, 1, 89–95.
48. Tsai, G. (2000). Eating disorders in the Far East. *Eating and Weight Disorders*, 12, 189–197.
49. Walsh, Devlin (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, 280, 5368, 1387-1390.
50. Wang, M.C., Ho, T.F., Anderson, J.N., Sabry, Z.I. (1999). Preference for thinness in Singapore -a newly industrialized society. *Singapore Medical Journal*, 40, 502–507.
51. World Health Organization (2005). *ICD-10*. London: WHO.
52. Źródła internetowe. (2008): a) [http:// wszechnica\\_zywieniowa.sggw.pl/ web/ anoreksja.pdf](http://wszechnica_zywieniowa.sggw.pl/web/anoreksja.pdf); b) [http:// www.4woman.gov/ faq/ Easyread/ bulnervosa-etr.pdf](http://www.4woman.gov/faq/Easyread/bulnervosa-etr.pdf); c) [http:// www.beyondveg.com](http://www.beyondveg.com); d) [http:// www.jmu.edu/ healthctrohp/ wm\\_library/ Potty%20Mouth%20Article%20%20-%20Muscle % 20Dysmorphia%5B1%5D.pdf](http://www.jmu.edu/healthctrohp/wm_library/Potty%20Mouth%20Article%20%20-%20Muscle%20Dysmorphia%5B1%5D.pdf); e) [http:// www.nationaleatingdisorders.org/ nedaDir/ files/ documents/ handouts/](http://www.nationaleatingdisorders.org/nedaDir/files/documents/handouts/)

Bulimia.pdf; f) [http:// www.orthorexia.com](http://www.orthorexia.com); g) [http:// www.uhs.wisc.edu/  
display\\_story.jsp?id=314&cat\\_id=38](http://www.uhs.wisc.edu/display_story.jsp?id=314&cat_id=38)