

## ***Temat: „ Anoreksja u dzieci i młodzieży ”***

Nieprawidłowe odżywianie się przez dzieci i młodzież jest coraz częstszym problemem współczesnego świata. Ma o wiele bardziej poważne konsekwencje niż u osób dorosłych. Jest to skutek niezakończonego jeszcze rozwoju biologicznego, emocjonalnego, intelektualnego oraz społecznego. Narastającym problemem dotyczącym natury psychologicznej, biologicznej oraz społecznej jest anoreksja.

Anoreksja jest chorobą duszy, a dopiero w następnej kolejności ciała. Jest to choroba wywoływana negatywnym stosunkiem chorego do samego siebie, który nie pojawia się nagle, ale jest pielęgnowany przez otoczenie chorego i niego samego.

### **1.1. Pojęcie anoreksji**

Anoreksja, czyli jadłowstręt psychiczny, charakteryzuje się fałszywą oceną własnego ciała, prowadzącą do głodzenia się. Chorują na nią osoby w różnym wieku i z różnych środowisk. Chorzy na anoreksję nie muszą być bardzo chudzi, zaburzenia łaknienia zaczynają się znacznie wcześniej, gdy mimo iż osoba posiada normalną masę ciała, uważa się za grubą i coraz bardziej zmniejsza przyjmowanie pokarmu.

Zwykle zaczyna się niewinnie. W końcu nikogo nie dziwi fakt, że młoda dziewczyna się odchudza. Jeżeli jednak chęć schudnięcia zaczyna dominować w codziennym życiu i wyznacza wszelkie granice, wówczas jest to niepokojący sygnał.

Młode dziewczęta w okresie dojrzewania nie zawsze akceptują swoje nowe, kobiece kształty i próbują się odchudzać: najpierw ograniczają kalorie, później eliminują kolejne potrawy. Wreszcie do życia wystarcza im 300 kcal. Jedzenie pozostaje wciąż w centrum ich zainteresowania. Uprawiają sporty w celu spalenia nawet tej minimalnej ilości kalorii. Dziewczęta dotknięte tą chorobą zazwyczaj są ambitne, posłuszne, uważane za wzorowe córki.

Niektórzy psychiatrzy uważają, że jedzenie staje się dla nich jedyną sferą życia, którą mogą same kontrolować. Chore cierpiące na anoreksję nieustannie się głodzą, co powoduje spadek masy ich ciała. Mimo znacznego wyniszczenia niektóre nadal są przekonane o własnej nadwadze. Niekiedy chore z pedanterią przygotowują własne jedzenie.

Sposób, w jaki nastolatki widzą swoje ciało, ma olbrzymie znaczenie dla ich samopoczucia psychicznego,

Anoreksja cechuje:

- a) chorobliwy strach przed otyłością - objawia się nadmierną wrażliwością na punkcie swojej tuszy, lękiem przed utyciem oraz utratą kontroli nad tym, ile i co się je. Większość chorych w dużym stopniu ogranicza ilość spożywanych pokarmów, szczególnie zawierających węglowodany ( słodycze, pieczywo, cukier ) oraz tłuszcze. Niektóre osoby stosują dodatkowe metody redukcji wagi, takiej jak: forsowna gimnastyka, wywoływanie wymiotów, stosowanie środków odwadniających oraz przeczyszczających.
- b) znaczna utrata wagi - warto zauważyć, iż nagły spadek wagi nie jest spowodowany żadną chorobą (np. choroba nowotworowa ), fizyczną
- c) brak miesiączki - jest bardzo często wymienianą cechą w anoreksji psychicznej. U dziewcząt występuje wtórny brak okresu. Może nastąpić we wczesnej fazie choroby, zanim pacjentka straci znacznie na wadze.

Szybkie rozpoznanie anoreksji znacznie zwiększa szanse jej wyleczenia. Dużą rolę odgrywają nauczyciele i wychowawcy. To oni spędzają z młodzieżą dużo czasu, dzięki czemu mogą dostrzec niepokojące zmiany, łatwiej zachowują dystans emocjonalny w stosunku do uczniów, co nie zawsze udaje się rodzicom. Widoczną oznaką jest spadek wagi ciała mimo wprawy w ukrywaniu tego pod warstwami ubrań. Według chorych przyczyną chudnięcia jest otyłość, bądź pytane twierdzą że wcale nie chudną. Taka postawa jest jedną z cech tej choroby. Nauczyciele powinni zaniepokoić pewne zachowania: nagłe kłopoty z nauką, pogorszenie ocen, wyraźne przemęczenie i zasypianie na lekcjach, izolowanie się od grupy rówieśniczej, drażliwość i zmienne nastroje. Nauczyciele powinni zwrócić na to uwagę i poinformować rodziców o problemie oraz wspólnie próbować go rozwiązać. Dosyć znanym zjawiskiem w szkole jest rywalizacja dziewcząt o popularność w klasie, najlepszy wygląd.

Młode dziewczęta pragną mieć najlepszą sylwetkę, a odchudzanie jest w ich mniemaniu największym sprzymierzeńcem. Stosują coraz to drastyczniejsze diety, co przyczynia się do wystąpienia zaburzeń odżywiania. Warto we właściwym momencie powstrzymać to zjawisko, bowiem po pewnym czasie przerwanie takiego błędnego koła może okazać się niemożliwe. Zwłaszcza, że dziewczęta są bardzo

„przywiązane” do swojej choroby, ponieważ daje ona im poczucie siły - czują się odpowiedzialne za siebie. Samoocena rośnie, ponieważ przestrzegają surowych zasad, które sobie narzuciły: ilość ćwiczeń dziennie, ścisły limit spożywanych kalorii, jedzenie wybranych potraw. Kluczową sprawą jest rozumienie własnych uczuć i stosunków panujących w rodzinie. Kiedy zaczynamy je rozumieć, widzimy także inne metody ich rozwiązywania.

Nie jest trudnym zauważenie, że z osobami z naszego otoczenia dzieje się coś niedobrego. U osoby chorej na jadłowstręt psychiczny możemy dopatrzeć się następujących zachowań: nagle zaczyna się intensywnie odchudzać, dużo mówi o jedzeniu, je mało i niechętnie, dobrze orientuje się ile kalorii mają różne produkty, intensywnie uprawia sporty, nakłada albo bardzo obcisłe albo bardzo luźne ubrania, po zrzuconiu wagi nadal się odchudza, unika produktów wysokokalorycznych, chętnie przygotowuje dla domowników potrawy, których jednak sama nie je, nie mówi o własnych uczuciach i lękach, kiedy zaprasza się ją do posiłku prawie zawsze mówi: „przed chwilą jadłam”, nie je z apetytem, obserwując jej ruchy ma się wrażenie, że je, ale po pewnym czasie okazuje się, że jedzenie nie zostało praktycznie przez nią ruszone.

Warto zauważyć, że osoby chore na jadłowstręt psychiczny postrzegają jedzenie jako coś: złego, brudnego, zagrażającego, wstrętne, często żywego. Jedzenie jest kojarzone z odpadkami, moczem, śmieciami. Istotnym jest fakt, że dzielą pokarmy na „brudne” (masło, olej, mięso) oraz na „czyste” (mleko, owoce, warzywa). Osoby chore często rozcierają pokarm twierdząc, że dzięki temu będzie czystszy.

Fakty dotyczące zaburzeń w odżywianiu się:

- szacuje się, że anoreksja i bulimia dotyczą około pięciu procent populacji kobiet w Ameryce Północnej i w Europie Zachodniej
- od sześciu do ośmiu milionów ludzi w Ameryce cierpi z powodu anoreksji; 90 procent z nich stanowią kobiety
- od pięciu do dwudziestu procent młodych, amerykańskich kobiet przejawia przynajmniej jeden symptom zaburzeń w odżywianiu się
- dwanaście procent kobiet pomiędzy osiemnastym a dwudziestym drugim rokiem życia cierpi z powodu zaburzeń w odżywianiu się
- dziewczęta w szkole średniej podlegają największemu ryzyku anoreksji

- od sześciu do dziesięciu procent cierpiących na anoreksję umiera z głodu
- szacuje się, że od dwóch do pięciu procent osób cierpiących na anoreksję popełnia samobójstwo.

Oprócz specyficznych zaburzeń jedzenia (anorexia nervosa, bulimia nervosa) współcześnie wyróżniamy także jednostkę zwaną *niespecyficzne zaburzenia jedzenia* – niesklasyfikowane zaburzenia jedzenia. Cechuje je chaotyczność w zaspakajaniu głodu, waga w normie co do wzrostu i wieku oraz nie obserwuje się zaniku miesiączkowania..

Syndrom gotowości anorektycznej ma związek ze skłonnością dojrzewających dziewcząt do reagowania głodówkami, które są spowodowane niewłaściwymi relacjami w rodzinie, dużą potrzebą rywalizacji perfekcjonizmu. W ramach jednostki anorexia nervosa wprowadzić można rozróżnienie: zaburzenie łaknienia, u którego podstawy leży lęk przed nadmiernym przyrostem tkanki tłuszczowej.. U mężczyzn widoczna jest obawa przed wzrostem wagi, (dyslipophobia), natomiast u kobiet – niepokój przed nadmiernym przyrostem tkanki tłuszczowej (FAT phobia).

Ludzie cierpiący z powodu zaburzeń w odżywianiu się to zazwyczaj osoby inteligentne, dobrze wychowane, wręcz perfekcyjne. W swoim społeczeństwie uważane za całkiem zdrowe, radzące sobie z największymi problemami. Większość psychologów uważa, że młodzi ludzie cierpiący z powodu zaburzeń w odżywianiu się nie dojrżeli psychicznie i anoreksja jest środkiem społecznego lub psychicznego unikania odpowiedzialności, co ma sprzyjać opiece nad nimi i traktowaniu ich jak dzieci.

## **1.2. Objawy anoreksji i jej przebieg**

Początek choroby zwykle jest skryty, działa według określonego schematu: stosowanie diety, zbieranie informacji o kaloryczności produktów, walka z potrzebą jedzenia. Następnie po każdym posiłku chorych dręczą coraz większe wyrzuty sumienia oraz uciążliwe uczucie.

Objawy jadłowstrętu psychicznego różnią się w zależności od metod odchudzania stosowanych przez chorą osobę. Pierwsze objawy widoczne dla otoczenia to utrata przez osobę tkanki tłuszczowej. Na ogół ma zimne dłonie oraz stopy, które bardzo często są sinego koloru.

Na klatce piersiowej pojawia się bardzo nieprzyjemne owłosienie tzw. *lanugo*, które znika dopiero wówczas, gdy chory wraca do normalnego spożywania posiłków. Widocznym i bardzo niemiłym objawem szczególnie dla pań jest utrata włosów.

Na początku zaczynają się łamać, z czasem przeradza się to w wypadanie.

Dziwnym objawem jest zjawisko zmiany zabarwienia skóry zwane hiperkarotinią. Osoby odmawiające sobie jedzenia z czasem stają się żółte.

Oprócz zmian wizualnych występują liczne, inne bardzo niebezpieczne objawy anoreksji, są nimi: hipoglikemia, niskie i nieregularne tętno, niskie ciśnienie krwi, mniejsza wydolność serca, zawroty głowy, niezdolność do poprawnego odbierania informacji płynących z własnego organizmu. Jednym z pierwszym symptomów czasem uprzedzającym spadek wagi jest ustanie miesiączek.

Nie brakuje także objawów dotyczących psychiki: ciągłe liczenie kalorii produktów, zaburzona identyfikacja z własną płcią, wiekiem, seksualnością. Bardzo często osoby chore doświadczają zachowań kompulsywnych (nadmierne obmywanie ciała, porządkowanie, intensywne ćwiczenia po spożyciu posiłku). Objawem psychicznym rozpoczęcia choroby mogą być początki depresji (myśli samobójcze, bezsenność), lekceważenie skutków spadku wagi, brak kontaktu między intelektem, emocjami a działaniem nieadekwatnym spostrzegania obrazu własnego ciała. Z kolei objawy, które mają powiązanie z drugim człowiekiem to przygotowywanie dużej ilości posiłków dla innych, limitowanie jedzenia dla siebie, tendencje do gromadzenia, ukrywania i wyrzucania jedzenia, samotne spożywanie posiłków.

Przebieg choroby jest różny, jednak zazwyczaj anorexia nervosa rozpoczyna się od odchudzania. W początkowej fazie chore podejmują różnorakie diety, ograniczając słodkie, oraz inne wysokokaloryczne produkty. Spadek wagi ciała osiągają jednak przez rygorystyczne ograniczenie jedzenia. Myśl o jedzeniu staje się dla nich obsesyjnym problemem pojawiającym się nawet kilkadziesiąt razy dziennie. Najprościej przebieg choroby można określić jako bardzo ciężki, o przewlekłej formie.

Najczęściej w literaturze możemy spotkać następujący przebieg jadłowstrętu psychicznego:

- faza euforii – bardzo dobry nastrój, wzmożona aktywność fizyczna oraz umysłowa, stopniowe ograniczenie pokarmu, intensywne uprawianie sportu.
- faza wyższości moralnej – poczucie przewagi nad rówieśnikami, strach przed przytyciem, przestrzeganie ustalonych reguł dotyczących odżywiania.

- faza lekceważenia objawów choroby – niedopuszczanie do siebie myśli dotyczącej choroby, niedostrzeganie konieczności zmiany żywienia, oraz sposobów obniżania masy ciała.
- faza obsesji – objawiająca się ciągłym myśleniem o jedzeniu, swojej wadze, inne zachowania kompulsywne.
- faza abulii – brak sił, ciągłe zmęczenie, trudności w wykonywaniu podstawowych obowiązków, oraz podejmowaniu decyzji.
- faza depresji – niepokój, brak chęci życia, przerażenie, ciągła walka z samym sobą, całkowita utrata kontroli nad sferą żywienia.

W przebiegu anoreksji dochodzi nie tylko do znaczących zmian w organizmie, ale także w psychice. W zależności od tego ile trwa choroba, jak duży jest spadek masy ciała, pojawiają się kolejne następstwa. Istotny jest także fakt, że wyleczenie anoreksji nie powoduje odwrócenia wszystkich negatywnych skutków. Część z nich to trwałe skutki głodówki, które pozostaną przez całe życie.

### **1.3. Przyczyny anoreksji**

Problem jadłowstrętu psychicznego jest zagadnieniem złożonym, bez jednej ściśle uznanej przyczyny.

Rodzina odgrywa bardzo ważną rolę w powstawaniu anoreksji, jest jednym z jej głównych źródeł. Dlatego też nie można wykluczyć jej związku z powstawaniem jadłowstrętu psychicznego.

Anorektyczki opisują swoje matki jako apodyktyczne, ambiwalentne w okazywaniu uczuć, o wygórowanych wymaganiach wobec dzieci. Osoby z zaburzeniem jadłowstrętu psychicznego często wspominają o trosce o szczupłą sylwetkę, wygląd zewnętrzny, który ma duże znaczenie w ich rodzinach.

Nie należy pominąć nadmiernego znaczenia przypisywanego posiłkom, na przykład traktowanie jedzenia jako kary bądź nagrody za zachowania dziecka.

Istotną rolę odgrywają relację rodzice-dzieci (nadopiekuńczość, ignorowanie dzieci), relacje między małżonkami (manipulacje dzieckiem, wikłanie go w problemy małżeńskie), co powoduje nasilenie zachowań mających na celu zwrócenie na siebie uwagi oraz uzyskanie kontroli nad własnym życiem i sobą samym.

Najbardziej widocznymi przyczynami zachorowań są: społeczeństwo oraz współczesna kultura.

W okresie dojrzewania dochodzi do zmian fizycznych, poznawczych i społecznych młodych ludzi. Zmiana kształtu sylwetki, przyrost masy ciała przyczyniają się do zmartwień młodzieży. Dla wielu osób szczupłe, wysportowane ciało jest środkiem do zdobycia sympatii i popularności. W czasie dojrzewania mają początek zachowania seksualne i zmiany hormonalne czy infantylnizm psychiczny. Młodzież ulega presji grupy rówieśniczej, podejmuje nowe role społeczne, wchodzi w konflikty z rodzicami.

Czynniki psychologiczne niejako wiążą się z czynnikami okresu adolescencji. Ma to związek z odrzuceniem własnej seksualności i niechęcią do podjęcia współżycia płciowego. Przyczyną powstania jadłowstrętu psychicznego mogą być także postawy lękowe, indywidualny poziom odporności w sytuacjach trudnych, wzmożona nieśmiałość, próba stworzenia niezależnej tożsamości oraz odrzucenie tradycyjnej roli kobiety.

Podłoża anoreksji można szukać wszędzie. W kontaktach ze społeczeństwem, negatywnych związkach z rodzicami, rówieśnikami. Nieumiejętność radzenia sobie z problemami, brak akceptacji, czy też nadmierne wymagania stosowane wobec chorego przez społeczeństwo lub niego samego.

Warto zauważyć, że anoreksja może mieć powiązanie z chęcią bycia kimś lepszym. Często młoda dziewczyna zafascynowana światem mody podejmuje głodówkę chcąc upodobnić się do ulubionej modelki i trafić na wybiegi. Trudno jest jej znaleźć lepsze rozwiązanie, gdzie nawet najważniejsze osoby w państwie mówią o swoich dietach czy kolejnym odchudzaniu. Anoreksja dotyka nie tylko „zwykłych” ludzi, ale i światowe sławy. Przykładem może być amerykańska piosenkarka Caren Carpenter, która z powodu powikłań związanych z anoreksją zmarła na atak serca, który był bezpośrednią przyczyną zgonu.

Nie ulega wątpleniowi fakt, iż w kulturze zachodniej oraz innych będących pod jej wpływem, panuje trend społeczno-kulturowy idealizujący szczupłą sylwetkę. Kobiety w niewłaściwy sposób postrzegają obraz własnego ciała z idealną sylwetką propagowaną przez media. Przez ideał występujący w kolorowych czasopismach oraz na szklanym ekranie „płeć piękna” często wpada w sieć stereotypu iż mężczyźni wolą

chude kobiety, co w rzeczywistości odbiega od prawdy. Projektanci mody mają również bardzo duże wymagania, zgodnie z którymi kobiety noszące rozmiar powyżej 36 są za grube, aby występować na pokazach. Ciekawym przykładem idealnej figury według „Playboya”, kandydatki Miss Ameryki czy też innych medialnie znaczących producentów jest sylwetka i kształt lalki Barbie. Oznacza to w przybliżeniu wymiary kobiety osiągającej proporcje 220cm wzrostu, utrata w talii 25cm oraz przybranie 30cm w obwodzie biustu.

Budujące jest, że model kościstej kobiety powoli wychodzi z użycia. Świadczą o tym ostatnio emitowane reklamy ukazujące kobiety o przeciętnej wadze, które w ten sposób ostrzegają przed groźącymi niebezpieczeństwami nieregularnego spożywania posiłków, bądź ich całkowitym brakiem. To pierwszy krok do zmniejszenia zachorowalności na anoreksję.

#### **1.4. Leczenie anoreksji – rokowania i formy terapii**

Każde leczenie problemu opiera się na wskazówkach udzielanych przez profesjonalistów, mających na celu pomóc pacjentowi dokonać bardzo trudnego zadania przemiany siebie i dotychczasowego życia. Znalezienie pomocy z pewnością nie jest łatwe. Jest ono o wiele trudniejsze niż samo zauważenie problemu, sięgnięcie po książkę telefoniczną, wykręcenie numeru i otrzymanie w tym samym momencie pomocy. Z pewnością istnieje bardzo wiele powodów, dla których anorektyczki zgłaszają się do lekarza. Może to być: chęć zadowolenia kogoś ważnego dla chorej, przymus z powodu koniecznej hospitalizacji, czy też dojście do takiego etapu, kiedy chory potrzebuje pomocy by zrozumieć i pokonać zaburzenie.

Do głównych celów w leczeniu jadłowstrętu psychicznego zalicza się: powrót do prawidłowej wagi, zahamowanie i wyleczenie zaburzeń fizycznych spowodowanych chorobą. Bardzo ważne jest powstrzymanie chęci dążenia anorektyka do osiągnięcia idealnej dla niego wagi.

Najważniejszą fazą leczenia w chronicznej postaci choroby jest psychoterapia. Celem jej jest akceptacja własnego ciała, realistyczny obraz samej siebie, nawiązanie i budowanie więzi z najbliższymi. Efektem leczenia jest zrozumienie przez dziewczynę, że cierpi na zaburzenie odżywiania, co z upływem czasu może grozić jej zdrowiu czy życiu. Anorektyczka musi zrozumieć konieczność specjalistycznej pomocy oraz

wyrazić chęć zmiany dotychczasowych nawyków, przyzwyczajzeń związanych z jedzeniem.

Wyróżniamy następujące techniki leczenia jadłowstrętu psychicznego: terapia psychoanalityczna, terapia humanistyczna, terapia interpersonalna, terapia behawioralna.

- Terapia psychoanalityczna – upatruje źródeł anoreksji w nieprawidłowym rozwoju psychoseksualnym. Chory ma możliwość przystąpienia do psychoterapii indywidualnej skierowanej na rozwój przeżyć wewnętrznych, analizę relacji z ważnymi osobami, zrozumienie własnych uczuć i emocji.

- Terapia humanistyczna – odwołuje się do analizy transakcyjnej, Gestalt, psychologii humanistycznej, inaczej nazywana terapią naprawczą. Zakłada brak emocji, nieautentyczność u pacjentów. Praca z nimi polega na nauczaniu ich brania odpowiedzialności za swoje decyzje, postawy i umiejętności wyrażania siebie. Według tej terapii można mówić o jakimkolwiek sukcesie wówczas, gdy jednostka zaczyna osiągać pełnię dojrzałości struktur swojej dojrzałości. Techniki wykorzystywane w tej metodzie to: drama, terapia muzyką, terapia krzykiem, odgrywanie ról.

- Terapia interpersonalna – powodem jadłowstrętu psychicznego są nieprawidłowe relacje chorego z ludźmi, a symptomy choroby wynikają z nieumiejętności rozwiązywania trudności oraz konfliktów w kontaktach interpersonalnych. Czasem też są sposobem zwrócenia uwagi na siebie, wywarcia wpływu na kogoś. Działania terapeutyczne mają na celu kształtowanie i trenowanie nowych szczerych więzi emocjonalnych. Formą terapii interpersonalnej jest terapia rodzinna. Biorą w niej aktywny udział wszyscy członkowie rodziny. Wraz z terapeutą rodzina uświadamia sobie istniejące konflikty, relacje, rolę dzięki czemu wspólnie są w stanie pomóc w leczeniu osoby chorej na jadłowstręt psychiczny.

- Terapia behawioralna – Leczenie oparte na izolacji chorych od rodziny realizowane przez wzmocnienia pozytywne. Oprócz działań medycznych jest możliwość brania udziału w indywidualnych i grupowych spotkaniach z psychoterapeutą. W praktyce relacje lekarz - pacjentka oparte są na zawieranej ugodzie (kontrakcie). Podejście to uznaje pracę terapeutyczną nad zachowaniami żywieniowymi i przyczynami utrwalania tych zaburzeń. Do technik terapeutycznych zalicza się konfrontację z produktami wywołującymi jej lęk, zwalczanie odrazy do ciała, koncentrację na nim, relaksację.

Hospitalizacja anorektyka jest konieczna wówczas gdy stan wygłodzenia zagraża jego życiu. Często zdarza się tak, że środowisko osoby chorej zwleka do ostatniej chwili z umieszczeniem jej w szpitalu, co spowodowane jest kategoryczną odmową oraz wytrzymałością chorego na brak pożywienia. Wówczas osoby trafiające do szpitali są odżywiane dożylnie bądź za pomocą sondy. Zazwyczaj chorzy przebywają na oddziale schorzeń metabolicznych albo psychiatrycznych z racji odpowiednich przystosowań tych oddziałów. Jako pierwszy całkowite odizolowanie od rodziny zaczął praktykować Charles Lasegue i Jean Martin Charcot.

Anorektycy powracają do sił stopniowo na zasadzie ugody. Kontrakt między lekarzem a pacjentem polega na obietnicy jedzenia i przybierania na wadze w zamian za możliwość kontaktu z rodziną, przepustek, opuszczenia szpitala. Każde przybranie na wadze daje nowe uprawnienia, negocjacje dotyczą rzeczy osobistych bądź innych udogodnień, stosowane są tu tak zwane wzmocnienia pozytywne (terapia behawioralna). Proponowane są także różnego rodzaju dyskusje grupowe, terapie zajęciowe, indywidualne seanse psychoterapeutyczne służące otwarciu się pacjenta.

Należy wyraźnie zaznaczyć, iż leki pobudzające apetyt przepisywane osobom nieprzestającym chudnąć nie mają zastosowania, gdyż schorzenie to nie likwiduje apetytu, a anorektyczka nie przestanie walczyć z chęcią jedzenia. Najczęściej zaleca się witaminy, sole mineralne, proteiny, by uzupełnić olbrzymie niedobory. Bardzo często natomiast stosowane są leki psychotropowe, neuroleptyczne, antydepresyjne.

Istnieją również innowacyjne terapie, jak na przykład za pomocą poczty elektronicznej, czy też ciepła a konkretnie sauny. Terapia drogą mailową jest idealna dla osób chcących poddać się terapii indywidualnej, zachowując anonimowość. Jest ona wygodna, umożliwia pozostanie w domu, przy zaburzeniach lękowych odgrywa to bardzo ważną rolę. Pomaga w uzyskaniu pomocy w miejscach oddalonych od centrów terapeutycznych, likwiduje dystans między terapeutą a pacjentem oraz jest dobrym rozwiązaniem dla osób nieuznających konwencjonalnego leczenia. Minusami jej są: brak kontaktu twarzą w twarz, brak możliwości szybkiej interwencji. Poza terapią za pomocą poczty elektronicznej powszechne są dodatkowe porady udzielane osobom z zaburzeniami jedzenia drogą mailową.

Leczenie anoreksji za pomocą sauny może likwidować jeden z najistotniejszych jej objawów, mianowicie nadmierną aktywność. Według Emilio Gutierrez i Reyes Vazqueza nastąpiła duża poprawa także stanu psychofizycznego osób leczonych ciepłem.

Nie zawsze wczesna profilaktyka jest w stanie ustrzec przed zaburzeniami i skutkami anoreksji. Szkoła powinna pomóc takiej osobie wrócić do społeczeństwa, wzmocnić nowy zdrowy styl życia, powinna tworzyć przyjazną atmosferę oraz korzystne warunki rozwoju. Może to uchronić młodego człowieka przed nawrotem choroby, wzmocnić powrót do pełni zdrowia.

Rodzina odgrywa jeszcze większe znaczenie w procesie leczenia. Jej rola jest bezcenna, ponieważ jest łącznikiem między chorym a światem, który pozostał poza murami szpitala. Rozmowy o domu, trosce, gotowości niesienia pomocy mogą stać się ważnym motywem procesu zdrowienia. Ważne jest, by pacjent nie był odizolowany od dotychczasowych zainteresowań, by mógł utrzymywać kontakty i by nie został odłączony od dotychczasowych zasobów. Pomoc rodziny w przetrwaniu leczenia i jej wsparcie może przyczynić się do obniżenia lęku, stresu i do podjęcia konstruktywnego kroku w przyszłość.

Trafna diagnoza, zastosowanie właściwych metod i form leczenia mogą sprzyjać szybkiemu powrotowi do zdrowia. U 40 do 77 % dziewcząt następuje pełne wyzdrowienie według badań katamnesticznych, natomiast aż około 10 do 20 % osób chorujących na anoreksję umiera. Najczęstszym powodem śmierci jest niedożywienie, powikłania chorobowe lub samobójstwo.

Liczne badania wskazują, że około 1/3 pacjentów całkowicie powraca do zdrowia, dla 1/3 skutki anoreksji są umiarkowane, natomiast 1/3 zostaje poważnie chora bądź umiera. Mało optymistyczne rokowania są względem 2/3 osób, którym grozi wybuch choroby w późniejszych latach, zaburzenia nerwicowe bądź osobowościowe, nieprawidłowe stosunki w rodzinie, długotrwałe choroby. Rokowania w łagodniejszych przypadkach nie są pewne, lecz o wiele bardziej korzystne.

## **1.5. Profilaktyka anoreksji**

Ważne jest wdrażanie programów profilaktycznych mających na celu zapobieganie zaburzeń łaknienia w całości, bądź uniemożliwienie wybuchu ich syndromu. Owe programy powinny spełniać następujące zadania:

- propagowanie zdrowego trybu życia
- poszerzanie informacji na temat diety

- kształcenie młodzieży na zdrowe sposoby podnoszenia własnej atrakcyjności oraz pobudzanie kreatywności w tym kierunku
- nauczanie komponowania posiłków dostosowanych do wieku rozwojowego i potrzeby organizmu
- nieprzecenianie wagi wyglądu zewnętrznego jako źródła powodzenia w życiu prywatnym i zawodowym
- kształtowanie się świadomości własnego ciała
- prawidłowe odbieranie informacji płynących z wnętrza organizmu
- umiejętne czerpanie przyjemności z własnego ciała
- akceptowanie ciała takiego jakim jest.

Aby podjąć skuteczną profilaktykę współpracować muszą, poza samą młodzieżą, rodzice oraz nauczyciele. Nie jest możliwe wpłynięcie na kogokolwiek z zaburzeniem w sytuacji działania indywidualnego. Nauczyciele powinni posiadać wiedzę dotyczącą wychowanka, jego zdrowia oraz problemów dotyczących jego najbliższego otoczenia. Natomiast rodzina powinna znać programy profilaktyczne szkoły oraz wspierać efekty kampanii. Tylko dzięki wspólnej pracy nauczycieli, rodziców, zaufaniu obu stron oraz otwartości na potrzeby i problemy dziecka jest możliwe utworzenie ochrony, lepszego rozwoju ucznia, budowanie pozytywnego obrazu dziecka i całego świata.

Niezaprzeczalnym atutem profilaktyki jest to, iż obejmuje ona jednocześnie duże grupy ludzi, a kampanie prowadzone w jej ramach są dużo tańsze od długotrwałego postępowania klinicznego, jak i nie zawsze skutecznej rehabilitacji. Oprócz realizacji programów profilaktycznych istotne byłoby poszerzanie wiedzy na temat problematyki zaburzeń jedzenia wśród rodziców, nauczycieli, trenerów, młodzieży i innych osób sprawujących opiekę nad młodymi ludźmi.

Należy pamiętać o podawaniu informacji o lokalizacji oraz profilu działalności różnego rodzaju instytucji mogących w pośredni lub bezpośredni sposób przyczynić się do walki z chorobą.

Profilaktykę jaką zostają objęte osoby podzielono na trzy stopnie. Pierwszorzędową objęte powinny być dzieci, które jeszcze nie są zagrożone nieprawidłowym stosunkiem do jedzenia, własnego ciała, pochodzące z prawidłowo funkcjonujących rodzin, posiadające oparcie w najbliższych. Dzieci i młodzi ludzie

zagrożeni niewłaściwym stosunkiem do jedzenia, własnego ciała, pochodzące ze źle funkcjonujących rodzin, nieposiadające dostatecznej ilości wsparcia, ujawniające wybrane symptomy zaburzeń jedzenia, bądź mające w swoim środowisku bliski kontakt z osobą chorą na zaburzenia odżywiania się, powinny zostać objęte profilaktyką drugiego stopnia. Z kolei profilaktyką trzeciego stopnia musi być objęta grupa osób, która już cierpiała na jakąś formę zaburzeń łaknienia, poddała się psychoterapii i leczeniu. Prewencja w takich przypadkach ma służyć pomocy w readaptacji oraz zapobiec nawrotom choroby.

Przykładowym programem profilaktycznym jest „Powstrzymać anoreksję i bulimię” Marty Kowalczyk. Adresowany jest on do młodzieży, która stanowi grupę największego ryzyka. Przeznaczony jest on do realizacji na terenie szkół oraz innych placówek opiekuńczo-wychowawczych. Program składa się z dwóch części: teoretycznej zawierającej wiedzę na temat anoreksji i bulimii oraz praktycznej zawierającej scenariusze zajęć edukacyjno profilaktycznych i scenariusze spotkań dla nauczycieli, wychowawców, pedagogów i rodziców.

W programie zamieszczone są adresy ośrodków terapeutycznych i innych gabinetów specjalistycznych zajmujących się leczeniem zaburzeń odżywiania się, gdzie chory i rodzina znajdują wsparcie i fachową pomoc.

Jeśli zwiększy się wiedza społeczeństwa o anoreksji, to chorzy i rodzina zaczną zwracać się o pomoc, dzięki czemu śmiertelność w kolejnych latach ulegnie zmniejszeniu.

## **Zakończenie**

Problem anoreksji jest istotny w dzisiejszych czasach z wielu powodów. Jednym z nich jest świat, który nieustannie się zmienia a lista wyzwań przypisana młodemu człowiekowi ciągle wzrasta. Kolejnym może być fakt, że na chorobę tę może zapaść każdy. W związku z tym wiedza dotycząca anoreksji jest niezbędna każdemu człowiekowi.

Młodzież jest grupą, która bardziej niż inne jest narażona na rozwój jadłowstrętu psychicznego. Dzieje się tak za sprawą bardzo mocno gloryfikowanego przez media obrazu mega szczupłej sylwetki. Modne jest odchudzanie, oczyszczanie organizmu. Podatne na wpływ młode dziewczęta, widząc wychudzone kobiety pragną wyglądać tak

jak one, utożsamiając chudość ze szczęściem, sławą, powodzeniem w życiu. Równie istotny wpływ ma presja otoczenia, stygmatyzująca kogoś „mało idealnego”.

Rola szkoły w poszerzaniu wiedzy o anoreksji jest ogromna, ale nie wolno zapominać o odpowiedzialności spoczywającej na rodzicach. Bowiem to oni powinni pokazać swoim dzieciom jakie wartości są ważne oraz to, że wygląd zewnętrzny nie może być stawiany na pierwszym miejscu.

Warto zwrócić uwagę na cechy osobowości, wydarzenia życiowe, sytuację rodzinną czy oczekiwania społeczne. Mam nadzieję, że moja praca zaowocuje, ludzie przestaną unikać tego niekomfortowego tematu, zaczną o nim rozmawiać co w przyszłości przyniesie większe korzyści.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Abraham S., Llewellyn-Jones D., Anoreksja Bulimia Otyłość, PWN, Warszawa 1995, s. 9.
2. Apfeldorfer G., Anoreksja Bulimia Otyłość, Książnica, Katowice 1999, s. 37.
3. Arterburn S., Burns J., Gdy miłość nie wystarcza, Pojednanie, Lublin 1993, s. 152.
4. Butcher J., Carson R., Mineka S., Psychologia zaburzeń, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 455.
5. Cooper P.J., Zaburzenia odżywiania, [w:] Psychopatologia, red. Lazarus A. A., Colman A. M., Zysk i S-ka, Poznań 2001, s. 97.
6. Janus D., Psychopatologia a religia, Eneteia, Warszawa 2004, s. 131
7. Józefik B., Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2006, s. 40.
8. Józefik B., Iniewiczza B., Za barierą głodu, „Psychologia w szkole” 2005, nr 3, s. 118-119.
9. Kendall P.C., Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji, Gdańskie Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 123

Opracowała:  
Iwona Nawrot-Sewera