

Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania raczej nie występują przed okresem dojrzewania. 90 do 95 % cierpiących na nie to kobiety.

Studia w tej dziedzinie w przeważającej części obejmują kobiety, o mężczyznach cierpiących na zaburzenia odżywiania jak do tej pory wiadomo niewiele, choć wiadomo, że także mogą chorować.

KLASYFIKACJA WG DSM-IV

a) Anoreksja:

- Typ ograniczający;
- Typ objadająco – przeczyszczający;

b) Bulimia:

- Typ przeczyszczający;
- Typ nieprzeczyszczający;

c) Nieokreślone zaburzenia odżywiania, w tym Napadowe objadanie się;

CHARAKTERYSTYKA

Anoreksja

Wskaźnik śmiertelności najwyższy spośród wszystkich zaburzeń psychiatrycznych – 20 % przy dłuższym czasie występowania choroby. Śmierć w wyniku konsekwencji fizycznych głodzenia się lub samobójstwa. Ciężkie przypadki powodują nieodwracalny proces obumierania mózgu.

Obraz kliniczny i kryteria diagnostyczne

Anoreksja psychiczna – jadłowstręt psychiczny, cechy wg DSM-IV:

- Intensywny lęk przed przybraniem na wadze połączony z odmową regularnego właściwego odżywiania się.
- Bezpodstawne narzekanie na nadwagę.
- Spadek ciężaru ciała poniżej 85 % należnej wagi (u osób, które rosą, o 15 % mniejszy przyrost wagi w stosunku do wzrostu).
- Niewłaściwy wpływ obrazu własnego ciała na samoocenę.
- Nieobecność co najmniej 3 kolejnych miesiączek (u miesiączkujących).

Inne cechy:

- Znaczna nadaktywność i wzorzec ostrego ograniczenia diety - typ ograniczający - albo przejadania się – typ objadająco /

przeznaczający (przy istnieniu lub braku kompulsywnego zwracania);

- Objadanie się i przeznaczenie;
- Nadmierny wpływ obrazu własnego ciała na zachowanie;
- Pacjentka zaprzecza powadze problemu, nieświadoma szoku i lęku jaki jej stan budzi u innych.

Typ ograniczający – charakterystyczne:

- Obsesyjna kontrola w życiu codziennym.
- Można dostrzec objawy obsesyjno – kompulsywne.
- Trudności w życiu społecznym, izolacja od rówieśników.

Typ przeznaczący - metody przeznaczenia:

- Wymuszone zwracanie;
- Zażywanie środków moczopędnych;
- Stosowanie lewatywy;

Bulimia

Rzadko kończy się śmiercią.

Bulimia psychiczna = żarłoczność psychiczna.

Charakterystyka wg DSM-IV

- Częste występowanie epizodów przejadania się wraz z utratą kontroli nad tym procesem.
- Niewłaściwe zachowania mające na celu powstrzymanie przybierania na wadze: stosowanie środków przeznaczących, głodzenie się, zbyt intensywne ćwiczenia fizyczne, przyjmowanie leków tarczycowych (by zintensyfikować przemianę materii).
- Oba zachowania co najmniej 2 razy w tygodniu, przeciętnie przez 3 miesiące.

Inne cechy:

- Mniej ograniczeń i zahamowań niż w przypadku anoreksji;
- Problemy z kontrolą impulsów w innych dziedzinach niż jedzenie, np. nadużywanie szkodliwych substancji.
- Nigdy nie osiąga stanu zadowolenia.
- Przytłoczona poczuciem wstydu i winy.
- Próbuje ukryć problem, walczy boleśnie i nieskutecznie by opanować impuls przejadania się.

DSM-IV typy bulimii:

- Przeczyszczający;
- Nieprzeczyszczający.

Rozróżnienie zależy od tego, czy w występującym epizodzie osoba stosowała przeczyszczające metody przybierania na wadze (inna kwestia to forsowne ćwiczenia fizyczne).

Typ przeczyszczający ma więcej problemów psychologicznych i fizycznych, np.

- Zakłócenie równowagi elektrolitycznej;
- Niedobór minerałów;
- Próchnica zębów (przez częste zwracanie kwasów żołądkowych);

Wspólna cecha anoreksji i bulimii: lęk przed utyciem.

Anoreksja z objadaniem się i przeczyszczaniem góruje nad bulimią – jeśli stwierdza się anoreksję z objadaniem się i przeczyszczaniem, to najczęściej nie stwierdza się bulimii, ponieważ anoreksja jest bardziej śmiertelna.

Nieokreślone zaburzenia odżywiania

Oprócz anoreksji psychicznej i bulimii psychicznej DSM-IV zawiera diagnozę nieokreślonego zaburzenia odżywiania – ED NOS Eating Disorder, Not Otherwise Specified.

Do tej kategorii klasyfikuje się ok. 1/3 pacjentek z anomaliami dot. jedzenia. Bardzo zróżnicowana kategoria, większość stanów to podprogowa różnorodność zjawisk wspólnych dla anoreksji psychicznej i/lub bulimii psychicznej.

Przykład: kobieta spełniająca wszelkie kryteria anoreksji psychicznej, ale wciąż miesiączkująca.

Do tej klasy zaliczamy **napadowe objadanie się** – BED, Binge-Eating Disorder.

Osoba z tym zaburzeniem przejada się w stopniu porównywalnym do bulimii psychicznej, ale nie stosuje regularnie metod kompensujących przybierania na wadze, nawet ćwiczeń.

Większość pacjentek cechuje nadwaga.

RÓŻNICE DIAGNOZOWANIA

Fakt, że ktoś nie spełnia kryteriów bulimii psychicznej lub anoreksji psychicznej, nie oznacza, że jest on wolny od zaburzeń odżywiania. Często jest współwystępowanie różnych zaburzeń, np. anorektyczki często spełniają kryteria depresji klinicznej.

Choroby współwystępujące z:

1. anoreksją:

- często zaburzenia osobowości (szczególnie przy typie ograniczającym się); zwłaszcza te z silnymi stanami lękowymi;
- nadużywanie substancji;

2. bulimią:

- depresja; a dodatkowo:
 - u samoograniczających się:
 - zaburzenia obsesyjno - kompulsywne;
 - u objadająco- przeczyszczających:
 - oznaki uogólnionego zaburzenia lekowego i fobii społecznych;
 - nadużywanie substancji.

3. napadowym objadaniem się:

jak na razie wiadomo mało na ten temat, ale przyjmuje się, że choroby występują rzadziej w połączeniu z tym zaburzeniem niż w połączeniu innymi zaburzeniami psychiatrycznymi.

**RÓŻNICUJĄCE KRYTERIA IAGNOSTYCZNE W ANOREKSJI PSYCHICZNEJ,
BULIMII PSYCHICZNEJ I NAPADOWYM OBADANIU SIĘ**

Kryterium	Anoreksja		Bulimia		Napadowe objadanie się
	Typ ograniczający	Typ objadająco - przeczyszczający	Typ przeczyszczający	Typ nieprzechyszczający	
Utrzymywanie bardzo niskiej wagi	tak	tak	nie	nie	nie
Lęk przed przybraniem na wadze	tak	tak	tak	tak	nie
Zaprzeczenie poważnemu problemowi za niskiej wagi	?	?	nie	nie	nie

Zniekształcenie obrazu własnego ciała	?	?	nie	nie	nie
Brak miesiączki	tak	tak	nie	nie	nie
Częste objadanie się	nie	?	tak	tak	tak
Częste przeczyszczanie	nie	?	tak	nie	nie
Częste stosowanie nieprzeczyszczających metod utraty wagi	tak	nie	tak	tak	nie
Poczucie braku kontroli nad objadaniem się	nie	nie	tak	tak	tak
Samoocena kształtowana pod wpływem sylwetki / wagi	?	?	tak	tak	nie

W ciągu ostatnich 40 lat wzrosła liczba zaburzeń odżywiania, zwłaszcza przypadków bulimii psychicznej. Wzrost ten jest rzeczywisty – czyli nie jest podyktowany wrażliwością i zwiększoną częstotliwością właściwej diagnozy, lecz faktycznym wzrostem liczby chorych osób.

Powody:

- Zmiana norm określających idealne rozmiary i sylwetki kobiet: kobiece krągłości stały się nieatrakcyjne i niepożądane.
- Wewnętrzne poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa są dla obecnie dorastających dziewcząt i młodych kobiet trudne do osiągnięcia – w innym wypadku osoby te nie poddałyby się tak łatwo presji i modzie na wychudzone ciało.

Zakres

W Stanach Zjednoczonych przypuszcza się, że 4 % dziewcząt w okresie dojrzewania ma lub będzie mieć problemy z odżywianiem.

OGÓLNE RYZYKO I PRZYCZYNY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Przyczyny:

a) Niezgodność obrazu własnego ciała z ideałem:

- Zasięg mediów;
- Moda na bycie na diecie;

W kulturze zachodniej i środowiskach będących pod jej wpływem panuje generalny trend idealizujący szczupłą sylwetkę u kobiet.

Prawie wszystkie przypadki zaburzeń odżywiania zaczynają się od „normalnej” diety.

Skutkiem tej presji jest rozwinięcie u dziewcząt i młodych kobiet wysoce szkodliwego i trwałego zaburzenia w ocenie własnej otyłości.

Do wszystkiego dokładają się jeszcze media, które propagują na wszelkie możliwe sposoby „idealną” sylwetkę. Dochodzi niezgodność w postrzeganiu obrazu własnego ciała z tą „idealną” sylwetką, przedstawicielki płci pięknej zaczynają wierzyć, że mężczyźni wolą szczupłe kobiety – co nie do końca jest prawdą.

Zjawisko to współwystępuje (lub jest przyczyną) ze spadkiem poczucia wartości, zazwyczaj u nastolatków.

Ciekawe: większość pacjentek z napadowym objadaniem się nie przecenia szczupłości, a mimo to dyskredytuje własne ciało.

Następuje trend: przeciętna waga (na przykładzie Amerykanek) z roku na rok rośnie, np. przez coraz większy dostęp do wysokokalorycznej żywności, natomiast przeciętna idealna waga maleje, przez co rozbieżność między sylwetką a jej „ideałem” jeszcze bardziej się rozciąga.

b) Czynniki biologiczne

Dziedziczenie – tendencje do pojawiania się problemów z odżywianiem rozwijają się w rodzinie.

Garner – teoria dot. granicy wagi

Garner mówi o teorii dotyczącej granicy wagi, która ujmuje tak:

Waga ciała opiera się zmianie. Wydaje się ona fizjologicznie oscylować wokół „granicy wagi”, czyli wagi, której ciało stara się bronić. Znaczne odchylenia od niej wywołują tysiące fizjologicznych kompensacji nastawionych na przywrócenie organizmu do stanu wyznaczonego przez tą granicę.

Dlatego każda próba znacznej utraty masy ciała i utrzymania tego stanu poniżej indywidualnej granicy może się spotkać ze sprzeciwem ze strony wewnętrznych mechanizmów homeostazy.

Fizjologiczne kompensacje to np. wzmożony apetyt. Właśnie przez to długotrwała dieta wzmacnia prawdopodobieństwo występowania okresów niepohamowanego impulsu do pochłaniania dużych ilości pokarmów wysokokalorycznych.

c) Podatność na psychopatologię

Niektórzy ludzie są bardziej podatni na rozwój dysfunkcyjnych reakcji na nieuniknione wyzwania życia.

Powody:

- dziedziczność,
- stresujące doświadczenia,
- indywidualne metody radzenia sobie z tymi doświadczeniami,
- względna skuteczność tych metod dla możliwości dalszego rozwoju.
- Wiele osób cierpiących na zaburzenia odżywiania może mieć trudności w rozwiązywaniu życiowych problemów.

Bulimia psychiczna:

Czynnik ryzyka – molestowanie seksualne w dzieciństwie.

Nie można stwierdzić, że samo molestowanie seksualne jest głównym czynnikiem powodującym w późniejszym życiu zaburzenia odżywiania, ponieważ zazwyczaj molestowanie występuje w kontekście większych patologii rodziny, które same w sobie mogą stanowić czynnik zwiększający podatność.

Bulimiczki, w porównaniu z innymi chorymi psychicznie, częściej pochodziły z rodzin alkoholików i zaniedbujących opiekę rodzicielską. Raporty o seksualnych lub fizycznych nadużyciach w dzieciństwie nie wyróżniały szczególnie bulimiczek na tle innych chorych, choć wszystkie chore doświadczały więcej nadużyć niż osoby zdrowe z grupy kontrolnej.

DYSFUNKCYJNE STYLE POZNAWCZE

Osoby z zaburzeniami odżywiania wykazują nieprawidłowy sposób myślenia i przetwarzania informacji.

Myślenie dychotomiczne – wszystko albo nic. → nieadekwatność w postrzeganiu rzeczywistości → zachowania nieadekwatne do wymagań sytuacji.

Zazwyczaj myślą dychotomicznie – wszystko albo nic. Nie zauważają normalnego stopniowania, dlatego wszystko jest dobre albo złe, piękne albo brzydkie, grube albo chude itd.

To myślenie prowadzi do nieadekwatności w postrzeganiu rzeczywistości, a to znowu do zachowania nieadekwatnego do wymagań sytuacji.

Np. anorektyczka podczas studiowania swojego wyglądu przed lustrem dostrzeże najmniejsze odchylenie od uznanego ideału jako coś obrzydliwego i świadczącego o rażącym zaniedbaniu i lenistwie.

ZAGROŻENIA I PRZYCZYNY ANOREKSJI I BULIMII

Charakterystyka osobowości anorektyczki

- Tendencja do dużego dystansu emocjonalnego i zahamowania poznawczego;
- Preferowanie rutyny, ustalonego porządku i przewidywalnego środowiska;
- Kłopoty z przystosowaniem się do zmian;
- Zwiększony konformizm i uległość wobec innych;
- Unikanie ryzyka i silne uczucie niepokoju w sytuacjach stresowych;
- Skłonności perfekcjonistyczne;
- Unikanie wszelkich nowości, intensywne nieznanych przeżyć, dokuczliwych wątpliwości i przemyśleń,
- Stronienie od bliskich więzi (szczególnie poza kręgiem bliskiej rodziny),
- Wytrwałość nawet przy braku rzeczywistej nagrody.

Cechy te są zaprzeczeniem wymagań stawianych dziewczynie wchodzącej w okres dojrzewania, konfrontowanej z normalnymi wyzwaniami życiowymi, np. podjęciem studiów.

Charakterystyka osobowości bulimiczki

Cieężko o taką, ponieważ stosunkowo niedawno odkryto uwarunkowania osobowości bulimicznej. Można jednak stwierdzić, że przedchorobowe cechy wielu pacjentek z bulimią psychiczną uznawane są za podobne do tych dot. anorektyczek. Sporą grupę bulimiczek cechuje nadmierny perfekcjonizm przejawiający się w negatywnej samoocenie – szczególnie, gdy dana osoba uważa się za zbyt otyłą.

Cecha wspólna anorektyczek i bulimiczek – lęk przed dorosłością.

WZORCE RODZINNE

Wielu specjalistów uważa, że leczenie anoreksji psychicznej powinno uwzględniać terapię rodzinną.

Anorektyczki często opisują swoje matki jako dominujące, natrętne, apodyktyczne, ambiwalentne w okazywaniu uczuć.

Jednak na spostrzeganie w ten sposób swoich matek może mieć wpływ sama choroba – co oznacza odwrotny kierunek oddziaływania.

Rodziny anorektyczki – cechy:

- Ograniczona tolerancja na dysharmonię lub napięcie psychologiczne;
- Nacisk na „właściwe” zachowanie i przestrzeganie reguł;
- Sterowanie dzieckiem przez rodziców i zniechęcanie go do dążeń autonomicznych;
- Słabe umiejętności rozwiązywania konfliktów;
- Częsty przypadek występowania w rodzinie pielęgowanej od dawna troski o szczupłą sylwetkę, dietę i dobry wygląd;

Opis powstawania anoreksji psychicznej:

Uległość i perfekcjonizm dziewczyny oznacza przystosowanie się do sztywnych reguł i kontroli ze strony rodziny, która przejawia brak tolerancji wobec wszelkich odchyłeń i dysharmonii. W tej sytuacji córce, pozbawionej wsparcia rodziców, pozostaje słabe oparcie w sobie i świecie zewnętrznym oraz ubogie środki wyrazu naturalnych dążeń do autonomii i indywidualizmu, charakterystycznych dla okresu dojrzewania. Dziewczyna buntuje się na jeden z niewielu sposobów dostępnych w rodzinie – staje się perfekcyjnym przykładem szczupłej sylwetki, właściwego zachowania i samoograniczeń. Pomija własne potrzeby – w tym zaspokajanie głodu. Utrzymuje się na tej „autonomicznej” pozycji z zaciętym uporem.

Rodzina bulimiczki – cechy:

Podobne do rodzin anorektyczek, w szczególności:

- wysokie oczekiwania rodziców,
- dieta innych członków rodziny,
- krytyczne komentarze pozostałych członków rodziny nt. sylwetki, wagi lub sposobu odżywiania się.

W 1989 r. Humphrey prześledził interakcje rodzin z osobami chorymi. Odkrył, że rodzice młodych anorektyczek komunikują się z córkami w nieprawidłowy, skomplikowany sposób, wysyłając im podwójne przekazy wyrażające jednocześnie wsparcie uczuciowe i lekceważenie dla ich prób

wyrażenia siebie, np. sugestia, że kupią jej inny prezent urodzinowy, droższy, lepszy i inny, niż ona by chciała.

Zakłóconą dynamikę rodziny, kwestionowanie autonomii córek zaobserwowano w rodzinach pacjentek z bulimią psychiczną.

Bulimiczki i anorektyczki mają wspólny problem: głęboka i ambiwalentna walka z rodzicami o autonomię i tożsamość.

LECZENIE I JEGO WYNIKI

W przypadku anoreksji porażka w terapii może prowadzić do śmierci.

Hospitalizację można przeprowadzić w celu:

- Ustabilizowania stanu chorej;
- Zwiększenia szans na jej pełny i trwały powrót do zdrowia.

Najważniejszym czynnikiem prowadzącym do wyzdrowienia jest mobilizacja chorej do zmiany.

LECZENIA ANOREKSJI PSYCHICZNEJ

Odżywieni pacjentki i przywrócenie jej wagi umożliwiającym jej przetrwanie i możliwość skorzystania z interwencji psychologicznej, która wymaga wysiłku emocjonalnego.

Często konieczna hospitalizacja – dzięki niej można całkowicie monitorować pacjentkę i odżywiać ją nawet dożylnie.

Te wysiłki zazwyczaj odnoszą sukces, bardziej wątpliwa jest zdolność pacjentki do utrzymania uzyskanego stanu.

Znamy dużo metod i założeń potencjalnie użytecznych w rozwiązywaniu problemów leżących u podstaw anoreksji, jednak powstało zbyt mało badań kontrolowanych, mających na celu wybór konkretnej metody psychospołecznej.

W bulimii skuteczna okazała się terapia poznawczo – behawioralna. Ponieważ anoreksja jest podobna do bulimii, stosuje się często tą samą metodę.

LECZENIE BULIMII PSYCHICZNEJ

Oficjalnie uznaną techniką, potwierdzoną wielokrotnymi badaniami, jest terapia poznawczo – behawioralna.

Dodatkowe studia wskazują, że terapia ta wykazuje wyższość nad terapią farmakologiczną, natomiast połączenie obu terapii daje tylko niewiele

większą skuteczność niż zastosowanie samej terapii poznawczo – behawioralnej.

Behawioralny aspekt terapii polega na znormalizowaniu wzorców odżywiania – przerwaniu przejadania się i przeczyszczania oraz nauce regularnego spożywania małych ilości pokarmu.

Poznawczy element leczenia dotyczy dysfunkcyjnych wzorców myślenia (opisane wcześniej).

Pacjentka uczy się, otrzymując rzetelne informacje, że spożywanie „złego” jedzenia nie musi koniecznie prowadzić do całkowitej utraty kontroli nad odżywianiem.

LECZENIE ZABURZEŃ NAPADOWEGO OBJADANIA SIĘ

Wiedzy na ten temat jest mało. Ponieważ większość przypadków nosi cechy zarówno anoreksji, jak i bulimii, klinicyści dostosowują odpowiednie aspekty terapii do konkretnego obrazu klinicznego prezentowanego przez pacjentkę z napadowym objadaniem się.

Pacjentki z napadowym objadaniem się mają zazwyczaj nadwagę, podlegają chaotycznym wzorcom odżywiania się, nielogiczne i sprzeczne zasady dotyczące jedzenia, cechować je może brak samodyscypliny. Wiele z nich to weteranki nieskutecznych programów dietetycznych, opartych na bezsensownych i niesprawdzonych zasadach, przez co jeszcze bardziej czują się zdezorientowane i przegrane.

Powszechnie występuje wśród nich depresja.

Bardzo pomocny jest rozważnie zaplanowany program terapii poznawczo – behawioralnej wraz z dostarczeniem informacji na temat zasad prawidłowego odżywiania się i utraty wagi.

Zaburzenia odżywiania mają charakter psychiczny, oddziałują na zdrowie fizyczne. Można je nazwać zaburzeniami impulsywnej kontroli – nadmiernej u anorektyczek, niedostatecznej u bulimiczek i pacjentek z napadowym objadaniem się.

www.pedagogikaspecjalna.tripod.com

Oznaki anoreksji

- spożywanie tylko "bezpiecznych" artykułów żywnościowych, o niskiej zawartości tłuszczu i kalorii.
- ujawnianie dziwacznych rytuałów podczas jedzenia, takich jak krojenie żywności na małe części lub skrupulatne odmierzanie porcji jedzenia.
- spędzanie większej ilości czasu na bawieniu się żywnością niż na jej spożywaniu.

- gotowanie i przygotowywanie posiłków dla innych bez ich spożywania.
- nadmierne ćwiczenie
- zakładanie na siebie kilku warstw odzieży w celu ukrycia utraty wagi ciała, chudej sylwetki.
- spędzanie mniejszej ilości czasu w kręgu rodziny i przyjaciół
- Stawanie się coraz bardziej społecznie odizolowanym i tajemniczym człowiekiem.

Oznaki bulimii

- stawanie się coraz bardziej tajemniczym wobec żywności i jedzenia.
- spędzanie dużej ilości czasu na myśleniu i planowaniu następnego "wielkiego żarcia" .
- powtarzające się "wycieczki do toalety" po spożyciu posiłków.
- dokonywanie kradzieży żywności lub przechowywanie jej w dziwnych miejscach.
- nadmierne jedzenie, przejadanie się.

Oznaki syndromu objadania się (ang.*BED-binge eating disorder*)

- stawanie się coraz bardziej tajemniczym wobec żywności i jedzenia.
- spędzanie dużej ilości czasu na myśleniu i planowaniu następnego "wielkiego żarcia".
- bardzo częste rozpoczynanie jedzenia w samotności.
- dokonywanie kradzieży żywności lub przechowywanie jej w dziwnych miejscach.
- nadmierne jedzenie, przejadanie się.
- doprowadzenie do nadwagi
- stawanie się coraz bardziej społecznie odizolowanym, nieodczuwanie potrzeby wyjścia np. na miasto z rodziną lub przyjaciółmi

Sławne osoby walczące z zaburzeniami odżywiania:

Księżna Diana;
Calista Flockhart – Ally McBeal;
Alanis Morissette;
Lindsay Lohan;
Nicole Richie;
Ewa Minge;
Mary-Kate Olsen;
Jane Fonda;