

Współczesne Oblicze Anoreksji

Anoreksja nie jest zaburzeniem, które istnieje od niedawna, nie jest też fanaberią młodych dziewcząt ani nieprawidłowo prowadzoną dietą. Anoreksja jest zaburzeniem, w którym choruje zarówno dusza jak i ciało, zaburzeniem wspierającym tezę o istnieniu jedności *psyche i somy*. Przez to anoreksja staje się nie tylko problemem rozpatrywanym w kontekście medycznym, ale i psychologicznym. Wzrastająca liczba osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego nie jest jedynie związana z trafną diagnozą i wrażliwością klinicystów, ale także z faktem pojawiającego się coraz częściej u młodych dziewcząt i kobiet słabego wewnętrznego poczucia bezpieczeństwa, własnej wartości i wsparcia ze strony bliskich, słabego poczucia kontroli nad swoim życiem oraz braku zaufania do siebie i własnych możliwości, które w normalnych warunkach pozwoliłyby oprzeć się negatywnym wpływom stresu. Z tego też powodu problem anoreksji coraz częściej rozpatruje się w kontekście patologicznego sposobu radzenia sobie zarówno z problemami dnia codziennego jak i w sytuacjach trudnych (Ziółkowska, 2001).

W dobie XX i XXI wieku znacznie wzrosło zainteresowanie zaburzeniami odżywiania. Przegląd literatury przedmiotu, wzrastająca liczba pacjentów z rozpoznaniem chorób z kręgu zaburzeń odżywiania wskazuje jednoznacznie na rozpowszechnienie tego zjawiska wśród dziewcząt i młodych kobiet (Józefie, 1999). Zgromadzone dane pokazują, że w latach 1982-1992 liczba ofiar zaburzeń odżywiania wzrosła niemal o połowę (Józefik red., 1999). Biorąc pod uwagę statystyki pochodzące z krajów wysokorozwiniętych w 1970 roku tylko 1 na 550 osób chorowała na anoreksję, a w przeciągu następnego dziesięciolecia już 1 osoba na 100 zdradzała objawy charakterystyczne dla jadłowstrętu psychicznego¹ (Józefik red., 1999). Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wynika, iż prawie 90% dziewcząt i młodych kobiet ogranicza swoje jedzenie, z czego 20% dodatkowo cierpi na powtarzające się, co jakiś czas napady objadania się (Józefik red., 1999). Natomiast dane pochodzące z Wielkiej Brytanii wskazują na obniżający się próg wieku zarówno chorych na anoreksję jak i stosujących dietę. Okazuje się, bowiem, że aż 11% 9- letnich i 40% 13- letnich dziewczynek stara się ograniczać ilość spożywanego pokarmu lub stosuje diety mające na celu

¹ W niniejszej pracy pojęcia: jadłowstręt psychiczny, anoreksja i *anorexia nervosa* stosuje się wymiennie.

zmniejszenie masy ciała. Podobnie w Polsce od kilku lat obserwuje się wzrastającą liczbę zarówno pacjentów z rozpoznaniem anorexia nervosa jak i stosujących różnego rodzaju zabiegi mające na celu zmniejszenie masy ciała. Dane pochodzące z badań przeprowadzonych wśród 700 uczennic uczęszczających do warszawskich szkół średnich pokazują, że znaczna część adolescentek odchudza się, jest w trakcie lub w najbliższym czasie zmierza się odchudzać (Namysłowska, 1997).

W dobie społeczeństwa postmodernistycznego presja, jaką wywierają media narzucając często nierealistyczny wzór kobiety, skutkuje dużą liczbą zdrowych osób stosujących różnego rodzaju diety odchudzające i/lub intensywne ćwiczenia fizyczne, skupiając w ten sposób swoją uwagę przede wszystkim na wadze i własnym wyglądzie zewnętrznym. Poszukując czynników odpowiedzialnych za taką postać rzeczy, podkreśla się znaczenie uwarunkowań kulturowych lansujących model kobiety niezależnej, samodzielnej potrafiącej stawiać sobie wysokie wymagania. Tak, więc w dobie współczesnego świata szczupłość staje się synonimem silnej woli i perfekcjonizmu (Józefik red., 1999).

Anoreksja w kontekście historycznym

Anorexia nervosa tak jak większość zaburzeń istnieje już tak długo jak człowiek, razem z nim ewoluując i przybierając różne postacie w zależności od kontekstu epoki historycznej, w jakiej chcemy rozumieć przyczyny powstania tego zaburzenia. Już w starożytności, początkowo Hipokrates a później Galen, definiując jadłowstręt psychiczny jako chorobliwe powstrzymywanie się od wszelkiego przyjmowania pokarmów posługiwali się terminem *asitia* lub *inedia*. Przez długi czas uważano, że przyczyny anorexia nervosa najlepiej tłumaczy koncepcja humoralna Galena wedle, której zaburzone funkcje żołądka miały być głównym czynnikiem powodującym anoreksję. Jednak nie zawsze było tak, że anoreksję postrzegano jako zaburzenie.

W czasach Średniowiecznych osoby odmawiające przyjmowania pokarmu traktowano jako istoty obdarzone nadludzkimi mocami, utożsamiane z bóstwem, które mogły jednocześnie wywierać silny wpływ społeczny. Stąd też najwięcej informacji dotyczących ograniczania spożywanego pokarmu doszukać się można w życiorysach świętych np. Święta Katarzyna ze Sjeny. Ponadto w literaturze nadmienione wcześniej właściwości określono jako fenomen „poszczących dziewcząt” (*anorexia mirabilis*).

Historycy medycyny podkreślają, iż motywy podejmowania głodówek były różne, a część głodujących osób, niezależnie od swoich motywów znajdowała się w grupie ryzyka rozwinięcia zaburzeń odżywiania. Jednak można zaobserwować pewną prawidłowość.

Bowiem zachowania związane z podejmowaniem drastycznych diet i postów wydają się być związane z czynnikami kulturowymi, przemianami świadomości społecznej, religijnej oraz ze zmianą w spostrzeganiu ciała i potrzeb człowieka. Można, zatem wnioskować, iż istotne znaczenie w powstawaniu zaburzeń odżywiania przypisuje się również czynnikom religijnym i kulturowym takim jak: wiara w uzdrawiającą moc postów, postrzeganie głodzenia się jako kary za zachowania seksualne, traktowanie głodówek jako momentu zjednoczenia się z Chrystusem czy jako jednego z elementów rytuału żałobnego. Rolę tych czynników w praktykowaniu postów i głodówek w okresie Średniowiecza i Baroku podkreślają szczególnie tacy historycy medycyny jak Lestrade, Olivier, Morton i Schmitt (Żechowski, 2004). Jednocześnie nie słusznie jest sądzić, iż wszystkie osoby praktykujące regularne głodówki i posty można traktować jako przejawiające zaburzenia odżywiania. Bowiem większość z nich podejmowała taką decyzję świadomie, kierując się swoimi przekonaniami religijnymi.

W okresie Baroku obserwuje się jakby zaostrenie praktyk ascetycznych. Następuje rozwój nauki, a w tym również medycyny. Wyrazem tego jest opisany w 1689 roku przez angielskiego lekarza Richarda Mortona przypadek „*nerwowego odżywiania się*” wywołanego „*smutkiem i lękiem w opiece*”, uznany za jeden z pierwszych naukowych opisów anoreksji (Żechowski, 2004). Natomiast traktowany przez Mortona jako odmiana gruźlicy o atypowych objawach.

Epoka Oświecenia przynosi coraz bardziej dokładne opisy jadłowstrętu psychicznego. W 1840 roku francuski lekarz Fleury Imbert dokonuje dychotomicznego rozróżnienia na anoreksję żołądkową (*anorexie gastrique*) i anoreksję nerwową (*anorexie nerveuse*). Niespełna czterdzieści lat później w 1873 roku w dwóch niezależnych ośrodkach znajdujących się w Londynie i Paryżu po raz pierwszy pojawia się pełny opis jadłowstrętu psychicznego, aktualny do dziś. Opisu tego dokonują angielski lekarz Sir William Witney Gull, którego uważa się za ojca terminu *anorexia nervosa* i francuski lekarz Ernest-Charles Lasegue, który wprowadził termin *anorexie histerique* i prawdopodobnie jako pierwszy potraktował anoreksję, jako chorobę o podłożu psychicznym. Obecnie obydwu lekarzy traktuje się jako twórców współczesnej koncepcji anoreksji, uwzględniającej w symptomatologii takie objawy jak: znaczna utrata masy ciała, wtórny zanik miesiączki, ogólne osłabienie organizmu ze spadkiem temperatury oraz wykluczenie podłoża organicznego.

W pierwszej dekadzie XX wieku Charcot, Janet i Freud kontynuowali pogląd C.E.Laseuga i W.W.Gulla dotyczący roli zarówno czynników psychicznych jak i rodzinnych

w etiologii jadłowstrętu psychicznego. To właśnie Freud uważał, że odmowa przyjmowania racji pokarmowych związana jest z zaburzeniem w sferze pierwotnego popędu płciowego. Prawie równocześnie rozwijał się pogląd o organicznych przyczynach anoreksji. Simmonds w 1914 roku, opisał zespół wyniszczenia spowodowanego niewydolnością funkcji przysadki, który niemal na 20 lat odwróci uwagę klinicystów od aspektów psychologicznych jadłowstrętu psychicznego (Józefik red., 1999).

W latach sześćdziesiątych XX wieku pojawiła się monografia Hildy Bruch, która z jednej strony podkreślała rolę deficytów ego w powstawaniu zaburzeń odżywiania zaś z drugiej wskazywała na główne problemy natury psychologicznej osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego, które obejmowały: zaburzenia zdolności samoregulacji, poczucie bezradności i nieefektywności, trudności w rozpoznawaniu zarówno własnych stanów emocjonalnych jak i doznań natury introceptywnej.

Lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte zaowocowały wzrostem zainteresowania anoreksją. Dzięki temu pojawiły się nowe strategie terapeutyczne, zmienił się stosunek lekarzy i personelu szpitalnego do osób dotkniętych zaburzeniami odżywiania. Zaproponowano podział jadłowstrętu psychicznego na różne subkategorie. W 1979 roku, Gerald Russell przedstawił osobne kryteria diagnostyczne dla bulimii, jednocześnie traktując ją jako niezależną jednostkę chorobową, utożsamianą dotychczas z odmienną postacią anoreksji.

Na początku lat dziewięćdziesiątych wraz z postępem nauki zarówno w zakresie molekularnych podstaw dziedziczenia jak i biochemii mózgu zaczęto rozumieć etiologię zaburzeń odżywiania w kontekście dziedziczenia i nieprawidłowości ze strony neurotransmiterów takich jak np. w przypadku anoreksji niedoboru serotoniny w przestrzeni międzysynaptycznej.

Na podstawie przytoczonych faktów z historii jadłowstrętu psychicznego można wywnioskować, iż spory naukowców dotyczące etiologii, leczenia i klasyfikacji tego zaburzenia są aktualne do dziś. Od niedawna jednak coraz częściej mówi się o polietiologicznym podejściu w rozumieniu przyczyn jadłowstrętu psychicznego.

Sposoby definiowania i kryteria diagnostyczne anoreksji

*Samo pojęcie anorexia w języku greckim oznacza brak (an) apetytu (orexis) i jest ogólnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do pokarmu (Pilecki, 1999-w: Józefik, 1999,s.17). Wielu badaczy zgadza się, co do tego, że słowo anoreksja jest tylko w połowie właściwie użytym określeniem (Malan, 1997-za: Starzomska, 2006). Oznacza to, że termin ten jest odpowiedni wtedy, gdy używamy go w kontekście jednego z objawów charakterystycznych dla wielu chorób nowotworowych. Dlatego nie do końca zasadne jest jego stosowanie w odniesieniu do jednostki chorobowej manifestującej się odmową przyjmowania pokarmów. Bowiem w rzeczywistości osoby z jadłowstrętem psychicznym z jednej strony zaprzeczają publicznie jakoby czuły głód z drugiej zaś przynajmniej na początku choroby niemal nieustannie odczuwają głód i walczą z jego symptomami. Arthur H.Crisp twierdzi, że *jednym z najdotkliwszych cierpień osoby z anoreksją jest rozdarcie między pragnieniem jedzenia, a lękiem przed konsekwencjami spożycia pokarmu* (Crisp, 1995- za: Starzomska, 2006, s.13).*

Oprócz niejasności związanych z samą nazwą *anoreksja* można w literaturze przedmiotu odnaleźć także definicje jadłowstrętu psychicznego, które oddają charakter tego zaburzenia.

Według Bilikiewicza (2004) jadłowstręt psychiczny jest to *zaburzenie charakteryzujące się celową utratą masy ciała wywołaną i często podtrzymywaną przez pacjenta,(...).* Bardziej właściwe byłoby mówienie o *jadłowstręcie psychopodobnym* (Bilikiewicz i inni, 2004, s.384). Podobną definicję przytacza Jakubik (2002), który przez pojęcie jadłowstrętu psychicznego rozumie *celowe dążenie do utraty wagi ciała, wywołane i/lub podtrzymywane przez pacjenta, zazwyczaj wiąże się z lękiem przed utratą zgrabnej sylwetki, a dążenie do szczupłości przybiera często postać idei nadwartościowej* (Jakubik,2002,s.103) Z kolei Szewczuk (1985) traktuje *anorexia naervosa* jako *nerwicowy brak łaknienia związany ze znacznym zwolnieniem czynności fizjologicznych organizmu, przy jednoczesnej dobrej sprawności psychicznej*(Szewczuk, 1985-za: Ziółkowska, 2001,s.32). Natomiast współczesny międzynarodowy system klasyfikacji ICD-10 podaje definicję, która podsumowuje to, co zostało już wcześniej powiedziane: *jadłowstręt psychiczny (anorexia nervosa) jest zaburzeniem charakteryzującym się celową utratą wagi wywołaną i/albo podtrzymywaną przez pacjenta. (...). Jadłowstręt psychiczny stanowi niezależny zespół w następującym znaczeniu:*

a). *Kliniczne objawy zespołu są łatwo rozpoznawalne, a samo rozpoznanie jest rzetelne- w rozpoznaniu klinicyści osiągają wysoką zgodność;*

b). *Badania katamnesticzne wykazują, że spośród pacjentów, którzy nie powrócili do zdrowia, ujawnia nadal te same objawy jadłowstrętu psychicznego w postaci przewlekłej* (Pużyński, Wciórka, 2000,s.151-152).

Anoreksja jako osobna jednostka nozologiczna ma swoje miejsce zarówno w systemie klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-IV-TR) opracowanej w 2000 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, jak i w międzynarodowym systemie klasyfikacyjnym (ICD-10) opracowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1992 roku i obowiązującą w Polsce od 1997 roku. Europejski system klasyfikacyjny ICD-10 umieszcza anoreksję w grupie zaburzeń odżywiania opatrzonych kodem F50- F59 zaklasyfikowanych do szerszej kategorii *Zespołów Behawioralnych Związanych z Zaburzeniami Fizjologicznymi i Czynniki Fizycznymi*. W DSM- IV jadłowstręt psychiczny mieści się w grupie *Zaburzeń Odżywiania* wraz z żarłocznością psychiczną (*bulimia*) i innymi nieokreślonymi zaburzeniami odżywiania. Tabela 1.1. przedstawia kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg systemu klasyfikacyjnego ICD-10 i DSM-IV. Warto również wspomnieć, iż amerykański system klasyfikacyjny DSM-IV dokonuje ponadto rozróżnia jadłowstrętu psychicznego na:

- Typ restrykcyjny (*restricting type*): w obrazie klinicznym anoreksji nie stwierdza się regularnych epizodów nie kontrolowanego objadania się i zachowań związanych z usuwaniem pokarmu z organizmu za pomocą wymiotów i stosowania środków przeczyszczających.
- Typ bulimiczny (*binge eating/purging type*): w obrazie klinicznym anoreksji stwierdza się epizody regularnego nie kontrolowanego objadania się lub zachowania związane z usuwaniem pokarmu z organizmu za pomocą wymiotów i stosowania środków przeczyszczających.

Tab.1.1. Kryteria diagnostyczne jadłowstrętu psychicznego wg ICD-10 i DSM-IV

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO WG ICD-10	KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO WG DSM-IV
Masa ciała utrzymuje się na poziomie, co najmniej 15% poniżej oczekiwanej (z dwójakiego powodu: utraty wagi lub dlatego, że nie osiągnęła ona dotychczas wartości należnej) lub wskaźnik masy ciała Queteleta (waga (kg)/[wzrost(m)] do kwadratu) wynosi 17,5, lub mniej;	A. Odmowa utrzymania masy ciała na/lub powyżej granicy 85% wagi minimalnej dla określonego wieku i wzrostu lub brak należnego przyrostu wagi w okresie wzrastania prowadzący do utrzymania masy ciała poniżej 85% wagi należnej;
Utrata masy ciała jest spowodowana unikaniem „kalorycznych pokarmów”, a ponadto stosowana jest jedna z wymienionych czynności: przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, prowokowanie wymiotów, stosowanie leków tłumiących łaknienie i/lub środków moczopędnych;	B. Odczuwany intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością pomimo utrzymującej się rzeczywistej widocznej niedowagi;
Zaburzone jest wyobrażenie własnego ciała, które przyjmuje postać specyficznego zespołu psychopatologicznego, gdzie obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli nadwartościowej;	C. Zaburzenie sposobu spostrzegania i doświadczania swojej wagi i kształtu ciała, przejawiające się trudnościami w zakresie wpływu na ciężar i kształt ciała na podstawie własnej oceny lub zaprzecza znaczeniu niskiej masy ciała.
Dochodzi do zaburzenia hormonalnych obejmujących oś przysadkowo- nadnerczową i gonady, co w przypadku kobiet przejawia się zatrzymaniem miesiączki, natomiast u mężczyzn- spadkiem zainteresowań seksualnych i potencji.	D. U kobiet miesiączkujących, nieobecność przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych.
Wczesny początek, czyli pojawiający się przed okresem pokwitania, może powodować opóźnienie lub zahamowanie (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym) pokwitania;	

Źródło: Opracowano na podstawie Bilikiewicza (2004,s.369) i Józefik (1999,s.43).

Współcześnie uważa się, że jadłowstręt psychiczny obejmuje kilka różnych zaburzeń, a ponadto ulega on podziałowi na tak zwaną postać *pierwotną* lub *prawdziwą* i *wtórnią* (*organiczną*) rozumianą jako wyniszczenie spowodowane zmianami okolicy podwzgórza, w której znajdują się ośrodki regulujące pobór i wydatkowanie energii, lub powstałym w następstwie przewlekłej choroby somatycznej.

Rozpowszechnienie Anoreksji

Możliwość dokładnego oszacowania wskaźnika rozpowszechnienia anoreksji napotyka szereg różnych trudności głównie natury metodologicznej (Józefik red., 1999). W literaturze przedmiotu opisuje się kilka czynników budzących zastrzeżenia. Należą do nich: sposób zbierania danych, stosowane kryteria diagnostyczne i dokonywanie mało precyzyjnego opisu grupy badanej, co wiąże się z problemem sztucznego zawyżania bądź zaniżania rozpowszechnienia jadłowstrętu psychicznego. Wciąż zmieniający się stan wiedzy na temat

tego zaburzenia, utrudnia diagnozę, a dane uzyskiwane są często na podstawie rozpoznania jadłowstrętu psychicznego tylko w populacji klinicznej, która z reguły nie obejmuje osób o subklinicznym nasileniu objawów. Problemy związane z charakterystyką badanej grupy dotyczą przede wszystkim zaniedbań w zakresie mało precyzyjnego różnicowania wieku pacjentów. Obecnie jak pokazuje tab. 1.2. i 1.3. szacuje się, że rozpowszechnienie anoreksji mieści się w dość szerokich granicach od 0,8% do 1,08% dziewcząt poniżej 18 lat i od 0,2% do 0,8% osób dorosłych (Namysłowska, 1997; Józefik, 1999).

Wszystkie nadmienione wcześniej czynniki utrudniają możliwość rzeczywistego oszacowania zjawiska problemu. Dane, jakimi dysponujemy nie rozstrzygają jednoznacznie kwestii zwiększającej się liczby osób z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego.

Tab. 1.2. Wskaźniki rozpowszechnienia anorexia nervosa

Autorzy badań	Wielkość próby	Charakterystyka	Wiek	Anorexia Nervosa
King (1989)	n=720 w tym: 524K i 16 M	Ogólna praktyka	16-35	0%
Johnson- Sabine (1988)	n= 1010	Uczennice	14-16	0%
Ledoux i in.(1991)	n=3288	Populacja szkolna	12-19	0%
Ben-Tovim, Morton (1990)	n=5705	Uczennice	-	0,1%
Whitaker i in.(1990)	n=5596	Populacja szkolna	13-18	0,2%

Źródło: Opracowano na podstawie Józefik (1999,s.23)

Tab. 1.3. Wskaźniki rozpowszechnienia anorexia nervosa w różnych latach

Autorzy	Miejsce badania	Okres Objęty badaniem	Wskaźnik Rozpowszechnienia
Theander (1992)	Szwecja	1931-1940 lata 50.	0,24/100 000 0,45/100 000
Jones i in. (1980)	USA	1960-1969 1970-1976	0,35/100 000 0,64/100 000
Szmukler i in. (1986)	Aberdeen	1966-1969 1978-1982	1,60/100 000 4,06/10 000
O'Fallon i in.(1988)	USA	Okres 45 lat	Brak wyraźnego wzrostu wskaźnika rozpowszechnienia
Moller i in.(1992)	Dania	Lata 70. Koniec lat 80.	0,42/100 000 1,36/100 000

Płeć i wiek

Chcąc całościowo przedstawić zagadnienie rozpowszechnienia jadłowstrętu psychicznego należy wziąć pod uwagę dwie istotne zmienne, a mianowicie płeć i wiek.

Jak wiadomo jadłowstręt psychiczny występuje 10-20 razy częściej u dziewcząt niż u chłopców (Namysłowska, 1997). Niezbyt wysoką zachorowalność chłopców może tłumaczyć fakt, iż przeżywają oni generalnie mniejszy stres związany z okresem biologicznego dojrzewania, który rozpoczyna się później niż w przypadku dziewcząt, co sprzyja uzyskiwaniu większego wsparcia w tym czasie (Józefik red., 1999). Chłopcy nie są też w porównaniu do dziewcząt tak silnie poddawani presji społecznej związanej z kształtem i wymiarami swojego ciała. Z kolei zdecydowaną przewagę dziewcząt pod względem zachorowalności na jadłowstręt psychiczny tłumaczy się najczęściej za pomocą czynników o charakterze (Abraham, Llewellyn- Jones, 1995-za: Ziółkowska, 2001):

- Fizjologicznym: istotnym elementem okresu dojrzewania jest zmiana kształtu ciała wynikająca z przyrostu tkanki tłuszczowej, która znacznie wyraźniej zaznacza się u dziewcząt, wzbudzając w nich obawę przed otyłością;
- Psychologicznym: w przypadku dziewcząt częściej mamy do czynienia z zaburzoną potrzebą rywalizacji, przejawiającą się nawet w zakresie odchudzania;
- Seksualnym: stanie się kobietą związane jest najczęściej z przyjęciem nowych ról społecznych i adekwatnych do nich oczekiwań, co nie koniecznie musi wiązać się z pozytywnym nastawieniem a odmowa przyjmowania pokarmów może, więc opóźnić ten proces;
- Feministycznym: przemysł kosmetyczny, odzieżowy czy spożywczy zarabia na niezadowoleniu kobiet z ich własnych ciał, często je podsycając i tym samym skazując kobiety na ciągłą walkę o utrzymanie i kształtowanie własnych standardów piękna w oparciu o komercyjne wzory.

Obserwując dynamikę jadłowstrętu psychicznego dostrzega się nasilenie objawów w okresie adolescencji gdzie występowanie tego zaburzenia ocenia się na 0,5% do 1% populacji młodzieży (Józefik i inni,1999). Anoreksja osiąga swoje apogeum pomiędzy 15 a 19 rokiem życia, a spadek liczby zachorowań odnotowuje się zarówno przed jak i po okresie dojrzewania. W przypadku dzieci częściej mamy do czynienia z niepełnym, subklinicznym

obrazem anoreksji, a także innymi formami zaburzeń odżywiania się takimi jak emocjonalne unikanie jedzenia czy jedzenie wybiórcze (Józefik red., 1999).

Przyczyną wzrostu liczby osób chorujących na jadłowstręt psychiczny właśnie w okresie adolescencji może być faza normatywnego kryzysu, wynikającego z burzliwie zachodzących przemian dokonujących się na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej i społecznej (Józefik red., 1999). Zmiany, jakie w tym okresie mają miejsce, koncentrują uwagę adolescenta na własnym organizmie i jego funkcjonowaniu. Wiąże się to często z poczuciem lęku i niepewności własnej atrakcyjności. Osoby doświadczające trudności zarówno w zakresie oddzielenia się od rodziny jak i nawiązywania i rozwijania nowych relacji społecznych zgodnych z oczekiwaniami kultury mogą wybrać bardziej bezpieczną opcję wycofania się poprzez powrót do dziecięcych relacji. Anoreksja może być w takim przypadku postrzegana jako ekstremalna forma regresji zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej (Józefik red.1999).

Z kolei u osób będących już po okresie dorastania, zaburzenia odżywiania pojawiają się najczęściej w okresie ciąży i porodu. Bowiem wtedy dochodzi do zmian w kształcie i rozmiarze ciała. Konieczne jest prowadzenie określonej diety, a przy jednoczesnej obecności czynników predysponujących, ciąża i okres poporodowy może okazać się czynnikiem spustowym wyzwalającym zaburzone zachowania związane z jedzeniem. Badania dowodzą, że im starsze są dziewczęta chorujące na zaburzenia odżywiania, tym bardziej dążą do szczupłości, cechuje je większe poczucie bezwartościowości, perfekcjonizm, niezadowolenie z własnego wyglądu, trudności w rozpoznawaniu własnych emocji i potrzeb oraz nawiązywaniu pozytywnych relacji z ludźmi (Latałski, Skórzyńska, Pawłowska, Sokół, Pacian, Szpakowska, Małaj, 2004).

Czynniki ryzyka wystąpienia anoreksji

Poszukując czynników odpowiedzialnych za zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia jadłowstrętu psychicznego należy wziąć pod uwagę zarówno cechy osobowości, wydarzenia, jakie miały miejsce na ścieżce życia, sytuację rodzinną, jak i szeroko rozumiane oczekiwania społeczno- kulturowe (Józefik red.,1999; Scully, 1996). Niewątpliwie do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na anoreksję należą te dziewczęta i młode kobiety, których wykonywany zawód związany jest z koniecznością utrzymywania nienagannej

sylwetki i kontrolą masy ciała. Dotyczy to przede wszystkim modelek, uczennic szkół baletowych, aktorek, gimnastyczek, ale także dżokejów, pływaków, tancerek itp. (Józefik red., 1999; Ziółkowska, 2001; Starzomska, 2006). Do czynników psychologicznych wpływających na powstanie jadłowstrętu psychicznego zalicza się przede wszystkim dwie cechy osobowości: obniżona, niepewna i chwiejna samoocena oraz zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli nad zdarzeniami (*LOC-locus of control*) (Wandokanty-Bocheńska, 1994). Osoby predysponowane do zachorowania na anoreksję cechują się także problemami w podjęciu decyzji, skłonnością do tłumienia emocji, małą samodzielnością, niską odpornością na stres, niedostosowaniem społecznym, ambiwalencją, perfekcjonizmem, silną potrzebą osiągnięć oraz ascetyzmem (Wandokanty-Bocheńska, 1994). Nie wyklucza się także związku pomiędzy doświadczeniem seksualnego nadużycia w dzieciństwie, a pojawieniem się zaburzeń odżywiania. Zakłada się, że około 20%-30% dziewcząt i kobiet z zaburzeniami odżywiania to ofiary nadużyć seksualnych (Józefik red., 1999; Jakubik, 2002; Scully, 1996). Doświadczenia tego typu istotnie wpływają na kształtowanie się poczucia własnej wartości oraz akceptacji własnego ciała i seksualności (Józefik red., 1999). Ważną rolę odgrywa także sytuacja rodzinna przyszłych pacjentów z jadłowstrętem psychicznym. Dane demograficzne wskazują na występowanie w rodzinie zarówno zaburzeń afektywnych jak i odżywiania, poważnych chorób somatycznych czy nadużywania alkoholu przez ojców (Józefik red., 1999, Scully, 1996). Badania Felkera i Stivers (1994) wskazują, że pewien styl funkcjonowania rodzin może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń odżywiania się zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców (Felker, Stivers, 1994-za: Józefik red., 1999). Wśród tych cech autorzy wymieniają konflikty rodzinne, nasiloną kontrolę, niską spójność rodziny, ograniczenie autonomii, trudności w wyrażaniu uczuć (Felker, Stivers, 1994-za: Józefik red., 1999). Tab. Nr 1.4. prezentuje najczęściej wymieniane w literaturze przedmiotu czynniki ryzyka zachorowania na jadłowstręt psychiczny.

Tab. 1.4. Czynniki ryzyka zachorowania na jadłowstręt psychiczny wymieniane w literaturze

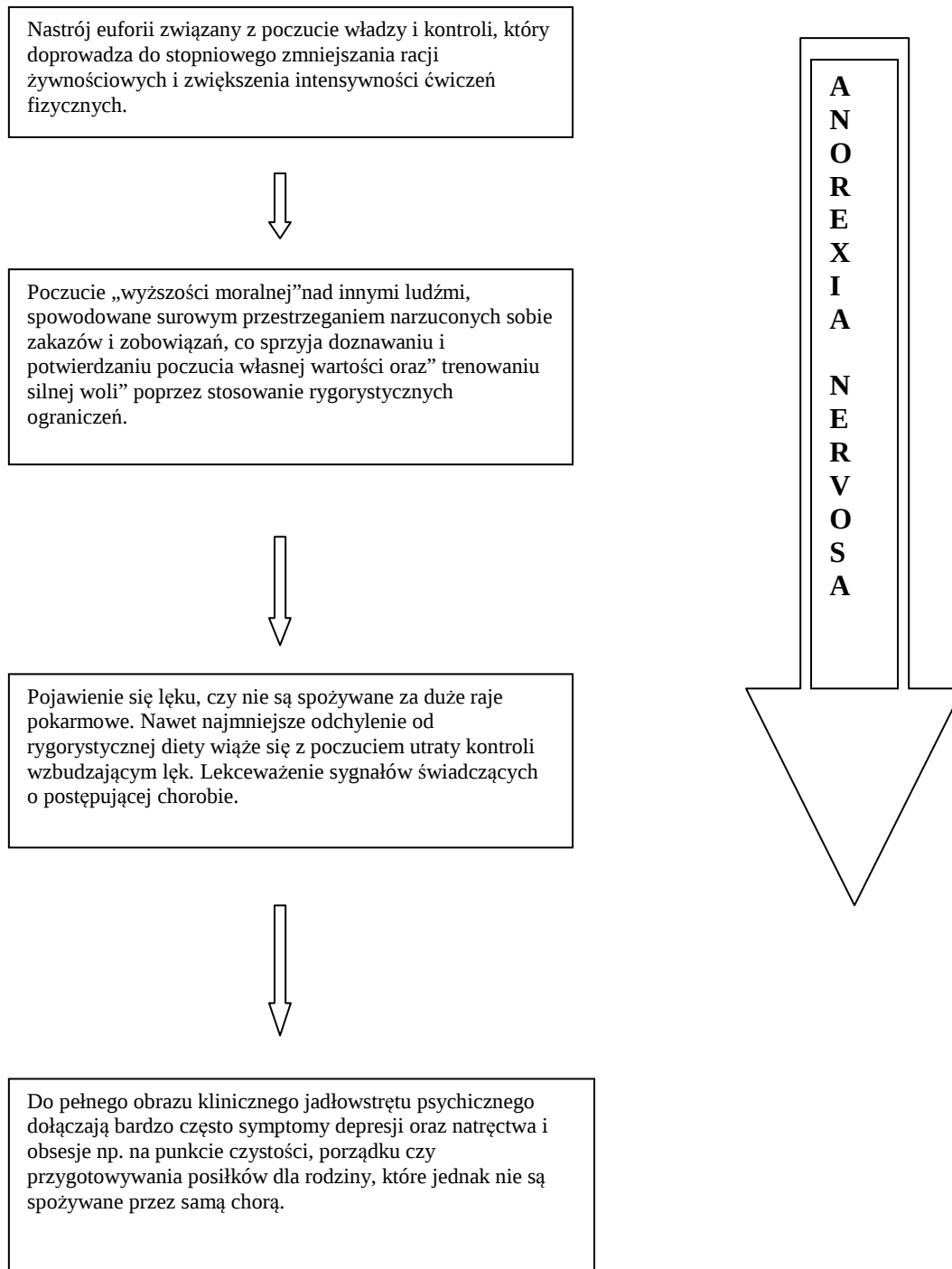
Czynniki kulturowe	Czynniki rodzinne	Czynniki indywidualne
• Ideał szczupłej sylwetki • Społeczne oczekiwania atrakcyjności formułowane wobec kobiet.	• Przecenianie społecznych oczekiwań; • Występowanie zaburzeń jedzenia w rodzinie; • Występowanie chorób afektywnych lub alkoholizmu; • Relacje rodzinne, które utrudniają osiągnięcie autonomii w okresie dorastania.	• Zaburzony obraz siebie; • Trudności w autonomicznym funkcjonowaniu; • Silna potrzeba osiągnięć; • Otyłość; • Doświadczenie nadużycia seksualnego; • Chroniczna choroba somatyczna.

Źródło: Opracowane na podstawie Józefik (1999, s.29)

Charakterystyczne Objawy Anoreksji

Anoreksja podobnie jak większość zaburzeń psychicznych, charakteryzuje się określonymi objawami i charakterystycznym przebiegiem. Kryteria diagnostyczne podane w systemie klasyfikacyjnym stanowią swego rodzaju wzór, którym powinno się kierować w procesie diagnostycznym. Jadłowstręt psychiczny, może, więc przebiegać zgodnie z kryteriami diagnostycznymi, a może także mieć atypowy charakter dając w ten sposób niejednoznaczny obraz kliniczny. Anorexia nervosa może również objawiać się pod postacią epizodyczną-jednorazową, średnią- przewlekłą charakteryzującą się nawrotami przeplatanyimi okresami remisji oraz może mieć charakter chroniczny-niesłabnący, aż do zejścia śmiertelnego (Ziółkowska, 2001). Warto również wspomnieć, iż bardzo często ujawniane przez pacjenta objawy odpowiadają jego indywidualnym cechom oraz stylowi funkcjonowania psychicznego i społecznego. Ponadto wyniki badań pochodzące z Minnesoty (*Minnesota Studies*) poświęcone symptomatologii zaburzeń odżywiania prowadzone na zdrowych osobach poddanych głodówce ujawniły przede wszystkim: zmiany postaw i zachowań związanych z jedzeniem, napadowe objadanie się, zaburzenia emocjonalne i zmiany dotyczące osobowości, zmiany w zakresie funkcjonowania społecznego i seksualnego, zmiany kognitywne, somatyczne i zmiany aktywności fizycznej, doprowadzając do wniosku badaczy, iż wiele objawów jadłowstrętu psychicznego może mieć charakter wtórny w stosunku, do samogłodzenia, a nie jak wcześniej sądzono-pierwotny (Keys i inni, 1951-za: Żechowski, 2004).

Na koniec warto dodać, iż objawy anoreksji są bardzo zróżnicowane często o niejednoznacznym charakterze. Przejawiają się na płaszczyźnie psychologicznej-*psyche* i fizjologicznej-*soma*, doprowadzając do zmian zarówno w zachowaniu jak i w fizjologicznym funkcjonowaniu organizmu. Etiologia tych zmian może być trudna do ustalenia często, bowiem nie wiadomo, które z nich wynikają z przebiegu samego zaburzenia, a które występują jeszcze przed jego pojawieniem się. Wobec wielu niejasności w literaturze przedmiotu przyjęto stadialny model rozumienia przebiegu jadłowstrętu psychicznego, który przedstawia Rys. 1.1.



Rys.1.1. Model fazowego przebiegu anoreksji

Źródło: Opracowanie na podstawie Ziółkowskiej (2001, s. 35)

Integracyjne podejście w rozumieniu anoreksji

Integrację czynników należących do powyżej przedstawionych sposobów rozumienia zaburzeń odżywiania przedstawia koncepcja Slade'a, która przy rozpatrywaniu czynników etiologicznych uwzględnia przede wszystkim mechanizm sprzężeń zwrotnych (Józefik red., 1999). Model ten zakłada, że specyficzne czynniki psychospołeczne zapoczątkowują proces odchudzania się i utraty wagi dając chorej poczucie sukcesu, satysfakcji i kontroli, co wzmacnia nie tylko kontynuowanie tych zachowań, ale także lęk przed przytyciem (Józefik red., 1999). W momencie, kiedy odchudzanie dostarcza anorektyczce silnych pozytywnych wzmocnień dochodzi do intensywnego ograniczenia jedzenia prowadzącego do wyniszczenia i rozwinięcia się pełnego obrazu anorexia nervosa (Józefik red., 1999). Ponadto autor wyróżnia trzy grupy czynników: predysponujące, wyzwalające i podtrzymujące, które wpływają na rozwój kolejnych etapów zaburzenia (Józefik red., 1999):

Do czynników predysponujących zalicza:

- Ogólne niezadowolenie z siebie i życia spowodowane na skutek konfliktów związanych z osiągnięciem autonomii, dysfunkcjonalnych relacji rodzinnych, niepowodzeniach lub stresach związanych ze szkołą i doświadczeniami społecznymi, tendencji do perfekcjonizmu oraz nadużycia seksualnego w dzieciństwie;
- Biologiczne i fizjologiczne predyspozycje wyznaczające podatność na zranienia, do których należą: temperament, poziom aktywności oraz parametry związane z przeżywaniem i odczuwaniem głodu.

Do czynników wyzwalających (spustowych) określających czas wystąpienia choroby zalicza:

- Uwagi na temat wyglądu, wagi i ciała pochodzące od najbliższego otoczenia chorej oraz obserwowanie zachowań związanych z odchudzaniem u rówieśników;
- Trudne sytuacje życiowe, utraty i separacji od rodziny, wyjazd z domu związany ze zmianą szkoły.

Do czynników podtrzymujących symptomy, czyli związanych z próbami pacjenta i rodziny w poradzeniu sobie z symptomami rozwijającego się obrazu klinicznego jadłowstrętu psychicznego i adaptacją organizmu Slade'y zalicza:

- Pojawiające się dolegliwości ze strony układu pokarmowego, pozytywne objawy postu, które prowadzą do dalszego ograniczenia spożywania pokarmu, pogłębiają zaburzony obraz ciała i wzmacniają lęk przed przytyciem;

- Czynniki, które wiążą się z poczuciem sukcesu wynikającym z kontroli jedzenia, pokonania głodu i pokus związanych z jedzeniem, wzmacniają poczucie własnej wartości;
- Czynniki rodzinne, które wzmacniają nieprawidłowe zachowania związane z jedzeniem należą do nich: koncentracja na objawach pacjentki, reorganizacją funkcjonowania rodziny zmierzającą do „trzymania się razem”, rezygnacja z kontaktów społecznych oraz zmniejszenie konfliktów rodzinnych i małżeńskich związanych z chorobą dziecka.

Wieloczynnikowy model etiologiczny pozwala zobaczyć anoreksję jako *procesy podtrzymywane przez swoiste i nieswoiste dla zaburzeń mechanizmy, które pojawiają się u osób o pewnej predyspozycji w określonych warunkach społeczno-kulturowych* (Józefik, 1999,s.117). Tab. 1.5. podsumowuje to, co wcześniej zostało powiedziane na temat przyczyn powstania jadłowstrętu psychicznego.

Tab.1.5. Źródła hipotez dotyczących powstania anorexia nervosa

NURT NAUKOWY	HIPOTEZY
Psychologia rozwoju i uczenia się	• Anorektyczki ujawniają nadmierne zainteresowanie pokarmami, lękiem przed otyłością i/lub pochodzą z rodzin, w których nadmiernie koncentrowano się na przygotowywaniu posiłków (Jablow, 1993- za: Ziółkowska, 2001). • Anorektyczki obawiają się ujawnienia drugorzędowych cech płciowych (nie chcą dorosnąć i być samodzielne), prowokując często zaburzone kontakty z rodzicami (Ruszkowska, 1999).
Psychologia poznawcza	• Anorektyczki mają zaburzony schemat własnego ciała, ujawniający się pod postacią przeceniania jego rozmiarów i wagi oraz wykazują ogólne niezadowolenie ze swojej fizyczności (Bruch, 1962).
Psychologia osobowości	• Anorektyczki cechuje rys osobowości anankastycznej, upatrują zła w cielesności i karzą się „uśmiercając”- głodząc swoje ciało (Kępiński, 1992-za: Ziółkowska, 2001); • Anorektyczki mają szczególnie silne superego i słabe ego, kompleksy, ujawniają rygorystyczny styl życia przesadnie podporządkowany nakazom moralnym, religijnym, brakiem poczucia bezpieczeństwa i skłonnościami narcystycznymi (Siek, 1986-za: Ziółkowska, 2001); • Anorektyczki to ofiary swojej niekontrolowanej decyzji, by przestać żyć (Bruch, 1971-za: Ziółkowska, 2001); • Anorektyczki to osoby przejawiające- już przed wystąpieniem pierwszego epizodu choroby- skłonności autopunitywne (intrapunitywne), autodestrukcyjne itp. (Horney, 1978; Verville, 1967).
Psychologia reklamy	• Anorektyczki to ofiary kultury masowej, która poprzez propagowanie ideałów piękna i zalet szczupłej sylwetki popiera fizjonomiczne cechy związane z anoreksją (Józefik, 1987); • Anoreksja stanowi skrajny przejaw dyscyplinowania ciała kobiecego w kulturze Zachodu (Melosik, 1996).
Fizjologia i genetyka	• Anorektyczki posiadają tzw.defekt głodowy, który może stać się przyczyną zaburzeń odżywiania się (Abraham, Llewelyn-Jones, 1999); • Anorektyczki mają znaczne niedobory cynku w organizmie (Józefik, 1996; Baranowska, 1994). • Anorektyczki ujawniają mózgowie dysfunkcje ośrodków regulujących poczucie głodu i sytości, co może być czynnikiem etiologicznym w anoreksji (Józefik, 1996; Baranowska, 1994).

Źródło: Opracowane na podstawie Ziółkowskiej (2001,s. 14)

BIBLIOGRAFIA

- Bilikiewicz A.(red.) (2004). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Brytek A. (2006). *Konsekwencje psychologiczne anoreksji: poczucie własnej wartości, strategie radzenia sobie ze stresem oraz ekspresja złości*. Psychoterapia, 1, s.25-38.
- Jakubik A.(1994). *Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B.(red.), (1999).*Epidemiologia Zaburzeń Odżywiania*. W: Józefik B.(1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B., Ulańska R.,(1999). *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*. W: Józefik B.(1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Józefik B.(1999). *W stronę integracji pojęć*. W: Józefik B.(1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Klimasiński, K.(2000). *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Latański M., Skórzyńska H., Pawłowska B., Sokół M., Pacian A., Szpakowska A., Małaj G.(2004). *Wiek a zaburzenia odżywiania u kobiet*. Zdrowie Publiczne, 114 (2) s.141-144.
- Namysłowska I.(1997). *Gdy cierpi ciało i choruje dusza*. Charaktery (15) 43 , s.12-17.
- Orwid M.(1993).*Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pilecki M.(1999). *Historia zaburzeń odżywiania się*. W: Józefik B.(red.)(1999). *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pervin L.A. (2002). *Psychologia Osobowości*. Gdańsk: GWP.
- Pużyński, Wciórka J.(2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wg ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius.
- Scully J.H.(1998). *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner.
- Starzomska M.(2006). *Anoreksja. Trudne Pytania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Wandokanty- Bocheńska M. (1994). *Analiza czynników psychologicznych wpływających na powstanie jadłowstrętu psychicznego punktem wyjścia do stworzenia modelu terapii*. Pediatria Polska, 69 (6), s.463-466.
- Wolska M. (1999). *Anoreksja psychiczna w okresie dorastania: czynniki sprzyjające powstaniu choroby, jej przebieg i leczenie - opis przypadku*. Psychoterapia,(3),s.47-59.
- Wolska M.(1999). *Cechy indywidualne pacjentów z zaburzeniami odżywiania się*. W: Józefik B.(red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wolska M.(1999). *Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej*.W: Józefik B.(red.). *Anoreksja i bulimia psychiczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Ziółkowska B.(1998). *Uwarunkowania gotowości organizmu do reagowania zaburzeniami jedzenia w sytuacjach trudnych*. Czasopismo Psychologiczne,(4),nr 2, s.136-145.
- Ziółkowska B.,(2001).*Ekspresja Syndromu Gotowości Anorektycznej u Dziewcząt w Stadium Adolescencji*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Żechowski C., Jakubczyk A.(2003). *Obsesyjność a impulsywność. Dynamika zaburzeń osobowości w anorexia nervosa - opis przypadku*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 12 (3) s.363-367.
- Żechowski C. (2004). *Historia badań nad jadłowstrętem psychicznym*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 13 (3), s.247-253.

