**PRAWIE WSZYSTKO O … ANOREKSJI I BULIMII**

Artykuł ten poświęcony jest coraz częściej występującym zaburzeniom odżywiania u dzieci i młodzieży szkolnej. Zaburzenia odżywiania należą do grupy zaburzeń psychicznych i wymagają kompleksowego leczenia. Głównymi i najbardziej niebezpiecznymi zaburzeniami są anoreksja (jadłowstręt psychiczny) i bulimia (wilczy głód). Jedno i drugie zaburzenie ma podłoże psychiczno-emocjonalne. Można powiedzieć, że ciało choruje odreagowując cierpienia duszy.

Do grupy tych zaburzeń zalicza się także inne rzadziej występujące tj.: jadłowstręt psychiczny atypowy, atypowa żarłoczność psychiczna, przejadanie się lub wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi oraz inne nieokreślone zaburzenia odżywiania się.

#  1. Anoreksja (jadłowstręt psychiczny)



Termin anoreksja (*anorexia*) pochodzi z greckich słów: *an* - brak i *orexis* – apetyt. Anoreksja występuje znacznie częściej u kobiet niż mężczyzn, choć w ostatnim okresie częstość tego zaburzenia u mężczyzn się zwiększa. Natomiast rozpowszechnienie anoreksji w populacji ogólnej waha się w zakresie kilku procent.

Zazwyczaj rozpoczyna się ona u młodych dziewcząt w okresie pokwitania lub u młodych kobiet, najczęściej między 14. a 18. rokiem życia, średnio w 15. roku życia, z obserwowaną obecnie tendencją do obniżania się wieku życia w chwili zachorowania.

Zaburzenie to polega na podejmowaniu licznych celowych działań prowadzących do utraty masy ciała i/lub podtrzymywaniu małej masy ciała przez pacjenta, przy czym masa ciała wynosi co najmniej 15% poniżej oczekiwanej normy dla wieku i wzrostu, lub też wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), czyli tzw. wskaźnik Queleta (masa ciała w kilogramach podzielona przez wzrost w metrach podniesiona do kwadratu) jest równy lub spada poniżej 17,5. W przebiegu choroby dołączają się zaburzenia spostrzegania obrazu własnego ciała oraz zaburzenia somatyczne, metaboliczne czy neuroendokrynologiczne.

**Celem pacjenta cierpiącego na anoreksję jest redukcja masy ciała do coraz mniejszych jej wartości oraz w dalszej kolejności utrzymanie osiągniętej zbyt małej masy ciała.** W związku z tym:

* pacjent ciągle ogranicza ilość i częstość przyjmowanych posiłków, zawęża dietę, unika tzw. tuczących pokarmów o wysokim indeksie kalorycznym;
* dodatkowo wykonuje przynajmniej jedną z czynności: stosuje wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, przyjmuje środki redukujące łaknienie, stosuje środki przeczyszczające lub moczopędne;
* wymienionym wyżej działaniom towarzyszy zaburzony obraz własnego ciała, pacjent postrzega je jako „nadal zbyt grube”, towarzyszy temu również lęk przed przytyciem;
* u pacjenta pojawiają się zaburzenia hormonalne z zakresu tzw. osi podwzgórze–przysadka– nadnercza i gonad, co u kobiet prowadzi do braku miesiączki (przed okresem pokwitania) lub zatrzymania miesiączkowania (po okresie osiągnięcia dojrzałości płciowej), a u mężczyzn do zaburzeń potencji i libido. Inne zaburzenia hormonalne, jakie mogą wystąpić, to m.in. nieprawidłowe stężenia hormonów tarczycy, hormonu wzrostu i insuliny. Zaburzeniom hormonalnym może towarzyszyć wiele innych zaburzeń somatycznych oraz nieprawidłowości w wynikach badań laboratoryjnych, zaburzeń wodno-elektrolitowych i metabolicznych, między innymi objawy wyniszczenia organizmu, zaniki mięśniowe, obrzęki, bladość, suchość i łuszczenie się skóry, obniżenie temperatury ciała, wypadnie włosów, pojawienie się na ciele charakterystycznego owłosienia w postaci meszku (lanugo), obniżenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstotliwości akcji serca, zaburzenia rytmu serca, omdlenia, bóle i zawroty głowy, zaparcia, wzdęcia, stany zapalne błony śluzowej żołądka, niedokrwistość,próchnica zębów.

Anoreksję należy różnicować także z niektórymi chorobami somatycznymi, zwłaszcza ze strony przewodu pokarmowego i zaburzeń neurohormonalnych.

**Anoreksji mogą towarzyszyć także objawy zaburzeń psychicznych,** m.in. obniżenie nastroju, zmniejszenie radości życia, poczucie braku sensu życia, myśli samobójcze, napięcie, lęk, drażliwość, zaburzenia snu, objawy myślenia obsesyjnego i zachowań kompulsywnych. W szczególnych przypadkach objawy anoreksji mogą być wynikiem innych zaburzeń i chorób psychicznych, dlatego wymaga ona szczegółowej diagnostyki w celu postawienia właściwego rozpoznania i zaproponowania odpowiedniego leczenia.

**Anoreksja niewątpliwie wymaga leczenia, ponieważ w miarę jej rozwoju dochodzi do bardzo poważnych zaburzeń somatycznych i psychicznych.** Ważne jest jak najwcześniejsze zaobserwowanie jej objawów, prawidłowa i profesjonalna diagnoza oraz podjęcie leczenia. Niemniej wczesne uchwycenie objawów tego zaburzenia u pacjenta jest czasami trudne. Anoreksja zwykle zaczyna się od chęci „zrzucenia kilku kilogramów” – z różnych powodów i różnych motywacji pacjenta. Początkowe sukcesy „w odchudzaniu” dają poczucie kontroli nad własnym ciałem, własnym życiem, poprawiają nastrój i motywują do dalszego ograniczania spożywanego pokarmu. Pacjent najczęściej nie dostrzega okresu, kiedy – utrzymując „za wszelka cenę” kontrolę nad sposobami ograniczania odżywiania się – zaczyna równocześnie tracić całościową kontrolę nad własnym życiem, zaczynają się kształtować u niego mechanizmy uzależnienia i pacjent całe swoje życie zaczyna organizować wokół odżywiania się. Przyswaja wiele informacji, czyta poradniki, książki na ten temat, ogląda programy telewizyjne na temat „zdrowego odżywiania się”, czasami chętnie gotuje dla innych, ale sam nie spożywa tych posiłków. Ma poczucie, że postępuje „właściwie”, „rozsądnie”, czasami nawet, że „robi to dla swojego zdrowia”. Liczy kalorie zawarte w przyjmowanych posiłkach, unika pokarmów „tuczących”, wysokokalorycznych, ogranicza spożywanie przede wszystkim tłuszczów, węglowodanów, z czasem znacznie poniżej przyjętych norm. Także najbliżsi pacjenta w początkowym okresie nie zauważają rozwijających się zaburzeń jedzenia i tak jak on są przekonani, że jest to właściwe, ewentualnie „nieszkodliwe” postępowanie w zakresie odżywiania się.

Z czasem, kiedy rodzina pacjenta dostrzega już problem, pacjent zaczyna „ukrywać”, że ogranicza jedzenie. Może twierdzić, że „spożywa posiłki” samotnie, a w rzeczywistości wyrzuca jedzenie. Ograniczenia w jedzeniu stają się coraz poważniejsze, pacjent wciąż zmniejsza ilość i kaloryczność (a co za tym idzie – wartość odżywczą) posiłków, co przynosi mu satysfakcję. Jednocześnie zaniża coraz bardziej „limit wagi”, który stara się osiągnąć. W skrajnie nasilonych okresach anoreksji takie postępowanie może doprowadzić do spożywania kilku łyżek odtłuszczonego jogurtu, czy liścia sałaty dziennie. Anoreksja może mieć przebieg falowy z okresami mniejszego lub większego ograniczania odżywiania się, może także, jak już wspomniano, przebiegać z napadami nadmiernego lub „normalnego” sposobu jedzenia, z następującymi po tym wymiotami czy stosowaniem środków przeczyszczających. Osoba cierpiąca na anoreksję często sprawdza, ile aktualnie waży, z niepokojem przyjmując nawet minimalny wzrost w tym zakresie i z satysfakcją dalszą redukcję masy ciała (lub okresowo – utrzymywanie małej masy ciała na określonym poziomie). Czasami też w celu utraty „spożytych kalorii” stosuje długotrwałe, wyczerpujące, forsowne ćwiczenia fizyczne, np. nawet kilkugodzinny codzienny marsz szybkim krokiem.

**W przebiegu anoreksji zaburzone jest także postrzeganie obrazu własnego ciała** – pacjent przyglądając się swojemu ciału, stale ma wrażenie, że są w nim miejsca, w których „jest za grube”, w których „zbiera się tłuszcz z jedzenia”, np. jedzenia, które zjadł w dniu wczorajszym, czy nawet przed chwilą. Przekłada spożyte kalorie na odkładającą się „nadmiernie” tkankę tłuszczową, pomimo obiektywnego już znacznego wychudzenia czy nawet wyniszczenia organizmu. Towarzyszy temu stały „lęk przed przytyciem”, czasami nawet po zjedzeniu minimalnych porcji jedzenia.

Jak już wspomniano, nawet najbliższym pacjenta trudno zauważyć pierwsze objawy anoreksji. Dostrzegana jest ona zazwyczaj przy znacznym już poziomie wyniszczenia organizmu i powtarzających się zachowaniach prowadzących do ograniczenia jedzenia, jak np. odmowa spożywania wspólnych posiłków czy posiłków w ogóle. Ale nawet wtedy rodzina często ma wątpliwości, czy taki stan już wymaga profesjonalnej pomocy, czy jest tylko „okresem przejściowym” w życiu pacjenta.

**Nawet w przypadku pojawienia się pierwszych niepokojących myśli dotyczących zdrowia danej osoby warto motywować ją do konsultacji psychiatrycznej i/lub psychologicznej.** Osoby zajmujące się profesjonalnie leczeniem zaburzeń odżywiania przeprowadzą pełną diagnozę i w przypadku rozpoznania anoreksji – zaproponują odpowiednie leczenie.

Niestety, osoba, u której najbliżsi podejrzewają zaburzenia odżywiania, zazwyczaj na taką konsultację nie chce się zgodzić, uważając, że „odżywia się zdrowo” i „nie dzieje się nic złego”. Nie można przeprowadzić konsultacji/badania psychiatrycznego osoby dorosłej z podejrzeniem anoreksji bez jej zgody, z wyjątkiem zaawansowanej postaci anoreksji, ze współwystępującymi objawami innych zaburzeń/chorób psychicznych (np. ciężką depresją z myślami samobójczymi czy toczącym się procesem psychotycznym) i zagrożeniem życia pacjenta. W przypadku dzieci do 16. roku życia taką decyzję podejmują rodzice (wskazane jest też uzyskanie zgody dziecka), a w przypadku młodzieży w wieku 16–18 lat zgodę wyrazić musi zarówno osoba badana, jak i jej rodzice. W przypadku zagrożenia życia pacjenta z powodów somatycznych czy psychiatrycznych chory może być hospitalizowany bez zgody w odpowiednich placówkach, co jest uregulowane stosownymi przepisami prawnymi.

**Leczenie anoreksji powinno być postępowaniem kompleksowym i długoterminowym, obejmującym aspekty psychologiczne, psychiatryczne i somatyczne związane z tym zaburzeniem.** Leczenie wymaga indywidualnego podejścia do każdego pacjenta. Zazwyczaj opiera się na psychoedukacji i psychoterapii, która ma na celu między innymi zmianę sposobu myślenia, zachowania, odżywiania się. W bardziej zaawansowanych postaciach anoreksji postępowanie to łączy się z behawioralnym treningiem jedzenia w warunkach szpitalnych.

Terapia może być prowadzona indywidualnie, grupowo, w ramach szpitalnych oddziałów dziennych, czy – w głębszych stadiach rozwoju zaburzenia – na oddziałach całodobowych. Czasami, po ocenie aktualnej sytuacji rodziny pacjenta, wskazane jest także podjęcie systemowej terapii rodzinnej. Na każdym etapie leczenia zaleca się konsultacje psychiatryczne w celu oceny i monitorowania parametrów poprawy stanu zaburzeń odżywiania się (między innymi masy ciała) i zdrowia psychicznego pacjenta.

#  2. Bulimia (żarłoczność psychiczna)

Termin bulimia (*bulimia*) został wprowadzony przez Galena i pochodzi od greckich słów *bous* i *limos*, które oznaczają „byczy głód”. Bulimię stwierdza się przede wszystkim u nastolatek i młodych kobiet. Częstość występowania tego zaburzenia wynosi około 1% u kobiet i około 0,1% u mężczyzn. Początek zachorowania występuje zazwyczaj później niż u pacjentów z anoreksją, około 18.–24. roku życia.

Zaburzenie to polega na koncentrowaniu życia wokół jedzenia, z jednoczesnymi próbami kontrolowania masy ciała, z okresowo występującymi niekontrolowanymi napadami tzw. żarłoczności, po których pacjent podejmuje szereg czynności „przeciwdziałających skutkom” przyjętego w nadmiernych ilościach pokarmu.

**Aby rozpoznać bulimię według klasyfikacji ICD-10, konieczne jest występowanie u pacjenta podanych niżej wszystkich grup objawów:**

1. pacjent koncentruje swoją uwagę wokół odżywiania się, staje się ono najistotniejszym obszarem jego życia, okresowo występują u niego nie dające się powstrzymać napady żarłoczności, nadmiernego jedzenia bardzo dużych ilości pokarmu, czasami nawet kilka razy przekraczających odpowiednią dla danej osoby porcję;
2. pacjent podejmuje wiele różnych działań kompensacyjnych mających na celu „zapobiegać tuczącym skutkom” spożytego pokarmu, między innymi prowokuje wymioty po nadmiernym jedzeniu (albo po przyjęciu takiej ilości pokarmu, którą uzna za zbyt dużą czy zbyt wysoko kaloryczną), stosuje środki hamujące apetyt, środki przeczyszczające (czasami w dawkach przekraczających zalecane normy), środki moczopędne, preparaty hormonów tarczycy. Może podejmować też okresowo tzw. głodówki, które zazwyczaj kończą się ponownymi napadami żarłoczności;
3. pacjentowi towarzyszy także stałe chorobliwe poczucie obawy przed otyłością, skoncentrowany jest on na ocenie swojej aktualnej masy ciała i ustanawia limity swojej wagi znacznie poniżej odpowiedniej dla niego normy.

Według klasyfikacji DSM IV (podobnie jak w klasyfikacji ICD-10) takie epizody objadania się i towarzyszące im następowe zachowania kompensacyjne muszą występować w okresie ostatnich 3 miesięcy, co najmniej 2 razy w tygodniu.

**Można wyróżnić dwa typy bulimii: typ przeczyszczający i nieprzeczyszczający.**

* O typie przeczyszczającym bulimii mówimy wtedy, kiedy pacjent po epizodzie nadmiernego przejadania się prowokuje wymioty, stosuje środki przeczyszczające czy moczopędne.
* Natomiast typ nieprzeczyszczający występuje wtedy, kiedy pacjent kompensuje epizody żarłoczności, podejmując różnego rodzaju bardzo ścisłe diety i głodówki.

**Bulimia może powodować liczne zaburzenia somatyczne,** między innymi zaburzenia wodno-elektrolitowe (zwłaszcza niebezpieczne dla życia zmniejszenie stężenia potasu), niedobory witaminowe, zaburzenia ze strony układu krążenia, układu neuroendokrynnego, układu pokarmowego (głównie ze strony jego górnego odcinka, np. uszkodzenie lub stany zapalne gardła i przełyku oraz jamy ustnej; w rzadszych przypadkach porażenie jelit i niedrożność przewodu pokarmowego) oraz powikłania stomatologiczne (próchnica zębów, obrzęk ślinianek przyusznych) i kosmetyczne (np. znaczne rozstępy skórne w wyniku ciągłych wahań wagi ciała) i neurologiczne (napady drgawek). Poza tym pacjentki chorujące na bulimię skarżą się często na: bóle głowy, biegunki, zaparcia. Bulimię należy także różnicować z niektórymi chorobami somatycznymi, przede wszystkim z zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego.

**Bulimii towarzyszyć mogą różne objawy zaburzeń psychicznych,** m.in. zaburzenia depresyjne, lękowe, snu, osobowości, uzależnienia (między innymi od alkoholu), czy różne czynności kompulsywne. Zachowania bulimiczne należy także różnicować z innymi chorobami psychicznymi, m.in. zaburzeniami depresyjnymi czy psychotycznymi.

Pacjenci z bulimią zazwyczaj początkowo starają się ukrywać przed najbliższymi epizody przejadania się i następujących po tym kompulsywnych, niekontrolowanych wymiotów. Ukrywają także stosowanie środków przeczyszczających, czy moczopędnych. Mogą kupować bardzo duże ilości jedzenia i spożywać je szybko i w krótkim czasie, na przykład w swoim pokoju. Niekiedy są to ilości wielokrotnie przekraczające objętościowo i kalorycznie odpowiednie dla tej osoby porcje posiłku. W trakcie takiego objadania się pacjent traci kontrolę nad ilością i jakością spożywanych posiłków. Czasami zjada „co popadnie”, miesza różne smaki, których – poza epizodami przejadania się – nie zjadłby w takim zestawieniu. W typowym napadzie objadania się spożywa pokarmy zazwyczaj do chwili, kiedy nie może już więcej zjeść. Wtedy kompulsywnie, „przymusowo” podejmuje czynności kompensacyjne. Niekiedy po takich napadach obżarstwa chory ma poczucie braku kontroli nad swoim życiem, poczucie wstydu i winny, obniżony nastrój, a epizod ten traktuje jako „kolejną porażkę” w utrzymaniu czy dążeniu do masy ciała, jaką chce osiągnąć.

Ponieważ lęk przed przytyciem i koncentracja na uzyskaniu określonej masy i wymiarów ciała jest głównym celem życiowych dążeń, dzień, w którym wystąpił taki epizod, zazwyczaj uważa za dzień „stracony”. Wiąże się z tym najczęściej pogorszenie samopoczucia, napięcie, zwiększona drażliwość, chwiejność emocjonalna czy poczucie smutku. Masa ciała pacjenta z bulimią, choć waha się w zależności od okresu przejadania się czy „oczyszczania” i głodówki, zazwyczaj utrzymuje się na prawidłowym lub zbliżonym do prawidłowego poziomie, mimo że sam pacjent stale zakłada jej znaczne zmniejszenie.

Najbliżsi pacjenta bardzo długo mogą nie zdawać sobie sprawy z jego problemów z odżywianiem się. Kiedy jednak zaczynają je dostrzegać i próbują pomóc czy zmotywować do szukania pomocy, spotykają się zazwyczaj z jego sprzeciwem. Pacjent cierpiący na bulimię często wie, że „ma problem z przejadaniem się”, rzadziej przyznaje, że problemem są też „oczyszczające” czynności kompulsywne, ale zazwyczaj uważa, że „sam sobie z tym poradzi”, że „teraz już będzie silny” i „nie dopuści” do następnych epizodów przejadania się. Zazwyczaj dopiero po dłuższym czasie trwania zaburzenia, indywidualnym dla każdego pacjenta, niekiedy nawet po kilku latach, pacjent przyznaje sam przed sobą, że „nie da rady” i zaczyna szukać profesjonalnej pomocy albo na znalezienie takiej pomocy pozwala najbliższym.

Bulimia jest zaburzeniem psychicznym, które należy leczyć. Bardzo ważne jest właściwie zdiagnozowanie zaburzeń bulimicznych, określenie stopnia ich rozwoju, nasilenia, czasu trwania. Diagnoza najczęściej stawiana jest przez lekarza psychiatrę, który zaleca dalsze odpowiednie sposoby leczenia i postępowania. Terapia chorych na bulimię jest leczeniem kompleksowym, które powinno obejmować psychoedukację, psychoterapię i farmakoterapię. Postępowanie to opiera się przede wszystkim na psychoedukacji i psychoterapii. Może być ona prowadzona indywidualnie lub grupowo, także w ramach szpitalnych oddziałów dziennych, a przy istniejących wskazaniach – także na oddziałach całodobowych. W przypadku znacznego nasilenia epizodów objadania się z następowymi przymusowymi kompulsywnymi czynnościami kompensacyjnymi oraz w przypadku współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, wskazane jest często dołączenie przez lekarza psychiatrę leczenia farmakologicznego.

Bardzo ważne jest także zwrócenie uwagi na ewentualne współwystępujące uzależnienia (np. od alkoholu czy substancji psychoaktywnych) i odpowiednie formy leczenia uzależnień. W przypadku bulimii niezbędna jest także stała kontrola stanu somatycznego przez lekarza rodzinnego i ewentualnie lekarzy innych specjalności (np. diabetologa w przypadku zaniechania z powodu zachowań bulimicznych przyjmowania insuliny przez osoby chorujące na cukrzycę, endokrynologa przy nadużywaniu hormonów tarczycy, kardiologa, gastrologa, stomatologa). W przypadku nasilenia współwystępujących z bulimią zaburzeń somatycznych lub zaburzeń psychicznych wskazana może być hospitalizacja na oddziale internistycznym lub psychiatrycznym, a w ciężkich stanach nawet na oddziale intensywnej opieki medycznej.

**Przebieg bulimii psychicznej**

W przeważającej części przypadków bulimia dotyczy kobiet kontrolujących swoją wagę za pomocą diet oraz w powiązaniu ze stresem dotyczącym traumatycznych sytuacji życiowych, np. śmierć bliskiej osoby, rozwód, stres w pracy lub szkole, zmiana pracy.Istotą bulimii jest obżarstwo występujące przemiennie z wymiotami oraz kontekst psychiczny ataku bulimicznego.

Do przyczyn wyzwalających atak bulimiczny zalicza się narastające napięcie, samotność, znudzenie, głód i pragnienie. W trakcie jego trwania chore spożywają kaloryczny pokarm w ilości przekraczającej normalne dzienne zapotrzebowanie. Odczuwają brak kontroli nad przebiegiem zdarzeń: niemożność zaprzestania jedzenia i następujące po tym wymioty. Oprócz wymiotów chore mogą również stosować środki przeczyszczające, lewatywy, pić alkohol lub brać narkotyki. Pacjentki bardzo często dobrze funkcjonują w relacjach społeczno-towarzyskich. Ich wygląd zewnętrzny nie zdradza choroby, objadają się i wymiotują w samotności. W odróżnieniu od anoreksji bulimia ma charakter cykliczny tj. napad bulimiczny- okresy polepszeń.

 **3. PRZEGLĄD POZOSTAŁYCH ZABURZEŃ ODŻYWIANIA:**

# Jadłowstręt psychiczny atypowy

Rozpoznaje się wtedy, gdy u pacjenta występują objawy anoreksji, ale ich nasilenie jest łagodne lub też nie spełniają one wszystkich kryteriów diagnostycznych, np. nie ma znacznej utraty masy ciała czy zaburzeń miesiączkowania. Pacjent może też postrzegać swoje ciało jako „zbyt chude”, ale nie jest w stanie zaprzestać ograniczania jedzenia.

# Żarłoczność psychiczna atypowa

 Rozpoznawana jest wtedy, kiedy występują objawy bulimii, ale nie spełnia ona wszystkich kryteriów rozpoznania tego zaburzenia, m.in. pacjent może mieć prawidłową masę ciała lub też napady obżarstwa z następowymi działaniami kompensacyjnymi występują rzadko.

# Wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi

Dotyczą czynności wynikających z działania różnych czynników emocjonalnych, które mogą przyczyniać się do nawracających wymiotów, np. u kobiet w ciąży. Przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi – nadmierne przejadanie się spowodowane różnymi wydarzeniami stresowymi (poród, żałoba, wypadek, operacja), napięciem emocjonalnym prowadzącym do reaktywnego objadania się, skutkujące nadwagą czy otyłością oraz związanymi z tym zaburzeniami somatycznymi.

# Inne nieokreślone zaburzenia odżywiania

Np. **psychogenna utrata łaknienia**, czy tzw. **pica** u dorosłych (łaknienie opaczne, czyli zjadanie rzeczy niejadalnych, np. ziemi).

##  *4.* PRZYCZYNY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA U DZIECI

**Czynniki ryzyka zachorowania na zaburzenia jedzenia Czynniki kulturowe:**

* ideał szczupłej sylwetki
* formułowane przez społeczeństwo, bardzo często media, specyficzne wzorce atrakcyjności kobiet

**Czynniki rodzinne:**

* występowanie zaburzeń jedzenia wśród członków rodziny
* choroby afektywne(psychoza maniakalno-depresyjna oraz depresja) występujące w rodzinie
* relacje rodzinne utrudniające usamodzielnienie się dziecka, odejście od rodziców, założenie rodziny prokreacyjnej

**Czynniki indywidualne:**

* zaburzony obraz spostrzegania własnego ciała
* kłopoty w samodzielnym funkcjonowaniu na wielu płaszczyznach (szkoła, praca, relacje damskomęskie)
* silna potrzeba osiągnięć, perfekcjonizm
* dewaluowanie i niedocenianie osiągniętych wyników przez osoby bliskie i autorytety
* otyłość
* ofiara nadużyć seksualnych
* chroniczna, przewlekła choroba ( np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby kręgosłupa)
* kalectwo

Główną przyczyną zaburzeń żywieniowych jakim są bulimia i anoreksja jest głód autentycznej bliskości, kontaktu emocjonalnego, wolny od poczucia winy, pretensji, bez projekcji. Jedynie zaspokojenie tego głodu może skutecznie wyleczyć z choroby. Żadne metody farmakologiczne nie usuną źródła cierpienia dziecka pozbawionego „emocjonalnego pokarmu” w dzieciństwie. Lekarstwa mogą jedynie wyciszyć spustoszenia organizmu, jakie wywołała anoreksja i bulimia. Trwałą poprawę można osiągnąć tylko po odbudowaniu zaufania do ludzi, wiary w siebie, pozbawieniu się lęków i rozbieżności między realnymi możliwościami a oczekiwaniami otoczenia.

Rodzice często nieświadomie popełniają błędy wychowawcze. Prawdopodobnie nikt by nie skrzywdził swojego własnego dziecka, gdyby wiedział jakie spustoszenia rzutujące na całe jego życie, wywołuje. Stosunek matki do noworodka od chwili poczęcia powinien być przepełniony radosnym oczekiwaniem na jego przyjście na świat. Dziecko musi być chciane! Inaczej nie zbuduje się żadnej, zdrowej relacji z późniejszym czasie. Gdy rodzic trzyma dystans, nie rozmawia z synem czy córką, nie poświęca swojego cennego czasu na zabawy, spacery, a jedynie wymaga od dziecka dyscypliny, wzorowego zachowania i osiągnięć w nauce, buduje mur obojętności i chłodu. Dziecko czuje oczekiwania rodzica, które raz spełnia, a raz nie. Z wiekiem poprzeczka jest podnoszona, rośnie także ilość niepokojów, nerwów, stresów, gdyż rzadko można sprostać rodzicom, którzy nie potrafią nawiązać bliskiej relacji z własnym dzieckiem. Najczęściej oni sami nie mieli dobrego przykładu budowania rodziny. Na szczęście wszelkie patologiczne schematy można wyleczyć, wyprostować. Ważne, by rodziny, w których występują problemy z komunikacją, z wyrażaniem uczuć i emocji, pracowały nad sobą. Prawdopodobnie pomoc specjalisty psychologa, terapeuty może być niezbędna dla całej rodziny, choć szczególną uwagę trzeba skupić na dziecku.

Dbajmy zatem o naszych najmłodszych, zwracajmy większą uwagę na ich potrzeby, uczucia i dużo rozmawiajmy! Nie bójmy się wyrażać własnych emocji, nazywajmy je, bo dzieci się od nas uczą, biorą przykład. Nikt nie jest idealny, rodzic też nie - lecz jeśli będzie kochał, szanował i partnersko traktował dziecko, zbuduje wspaniałe relacje. Nie zapominajmy, że dziecko nie jest niższą jednostką, ale równą i godną nam, która zasługuje na miłość.

##  5. PSYCHOTERAPIA ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

**Terapia poznawczo-behawioralna**

* obejmuje standardowe elementy terapii behawioralnej, koncentrując się na identyfikacji i zmianach nieprawidłowych wzorców myślenia, postaw i przekonań, które mogą powodować i powodują zaburzenia jedzenia;

**Psychoterapia Interpersonalna**

* koncentruje się na trudnościach w relacjach, poziomie samooceny, umiejętnościach bycia asertywnym i strategii radzenia sobie ze stresem;

**Psychoterapia Systemowa (rodzinna)**

* celem terapeuty rodzinnego jest pomóc członkom rodziny w zmianie zachowań, które mogą przyczyniać się do rozwoju niektórych patologicznych myśli i działań. Terapia odnosi się do całej rodziny jako systemu powiązanego ze sobą na różnych płaszczyznach życia i relacji interpersonalnych;

Artykuł opracowano na podstawie: • Philip C. Kendall (2008)„Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji. Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców”, Wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP;

* + Alice Miller(2006). „Bunt ciała” , Wyd. Media Rodzina;
	+ Światowa Organizacja Zdrowia(2007).”Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania

ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Rewizja dziesiąta”, Wyd. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius,

* + Ira Sacker , Marc Zimmer (2008),”Wolę umrzeć niż przytyć” Wyd. Media Rodzina,
	+ Irena Namysłowska, red. (2004). „Psychiatria dzieci i młodzieży”, Wyd. PZWL