

Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania

Karolina Suszyńska¹, Emilia Sobolewska², Teresa Kulik¹, Anna Pacian¹

¹ Katedra Zdrowia Publicznego UM w Lublinie

² Zespół Szkół nr 4 w Lublinie

Suszyńska K, Sobolewska E, Kulik T, Pacian A. Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania. Med. Og Nauk Zdr. 2014; 20(3): 235–240. doi: 10.5604/20834543.1124649

Streszczenie

Wprowadzenie. Zaburzenia odżywiania reprezentowane przez anoreksje i bulimie stają się coraz powszechniejszym zjawiskiem występującym w Polsce. Choroby te, niosą za sobą nie tylko poważne konsekwencje zdrowotne, ale również powodują znaczące problemy w funkcjonowaniu w grupie społecznej. Wystąpienie opisywanych zaburzeń odżywiania u członka rodziny często spotykane jest z dużym zaskoczeniem i niezrozumieniem problemu z powodu braku dostatecznej wiedzy.

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie problematyki zaburzeń odżywiania jako narastającego problemu wśród młodzieży.

Skrócony opis stanu wiedzy. „Anorexia nervosa, czyli jadłowstręt psychiczny jest chorobą przejawiającą się bezwzględny unikaniem pokarmu oraz panicznym lękiem przed przybraniem na wadze, którym towarzyszy zaburzona percepcja własnego ciała. Jest to zespół objawowy, który występuje wprawdzie u osób w różnym wieku i różnej płci, jednak najczęściej spotyka się go u dziewcząt w okresie dojrzewania. Do niedawna jadłowstręt psychiczny zaliczano do chorób psychosomatycznych, natomiast od 1987 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM III–R uznało anoreksję i bulimię za zaburzenia w odżywianiu i włączyło je do zaburzeń rozwojowych. Anoreksja przebiega zasadniczo w trzech fazach i na podstawie wieloletnich badań i obserwacji wyodrębniono dwa typy anoreksji: typ ograniczający (restricting type) oraz żarłoczno-wydalający (binge eating, purging type).

Podsumowanie. Przedstawione zagadnienia dotyczące zaburzeń odżywiania implikują do dalszego pogłębiania wiedzy na ten temat, gdyż zjawisko występowania anoreksji pojawiają się coraz częściej. Publikacje i doniesienia medyczne mogą przyczynić się do wzrostu świadomości na temat poważnych następstw wystąpienia tej choroby, a także ułatwić osobom chorym kontakt z profesjonalistami w tej dziedzinie

Słowa kluczowe

zaburzenia odżywiania, Bulimia, anoreksja, problemy medyczne, problemy społeczne, jadłowstręt psychiczny (anoreksja)

WPROWADZENIE

W dzisiejszych czasach anoreksja i bulimia stały się tak niepokojącym zjawiskiem, że można by je uznać za choroby cywilizacyjne, które z coraz większą i mocniejszą siłą trapią nasze społeczeństwo. Ciągła pogoń za pieniądzem i sukcesem odbija się niekorzystnie szczególnie na młodych ludziach, którzy dopiero wstępują na drogę życia. Powstaje zatem pytanie, co taki zagubiony młody człowiek, rzucony w wir życiowych spraw bez pomocy dorosłych, ma zrobić z tą narastającą presją pędzącego świata. Żyjemy w takim społeczeństwie, w którym zaburzenia odżywiania wśród młodych ludzi będą się rozpowszechniać i staną się coraz większym problemem nie tylko dla nich samych, ale także zaangażują szeroki krąg ludzi, od których oni oczekują troski i pomocy.

Większość społeczeństwa tylko pobieżnie wie, co to są zaburzenia odżywiania i bardzo często myślą podstawowe pojęcia, uważając je za wybryki nastolatków lub przesadne dbanie o linię.

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie problematyki zaburzeń odżywiania jako narastającego problemu wśród młodzieży.

OPIS STANU WIEDZY

Zaburzenia odżywiania definiowane są jako te, które są pojęciem łagodnym, bardzo szerokim i nie kojarzącym się z chorobą [1]. Łączy się je z osobami w okresie dojrzewania, w których budzi się seksualność, a także z związanymi z nią rolami społecznymi, z jakimi przyjdzie im się zmierzyć oraz zmianą stosunku do własnej osoby i innych ludzi [2]. Zaburzenia w łaknieniu, jak pisze M. Jablow, „rozwijają się wtedy, gdy jedzenie i waga ciała stają się obsesyjnym centrum niezaspokojonych potrzeb psychicznych” [3]. Jednakże owe zaburzenia zostały „wydzielone w osobną grupę na podstawie tezy, że w pewnych przypadkach, szczególnie u dziewcząt (8:1) w okresie pokwitania, jedzenie, waga, sylwetka i wymiary ciała stają się obsesyjnym centrum potrzeb psychicznych. Do tych zaburzeń zalicza się przede wszystkim jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*), napady wzmożonego apetytu, tzw. wilczy głód (*bulimia*), i wewnętrzny przymus nadmiernego jedzenia (kompulsywne objadanie się)” [2].

Adres do korespondencji: Karolina Suszyńska, Katedra Zdrowia Publicznego UM w Lublinie, ul. W. Chodźki 1 (Collegium Universum), 20-093 Lublin.
E-mail: karolina.suszyńska@o2.pl

Nadesłano: 15 maja 2013 roku; Zaakceptowano: 5 listopada 2013 roku

Zainteresowanie tematyką zarówno anoreksji, jak i bulimii wzrosło ze względu na zwiększenie liczby osób z zaburzeniami odżywiania. Dane przedstawione przez Józefika ukazują, iż od 1982 do 1992 roku liczba pacjentów z ww. chorobami wzrosła prawie o połowę [14]. W krajach wysoko rozwiniętych częstość występowania anoreksji w 1970 wynosiła 1 na 550 osób, a już w 1980 rozpoznano ją u jednej osoby na 100 [16,17]. Badania dotyczące sytuacji epidemiologicznej występowania anoreksji pokazują, że zapadalność jest na poziomie 8–13 osób na 100 000 rocznie [16, 17]. Jeśli chodzi o bulimię, szacuje się, że w trakcie życia problem ten dotyczy od 1,1 do 4,4% kobiet [15].

Sam termin *anorexia nervosa* pochodzi z greckiego „an” oznaczającego coś ujemnego, zaprzeczenie i „orexis” – apetyt, łaknienie. Znaczy bowiem brak apetytu, chęci do jedzenia [1, 4].

W literaturze funkcjonuje kilkanaście definicji tego pojęcia, i tak:

„Anorexia nervosa, czyli jadłowstręt psychiczny jest chorobą przejawiającą się bezwzględny unikaniem pokarmu oraz panicznym lękiem przed przybraniem na wadze, którym towarzyszy zaburzona percepcja własnego ciała” [5]. Według A. Bilikiewicza „jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem charakteryzującym się celową utratą masy ciała wywołaną i często podtrzymywaną przed pacjenta” [6]. „Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) jest to zespół objawowy, który występuje wprawdzie u osób w różnym wieku i różnej płci, jednak najczęściej spotyka się go u dziewcząt w okresie dojrzewania” [7].

B. Grochmal-Bach, M. Rorat używają pojęcia „jadłowstręt psychiczny”, który ich zdaniem „jest zaburzeniem charakteryzującym się celową utratą wagi, wywołaną i podtrzymywaną przez pacjenta” [2].

Według M. Popielarskiej, M. Suffczyńskiej-Kotowskiej, „jadłowstręt psychiczny jest chorobą ciężką, przewlekłą i dość często śmiertelną. Jest to zespół występujący w wieku młodzieńczym, polegający na świadomym ograniczeniu przyjmowanych pokarmów w celu osiągnięcia szczupłej sylwetki ciała, co doprowadza do znacznego ubytku masy, a także do skrajnego wyniszczenia, przy zachowanym dobrym samopoczuciu, sprawności i aktywności” [1]. V. Albisetti uważa anoreksję za niebezpieczną i niełatwą do zdefiniowania chorobę psychiczną, w której to młoda osoba, najczęściej kobieta, dobrowolnie skazuje się na głód, który może doprowadzić ją nawet do śmierci. Albisetti uznaje, że jest ona spowodowana poczuciem niższości, niemocy, a także skrywanej przez osobę zmysłowości przy jednoczesnym ukrywaniu problemu własnej tożsamości, braku sił i kontroli z jej strony. Poszerza jednocześnie ją o słowa „Nie chcę żyć. Ból życia. Cierpienie psychologiczne i fizyczne” [4].

„Anoreksja i bulimia to zaburzenia w przyjmowaniu pokarmów. Związane są z obsesją na punkcie szczupłości i odchudzania się. Zaczynają się przeważnie u nastolatków. Częściej dotyczą dziewczęta niż chłopców. Dziewczynka cierpiąca na anoreksję (jadłowstręt psychiczny) je tak mało, że doprowadza się do wycieńczenia. Bardzo traci na wadze, a jej organizmowi brakuje składników odżywczych potrzebnych do normalnego rozwoju” [8]. „Anorexia nervosa (AN) przejawia się tym, że dana osoba (90% stanowią dziewczęta) pragnie być szczupłą, przy czym uważa się za grubszą, niż jest w istocie, choć wszyscy widzą jej chorobliwą chudość” [9]. Jest to zespół opisany po raz pierwszy przez Mortona w 1684, a Gull w 1874 roku na podstawie obrazu klinicznego

poszukiwał uwarunkowań psychicznych, a także zaproponował używanie terminu *anorexia nervosa* [1]. „Do niedawna jadłowstręt psychiczny zaliczano do chorób psychosomatycznych, natomiast od 1987 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne DSM III – R uznało anoreksję i bulimię za zaburzenia w odżywianiu i włączyło je do zaburzeń rozwojowych, w których czynniki biologiczne ściśle splatają się z problemami natury psychologicznej” [1].

Tak więc Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1987 roku w DSM – III – R przedstawiło cztery kryteria diagnostyczne, za pomocą, których lekarze mogą diagnozować anoreksję wśród młodych dziewcząt. Są to:

- w okresie wzrostu utrata wagi lub nieprzybieranie na wadze – w tym czasie młody człowiek nie zgadza się na utrzymywanie wagi minimalnej, odpowiedniej do swojego wzrostu i wieku, a jego ciężar ciała jest o 15% poniżej średniej;
- drugim kryterium jest bardzo silny lęk ze strony chorej przed przybraniem na wadze – młoda osoba boi się przytyć; w centrum zainteresowania są jej wymiary ciała oraz przesadna wręcz obsesyjna troska o jedzenie;
- zniekształcenie obrazu własnego ciała, a także wizerunku swojej sylwetki i wymiarów – dziewczyna uważa się za zbyt pulchną, grubą choć w wielu przypadkach ma niedowagę;
- ostatnie kryterium to brak co najmniej kilku kolejnych miesiączek, cykli menstruacyjnych [3].

Anoreksja pojawia się prawie zawsze w okresie dojrzewania (15 – 18 lat), lecz także występuje wcześniej w wieku 11–15 lat, jak również może wystąpić u ludzi dorosłych (28–30 lat) [4].

Jadłowstręt najczęściej, ale nie zawsze, występuje u dziewcząt w wieku 16–18 lat, lecz także pojawia się między 10. a 12. rokiem życia tuż przed okresem dojrzewania. Natomiast bardzo rzadko występuje u osób powyżej 25 lat [1]. Początek anoreksji bywa zwykle powolny. Rozpoczyna się od ograniczania jedzenia przez młodą dziewczynę, która powoli wycofuje niektóre pokarmy ze swojego codziennego jadłospisu. Czasem tylko redukuje ilość spożywanego jedzenia. Takie osoby precyzyjnie ograniczą spożywane pokarmy, drastycznie się odchudzają, stosując drakońskie diety. Mają bardzo dziwne przyzwyczajenia żywieniowe polegające m. in. na krojeniu jedzenia na bardzo małe kawałeczki, liczeniu zjedzonych kęsów. Takie unikanie pokarmu, na skutek kontrolowania przez rodziców, kieruje je ku wytworzeniu przemyślanych metod mających na celu ukrycie nieskonsumowanego jedzenia. Pozostawiają reszki w zakamarkach, skrytkach, podrzucają innym domownikom lub psu. Ciągłe zmuszanie ich do jedzenia powoduje uczucie przepełnienia, które staje się przyczyną prowokowania przez nie wymiotów i zażywania środków przeczyszczających, a także wykonywania intensywnych ćwiczeń fizycznych w celu zgubienia kalorii. W obawie przed jedzeniem woła jeść samotnie lub przed telewizorem. Ubierają się na cebulkę, w luźne, szerokie rzeczy w celu ukrycia chudości. Bardzo szybko i w krótkim czasie tracą na wadze, są blade, ciągle odczuwają zimno. Cierpią na arytmie, zawroty głowy, często mdleją. Mają trudności z poruszaniem się. Nie miesiączkują. Także mają bardzo często zmienne nastroje, stany depresyjne, często są nieszczęśliwe i bojaźliwe. Występuje u nich dążenie do perfekcji, skupianie się na własnym ciele, egocentryzm. Posiadają zaniżoną samoocenę, mają niskie poczucie własnej wartości. Notorycznie kłamią, negują nakazy i zakazy [4,10].

Anoreksja przebiega zasadniczo w trzech fazach. U Grochmal – Bach i M. Rorat nazwane są fazami pierwszą, drugą i trzecią, a u Rydzyńskiego noszą nazwę fazy początkowej, fazy rozwiniętej i fazy schyłkowej. Faza pierwsza, zwana początkową, charakteryzuje się świadomą walką z głodem, który powodowany jest przez nietolerancję własnego obrazu ciała i sylwetki. Osoba chora pomimo znacznego wychudzenia i niedowagi ciągle uważa się za zbyt grubą. W fazie tej występuje znaczne ograniczenie węglowodanów i tłuszczu z jednoczesnym zachowaniem apetytu i dobrego stanu ogólnego. Równocześnie osoby takie przekonują całe najbliższe otoczenie, że nie potrzebują kontaktu z lekarzem lub innym specjalistą. W rozwiniętej fazie – drugiej – dochodzi do znacznego wychudzenia spowodowanego niedożywieniem i głodem, który jest już mniej odczuwalny, a chudość staje się obiektem zadowolenia i władzy nad ciałem chorego. Występuje lęk przed zbyt dużą ilością spożywanych pokarmów, a głód wzmacniany jest solidną ilością ćwiczeń fizycznych i środkami przeczyszczającymi. Tutaj objawy somatyczne nakazują zasięgnięcia opinii lekarza i wnikliwe badania. Schyłkowa, trzecia faza to pełna utrata apetytu, a także utrata uczucia głodu, dużego spadku wagi i braku świadomości własnej choroby. Ma miejsce postępująca niewydolność podwzgórzowo-przysadkowa. Pojawia się depresja, zaniepokojenie i obawa przed utratą własnej niezależności wypracowana przez długotrwałą głodówkę [2, 7]. Na podstawie wieloletnich badań i obserwacji wyodrębniono dwa typy anoreksji. Typ ograniczający (*restricting type*) charakteryzuje się tym, że w trakcie *anorexia nervosa* nie dochodzi do cyklicznych epizodów niepohamowanego i niekontrolowanego objadania się lub zachowań wydalniczych, takich jak prowokowanie wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających, moczopędnych, diuretyków [5, 11].

Typ żarłoczno-wydalający (*binge eating, purging type*) to taki typ, w którym w trakcie *anorexia nervosa* następują regularne epizody niekontrolowanego, niepohamowanego objadania się lub zachowań mających na celu wydalenie spożytego wcześniej pokarmu poprzez indukowanie wymiotów, stosowanie środków moczopędnych, przeczyszczających, diuretyków i lewatyw [2, 11].

Narastająca liczba osób chorujących na anoreksję skłoniła badaczy do rozróżnienia dwóch jej typów, czyli jadłowstrętu reaktywnego i jadłowstrętu właściwego. Głównym powodem występowania jadłowstrętu reaktywnego jest bardzo silna presja społeczna, a przede wszystkim telewizja, kolorowe czasopisma z modą, pisma dla kobiet, w których zamieszczana jest duża liczba kolorowych zdjęć szczupłych, wręcz wychudzonych modelek i aktorek. Mechanizmem spustowym może być także zerwanie z chłopakiem, rywalizacja między przyjaciółkami, pierwszy stosunek płciowy, kłopoty rodzinne. Młody człowiek czerpie wzory od swoich domowników i członków najbliższej rodziny, a także od rówieśników przeciwnej płci, którzy poddali się naciskowi reklamy i mody. Dorastająca dziewczyna, ograniczając spożywane pokarmy i walcząc z naturalnym apetytem, wpada w pułapkę, w której w niedostrzegalnej chwili przekracza cienką graniczną linię między dietą i utrzymaniem szczupłej sylwetki a chorobliwym głodem, który prowadzi do wyniszczenia, a także do zmian w osobowości. Jadłowstręt tego typu występuje najczęściej w krajach, w których pożywienie jest dużo, jest ono bardzo urozmaicone i łatwo dostępne. Dlatego też staje się obiektem pogardy i odrzucenia. Natomiast w krajach biednych, ubogich, gdzie jedzenie jest rzadkością,

a zdobycie jego jest bardzo trudne i pracochłonne, nie notuje się żadnego typu jadłowstrętu. Tam otyli ludzie uważani są za wysoko sytuowanych społecznie, a chudość w tym przypadku nie miałaby najmniejszego sensu i jakiegokolwiek uzasadnienia. Pocięszający jest fakt, że osoby chore na ten typ jadłowstrętu łatwiej poddają się terapii, a ich rodziny chętniej współpracują z terapeutą [1, 2]. W przypadku jadłowstrętu właściwego – za główną jego przyczynę uznaje się nieprawidłową rodzinę. Wadliwe związki panujące wśród domowników wpływają niekorzystnie na rozwój osobowości dziecka, a także zaburzają równowagę rodziny jako całości. Występuje tam nadmierna kontrola, nadopiekuńczość w odniesieniu do chorej osoby z jednoczesnym odrzuceniem jej i krepowaniem jej samodzielności. Wyróżnia się rodziny nadopiekuńcze z dość wysokim poziomem lęku, w których cała uwaga i działanie skupione są na zapewnieniu bezpieczeństwa wszystkim członkom, w szczególności dziecku, co powoduje ograniczenie jego swobody i autonomii oraz nie pozwala na funkcjonowanie poza rodziną. Rodziny „zasznurowane” nie mają prawidłowo zdefiniowanych i właściwie realizowanych ról, ich wypełnianie wiąże się z równoczesnym narzuceniem podporządkowania wobec członków rodziny, a także z tłumieniem i ujawnianiem własnych dążeń. Tu występuje dominująca matka i słabo zarysowany wizerunek ojca. Rodziny sztywne bardzo twardo i zdecydowanie próbują zachować niezmienną autonomię, która jest mechanizmem obronnym, maskującym. Prawdopodobnie wiąże się to z dawnymi problemami rodziny występującymi jeszcze w dzieciństwie i ze złymi doświadczeniami wyniesionymi z domu [1, 2]. Anoreksja prawie nigdy nie pojawia się niespodziewanie, lecz jest efektem lub wynikiem własnej osobistej historii [4].

Przyczyn i uwarunkowań anoreksji wśród młodych ludzi jest bardzo wiele. Niestety, dzisiaj możemy bez trudu odnaleźć szereg czynników, które predysponują do coraz większej zachorowalności w gronie dorastającej młodzieży. Trudno nie zauważyć, że czynniki te dają bardzo wysoki stopień prawdopodobieństwa zaistnienia i wystąpienia choroby. Jednym z pierwszych i najbardziej znaczącym czynnikiem jest rodzina i uwarunkowania wewnątrz rodziny. Rodzina to takie miejsce, w którym dziecko wzrasta i uczy się funkcjonowania społecznego. Czasem występują w niej zakłócenia, które przyczyniają się do powstawania zaburzeń odżywiania – anoreksji.

Wiadomo nie od dziś, że „kiedy członek rodziny ma problem z odżywianiem, znaczy to, że coś nie gra nie tylko w nim samym, ale także w rodzinie” [4]. W rodzinach anorektyczek oczekuje się całkowitego podporządkowania, które można nazwać fizjologiczną podatnością [2].

Tak więc zaburzenia odżywiania związane są ze specyficznymi relacjami, jakie panują w rodzinie, i które to mogą wyzwać, nasilać i podtrzymywać objawy anoreksji. Toteż wyszczególniono szereg cech charakteryzujących rodzinę chorej, w której występuje swoiste usidlenie pojawiające się, gdy relacje pomiędzy domownikami prowadzą do niecodziennego zasklepienia. Nie ma jasno zarysowanych podsystemów pokoleniowych – kto jest rodzicem, a kto dzieckiem. Wszyscy żyją życiem innych członków rodziny, każdy troszczy się o bliskich, jest nadmierną opiekuńczością. Pomimo tak bliskich zażyłości każdy z członków rodziny jest bardzo samotny. Obserwuje się duże wyczulenie na jakiegokolwiek niepokojące sygnały, które nakazują rodzinie trzymać się razem. Wszelkie zmiany są niepożądane, stwarzają zagrożenie

i powodują opór. Pojawia się mała tolerancja na konflikty, dlatego też rodzina ucieka przed nimi, lecz gdy zaistnieje, nie podejmuje żadnych prób ich rozwiązywania, wręcz przeciwnie, stara się je zamaskować i ukryć. W celu obrony stwarza sztywne zasady postępowania. Wielu rodziców wciąga w konflikt swoje dzieci, szczególnie córki, które stają się łącznikiem, mediatorem lub opowiadają się za któryś z rodziców. Zatracana jest autonomia, indywidualność, brak jest prywatności. Istnieje duża zależność i apodyktyczność członków [2, 3].

Anoreksja może oznaczać zacieklej bój o władzę wśród poszczególnych domowników. W rodzinach takich członkowie nie pomagają sobie we wzajemnym rozwoju, nie uznają sprzeciwu, różnych poglądów, konfliktów. Anoreksja staje się formą patologicznej autokontroli poczucia władzy. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w tych rodzinach występuje od dawna nierozwiązany problem dotyczący władzy między rodzicami. Taka napięta sytuacja sprawia narastanie urazów, pretensji i żali, które głęboko skrywane, maskowane zamieniają się w przesadną troskę o dzieci. Rodzice tacy nie potrafią sprostać wymaganiom dojrzewającego dziecka, są mało elastyczni i bardzo często zbyt przesadnie ingerują w życie swoich pociec [4].

„Jest regułą, że anoreksja pojawia się w tych rodzinach, w których rodzice nie umieli ze sobą otwarcie rozmawiać i unikali ujawniania wszelkich konfliktów” [3]. Matka nadmiernie surowa notorycznie krytykująca wygląd, wagę i sposób ubierania swojej córki przypuszczalnie kiedyś cierpiała na zaburzenia odżywiania lub to zaburzenie występowało w jej rodzinie. Jest mało uczuciowa, chłodna. Nie okazuje ciepła, serdeczności. W rodzinach anorektyczek może występować także alkoholizm [12]. W rodzinach dziewcząt chorujących na *anorexia nervosa* właśnie matka, w stosunku, do której uczucia chorych są bardziej ambiwalentne, jest osobą ważniejszą, a jej postawy i uczucia kształtują atmosferę w domu [10].

„Anoreksja częściej występuje w rodzinach z klasy średniej” [3].

Społeczne przyczyny anoreksji bywają różne i są skoncentrowane głównie na chęci bycia szczupłym. W dzisiejszych czasach wielu ludzi chce schudnąć, być zgrabnym i szczupłym. Prawdopodobnie wpływa to z tego, że codziennie każdy człowiek styka się z obrazami chudych dziewcząt, które przekazują nam pewne przesłanie społeczne, jakiemu należy sprostać. Także lansowana społecznie chudość, zgrabność ciała jest w modzie. Kobieta szczupła postrzegana jest jako atrakcyjna, szczęśliwa, lubiana przez innych, odnosząca sukcesy. Niestety, pojawia się konflikt. Z jednej strony postrzega się jedzenie jako czynność zaspokajającą potrzeby, przyjemną, bez której nie można się obejść, a z drugiej – potrzeby jednostki kłócą się z kulturowymi normami i wzorcami, jakie panują w danej społeczności. Występująca presja społeczna nakazuje spożywanie pokarmów do ostatniego kęsa, lecz bezwzględnie zabrania przybrania na wadze. Stworzony tu obraz idealnego człowieka współczesności koreluje z cechami odpowiedzialnymi za powstanie, narastanie i podtrzymywanie jadłowstrętu. Drugą przesłanką do bycia chudym jest szeroki związek ciężaru ciała z pojęciem dobrobytu społecznego. W biednych społeczeństwach pełne, krągłe kształty to symbol zamożności, wysokiej pozycji społecznej, bogactwa. Tam grube ciało to ciało zwyczajne, mogące się samodzielnie odżywiać i zdolne do żywienia innych. Osoba szczupła w tych społeczeństwach jest słaba, zawsze na przegranej pozycji,

ustępuje i poddaje się w walce. Zupełnie odmienny obraz człowieka lansowany jest w społeczeństwach bogatszych. Tu preferowane są ciała wątle, smukłe i chude uważane za oznakę wysokiej pozycji społecznej, dostatku, bowiem nie trzeba już walczyć o jedzenie, znosić głodu, a chude ciało to po prostu synonim bogactwa. Anoreksja pojawia się przede wszystkim wśród ludności rasy białej [4, 12].

Za główne przyczyny wystąpienia anoreksji z punktu widzenia kulturowego uznaje się podążanie za trendami mody, jakie zostały przyjęte przez ogół społeczeństwa. Za kulturą popularną, której nośnikami są: muzyka, kolorowe czasopisma, reklama prasowa i telewizyjna, podążają ogromne masy ludzi. To, co kreowane kulturowo, wyznacza społeczne oczekiwania bycia szczupłym i jest szczególnie adresowane do kobiet. Są to niejako główne kryteria lansowania ideału szczupłej i atrakcyjnej sylwetki. Ideał pożądanego piękna i szczupłości ukazywany jest również poprzez lalkę Barbie, tak popularną wśród małych dziewczynek. Posiadanie jej daje poczucie wspólnoty z innymi osobami tej samej płci, a także staje się doskonałym narzędziem doprowadzającym do zaistnienia zaburzeń odżywiania. Barbie, czyli Basia, samoczynnie modeluje u dzieci pożądaną formę własnego ciała, który w późniejszym wieku może doprowadzić do poczucia niezgodności między tym, co się ma a tym, czego się oczekuje. Lalka ta to nie tylko zabawka z plastiku dla dzieci ukształtowana na podobieństwo ludzkie, ale coś bardziej niebezpiecznego [13, 14].

Środki masowego przekazu, szczególnie telewizja, bombardują psychikę młodego człowieka, lansując model postępowania, zachowania, który przeplata się z realną rzeczywistością. Media sprawiają, że zdrowy rozsądek, silna wola i opanowanie nie mogą przeciwstawić się temu modelowi, który hipnotyzuje, a z czasem uzależnia [4].

Z medycznego punktu widzenia, w niektórych przypadkach, lecz bardzo rzadko, przyczyną anoreksji jest choroba przesyłki lub choroba zespołu podwzgórza i neuroprzekazników. Jednakże wielu badaczy poszukuje przyczyn w chorobach endokrynologicznych [2].

Czynnikiem predysponującym do wystąpienia zaburzeń łaknienia, z punktu widzenia psychologii, jest zaburzony obraz ciała, który, według wyobrażenia, nie jest zgodny z rzeczywistością. Osoba taka czuje się zbyt gruba i mało atrakcyjna. Za wszelką cenę próbuje utrzymać wagę na granicy normy adekwatnej do wzrostu i wieku. Obsesyjnie koncentruje uwagę na kontrolowaniu wagi, co z czasem przeradza się w obsesję. Jednocześnie chorzy nie dostrzegają własnych emocji i nie mogą stwierdzić, czy są głodni, żyją tylko po to, by sprostać oczekiwaniom i wymogom innych ludzi. Psychologowie twierdzą, że anoreksja to swoisty mechanizm obronny mający na celu zwrócenie uwagi rodziny, a także zaspokojenie poczucia winy poprzez odmawianie sobie smakolepków i wywoływanie gniewu wśród innych ludzi [4, 12].

Wśród indywidualnych czynników predysponujących do zachorowalności na anoreksję można wymienić m.in.: zaburzone, nieprawidłowe wyobrażenie siebie, niestabilną samoocenę i chwiejność emocjonalną, nieumiejętność przeciwstawiania się i kłopoty z samodzielnym funkcjonowaniem. Prawie nie występuje u takich osób spontaniczność, natomiast przesadnie kontrolują uczucia i emocje. Pojawia się silna potrzeba osiągnięć, występująca jednocześnie przy niskiej samoocenie. Innym czynnikiem mogą być przeżyte w dzieciństwie nad-

użycia seksualne, przewlekła choroba somatyczna, a także otyłość. Osoby takie są bardzo inteligentne, wszechstronnie uzdolnione, wolące naukę od spotkań towarzyskich. Cały wolny czas poświęcają czytaniu książek i nauce [14].

Długotrwałe skutki anoreksji prowadzą do powstania szeregu powikłań medycznych, które niekorzystnie wpływają na organizm młodej osoby. Ciało pozbawione pożywienia i zmuszane do ciągłego poszukiwania składników, aby mogło funkcjonować, wysyła najpierw wiele sygnałów ostrzegawczych, które z czasem nasilają się, a następnie powodują nieodwracalne zmiany, sięgając spustoszenia w organizmie. Dlatego wśród dziewcząt cierpiących na anoreksję występuje szereg dolegliwości takich jak niskie i nieregularne ciśnienie krwi, które może doprowadzić do niewydolności serca, częstych omdleń i zawrotów głowy. W celu zaoszczędzenia energii serce spowalnia swoją pracę do 40 uderzeń na minutę. Osłabia się praca nerek. Występują dolegliwości ze strony układu pokarmowego: zatwardzenia, wzdęcia, uporczywe bóle brzucha i uczucie przepełnienia. Zbyt niski poziom cukru, tzw. hipoglikemia, powstaje w wyniku znacznych ubytków zapasów tłuszczu i glikogenu. Niedobór estrogenu w organizmie doprowadza do zrzeszotowania kości, a także powoduje zatrzymanie miesiączki. Następuje obniżenie ciepłoty ciała – hipotermia. Woda zatrzymywana w organizmie powoduje obrzękanie rąk i stóp chorej, które stają się zimne i sine. Obrzęknięte gruczoły ślinowe zniekształcają twarz, która przypomina „twarz wiewiórki”, a twarz zaczyna wyglądać pucułowato. Pojawia się na niej lekki meszek (lanugo), a także na dłoniach, plecach. Nieznacznie przerzedzają się włosy. Uszy stają się bardziej odstające, a kości policzkowe wyraźniej zarysowane. Niedożywienie i powodowane przez nie zmiany biochemiczne oddziałują nie tylko fizycznie na dziewczynę, lecz także wpływają na zachowanie, uczucia i myśli. Brak zapasu tłuszczu powoduje u chorej drażliwość, apatię, dezorientację, zakłopotanie, niechęć do pracy i współpracy w leczeniu [8, 12].

PODSUMOWANIE

Przedstawione zagadnienia dotyczące zaburzeń odżywiania skłaniają do dalszego pogłębiania wiedzy na ten temat, gdyż zjawisko występowania anoreksji pojawia się coraz częściej u coraz młodszych osób i nie dotyczy wyłącznie dziewcząt. Publikacje i doniesienia medyczne mogą przyczynić się do przyrostu wiedzy na temat poważnych następstw wystąpienia tej choroby, a także ułatwią osobom chorym kontakt z profesjonalistami w tej dziedzinie. Dostępność literatury, prac

poglądowych ma za zadanie zrozumienie zaburzeń odżywiania, uwrażliwienie społeczeństwa na ten problem, a także przekazywanie wskazówek, jak bronić się przed tą chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Popielarska M, Suffczyńska-Kotowska M. Zaburzenia w odżywianiu się. Jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa). W: Popielarska A, Popielarska M (red.). Psychiatria wieku rozwojowego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
2. Grochmal-Bach B, Rorat M. Zaburzenia odżywiania się. Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne. Rzeszów: Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem; 2003.
3. Jablow MM. Anoreksja, bulimia, otyłość. Przewodnik dla rodziców. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
4. Albisetti V. Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć. Kielce: Wydawnictwo Jedność; 2003.
5. Goryniak M. Anoreksja. Diagnostyka i epidemiologia. W: Suchańska A (red.). Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wybrane zagadnienia. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000.
6. Bilikiewicz A. Zespoły psychopatologiczne związane z zaburzeniami procesów fizjologicznych. Zaburzenia odżywiania się. W: Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria dla studentów medycyny. Podręcznik. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
7. Rydzynski Z. Zaburzenia i choroby psychosomatyczne. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Puzyński S. (red.). Psychiatria. Tom 1. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1987.
8. Madaras L, Madaras A. Co się dzieje z moim ciałem. Książka dla dziewcząt i rodziców. Warszawa: KDC; 2002.
9. Fenwick E, Smith T. Dojrzewanie. Praktyczny poradnik dla nastolatków i ich rodziców. Warszawa: Real Press; 1995.
10. Bomba J, Mamrot E, Orwid M. Anorexia nervosa. W: Orwid M. (red.). Zaburzenia psychiczne u młodzieży. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1981.
11. Pielecki M. Diagnostyka zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.). Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999.
12. Abraham S, Llevelyn-Jones D. Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka; 2001.
13. Stecker-Bryczkowska D. Kultura popularna a kształtowanie się tożsamości własnego ciała u dzieci: warunki powstawania anorexia nervosa. W: Suchańska A. (red.). Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wybrane zagadnienia. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2000.
14. Józefik B. Epidemiologia zaburzeń odżywiania się. W: Józefik B. (red.). Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków: Wydawnictwo UJ; 1999.
15. Hall L, Cohn L, MAT. Bulimia: A guide to Recovery. Lindsey Hall & Leigh Cohn, 2011.
16. Garner Ph.D David M, Marion P, Olmstead MA, Polivy J. Eating Disorders: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. 2006.
17. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. *Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk*. The International Journal of Eating Disorders 200; 2–9.

Medical, pedagogical and social problems in the functioning of people with eating disorders

■ Abstract

Introduction. Eating disorders, represented by anorexia and bulimia, becomes increasingly widespread in Poland. These illnesses not only lead to serious health consequences, but also cause significant problems in the functioning in a social group. The occurrence of the above-described disorders in a family member is often encountered with great surprise and a lack of understanding the problem due to the lack of sufficient knowledge.

Aim of the study. The objective of the study is the presentation of the scope of issues related with eating disorders as a growing problem among young people.

Brief description of the state of knowledge. Anorexia nervosa is a disease manifested by symptoms such as: complete avoidance of food and panic fear of gaining weight, accompanied by a distorted perception of one's body. This is a complex of symptoms, which, despite its occurrence among the population at various ages and gender is the most prevalent among girls at puberty. Until recently, anorexia nervosa was classified as a psychosomatic illness. However; since 1987, the American Psychiatric Association DSM III-R has recognized anorexia and bulimia as eating disorders and included them among developmental disorders. Generally, anorexia develops in three phases. On the basis of many years of research and observations, two types of anorexia have been identified: the restricting type and the binge eating – purging type.

Conclusion. The presented issues pertaining to eating disorders encourage further research on the subject because the incidence of anorexia is growing. Medical publications and reports may contribute to increased awareness of the serious consequences of this illness, and will facilitate contact of ill people with specialists in this field.

■ Key words

eating disorders, anorexia, bulimia, young people