Anoreksja to nie kaprys

20 maja 2007

Anoreksja jest poważną śmiertelną chorobą; z powodu jadłowstrętu psychicznego umiera kilkanaście procent chorych; choroba ta nie jest do końca poznana.

Mechanizm powstawania choroby zwanej anoreksją jest złożony, a jego istota tkwi w trzech najważniejszych płaszczyznach: psychice, fizjologii i obyczajach. Symptomami świadczącymi o występowaniu jadłowstrętu są: paniczny lęk przed przybraniem na wadze, ubytek masy ciała co najmniej o 15% wagi przynależnej wiekowi i wzrostowi, drastyczne ograniczanie liczby spożywanych dziennie posiłków, spożywanie pokarmów w samotności, lekceważenie skutków stałego spadku wagi, wtórny brak miesiączki u kobiet lub zaburzenia erekcji u mężczyzn, obfite owłosienie kończyn, spowolniona akcja serca, obniżona temperatura ciała, nieuzasadnione wymioty, okresy wzmożonego łaknienia.

W grupie największego ryzyka zachorowania na nerwicowy brak łaknienia, bo tak nazywa się zespół objawów związanych z anoreksją, znajduje się młodzież. Dla dorastających młodych ludzi to czas kształtowania się osobowości, poszukiwań sposobu na życie i określania własnej tożsamości; to również czas skupiania uwagi na wyglądzie własnego ciała, ale też okres podatny na wszelkiego rodzaju wpływy zewnętrzne. Chłopcy i dziewczęta interesują się kierunkami panującymi w modzie, chcąc dostosować swoją powierzchowność do tych wymagań. Nastolatki ze szczególną siłą pragną się upodabniać do swoich idoli ze szklanego ekranu czy atrakcyjnych kolegów i koleżanek z otoczenia.

Niestety brak im jeszcze wystarczającej dozy krytycyzmu i często ślepo podążają za nieosiągalnymi dla siebie ideałami piękna. Jeśli wzorem piękna jest chuda modelka lub szczupły prezenter modnych ciuchów, wcale niemała część młodzieży

rozpoczyna batalię z własnym organizmem o dostosowanie się do upragnionych wymiarów. Czasami ta walka przekształca się w uporczywe odmawianie sobie wszelkich posiłków lub ich poważne ograniczenie i wtedy wpadają w stan określany jako anoreksja. Dla młodego człowieka kontrolowanie ilości spożywanego pokarmu to jedna z niewielu dziedzin – w odróżnieniu od innych aspektów życia – nad którą rzeczywiście może zapanować.

Analiza psychologiczna specyfiki rozwojowej okresu adolescencji wykazuje całą gamę typowych dla tego okresu właściwości, które sprzyjają skłonnościom do zachorowania na anoreksję. Są to: kryzys tożsamości, problemy z identyfikacją płciową, nieadekwatna, często zaniżona samoocena, upadek dotychczasowych autorytetów, pozostawanie pod silnym wpływem popkultury, skłonność do wyolbrzymiania problemów, nadmierne skupienie uwagi na własnym ciele. Te właśnie cechy stawiają w krzywym zwierciadle rzeczywistość i utrudniają podjęcie zmagań z prawdziwymi trudnościami życiowymi.

Badania, których celem było określenie rozmiarów choroby anoreksji wśród młodzieży szkolnej, przeprowadzono w minionym roku w kilku najstarszych klasach szkół podstawowych, gimnazjach oraz drugich klasach liceum i technikum w Małkini. Ogółem poddano badaniom 264 uczniów, w tym 163 dziewcząt i 10l chłopców; ich wiek mieścił się w granicach 14-18 lat. Anonimowe badania przeprowadzono metodą ankietową; uzupełniono je analizą kart zdrowia uczniów w celu określenia masy ich ciała i porównania z normami dla danego wieku i wzrostu.

Przeprowadzony sondaż wykazał duże nasilenie zachowań związanych z nerwicowym brakiem łaknienia, najbardziej zagrożone anoreksją były dziewczęta. Mimo że masa ciała większości badanych uczennic mieściła się w granicach normy, a prawie 30% miało niedowagę, to trzy czwarte z nich wyrażało przekonanie o swojej nadmiernej tuszy i deklarowało chęć poddania się terapii odchudzającej metodą diet i głodówek. Co piąta z dziewcząt przyznała się do stosowania środków przeczyszczających lub moczopędnych w celu obniżenia masy

ciała, a co dziesiąta do zażywania środków odchudzających i obniżających apetyt. Tylko niecała jedna trzecia pytanych nie wyrażała obaw o swój wygląd i twierdziła, iż spożywa dziennie trzy podstawowe posiłki.

Spośród badanych chłopców 23% wykazywało symptomy zagrożenia zaburzeniami odżywiania, a dwóch z ankietowanych prezentowało wszystkie cechy charakterystyczne dla anorexia nervosa. Co piąty badany dorastający deklarował niezadowolenie ze swojego wyglądu i chęć schudnięcia. Ponad 12% z 101 chłopców twierdziło, iż stosuje diety, głodówki i ogranicza jedzenie. Prawie dwie trzecie z nich odpowiedziało, że intensywnie ćwiczy. Analiza statystyczna danych uzyskanych drogą ankietową wskazywała, iż w badanej grupie młodzieży zachowania charakterystyczne dla anoreksji mogą się wzajemnie determinować, np. stosowanie diet, głodówek, ograniczanie jedzenia mogą wyzwolić inne zachowania typowe dla tej choroby: negatywne emocje związane z jedzeniem, nieprawidłowy stosunek do pokarmów, negatywną ocenę własnego wizerunku, stosowanie innych metod redukowania masy ciała.

Problem anoreksji wśród dorastającej młodzieży badano też metodą studium indywidualnych przypadków. W tym celu przeprowadzono wywiady z terapeutami zajmującymi się leczeniem adolescentów ze zdiagnozowanym nerwicowym brakiem łaknienia, dzięki czemu opisano piętnastu dorastających (14 dziewcząt i 1 chłopca) cierpiących na tę chorobę.

Do głównych uwarunkowań jadłowstrętu psychicznego u badanych adolescentów cierpiących na anoreksję należały czynniki rodzinne i społeczne. Ponad połowa dorastających ze zdiagnozowaną anoreksją miała słaby kontakt z rodzicami i czuła się przez nich ignorowana. Co trzecia ze wspomnianych osób uważała, iż jest nadmiernie korygowana przez rodziców. Ponad jedna czwarta omawianej grupy młodzieży pochodziła z rodzin nadopiekuńczych; 40% badanych adolescentów cierpiących na anoreksję stanowili jedynacy, a ponad 26% pierworodni. Większość tej grupy dorastających pochodziła z rodzin o

wysokim statusie społecznym i materialnym.

Zauważono, że u 45% badanej młodzieży chorującej na jadłowstręt psychiczny ekspresję anoreksji poprzedzało przejście na dietę odchudzającą. Ponad 86% wspomnianej wyżej grupy adolescentów uzasadniało stosowanie metod redukowania masy ciała chęcią uzyskania szczupłej sylwetki i dorównania figurom modelek. Zachorowaniu na anoreksję u badanej młodzieży towarzyszyły zmiany w obrębie zdrowotnego i społecznego funkcjonowania człowieka. Spośród objawów somatycznych u badanej młodzieży ze zdiagnozowaną anoreksją najczęściej występowały: anemia, kłopoty z sercem, zaburzenia miesiączkowania u dziewcząt, mdłości, nietolerancja, chłodu i obniżenie temperatury ciała poniżej 36 stopni, wypadanie włosów, łuszczenie skory, kurcze łydek, mroczki w oczach. Wśród zmian osobowościowych zauważono natomiast: drażliwość, obniżenie nastroju, apatyczność, izolowanie się od ludzi i spędzanie czasu w samotności, nastawienie na perfekcjonizm i rywalizację. U jednej z badanych osób anoreksja doprowadziła nawet do próby samobójczej.

Pomimo tych przerażających faktów, dotychczas nie znaleziono lekarstwa na anoreksję. Jako nadzieję na zmniejszenie rozmiarów tej choroby traktuje się działania prewencyjne. Myślę, więc, że warto się raz jeszcze zastanowić nad tym, kiedy powinno się rozpocząć te działania i kto powinien być za nie odpowiedzialny. Pewne jest to, że edukacja dotycząca zaburzeń odżywiania nie może obejmować tylko młodzieży, ale także rodziców, wychowawców i nauczycieli.

Według ks. Marka Dziewieckiego, który bada przyczyny zapadania młodzieży na anoreksję, choroba ta jest zwykle jednym z przejawów somatyzacji. Somatyzacja to sytuacja, w której dany człowiek za pomocą ciała i funkcji fizjologicznych sygnalizuje i wyraża problemy mające podłoże pozacielesne. Tendencja do somatyzacji pojawia się zwłaszcza wtedy, gdy ktoś nie jest świadomy swoich problemów psychicznych, moralnych, duchowych, religijnych czy społecznych i gdy nie chce lub nie potrafi ich

przezwyciężyć. Sygnalizowanie i odreagowanie problemów pozacielesnych za pomocą języka ciała dokonuje się najczęściej przez zaburzenia snu, układu oddychania (do astmy włącznie), funkcji krążenia (nadciśnienie, zakłócenia pracy mięśnia sercowego), a także funkcji odżywiania. Gdy chodzi o te ostatnie zaburzenia, to przejawiają się one kompulsywnym, odruchowym sięganiem po pokarm, albo przeciwnie – odrzucaniem pokarmu, a nawet zmianami chorobowymi w układzie pokarmowym, np. owrzodzeniem żołądka.

Osoba dotknięta anoreksją nie martwi się tym zaburzeniem. Twierdzi, że czuje się dobrze i że nie ma potrzeby jeść więcej, niż to czyni. Nie jest to jednak prawdą, gdyż w rzeczywistości osoba ta przeżywa niepokój, zamyka się w sobie, uruchamia mechanizmy obronne, a jej relacje z innymi ludźmi stają się coraz bardziej powierzchowne i niespokojne. Gdy problem zaczyna przybierać dramatyczne rozmiary, wtedy osoba dotknięta anoreksją zaczyna negować podstawowe fakty. A gdy najbliżsi przymuszają ją do jedzenia, wtedy broni się poprzez wymioty, zażywa środki przeczyszczające, podaje błędne informacje o aktualnej wadze ciała albo przeciwnie: odżywia się po kryjomu i popada w czasową bulimię.

Podstawowym problemem w przypadku anoreksji nie są zjawiska fizjologiczne czy jakieś predyspozycje anatomiczne, lecz postawa buntu danej osoby wobec życia i własnego środowiska. Z tego właśnie względu anoreksja bardzo rzadko występuje jednocześnie u innych członków rodziny, a pomoc o charakterze medycznym jest nieskuteczna. Szansę na zmianę sytuacji stwarza natomiast psychoterapia lub zmiana środowiska. Psychospołeczne podłoże anoreksji potwierdza fakt, że w 50% przypadków anoreksja dotyczy jedynaczek, w 20% córek pierworodnych, a u dziewcząt jest wielokrotnie częstsza niż u chłopców. Osoby dotknięte anoreksją mają często problemy z realistyczną percepcją siebie i w własnego ciała oraz z zachowaniem rozsądnych granic w kontakcie ze światem zewnętrznym.

Według różnych badań wśród nastolatków dotkniętych anoreksją

tylko od 3 do 20% to chłopcy. Są oni zwykle znacznie bardziej pasywni i apatyczni niż dziewczęta. Ich matki mają tendencję do wyraźnej agresji wobec swoich synów lub do zachowania nadmiernej bliskości. Chłopcy dotknięci anoreksją przeżywają zwykle trudności w relacji z innymi ludźmi, mają wyraźnie zawężone zainteresowania, skupiają się przesadnie na swojej cielesności. Odmowa jedzenia jest symbolem ucieczki od dorosłości i sposobem na przedłużenie relacji typu dziecko – matka.

Obecnie dzięki coraz lepszemu rozumieniu przyczyn anoreksji i coraz większej ofercie terapeutycznej, liczba przypadków śmiertelnych zmniejszyła się do około 10%. Można wyodrębnić trzy typy interwencji stosowane w odniesieniu do tej choroby: izolacja od środowiska rodzinnego, pomoc medyczna oraz psychoterapia. Większość specjalistów uważa, że nie można leczyć skutecznie anoreksji wtedy, gdy chory pozostaje wśród swoich bliskich. Izolacja jest zwykle konieczna aż do osiągnięcia rzeczywistej poprawy. Czasami trzeba karmić osobę chorą w sposób wymuszony i stopniowo uczyć ją zmiany dotychczasowego sposobu odżywiania; niektórzy lekarze stosują elektrowstrząsy.

Ogromna większość specjalistów uważa jednak, że podstawą zdrowienia jest psychoterapia połączona z terapią rodziny. Mimo wszystko tylko około 35% osób dotkniętych anoreksją wraca do w pełni normalnego funkcjonowania. W tej sytuacji niezwykle ważne jest zapobieganie anoreksji przez eliminowanie jej podstawowych przyczyn. Staje się to możliwe wtedy, gdy rodzice uczą swoje dzieci realistycznego myślenia i gdy wprowadzają je w świat dojrzałej miłości, tworząc w ten sposób klimat bezpieczeństwa i stymulując optymalny rozwój. To wszystko może się dokonać jedynie w tych rodzinach, w których dany rodzic potrafi przyjąć siebie samego i swego współmałżonka z dojrzałą miłością i gdy obydwoje rodzice okazują się zdolni do konsekwentnego i cierpliwego podjęcia trudu odpowiedzialnego wychowania.

Autor: Justyna Materlik (Ośrodek Opieki Społecznej w Małkini)
Źródło: „Edukacja i Dialog” nr 4 (187) 2007