

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

Współczesne dylematy zdrowotne młodzieży i dorosłych - anoreksja

(Contemporary health-related dilemmas of adolescents and adults - anorexia)

A Szpytman^{1,A,D}, I Brukwicka^{1,B}, Z Kopański^{2,3,F}, R Kollár^{4,E}, M Kollárová^{4,C}, B Bajger^{3,B}, E Bojanowska^{2,B}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

Abstract— The authors have presented selected aspects of the history of studying anorexia. The causes, symptoms and process of anorexia have been characterised. The attention has been paid on diagnostic and clinical problems related to the disease.

Key words — anorexia, causes, clinical process, diagnostics, treatment.

Streszczenie— Autorzy przedstawili wybrane zagadnienia z historii poznawania anoreksji, scharakteryzowali przyczyny jej powstawania, objawy oraz przebieg. Zwrócili uwagę na problemy diagnostyczne i lecznicze tej choroby.

Słowa kluczowe — anoreksja, przyczyny powstawania, przebieg kliniczny, diagnostyka, leczenie.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 15.01.2016.

O ANOREKSJI HISTORYCZNIE

Anoreksja zwana jadłowstrętem psychicznym jest zaburzeniem charakteryzującym się celową utratą masy ciała wywołowaną i często podtrzymywaną przez pacjenta. [1,2] Etymologia słowa wywodzi się z języka greckiego, gdzie *an* oznacza pozbawienie, brak a *orexis* - apetyt co wskazuje na główną cechę tej choroby, tzn. brak apetytu. De facto chorzy jednak odczuwają głód, ale tłumią go przez lęk przed przytęciem. Lęk ten zamienia się w obsesję, która powoli, ale skutecznie niszczy osoby chore na anoreksję.[3,4,5]

Najstarsze wzmianki o świadomym ograniczaniu spożycia zarówno ilościowym jak i jakościowym pokarmów pochodzą ze średniowiecza i są opisane np. w żywotach świętych. Dla przykładu Św. Antoni jadł tylko raz dziennie i to po zachodzie słońca, a z

kolei Św. Szymon Słupnik ograniczał się w jedzeniu naśladować Jezusa żyjącego na pustyni. Przypadki głodzenia się w imię wyższych racji, w tym wypadku związanych z religią nazwane zostały *świętym jadłowstrętem*. [5]

Pomiędzy XVI a XVIII wiekiem *święte głodzenie* zostało wyparte przez inne zjawisko, czyli tzw. *poszczące dziewczęta*. W tym okresie zaczęło bowiem panować przekonanie że jedzenie bardzo małych ilości posiłków lub nawet całkowite poszczenie decyduje o życiu wiecznym i znakomitej kondycji. Osoby poszczące w ten sposób pokazywane były na dworach i jarmarcznych odpustach. Miały być przykładem właściwego postępowania, ale prezentacja ich odbywała się zawsze w początkowej fazie głodówki, wtedy gdy zachowywali jeszcze pełnię zdrowia i energii, nie pokazywano ich natomiast w okresie postępującego już wyniszczenia organizmu spowodowanego niedoborami energetyczno-składnikowymi.[5,6]

W XIX wieku *poszczące dziewczęta* zaczęto utożsamiać z Bożą obecnością na ziemi, znacznie wzrosła ich popularność, miejsca ich pobytu były celem licznych pielgrzymek, a same *poszczące dziewczęta* były często obdarzane hojnymi darami. [5]

Do czasów współczesnych niektóre mniejszości narodowe żyjące z dala od cywilizacji stosują przedinicyjne głodówki, mające na celu przygotowanie członka tych społeczności do podjęcia nowej roli w danej grupie społecznej (przekroczenie kolejnego etapu życia).

Anoreksję, jako jednostkę chorobową uznano w 1873 r. Nadano jej nazwę *anervous consumption*. [5,6]

Z pierwszej połowy XX wieku pochodzi koncepcja, zakładająca, że na anoreksję cierpiały tylko kobiety, u których powstanie oraz utrzymywanie się tego zaburzenia powiązane było z seksualnością. „...*że anoreksję traktowano, jako postać hysterii i uważano, że jej objawy rozwijają się w następstwie niepokoju macicy spowodowanego niezaspokojeniem seksualnym.* [7] Dzisiaj pogląd taki nie ma racji bytu w medycynie, jednak pozostawił po sobie pewne błędne stereotypy myślenia, choćby to, że na anoreksję chorują tylko kobiety, znajdujące się w okresie pokwitania. [8]

PRZYZCZYNY ANOREKSJI

Istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić etiopatogenezę anoreksji. Współcześnie podkreśla się, że źródła choroby należy szukać głębiej niż tylko w kuracji odchudzającej, stającej się obsesją trudną do opanowania. [3,5]

Albisetti uważa, że anoreksja prawie zawsze jest próbą poradzenia sobie w sposób patologiczny z własnymi problemami, jakimi mogą być nerwice, czy konflikty emocjonalne, które są świadomymi czy też nie własnymi trudnościami psychologicznymi. A anoreksja staje się sposobem wyrzucenia poza siebie swojego wewnętrznego problemu. [9]

Wśród przyczyn anoreksji wskazuje się [5,8,10]:

- Chęć uzyskania kontroli nad jakimś aspektem życia. Niejedzenie staje się sposobem na osiągnięcie autonomii oraz niezależności np. od rodziców ingerujących we wszystkie sprawy dziecka. Ciało dla chorego staje się obszarem, w którym może sam o sobie decydować, a dieta jest jego samodzielnie wypracowaną decyzją, której nikt nie może zmienić.

- Lęk przed dorosłością. W okresie adolescencji, kiedy ciało nastolatka się zmienia może dojść do zachwiania poczucia atrakcyjności i lęku związanego z nieświadomością procesów zmieniających jego organizm. Przez ograniczanie jedzenia sylwetka staje się dziecięca a miesiączka nie pojawia się lub zanika.
- Wpływ socjalno- kulturowy. Kreowanie przez świat mody, kultury, sportu szczupłej sylwetki ciała przyczynia się do spadku samooceny zwykłych ludzi najbardziej podatne na te wpływy są kobiety (w szczególności nastolatki). To właśnie presja, jaką wywiera otoczenie na osoby niepasujące do kreowanej przez media tzw. *idealnej szczupłej kobiety* staje się mechanizmem popychającym do anoreksji.
- Wpływy rodzinne. W rodzinach osób z anoreksją obserwuje się mniejsze wsparcie i trudności w rozwiązywaniu konfliktów. Członkowie takich rodzin zaprzeczają lub ignorują problemy, ponieważ w rodzinach tych znaczące jest osiągnięcie celów i sukcesów oraz wygląd.
- Podłoże genetyczne. Zaburzenia odżywiania mogą mieć tło dziedziczne. Potwierdzają to badania przeprowadzone na bliźniętach. Otóż w grupie chorych na anoreksję bliźnięta jednojajowe w 50% chorują oba, a u dwujajowych choruje tylko 7% .
- Czynniki osobowościowe- zależne od chorego, a więc np. problemy z określeniem tożsamości, brak poczucia autonomii, zaburzenia postrzegania obrazu własnego ciała i poczucia własnej wartości oraz niska samoocena.

Anoreksja dotyczy całej osobowości a nie tylko problemów w sferze żywieniowej. Eifert i Heffner [11] podają, że „...*anoreksja posługuje się językiem typowym dla dobrze sytuowanego i konsumpcyjnego społeczeństwa, tj. językiem diet, zwracania uwagi na figurę i ilość spożywanych pokarmów...*”, czyli choroba pojawia się w społeczeństwach wysyłających sprzeczne sygnały, z jednej strony zostaje stworzony szeroki dostęp do żywności, a z drugiej powstają nakazy dbałości o smukłą sylwetkę ciała. To różnorodność współcześnie pojawiających się sygnałów popycha młode osoby do przesadnego skupiania się na swoim wyglądzie. [4,5,10,11]

OBJAWY I PRZEBIEG JADŁOWSTRĘTU PSYCHICZNEGO

Jadłowstręt psychiczny najczęściej występuje na przełomie okresu pokwitania i wczesnej dorosłości od ok. 14 do 20. roku życia, kiedy to w organizmie i psychice zachodzą ważne zmiany związane z dojrzewaniem płciowym i kształtowaniem tożsamości. [12] Znacznie rzadziej anoreksja występuje po 25. roku życia. [13]

Początek choroby to zwykle chęć tzw. *zrzucenia paru kilogramów*, dopiero później przekształca się ona w obsesję na punkcie wyglądu i odchudzania.

Anoreksja rozwija się w kilku fazach [5,8,10]:

- I. Faza– Euforia- metabolizm po paru dniach głodówki ustępuje, dokuczliwy do tej pory głód znika a na jego miejsce pojawia się euforia tzw. *ekstaza głodowa*. Towarzyszy temu poczucie władzy i kontroli nad sobą oraz niezwykle sprawności umysłu i procesów poznawczych.
- II. Faza- Wzmoczona samokontrola- narzucanie sobie autodestrukcyjnych reguł, a perfekcjonizm w ich przestrzeganiu sprawia, że chory czuje się lepszy od innych.
- III. Faza- Lęk- towarzyszący każdemu posiłkowi, chory odczuwa, że każde najmniejsze odejście od diety pozbawia go kontroli, poza tym chory lekceważy niepokojące objawy i fakt, że cierpi na zaburzenia odżywiania.
- IV. Faza- Symptomy natręctw, obsesji i depresji- nasilenie psychologicznych konsekwencji zaburzeń odżywiania wiąże się z występowaniem obsesji (np. na punkcie czystości), umartwień ciała (np. lodowate kąpiele), czy depresje (w tym myśli samobójcze).

Jadłowstręt psychiczny dotyczy ok. 0, 5- 1% młodzieży, pojawia się najczęściej w przedziale wieku 13-14 lat oraz 17-18 lat. Około dziesięciokrotnie częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców [14]

Anoreksja rozwija się podstępnie, początkowo nie daje powodów do niepokoju, a wręcz przeciwnie chory ma dobry nastrój, polepszają mu się wyniki w szkole, uczy się więcej i chce osiągnąć sukces, a pozytywne uwagi rówieśników na temat ładnego wyglądu utwierdzają chorego w słuszności podjętej diety. [5,10,12]

Dziewczęta chorujące na anoreksję najpierw stosują różne diety redukcyjne, liczą kalorie, uprawiają sport, co po kilku miesiącach może spowodować 25% a nawet 40% utratę wagi. [13]

W konsekwencji choroba doprowadza do [2,10,12,13,14]:

- Zaburzeń hormonalnych- powoduje to zatrzymanie miesiączki u kobiet i zaburzenia potencji u mężczyzn, powstają zaburzenia czynności tarczycy, jeżeli choroba występuje przed okresem pokwitania to u dziewcząt następuje pierwotny brak miesiączki, zahamowanie rozwoju piersi a u chłopców narządów płciowych.
- Zaburzeń sercowo- naczyniowe- zmniejszenie masy mięśnia sercowego, zwolnienie akcji serca, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, obrzęki kończyn i twarzy, niedokrwistość, zawroty głowy i omdlenia.
- Zmian dermatologicznych- suchość i łuszczenie się skóry, pojawienia się owłosienia typu łanugo (płodowego), wypadania włosów (w tym łonowych), zaniku zmian trądzikowych.
- Zmian w innych układach- zaparcia, wzdęcia, znaczna redukcja tkanki tłuszczowej, obniżenie temperatury ciała do ok. 36°C, zwiększona podatność na infekcje spowodowana obniżeniem odporności organizmu.

Anoreksja może stanowić śmiertelne zagrożenie dla chorego, szacuje się, że w wyniku zaburzeń funkcjonowania różnych układów i narządów oraz samobójstw umiera nawet do 23% anorektyków. [12]

DIAGNOZA, LECZENIE I ROKOWANIE

W Polsce anoreksję rozpoznaje się na podstawie klasyfikacji ICD- 10, przyjmuje się, że wystąpienie 4 opisanych w niej objawów świadczy o zaburzeniu [4,15]:

- Spadek masy ciała ponad 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej do aktualnego wzrostu i wieku.
- Spadek masy ciała następuje w wyniku działań podjętych przez chorego (np. unikanie tuczącego pożywienia).
- Postrzeganie u siebie otyłości oraz lęk przed przytyciem, co prowadzi do narzucania sobie niskiego progu wagi ciała.
- Zaburzenia endokrynne: u kobiet brak, co najmniej trzech kolejnych cykli krwawień miesięczkowych, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych lub potencji.

Leczenie w anoreksji jest długie, może trwać nawet do kilku miesięcy do 2 lat, ponieważ nie polega ona tylko na zwiększaniu masy ciała, lecz kluczowe pozostaje leczenie przyczynowe dążące do zidentyfikowania i rozwiązanie problemu, który stał się przyczyną choroby. Jadłowstręt psychiczny jest obecnie [15,16,17]

Leczeniem zaburzeń odżywiania (głównie anoreksji) odbywa się w warunkach hospitalizacji, podczas której chorzy zostają objęci rygorystyczną dietą, najczęściej bogato energetyczną. [13,15]

Terapia najczęściej ma na celu zmianę patologicznych zachowań chorego związanych z odżywianiem, ma sprzyjać także utrzymaniu jego masy ciała w granicach normy. [2,5,10]

Niekiedy w leczeniu anoreksji zachodzi potrzeba stosowania farmakoterapii, szczególnie, gdy chorego wykazuje objawy psychopatologiczne np. depresyjne (często podaje się wówczas leki antydepresyjne np. mianserynę, fluwoksaminy, kломoprominy). [5,7]

Psychoterapia jest ważnym elementem leczenia anoreksji. Najczęściej stosuje się przynajmniej dwie z poniższych form terapii [5,7,17]:

- a) Terapia ACT (stosunkowo nowa, ale obiecująca forma terapii):
 - o *accept-* akceptuj- obejmuje akceptację myśli o sobie i swoich odczuciach,
 - o *choose-* wybierz- pomoc w odnalezieniu celu w życiu,
 - o *take action-* działaj- chory zobowiązuje się do działania i zmiany postępowania ku wybranym wartościom różniąc sam siebie od opinii, jaką ma na swój temat.
- b) Terapia poznawczo- behawioralna (BCT) - jej celem jest pomoc ludziom w zmianie sposobu myślenia i zachowania (mało skuteczna w anoreksji, gdyż dąży do tego, czego chorzy na anoreksję się boją, czyli wzrostu masy ciała).
- c) Terapia interpersonalna (ITP) - jej celem jest pomoc ludziom w polepszeniu relacji z innymi z wykluczeniem bezpośredniego nacisku na jedzenie.
- d) Terapia rodzinna- jej celem jest praca nad polepszeniem wzajemnych relacji w rodzinie.
- e) Terapia indywidualna- to spotkania, w których chory ma czas na omówienie własnych problemów tylko z terapeutą.

PIŚMIENNICTWO

1. Brytek- Matera A. Obraz ciała- obraz siebie. Wizerunek ciała w ujęciu psychospołecznym. Warszawa; Difin, 2008.
2. Bilikiewicz A. (red.) Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa; PZWL, 2006.
3. Heitzman J. (red.) Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycznych. Warszawa; PZWL, 2007.
4. Józefik B. (red.) Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
5. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington ; American Psychiatric Press Inc., 2015.
6. Lipnicka E. Anoreksja. <http://www.cpp.info.pl>
7. Bomba J, Józefik B. (red.) Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu? Kraków; Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 2003.
8. Ziolkowska B. Anoreksja od A-Z. Warszawa; Scholar, 2005.
9. Albisetti V. Pułapka anoreksji. Kielce; Jedność, 2003.
10. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. Br J Psychiatry 2005; 186:132-137.
11. Eifert G, Heffner M. Jak pokonać anoreksję? Gliwice; Helion, 2008.
12. Cierpiałkowska L. Psychopatologia. Warszawa; Scholar, 2009.
13. Popielarska M. Suffczyńska- Kotowska M. Zaburzenia w odżywianiu się. W: Popielarska M. Popielarska A. Psychiatria wieku rozwojowego. (red.). Warszawa; PZWL, 2000:165-172.
14. Lechicki J. Problemy uczniów: alkoholizm, nikotynizm, anoreksja i bulimia. Mag Pielęg Położ 2007; 9:23-28.
15. Wilczek- Rużyczka E. (red.) Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Lublin; CZELEJ, 2007.
16. Włodowiec B, Mazurowska R. Apetyt na uczucia. Charaktery 2006;2: 5-10.
17. Carson R, Butcher J, Mineka S. Psychologia zaburzeń. Gdańsk; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.