

Zaburzenia odżywiania się

- wszystko, co musisz
wiedzieć będąc rodzicem



Zaburzenia jedzenia i odżywiania się stanowią trzecią po astmie i otyłości najczęstszą grupę chorób przewlekłych wśród osób w wieku 14-19 lat.

Zaburzenia odżywiania się charakteryzują się nieprawidłowym przyjmowaniem pokarmu i/lub zaburzonym zachowaniem związanym z jedzeniem, co skutkuje powikłaniami somatycznymi i/lub w znacznym stopniu zaburza funkcjonowanie psychospołeczne dziecka.

Zaburzenia odżywiania się mają najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych.

Wczesne wykrycie zaburzeń odżywiania się może uchronić przed rozwojem choroby i zredukować ryzyko jej długotrwałych skutków.

W głowie rodzica, którego dziecko choruje, pojawia się wiele pytań: Jak? Dlaczego? Czy to moja wina?

Nie ma jednego powodu i czynnika, który powoduje zachorowanie. To raczej ich konstelacja decyduje o tym, czy dziecko rozwinie u siebie zaburzenia odżywiania się, jak będzie przebiegała ta choroba i jakie są rokowania na wyleczenie.

W zachorowaniu odgrywają rolę czynniki biologiczne (genetyczne), o których coraz więcej wiemy, społeczno-kulturowe, rodzinne oraz indywidualne (osobowościowe) danej osoby.

GENETYCZNE

Np. wśród krewnych pierwszego stopnia osób chorych na anoreksję ryzyko wystąpienia tego zaburzenia jest 12 razy większe.

Odziedziczalność anoreksji i bulimi sięga nawet 60%.

U bliźniąt jednojajowych anoreksja współwystępuje u 44%, a u bliźniąt 2 jajowych - u 12 % chorych.

Zaburzenia przekąźnictwa serotoninergetycznego.

SPOŁECZNO - KULTUROWE

Np. lansowanie modelu szczupłej sylwetki, strony internetowe propagujące anoreksję, grupy zawodowe ze zwiększonym ryzykiem zachorowania, jak np. sportowcy, tancerki, modelki.

RODZINNE

Np. relacje rodzinne utrudniające proces separacji-indywiduacji (czyli usamodzielniania się dziecka), tendencja do zaprzeczania konfliktom i problemom rodzinnym, przecenianie społecznych oczekiwań, występowanie choroby afektywnej i uzależnień w rodzinie, występowanie otyłości i stosowanie diet w rodzinie.

INDYWIDUALNE

Np. duża zależność emocjonalna od rodziców, brak umiejętności wyrażania własnego zdania, niska samoocena z nasiloną potrzebą sukcesu, lęk przed dorosłością i rozwojem potrzeb seksualnych, wysoki próg wymagań wobec siebie, impulsywność.

W rozumieniu zaburzeń odżywiania się ważne są zarówno wydarzenia **poprzedzające zachorowanie jak i konsekwencje występowania objawów**.

Zanim u dziecka pojawią się pierwsze objawy, możemy rozpoznać pewne czynniki, które nazywamy czynnikami predysponującymi do rozwoju danego zaburzenia. Będzie to np. ogólne niezadowolenie z siebie, otyłość w dzieciństwie, podatność na zranienia. Istnieją też czynniki chroniące, funkcjonujące jako pewnego rodzaju przeciwwaga.

Będą to np. wsparcie ze strony rodziny, stabilne poczucie wartości, zainteresowania. Jeżeli pojawią się w życiu młodego człowieka czynniki tzw. wyzwalające (spustowe), np. krytyczne uwagi rodziny lub znajomych na temat wyglądu, trudna sytuacja w grupie rówieśniczej, jeżeli ilość czynników predysponujących jest większa od czynników chroniących, może rozpocząć się proces chorobowy.

W procesie choroby zachowania rodziny mogą być zachowaniami konstruktywnymi i wspierającymi leczenie, ale również może okazać się, że część zachowań stanowi czynnik podtrzymujący objawy i utrudnia leczenie. Do zachowań tego typu mogą należeć, np. kłótnie z dzieckiem o jedzenie, złagodzenie konfliktów rodzinnych z powodu choroby dziecka, centralna rola osoby chorej w rodzinie. Czynnikami podtrzymującymi objawy choroby będą również, np. dolegliwości gastryczne czyli bóle brzucha, zaparcia, itp.

Zdarza się, że rodzic, który zgłasza się po pomoc, jest obwiniany za zły stan zdrowia dziecka. Pamiętajcie, że żaden czynnik działający pojedynczo nie jest warunkiem wystarczającym do wystąpienia danej formy zaburzeń odżywiania się, dopiero ich określona konstelacja może nasilać ryzyko ich rozwoju. Od zastanawiania się "dlaczego?" ważniejsze stają się pytania: "co teraz?" i "jak pomóc?".



Anoreksja (jadłowstręt psychiczny, anorexia nervosa)

Anoreksja zwykle zaczyna się od chęci „zrzucenia kilku kilogramów” - powód tej chęci może być różny. Dziecko nie musi mieć obiektywnych i racjonalnych powodów do chęci zmniejszenia masy ciała.

Może zacząć się nawet już przed 10. rokiem życia i należy do zaburzeń psychicznych powodujących największą śmiertelność (15 - 20%).

To, co obserwujemy jako rodzice, czyli **spadek masy ciała**, zaczyna się sporo wcześniej i ma związek np. ze wspomnianymi wcześniej czynnikami predysponującymi. Świadomość tego jest ważna, ponieważ pozwala nam to zrozumieć, że sam proces przywracania choremu odpowiedniej masy ciała jest ważnym, ale nie jest wystarczającym warunkiem zdrowienia.

- Częstość występowania anoreksji szacuje się na **0,51 – 3,7%**.
- Około 10% przypadków diagnozuje się u dojrzewających chłopców i mężczyzn.
- Zaburzenie, jakim jest anoreksja, polega na podejmowaniu licznych celowych działań prowadzących do utraty masy ciała i/lub utrzymaniu jej na niskim poziomie. Niska masa ciała to taka, która wynosi co najmniej 15% poniżej oczekiwanej normy dla wieku, wzrostu i płci lub też wskaźnik masy ciała (body mass index – BMI), czyli tzw. wskaźnik Queleta (masa ciała w kilogramach podzielona przez wzrost w metrach do kwadratu) jest równy lub spada poniżej 17,5.
- Celem osoby chorej na anoreksję jest zmniejszanie masy ciała oraz utrzymanie jej na niskim poziomie, który często zagraża zdrowiu i życiu oraz który jest nieakceptowany przez bliskich i lekarzy.
- Osoba cierpiąca na anoreksję nie jest osobą odchudzającą się, **jest osobą chorą**, a jej zachowania dyktowane są przez specyfikę tego zaburzenia.
- Dziecko nie jedząc **nie robi na złość rodzicom**.
- Początkowe sukcesy „w odchudzaniu” dają **poczucie kontroli nad własnym ciałem**, własnym życiem, poprawiają nastrój i motywują do dalszego ograniczania spożywanego pokarmu.
- Osoba chora najczęściej nie dostrzega punktu, kiedy – utrzymując „za wszelką cenę” kontrolę nad sposobami ograniczania odżywiania się – zaczyna równocześnie tracić kontrolę nad własnym zdrowiem i życiem.
- W anoreksji pojawia się **zaburzony obraz własnego ciała** i nawet w skrajnym wychudzeniu te osoby widzą siebie i odczuwają siebie jako osoby grube.
- Kluczowy w anoreksji jest **lęk przed jedzeniem**. Może on dotyczyć wszystkiego. Zjedzenie posiłku mającego 100 kalorii może być wyczynem porównywalnym do skoku w przepaść bez zabezpieczenia. To właśnie ten **lęk, a nie silna wola**, kieruje zachowaniami osoby i unikaniem jedzenia.
- Kiedy osoba chora złamie się lub zostanie zmuszona do zjedzenia posiłku, odczuwa bardzo **duże wyrzuty sumienia**, że zjadła dany posiłek.
- Bardzo silny jest lęk przed przytyciem. Lęk ten rozprzestrzenia się również na lęk przed brakiem zmniejszania masy ciała.

Lęk przed przytyciem wzmacniają zaburzenia obrazu własnego ciała, a to powoduje, że racjonalne mówienie dziecku, że jedzenie jest niegroźne a ono jest chude, nic nie daje, bo to trochę tak, jak rozmowa z małym dzieckiem o potworach i tłumaczenie, że one nie istnieją.

W związku z tym: dziecko ciągle ogranicza ilość i częstość przyjmowanych posiłków, zawęża dietę, unika tzw. tłuczających pokarmów o wysokim indeksie kalorycznym.

Mogą temu towarzyszyć zachowania typu:

wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, środki redukujące łaknienie, prowokowanie wymiotów, środki przeczyszczające lub moczopędne. Zachowania tego typu nazywamy zachowaniami **kompensacyjnymi**.

Kiedy dziecko osiąga utratę masy ciała lub utrzymuje nieprawidłowo niską masę ciała ograniczając ilość spożywanych pokarmów lub nieregularnie stosując środki przeczyszczające, a także intensywnie i wyczerpująco ćwicząc („spalając tkankę tłuszczową”) - mówimy o typie restrykcyjnym anoreksji.

Kiedy dziecko ogranicza przyjmowanie posiłków, ale występują też u niego okresy nadmiernego przejadania się, co „reguluje” poprzez szereg wykonywanych regularnie czynności ograniczających wchłanianie, przyswajanie czy wykorzystanie przez organizm spożywanych pokarmów (zachowania kompensacyjne), m.in. przez: wymioty, systematyczne stosowanie środków przeczyszczających czy środków moczopędnych, czasami wielokrotnie przekraczając ich zalecaną dawkę - mówimy wtedy o typie bulimicznym anoreksji (od bulimii różni ją ograniczanie posiłków).

Często w przebiegu anoreksji dochodzi do zmiany jej postaci z typu ograniczającego (restrykcyjnego), np. pod wpływem błędnie prowadzonej terapii, na typ przeczyszczający się.

Wcześniej czy później pojawiają się zaburzenia hormonalne z zakresu tzw. osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i gonad, co u kobiet prowadzi do niepojawienia się miesiączki (przed okresem pokwitania) lub zatrzymania miesiączkowania (po okresie osiągnięcia dojrzałości płciowej), natomiast u mężczyzn do zaburzeń potencji i libido. Osoby chore na anoreksję odczuwają głód. Jednak mogą odczuwać go specyficznie. Może on dla nich być informacją z organizmu dającą poczucie bezpieczeństwa. Nasilająca się choroba uruchamia proces kształtowania się mechanizmów uzależnienia i pacjent całe swoje życie zaczyna organizować wokół odżywiania się.

W przebiegu choroby mogą pojawić się również inne charakterystyczne dla anoreksji zachowania kompensacyjne typu:

gotowanie dla innych, karmienie innych, wążanie, oglądanie, lizanie, przeżuwanie i wyplukiwanie jedzenia, połykanie i ponowne przeżuwanie połkniętej treści. Czytanie o jedzeniu, oglądanie programów kulinarnych, rozmawianie o jedzeniu.

Anoreksja może być chorobą śmiertelną.

Wskaźnik śmiertelności w anoreksji wynosi 3,2% dla pacjentów chorujących krócej niż 15 lat oraz 6,6% dla chorujących dłużej niż 15 lat. 60-80% osób z anoreksją choruje na depresję. U dużej części tych osób pojawiają się myśli i próby samobójcze.

Osoby chore na anoreksję zwykle nie są świadome swojej choroby, nie mają w nią wglądu i najczęściej zaprzeczają jej istnieniu.

Najbliżsi pacjenta w początkowym okresie najczęściej nie zauważają rozwijających się zaburzeń jedzenia i mogą być przekonani, że jest to właściwe, ewentualnie „nieszkodliwe” postępowanie w obszarze odżywiania się.

Z czasem, kiedy rodzina widzi już problem, osoba chorująca zaczyna „ukrywać” ograniczanie jedzenia. Pojawiają się informacje, że „już zjadła/zjadł” samotnie, a w rzeczywistości może wyrzucać jedzenie.

Ograniczenia w jedzeniu stają się coraz poważniejsze, wciąż zmniejszana jest ilość i kaloryczność (a co za tym idzie – wartość odżywcza) posiłków - tego typu postępowanie przynosi zadowolenie i uczucie ulgi. Uwagi rodziców o tym, jaki ten ktoś jest chudy, mówione z intencją uświadomienia osobie chorej problemu, raczej sprawiają tej osobie przyjemność.

Jednocześnie osoba chora zaniża coraz bardziej „limit wagi”, który stara się osiągnąć. Jeżeli raz pojawi się niższy wynik na wyświetlaczu, zaczyna on być punktem odniesienia, a powrót do wyższej wagi staje się emocjonalnie niemożliwy.

W skrajnie nasilonych okresach anoreksji takie postępowanie może doprowadzić do spożywania tylko 100 kcal dziennie.

Anoreksja może przebiegać z okresami mniejszego lub większego ograniczania kaloryczności spożywanych posiłków, może także, jak już wspomniano, przebiegać z napadami nadmiernego lub „normalnego” sposobu jedzenia, z następującymi po tym wymiotami czy stosowaniem środków przeczyszczających. Jeżeli u dziecka występują objawy anoreksji, ale ich nasilenie jest łagodne, pojawiający się obraz choroby nie spełnia wszystkich kryteriów diagnostycznych, np. nie ma znacznej utraty masy ciała czy zaburzeń miesiączkowania, nie występują zaburzenia w postrzeganiu swojego ciała i dziecko postrzega swoje ciało jako „zbyt chude”, ale nie jest w stanie zaprzestać ograniczania jedzenia, rozpoznaje się jądłowstręt psychiczny atypowy.

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

Wykluczyć należy przede wszystkim choroby nowotworowe, choroby tarczycy i cukrzycę typu pierwszego. Choroby zapalne żołądka lub jelit, np. choroba Crohna, również będą prowadzić do zmniejszenia przyjmowania pokarmu i chudnięcia. Należy również zdiagnozować nietolerancję pokarmową. Pod uwagę należy wziąć celiakię, nietolerancję laktozy oraz wszelkie alergię pokarmowe.

W trwającej wiele miesięcy lub lat anoreksji organizm adaptuje się do warunków niedożywienia:

- serce zaczyna bić coraz wolniej (bradykardia nawet do 40 uderzeń na minutę);
- zmniejsza się ilość oddechów;
- obniża się poziom glukozy we krwi;
- obniża się temperatura ciała;
- przepływ krwi w naczyniach powierzchniowych zmniejsza się (ciągłe uczucie zimna);

→ obniża się perystaltyka jelit i wydzielanie enzymów trawiennych (ból brzucha, zaparcia);

→ obniża się podstawowa przemiana materii.

Powikłania somatyczne:

Skutki niedożywienia i wyniszczenia widoczne są w całym organizmie. Dla życia najniebezpieczniejsze są powikłania z układu krążenia: serce zmniejsza się (zanik mięśnia sercowego - objaw małego serca).

UWAGA!

Za szybkie zwiększanie masy ciała w tym przypadku wiąże się z ryzykiem niewydolności krążenia. Za małe serce nie jest w stanie dotlenić szybciej wzrastającej objętości ciała. Wielkość serca oraz szybkość akcji serca wracają do normy wraz z upływem czasu:

- mogą pojawić się zaburzenia rytmu serca;
- może pojawić się płyn w worku osierdziowym na skutek niedoboru białek (bezpośrednie zagrożenie życia z powodu tamponady serca) - jeśli się pojawi: występuje konieczność ciągłego monitorowania poziomu płynu w worku osierdziowym;
- obniża się ciśnienie krwi - omdlenia, hipotonia ortostatyczna;
- obniża się tolerancja wysiłku.

Innymi poważnymi powikłaniami są:

z układu wewnątrzwydzielniczego (hormonalnego):

- niedoczynność tarczycy - zaburzenia termoregulacji, obniżenie podstawowej przemiany materii, depresja, męczliwość, kłopoty z nauką;
- niedoczynność gonad (jajniki, jądra) - zanik lub niepojawienie się miesiączki,
- suchość pochwy, niepłodność, dziecięca sylwetka;
- niedoczynność trzustki - problemy z poziomem glukozy;
- problemy z podażą i metabolizmem wapnia - osteopenia z następową osteoporozą (zmniejszona masa kości z ich nadłamałością);
- kłopoty z przewodem pokarmowym - zaparcia, ból brzucha, nudności i wymioty po posiłku, uczucie szybkiej sytości;

z układu krwiotwórczego:

- anemia;
- leukopenia z limfocytozą;
- trombocytopenia - nietolerancja wysiłku;
- większa podatność na choroby zakaźne;

z układu nerwowego:

- męczliwość, kłopoty ze skupieniem się, zapamiętywaniem, nauką i snem;
- suchość skóry, łamliwość paznokci, wypadanie włosów;
- lanugo - owłosienie płodowe czyli delikatny meszek na całym ciele.

Podczas choroby organizm przystosowuje się do funkcjonowania w warunkach skrajnego niedoboru wszystkich ważnych składników pokarmowych. W początkowym

okresie powrotu do prawidłowego odżywiania należy się liczyć z różnymi mało przyjemnymi problemami. Może pojawić się lub nasilić ból brzucha oraz zaparcia. Dolegliwości te mogą utrudniać powrót do zdrowia.

Jednym z najbardziej niebezpiecznych powikłań zbyt szybkiego dożywiania jest **zespół realimentacyjny**. Jest to stan zagrożenia życia, w którym dochodzi do zaburzeń elektrolitowych na skutek rozregulowania hormonalno-metabolicznego. Może dojść do zaburzeń rytmu serca, niewydolności krążenia, niewydolności oddechowej, zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Po raz pierwszy opisano go u ofiar uwolnionych z obozów koncentracyjnych. Warto uzbroić się w cierpliwość.

Badania, które warto wykonać:

- badania krwi:
- morfologia z rozmazem;
- glukoza;
- enzymy wątrobowe;
- elektrolity;
- kreatynina;
- hormony tarczycy: fT3, fT4, TSH;
- EKG;
- echo serca.

Anoreksji mogą towarzyszyć 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.



Bulimia (żarłoczność psychiczna)

Częstość występowania tego zaburzenia wynosi około 1-3% u kobiet i około 0,1% u mężczyzn.

Zaburzenie to polega na występowaniu napadów objadania się z następującymi po nich zachowaniami kompensacyjnymi. Objadanie się przeważnie nie jest podyktowane głodem. W trakcie takiego napadu osoba może spożywać duże ilości pożywienia, a temu działaniu towarzyszy poczucie utraty kontroli. Osoba objadająca się nie jest w stanie powstrzymać się przed jedzeniem ani zaprzestać trwającego ataku. Zatrzymanie takiego ataku przez osoby bliskie często kończy się atakami złości i agresją.

Jedzenie zjadane w trakcie takiego napadu może być niesmaczne lub nawet niejadalne, np. zamrożone, zepsute, itp.

Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.

Napad kontynuowany jest do uczucia dyskomfortu a nawet bólu brzucha.

Po napadzie jedzenia występują zwykle wyrzuty sumienia.

W celu przeciwdziałania skutkom nadmiernego jedzenia osoba chora na bulimię stosuje różne metody kontroli masy ciała. Nazywamy je **zachowaniami kompensacyjnymi**.

Zachowania kompensacyjne to:

- prowokowanie wymiotów;
- stosowanie środków przeczyszczających;
- stosowanie środków moczopędnych;
- stosowanie środków przyspieszających metabolizm;
- stosowanie środków hamujących łaknienie;
- stosowanie substancji psychoaktywnych;
- infekowanie się pasożytami;
- intensywny wysiłek fizyczny;
- głodówki.

Wiele osób chorych stosuje jednocześnie więcej niż jedną metodę kompensacyjną.

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.

Typ nieprzeczyszczający występuje wtedy, kiedy pacjent kompensuje epizody żarłoczności podejmując różnego rodzaju bardzo ścisłe diety i głodówki.

Szacuje się, że 15 - 30% osób chorych na bulimię spełniało początkowo kryteria rozpoznania jadłowstrętu psychicznego.

Osoby objadające się zwykle wstydzą się swoich objawów i starają się je ukrywać. Z tego powodu odkrycie tego problemu u dziecka jest niezwykle trudne.

Mogą na to wskazywać:

- ślady na dłoniach;
- znikanie po posiłku w toalecie/łazience;
- zabrudzenia resztkami jedzenia i wymiocinami na np. toalecie;
- charakterystyczny zapach w toalecie;
- pozostawiane pojemniki, torebki foliowe z wymiocinami;
- znikanie sporych ilości jedzenia z domu.

Masa ciała u osoby z bulimią waha się w zależności od okresu przejadania się czy „oczyszczania” i głodówki, zazwyczaj jednak utrzymuje się na prawidłowym lub zbliżonym do prawidłowego poziomie.

Bulimia jest zaburzeniem psychicznym, które należy leczyć. Bardzo ważne jest właściwe zdiagnozowanie zaburzeń bulimicznych, określenie stopnia ich rozwoju, nasilenia, czasu trwania.

Wśród chorych na żółtaczność psychiczną częściej niż w anoreksji występują zaburzenia nastroju czyli depresja.

Ok. 30% chorujących osób uzależnione jest jednocześnie od substancji psychoaktywnych. 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).

Konsekwencje zdrowotne

Konsekwencje zdrowotne wiążą się przede wszystkim z zachowaniami kompensacyjnymi. Wymioty, stosowanie środków przeczyszczających i moczopędnych wiążą się z dużym ryzykiem odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych, z arytmią zagrażającą życiu. Pojawiają się omdlenia, nadmierna męczliwość i bolesne skurcze mięśni.

Nadużywanie drażniących środków przeczyszczających powoduje rozwój tolerancji i uzależnienia. W pewnym momencie dochodzi do sytuacji, w której niemożliwe staje się wypróżnienie bez ich użycia. Środki te wydają się zazwyczaj bezpieczne i nie budzą większych podejrzeń, ponieważ większość z nich to zioła takie jak senes, kruszyna, rzewień czy olej rycynowy. Należy do nich również reklamowany jako bezpieczny bisakodyl (dulcobis). Bardzo ważne jest, aby nie odstawiać ich nagle, bo może to wywołać olbrzymie zaparcie łącznie z wytworzeniem kamieni kałowych i niedrożnością jelit. W zamian wprowadza się środki przeczyszczające z grupy makrogoli lub laktulozę i stopniowo zmniejsza się dawki do powrotu naturalnego rytmu wypróżnień.

Jako kompensacja stosowane bywają środki rozregulowujące gospodarkę energetyczną organizmu, używane niegdyś jako środki chwastobójcze. Powodują one gwałtowny wzrost temperatury ciała. Proces ten jest tak szybki, że zdarzają się zgony z powodu ścięcia się białek. Ponieważ energia pochodząca z posiłku nie może być wykorzystana do budowy tkanek i narządów, jest przekształcana w ciepło.

Środki psychoaktywne mogą powodować znaczny wzrost ciśnienia krwi z ryzykiem

udar mózgu i zawału serca. Niektóre podnoszą temperaturę ciała, co w połączeniu z intensywnym wysiłkiem i brakiem płynów, szybko prowadzi do odwodnienia. Wiele z nich powoduje zanik uczucia głodu i brak potrzeby snu, co może doprowadzić do szybkiego wyniszczenia. Wiąże się z nimi również ryzyko uzależnienia. Do tej grupy należy większość nadużywanych leków stosowanych w odchudzaniu dostępnych na receptę.

Świadome infekowanie się pasożytami wiąże się z ryzykiem roznoszenia infekcji, w tym zarażenia rodziny. Ponieważ wszystkie pasożyty pochodzą z nielegalnych źródeł, mogą one być bardziej niebezpieczne niż deklaruje sprzedawca.

Stosowanie hormonów tarczycy jako środka odchudzającego powoduje wystąpienie wszystkich objawów nadczynności tarczycy i związanych z tym konsekwencji.

Osoby chore na cukrzycę, zwłaszcza typu pierwszego, jako kompensację mogą nieprawidłowo używać leków. Konsekwencje mogą być bardzo poważne - doraźnie duża hipoglikemia lub hiperglikemia a długoterminowo powikłania cukrzycy - neuropatia, uszkodzenie naczyń i serca, nefropatia.

Podczas prowokowania wymiotów może dojść do pęknięcia przełyku i krwawienia. Innym niebezpieczeństwem wymiotów jest duży wzrost ciśnienia śródgałkowego i utrata wzroku. Zdarzają się też krwawienia mózgowe (tak zwany wylew krwi do mózgu).

U wszystkich chorych na bulimię należy spodziewać się zaburzeń elektrolitowych - jest to najczęstsza przyczyna zgonu w tej chorobie.

Badania, które warto wykonać:

- badania krwi:
- morfologia z rozmazem;
- glukoza;
- enzymy wątrobowe;
- elektrolity;
- kreatynina;
- hormony tarczycy: fT3, fT4, TSH;
- EKG;
- echo serca.



Zaburzenie z napadami objadania się (ang. binge eating disorder, BED)

Kiedy cierpimy na zaburzenia z napadami objadania się, jemy za dużo (objadanie się) i odczuwamy brak kontroli nad jedzeniem. Możemy jeść szybko lub jeść więcej jedzenia niż zamierzaliśmy, nawet jeśli nie jesteśmy głodni. Możemy jeść więcej od innych osób i możemy kontynuować jedzenie nawet długo po tym, jak zaczęliśmy odczuwać stan nieprzyjemnego najedzenia się.

Po objedzeniu się osoba może mieć poczucie winy, być zawstydzona swoim zachowaniem i ilością zjedzonego pokarmu. Nie występują jednak zachowania kompensacyjne takie, jak u osób z bulimią lub anoreksją. Epizod objadania się zwykle ma miejsce co najmniej raz w tygodniu. Osoba chora może mieć normalną wagę, nadwagę lub być otyła. Z powodu wstydu osoby te najczęściej jedzą w samotności ukrywając swoje problemy.

Częstość występowania zaburzenia z napadami objadania się w populacji ogólnej wynosi 3-6% a u osób poszukujących pomocy z powodu za wysokiej wagi dochodzi do 30%.

Czynnikami wyzwalającym napad objadania się może być obniżenie nastroju i/lub doświadczenie negatywnych stanów emocjonalnych. Spożycie jedzenia tymczasowo łagodzi ten stan i przynosi ulgę.

Najczęstsze są spontaniczne, nagłe napady objadania się, zdarza się jednak, że osoby planują je w określonym czasie i miejscu przygotowując się do nich.

Nadwaga i otyłość nie są kryterium rozpoznania tego zaburzenia. 30-50% osób chorujących na to zaburzenie ma prawidłową masę ciała.

Osoby chorujące na BED często chorują również na inne zaburzenia psychiczne takie jak:

- zaburzenia lękowe;
- zaburzenia nastroju;
- zespół stresu pourazowego;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Konsekwencje zdrowotne

Podstawowym powikłaniem BED jest nadwaga i otyłość. Otyłość jest chorobą wiążącą się z rozwojem innych poważnych zaburzeń. Z powodu uszkodzeń mechanicznych związanych z nadmierną masą ciała rozwija się choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, biodrowych i kręgosłupa oraz przewlekła choroba żylna.

➔ Nadmierne gromadzenie się tłuszczu trzewnego powoduje rozwój refluku przełykowo-żołądkowego, przepukliny rozworu przełykowego, zespół bezdechu sennego i utrudnienia w oddychaniu.

➔ Nadmierna aktywność metaboliczna tkanki tłuszczowej prowadzi do insulinooporności z za wysokim poziomem insuliny we krwi i następnym rozwojem cukrzycy typu drugiego. Rozwijają się choroby układu krążenia takie jak: nadciśnienie, miażdżyca i

choroba niedokrwienna serca. Dochodzi do niealkoholowego stłuszczenia wątroby.

➔ Otyłość jest również czynnikiem ryzyka niektórych nowotworów, np. jelita grubego, endometrium czy piersi.

➔ W przebiegu otyłości może rozwijać się kamica pęcherzyka żółciowego. Pojawia się też wysiłkowe nietrzymanie moczu.

➔ Można odczuć również zmniejszoną tolerancję wysiłku ze względu na bóle stawów i kłopoty z oddychaniem.

➔ BED prowadzi do pogorszenia jakości życia poprzez izolację społeczną i nasilenie objawów depresji.

➔ Nadwaga i otyłość w dzieciństwie są czynnikami predysponującym do rozwoju anoreksji i bulimii w późniejszym wieku.

Rodzaje zaburzeń odżywiania, nie znajdujące się w klasyfikacji psychiatrycznej, określane jako INNE.

Zespół przeżuwania (rumination syndrome)

Objawia się cofaniem się treści pokarmowej z żołądka do jamy ustnej i ponownym jej przeżuwaniem. Jest to zjawisko występujące regularnie i bez odruchu typowego dla wywoływania wymiotów. Zaburzenie to ma podłoże typowo psychologiczne i nie wynika z problemów żołądkowo-jelitowych. Często prowadzi do innych problemów, np. niedożywienia lub chorób jamy ustnej.

Zespół jedzenia nocnego (night eating syndrome)

Osoby chore na to zaburzenie często nie są w stanie zasnąć z powodu nasilonej potrzeby zjedzenia czegoś. Powoduje to przesunięcie dziennego zapotrzebowania kalorycznego na godziny późnowieczorne i nocne.

Po spożyciu posiłku chory zasypia

Zaburzenie odżywiania się związane ze snem (sleep-related eating disorder) – nazwa wskazuje na zaburzenie podobne do poprzedniego, jednak różnica jest taka, że tym razem nocne objadanie się następuje nieświadomie. Konsumpcja następuje już po zaśnięciu, a pacjent kolejnego dnia nie pamięta tego incydentu.

Bigoreksja

Występuje najczęściej u mężczyzn. Polega na ciągłym niezadowoleniu ze swojej sylwetki (pojawiają się zaburzenia obrazu ciała) i potrzebie budowania masy mięśniowej, m.in. z pomocą wysokiego rygoru dietetycznego. Bigoreksję nazywamy też dysmorfia mięśniową lub odwrotną anoreksją, gdyż polega na uporczywym dążeniu do zwiększania masy ciała. Bigoreksja dotyczy nawet 10% kulturystów.

Ortoreksja

Objawia się nadmierną dbałością o zdrowe odżywianie. Przypadłość ta bywa zaliczana zarówno do zaburzeń odżywiania się jak i zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.

Pregoreksja

To jedno z zaburzeń odżywiania, które dotyka kobiety w ciąży, inaczej nazywana jest anoreksją ciążową. Choroba ta może być poważnym zagrożeniem zarówno dla kobiety w ciąży jak i dla nienarodzonego dziecka. Zagrożenia te związane są w dużej mierze z ogromnymi niedoborami składników odżywczych, mineralnych i witamin, jakie powstają wskutek niedożywienia, głodzenia się oraz stosowania środków przeczyszczających.

Alkoreksja (drunkoreksja, anoreksja alkoholowa)

Polega na ograniczaniu ilości przyjmowanych pokarmów celem zwiększenia możliwości spożywania alkoholu bez obawy bez przyrostu masy ciała. Alkohol pity jest dla smaku, np. słodkie piwa lub traktowany jest jako środek nasenny.



JAK pomóc?

Osoba, u której najbliżsi podejrzewają zaburzenia odżywiania się, zazwyczaj uważa, że „odżywia się zdrowo” i „nie dzieje się nic złego”. Osoby chore bardzo długo mogą nie być świadome swojej choroby. Utrudnia to prowadzenie procesu leczenia. Nie można przeprowadzić konsultacji/badania psychiatrycznego osoby dorosłej z podejrzeniem zaburzeń odżywiania się bez jej zgody. Wyjątkiem jest zaawansowana postać anoreksji ze współwystępującymi objawami innych zaburzeń/chorób psychicznych (np. ciężką depresją z myślami samobójczymi czy toczącym się epizodem psychotycznym) i zagrożeniem życia osoby.

W przypadku dzieci do 16. roku życia taką decyzję podejmują rodzice, a w przypadku młodzieży w wieku 16–18 lat zgodę wyrazić muszą zarówno osoba chora 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.

Zaburzenia odżywiania się są poważną chorobą i nie należy ich lekceważyć. Osoby chore potrzebują pomocy.

Psycholog? Psychoterapeuta? Psychiatra? Do kogo się udać?

- Psycholog (magister psychologii) to osoba, która ukończyła studia wyższe z psychologii.
- Psycholog zatrudniony w poradni psychologiczno-pedagogicznej poradzi nam, jak pomóc dziecku w trudnościach szkolnych.
- Psycholog na oddziale psychiatrycznym pomoże zmierzyć się z chorobą psychiczną.
- Psycholog pracujący w ośrodku interwencji kryzysowej będzie przygotowany do udzielania wsparcia w kryzysie (np. ofiarom przemocy).

Psychoterapeuta to odrębny zawód. Aby się go nauczyć, trzeba mieć wyższe wykształcenie i odbyć kilkuletnie studia podyplomowe. Psychoterapeuta musi odbyć staż kliniczny oraz własną terapię, a jego praca podlega superwizji. Psychoterapia może być prowadzona w różnych nurtach, np. psychodynamicznym, behawioralno-poznawczym, humanistycznym. Część psychoterapeutów prowadzi psychoterapię łącząc różne nurty i dopasowując je do potrzeby konkretnego pacjenta. Przed wyborem konkretnego terapeuty warto zapoznać się z informacjami o nurcie terapeutycznym, w którym ta osoba pracuje.

Psychiatra (lekarz psychiatra ze specjalnością dziecięcą) jako jedyny może przepisywać leki. Wsparcia farmakologicznego mogą wymagać, m.in. umiarkowana i ciężka depresja, napady lękowe, zaburzenia odżywiania i snu. Leki mogą być pomocne przy obsesyjnych myślach i natręctwach. Konsultacji lekarskiej wymagają również myśli samobójcze, okaleczanie się i wszelkie inne formy wyrządzania sobie krzywdy.

Dietetyk to specjalista, który zajmuje się wpływem żywności i żywienia na zdrowie człowieka. Jego zadaniem będzie pomoc w powrocie do równowagi i odbudowanie

nawyków żywieniowych. Osoby będące na początku leczenia zaburzeń odżywiania się często nie są w stanie sprostać wymaganiom diety.

Psychoterapeuci, psychiatry i dietetycy często współpracują ze sobą. W wielu sytuacjach potrzebna będzie i psychoterapia, leczenie farmakologiczne i żywieniowe.

Terapia może mieć charakter spotkań indywidualnych, grupowych bądź rodzinnych. Im dziecko jest młodsze, tym bardziej wzrasta wartość procesu terapeutycznego prowadzonego w nurcie systemowym, czyli terapii rodzin.

Gdzie zgłosić się po pomoc?

Warto szukać pomocy. Można znaleźć ją bezpłatnie w różnych instytucjach na terenie Warszawy.

1. Na początku najlepiej zacząć od miejsc nam najbliższych - porozmawiać z psychologiem lub pedagogiem szkolnym. Być może będzie on/ona w stanie pokierować odpowiednio naszymi działaniami.

2. Można również zwrócić się do Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie.

Więcej informacji znajduje się na stronie: **wcpr.pl**

3. Celem uzyskania pomocy psychologicznej można umówić się na spotkanie ze specjalistą w poradni zdrowia psychicznego lub poradni psychologicznej. Bezpłatną pomoc psychologiczną świadczą poradnie zdrowia psychicznego lub poradnie psychologiczne. Pod adresem: **terminyleczenia.nfz.gov.pl** dostępna jest wyszukiwarka świadczeń medycznych NFZ. W pole „Jakiego świadczenia szukasz?” należy wpisać np. „poradnia zdrowia psychicznego” lub „poradnia psychologiczna”, następnie w odpowiednie pola wpisać miasto i dzielnicę.

4. Bezpłatnej pomocy udzielają również różne organizacje pozarządowe (fundacje i stowarzyszenia).

O tym, jak twoje dziecko może budować poczucie wartości i jak dbać o swoje zdrowie psychiczne, dowiedziecie się także Państwo na Facebooku na stronie Załóż Pewność Siebie oraz Instagramie (@zalozpewnosciebie). Projekt ten tworzą młode osoby, które same zmagają się (lub nadal się zmagają) z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi. Piszą o sprawach trudnych i ważnych w sposób prosty, inspirują do działania i podpowiadają, co zrobić, by poczuć się lepiej.

Rodziców i opiekunów dzieci i młodzieży chorującej na depresję zapraszamy do udziału w bezpłatnych grupach wsparcia dla rodziców dzieci chorujących na zaburzenia odżywiania się prowadzonych w Fundacji Zobacz...JESTEM.

Grupy odbywają się 2 razy w miesiącu i mają charakter otwarty, czyli można dołączyć do nich w każdym momencie.

Więcej informacji uzyskają Państwo pod numerem telefonu: **(+48) 883-337-883** lub **(+48) 883-337-883** lub **kontakt@zobaczjestem.pl**

O Fundacji

Fundacja Zobacz...JESTEM zajmuje się szeroko rozumianą pomocą dzieciom i młodzieży z problemami emocjonalnymi. Specjalizuje się szczególnie w tematyce zaburzeń odżywiania się, autoagresji, depresji, zachowań samobójczych i przemocy rówieśniczej. Prowadzi działania edukacyjne i wspiera rodziców, nauczycieli oraz wszelkie instytucje pracujące na rzecz dzieci i młodzieży.

W ramach Poradni JESTEM prowadzimy psychoterapię indywidualną, grupową i rodzinną, zapewniamy pomoc psychologiczną, konsultacje, doradztwo.

Prowadzimy projekty dla dzieci i młodzieży.

Działamy po to, aby leczyć, wspierać, edukować.

JESTEŚMY dla tych najmniejszych, trochę starszych i zupełnie dorosłych.

Kontakt:

Adres korespondencyjny i siedziba:

ul. Czerniakowska 159, kl. I, domofon: 200

00-453 Warszawa

Numer telefonu:

(+48) 883-336-883

(+48) 883-337-883

E-mail:

kontakt@zobaczjestem.pl

Jesteśmy Organizacją Pożytku Publicznego KRS 0000453024

Wesprzyj nasze działania i podaruj nam swój 1% podatku albo zostań naszym wolontariuszem :)

Wszystkich zainteresowanych zapraszamy do udziału w BEZPŁATNYCH grupach wsparcia dla rodziców dzieci chorujących na zaburzenia odżywiania się prowadzonych w Fundacji Zobacz...JESTEM.

Więcej informacji na:

zobaczjestem.pl

zobaczchnikam.pl

W skrócie / ściągawka niepokojących zachowań:

Każda znacząca zmiana w zachowaniu osoby bliskiej może okazać się pierwszym ważnym symptomem choroby. Scenariusz bywa podobny, choć u każdego przebieg choroby jest indywidualny.

- Może, ale nie musi, pojawić się niezadowolenie z siebie, swojego ciała i wyglądu.
- Mogą pojawić się niespodziewanie alergię i nietolerancję pokarmową – „nie mogę jeść białka, bo boli mnie brzuch”.
- Coraz bardziej zawęża się repertuar potraw.
- Wspólne posiłki stają się powodem do kłótni.
- Najbezpieczniej samemu robi się posiłek, a potem je się go w samotności.
- Wspólne wyprawy na ciastko lub pizzę stają się rzadkością.
- Przyjemnością są rozmowy o jedzeniu i karmienie bliskich – „Tato zrobiłam ci kanapkę! Mamo upiekłam ciasto!”.
- Pojawia się kontrola zakupów. Z czasem pochodzenie jogurtu nabiera kluczowego znaczenia.
- Zmiany w odżywianiu się powodują zmęczenie, drażliwość, wybuchy niekontrolowanej agresji lub płaczliwość.
- Pogłębiające się niedożywienie organizmu wpływa na wahania nastroju i kłopoty ze snem – trudności z zasypianiem lub nadmierną senność.
- Może pojawić się depresja.
- Pogłębia się izolacja społeczna – ochrona rytuałów związanych z jedzeniem jest ważniejsza od spotkań z przyjaciółmi.
- Znikają zainteresowania.
- Ważna staje się waga łazienkowa i centymetr krawiecki.
- Często pojawia się nadmierny wysiłek fizyczny.
- Po posiłkach osoby chore mogą znikać w toalecie.
- Pojawiają się z pozoru niegroźne środki przeczyszczające, których przyjmowana ilość może regularnie wzrastać.
- Prośby o zjedzenie czegośkolwiek „nadprogramowego” wywołują rozpacz i kłótnie.
- Efektem zmian jest utrata masy ciała. Następuje ona stopniowo lub gwałtownie.
- Wypadają włosy, łamią się paznokcie.
- U kobiet zanika menstruacja, u mężczyzn pojawiają się zaburzenia potencji i wzrodu.
- Brak podskórnej tkanki tłuszczowej wywołuje zwiększone uczucie zimna.
- Następuje spadek funkcji intelektualnych – pogarsza się pamięć, uwaga, koncentracja i zdolność uczenia się.



Autor: Danuta Wieczorkiewicz
psycholog, seksuolog

Projekt finansuje m.st. Warszawa



Zobacz...
JESTEM !

