

EDYTA KĘDRA

Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów

Eating Disorders – Sign of Our Times

Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy

Streszczenie

Zaburzenia odżywiania nie występują w krajach, w których panuje głód, są natomiast piętnem kultury zachodniej, wynikiem ogromnej presji społecznej, zmuszającej do zachowania zgrabnej sylwetki. Socjologowie podkreślają, że we współczesnej kulturze dochodzi do zderzenia dwóch tendencji: z jednej strony społeczeństwa zostają zarzucone różnymi produktami spożywczymi, z drugiej jest promowane bycie szczupłym. Te dwa sprzeczne przesłania nakazują współczesnemu człowiekowi korzystanie z dostępnych dóbr, które mogą się przyczynić do jego lepszego samopoczucia, a zarazem nakazują zwiększenie samokontroli nad tym, co się robi. Nie każdy jednak jest w stanie z tym się zmierzyć, dlatego większość młodych kobiet – rzadziej mężczyzn – prędzej czy później decyduje się na kontrolowanie diety. Może się to przejawiać w rezygnacji z kalorycznych potraw, w ograniczeniu słodczy lub w uprawianiu sportu. Może także przybierać bardziej groźne dla zdrowia i życia formy: anoreksji, bulimii czy ortoreksji. Skutki tych zaburzeń są nieco inne, ale wspólna jest dla nich chorobliwa koncentracja na jedzeniu (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 2, 169–175**).

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, ortoreksja, bulimia, anoreksja.

Abstract

Nutritional disorders do not occur in countries where there is hunger, but they are marked by the culture of the West, due to the enormous social pressure to stay slim. Sociologists stress that contemporary culture is a collision of two trends: on one hand, of society are shelved abundance of various food products, of the other being slim is promoted. These two contradictory beliefs, require contemporary man use the available goods, since they can contribute to better well-being and increase self-control. However, not everyone is able to face it. Most young women – less frequently men – sooner or later decide to control diet. This may be in reducing sweets or practising sport. It may also have more dangerous for the health and life forms: anorexia nervosa, bulimia nervosa, or orthorexia nervosa. The effects of these disorders are slightly different, but food obsession is common in them (**Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 2, 169–175**).

Key words: nutritional disorder, orthorexia nervosa, bulimia nervosa, anorexia.

Wiele się mówi i pisze o różnych uzależnieniach, jakie dotyczą współczesne społeczeństwa. Oprócz takich nałogów, jak: uzależnienie od nikotyny, alkoholizm, narkomania, coraz więcej ludzi zmaga się z innym, bardziej współczesnym uzależnieniem – uzależnieniem od jedzenia. Często słyszy się o anoreksji (jadłowstręt psychiczny), bulimii (żarłoczność psychiczna), nawet o tanoreksji, która oznacza uzależnienie od opalania. Kolorowe magazyny, telewizja, billboardy pokazują uśmiechniętych, wzorcowo szczupłych, bardzo szczęśliwych ludzi. Mimo wielu głosów sprzeciwu nadal jest lansowany ideał człowieka, do którego każdy powinien dążyć. Czy aby na pewno?

Choroba zaczyna się całkiem niewinnie, jak wszystkie uzależnienia. Obsesyjne i systematyczne liczenie spożywanych kalorii, odmawianie sobie wszystkiego, co tuczy, zapewnianie, że nie tknie się nigdy więcej niczego, co jest niezdrowe. Oczywiście wszystkim tym poczynaniom służy szlachetny cel, którym jest zdrowe życie. Dochodzi do stopniowego eliminowania z diety coraz większej liczby produktów, pozostają jedynie te, które wydają się niczym nie skażone. A stąd już tylko krok do ortoreksji – obsesji na punkcie zdrowego żywienia.

Ortoreksja została odkryta przez lekarza Stevena Bratmana, u którego jako pierwszego rozpoznano tę chorobę. Ze względu na to, że w dzieciń-

stwie chorował na alergię, jego rodzice dbali o to, aby unikał niektórych produktów, w tym mleka i glutenu. Jednocześnie zakorzenili w nim przekonanie, że zdrowa dieta jest gwarantem dobrej kondycji człowieka. Wraz z upływem lat narastała w nim obawa przed jedzeniem, które mogłoby mu zaszkodzić, przeradzając się w obsesję. Po kilka godzin dziennie przygotowywał sobie skrupulatnie posiłki, zaczytywał się w nowoczesnych dietach, trendach żywieniowych. Jadł tylko żywność ekologiczną, a każdy kąsek, jak sam to określał, przeżuwał po 50 razy. Pracował także nad stworzeniem tzw. diety cud, która pozwoliłaby na zachowanie młodości i uniknięcie chorób. Unikał spotkań towarzyskich, ograniczył do minimum kontakty ze znajomymi. Dopiero kiedy schudł, osłabł i zaczął chorować uświadomił sobie, że cudowna dieta mu szkodzi. Ukończył medycynę i rozpoczął prywatną praktykę, gdzie poznał pacjentów, którzy tak rygorystycznie przestrzegali diety, że zamiast zapewnienia sobie zdrowia, doprowadzili się do stanu chorobowego. Wówczas też zauważył, że obsesja tych ludzi jest identyczna z jego problemem, a nową jednostkę chorobową określił mianem *orthorexia nervosa*. Napisał także w 1997 r. książkę o ortoreksji, pt.: „W szponach zdrowej żywności” [1].

Ortoreksja (*orthorexia*) jest naukowym określeniem patologicznej obsesji na punkcie spożywania właściwego jedzenia. Najczęściej ofiarami tej patologii padają kobiety, daje się ją ponadto zaobserwować w społeczeństwach bogatych. Rodzaj spożywanych produktów przez ortorektyków jest indywidualny dla każdego z nich, ale każdy cierpiący na ortoreksję przykłada obsesyjną uwagę do tego, aby jadać jedynie pokarm, który jest uznawany za zdrowy. Ortorektyk coraz więcej czasu spędza na myśleniu o jedzeniu, o tym, w jaki sposób zaplanować swoje posiłki, narzuca sobie bardzo dużą dyscyplinę, a każde złamanie ustanowionych zasad zostaje przez niego ukarane [2].

Faktyczna granica między zdrowym odżywianiem a obsesją na jego punkcie jest prawie niewidoczna. Ortorektycy wierzą, że jeżeli będą przestrzegać rygorystycznej diety, nie doświadczą chorób nękających współczesne społeczeństwa. Często wydaje im się, że są lepsi od ludzi, którzy nie zwracają uwagi na to, co jedzą, mają poczucie misji, chcą zarazić swoim zapałem do zdrowego żywienia innych ludzi. Na pierwszy rzut oka różnice między ortoreksją a anoreksją są niewielkie, choć jest ich sporo. Najważniejszą z nich jest to, że ludzie chorujący na ortoreksję nie pragną obsesyjnie zrzucić wagi i być szczupłymi, nie koncentrują się, jak anorektycy, na ilości spożywanego pożywienia, ale głównie na jego jakości. Tak naprawdę nie jest to choroba, która może być łatwo zdiagnozowana.

Jest to całkiem nowy i kontrowersyjny termin, nad którym nadal trwają badania.

Z psychologicznego punktu widzenia ortoreksja jest bardzo podobna do anoreksji. Zapadają na nią szczególnie ludzie skupieni na sobie, perfekcjoniści, którym ograniczanie spożywania określonych produktów daje poczucie kontroli nad własnym zdrowiem i ciałem. Uciekają oni przed bylejakością życia, a jednocześnie nie potrafią cieszyć się drobnymi przyjemnościami. Mają zasady, których bardzo sztywno się trzymają, analizują swoje błędy, a gdy coś ułoży się nie po ich myśli, mają ogromne wyrzuty sumienia. Obsesyjnie kontrolując, co i jak jedzą, wypełniają pustkę życiową, próbując zapomnieć o swoich codziennych kłopotach [1].

W pierwszej kolejności ortorektycy wykreślają ze swojego jadłospisu kilka produktów, które uważają za niezdrowe. Z czasem zaczynają usuwać kolejne, aż dochodzą do kilku produktów, które uważają za najzdrowsze. Każdy kęs pokarmu jest przeżuwany przez nich kilkakrotnie. Ostatecznie mogą dojść do momentu, w którym stwierdzą, że zdrowe jest tylko picie wody, oczywiście tej specjalnie wyselekcjonowanej. Można pokusić się o stwierdzenie, że pokarm przeznaczony do spożycia jest oglądany przez ortorektyka niemalże przez lupę. Nie robią oni zakupów w popularnych sklepach, super- lub hipermarketach, ale zaopatrują się prawie wyłącznie w ekologicznych gospodarstwach i sklepach ze zdrową żywnością. Z czasem tracą zaufanie nawet i do tych miejsc i sami zaczynają piec chleb wieloziarnisty lub hodować rozmaite kielki. Jeśli natomiast robią zakupy w „normalnym” sklepie, to najczęściej z dużą uwagą studiują etykiety, skupiając swoją uwagę zwłaszcza na informacjach dotyczących konserwantów i sztucznych barwników. Każdy posiłek jest przygotowywany niemal z aptekarską precyzją, według tabel z kaloriami i informacji na temat wartości odżywczych danego produktu. W kręgu jego zainteresowań leży wszelkiego rodzaju literatura i czasopisma dotyczące zdrowego odżywiania się [3].

Ortorektyk unika kontaktów z innymi ludźmi, z rodziną, ze znajomymi, nie chodzi do kawiarni, restauracji, pubów. Nieustanne myślenie o jedzeniu i przygotowywanie posiłków zajmuje mu niemal cały czas, nawet ten przeznaczony na inne czynności. Jeśli natomiast podejmie decyzję o wyjściu, to tylko i wyłącznie ze swoim posiłkiem.

Ryzyko zdrowotne jest zależne od preferowanego przez ortorektyka sposobu odżywiania się. Zwykle konsekwencje diet ortorektyków nie niosą za sobą większego ryzyka niż dieta wegetariańska lub wegańska. U chorych zaobserwowano wiele problemów natury społecznej, np. trudniej jest tym ludziom unikać rozmów na temat jedzenia, izolują

się, spożywają posiłki w samotności i wielkim skupieniu, poświęcają mnóstwo czasu na odpowiedni dobór produktów i wyszukiwanie najlepszej ich jakości [4].

Oczywiście nie ma nic niezdrowego w tym, że człowiek stara się zdrowo odżywiać. Problem zaczyna się, gdy zbyt dużą uwagę przywiązuje do jakości pożywienia i uparczywie trzyma się myśli, że maksymalnie zdrowe posiłki uczynią go lepszym, rozwiążą wszystkie jego życiowe problemy. Po pewnym czasie organizm pozbawiony wielu mikroelementów i witamin zaczyna się buntować. Wraz z trwaniem tego niekorzystnego zjawiska i jego pogłębianiem się dają się zaobserwować następujące dolegliwości: bóle i zawroty głowy, nudności, ciągłe zmęczenie, anemia, osteoporoza, zaburzona praca jelit oraz zwiększona podatność na zakażenia. Pojawiają się kłopoty z pamięcią i koncentracją, ustaje miesiączka, ponieważ organizm nie wytwarza wystarczającej ilości estrogenów niezbędnych do zachowania regularnych cykli. Wzrasta zagrożenie nadciśnieniem, chorobą serca, pojawiają się huśtawki nastroju, depresja. Pogarsza się stan fizyczny i psychiczny, a nieleczona ortoreksja, podobnie jak anoreksja, może doprowadzić nawet do śmierci [1, 2, 5].

Nie jest znana dokładna liczba ortorektyków. Jest spowodowane to tym, że chorzy na ortoreksję rzadko zgłaszają się na leczenie lub leczą się w kierunku innych chorób. Na ogół jednak nie są to osoby bardzo młode, jak ma to miejsce w przypadku anoreksji. Rzadko także zgłaszają się do psychologów, raczej narzekając na zły stan zdrowia odwiedzają lekarza i są leczeni pod kątem konkretnej dolegliwości. Ważnym zadaniem jest uświadomienie choremu, że pozornie zdrowa, dieta może wyrządzić wielkie spustoszenie w organizmie, a dla uzupełnienia powstałych niedoborów należy wprowadzić suplementację witamin i minerałów [5].

Podstawą leczenia tego zaburzenia jest stosowanie racjonalnej diety ułożonej przez lekarza lub specjalistę ds. żywienia. W pierwszym okresie należy skupić się na wyrównaniu niedoborów, następnie na dyscyplinowaniu chorego. Jeśli ortorektyk nie jest w stanie zaakceptować diety zaproponowanej przez lekarza, powinien jak najszybciej trafić do psychoterapeuty. Ortoreksja, podobnie jak anoreksja lub bulimia, jest „chorobą duszy” i często okazuje się, że pomoc specjalisty jest niezbędna [4].

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) należy do swoistych zaburzeń odżywiania. Anoreksja jest zaburzeniem, w którym chorzy osiągają bardzo małą masę ciała, mimo to czują się otyli i boją się nawet najmniejszego jej przyrostu. Chorzy dążą do zmiany masy ciała poniżej przyjętych norm, nieprawidłowo oceniają własny wygląd i odczuwa-

ją lęk przed przytyciem, który powoduje znaczne zmniejszanie ilości przyjmowanego pożywienia. Stan ten nie jest spowodowany organicznymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym ani chorobą somatyczną, ale w miarę trwania procesu ograniczania pożywienia może prowadzić do poważnych zmian neurologicznych oraz zagrażających życiu zaburzeń somatycznych, ze śmiercią łącznie [6].

Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przedstawionego w DSM-IV (APA-2000) wyodrębniła następujące kryteria diagnostyczne anoreksji: odmowę utrzymywania ciężaru ciała co najmniej na poziomie minimalnym dla wieku i wzrostu (np. chudnięcie prowadzące do spadku masy ciała poniżej 85% wartości należnej lub trudność w przybieraniu na wadze w okresie wzrostu, co prowadzi do utrzymywania się masy ciała poniżej 85% wartości należnej), intensywny lęk przed przybieraniem na wadze lub otyłością, mimo utrzymywania się rzeczywistej niedowagi, zaburzenie sposobu widzenia kształtu i masy własnego ciała, u dziewcząt nieobecność trzech kolejnych cykli menstruacyjnych [7]. Ta sama klasyfikacja wyodrębnia typ niebulimiczny i typ bulimiczny anoreksji. W typie niebulimicznym („restrykcyjnym”) nie dochodzi do epizodów objadania się. Osoby ograniczają spożywanie pokarmów do minimum oraz stosują intensywne ćwiczenia fizyczne. W typie bulimicznym natomiast („żarłoczno-wydalającym”) dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się oraz stosowania środków przeczyszczających i wywoływania wymiotów [7].

Anoreksja dotyczy najczęściej dziewcząt w okresie dojrzewania między 12. a 19. r.ż. Chłopcy stanowią niewielki odsetek populacji osób chorujących. Jadłowstręt psychiczny rozpoczyna się u nich około 15–16 r.ż., a jego przebieg jest cięższy niż u dziewcząt [8].

Mechanizm powstawania anoreksji jest trudny do określenia na podstawie jednej teorii. Większość psychiatrów i psychologów wymienia wiele czynników, które powodują występowanie anoreksji. Należą do nich m.in. cechy indywidualne jednostki, takie jak: odpowiedzialność, solidność, obowiązkowość, pilność, niska samoocena, wysokie ambicje i wzmożona potrzeba sukcesu, trudności w kontaktach z rówieśnikami, trudności w akceptowaniu własnego wyglądu [8]. Anorektycy to osoby, które są bardzo obowiązkowe. Odczuwają silną potrzebę sukcesów i jednocześnie pomniejszają wartość swoich dokonań i możliwości intelektualnych. Występują u nich trudności w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami, większość czasu spędzają w samotności. W dużym stopniu starają się spełniać oczekiwania innych. Nadmier-

nie koncentrują się na kształcie własnej sylwetki i widzą ją jako nienaturalnie grubą.

Następnym czynnikiem, który może wyzwolić anoreksję jest okres dojrzewania. Okres ten charakteryzuje się zmianami fizycznymi, emocjonalnymi, poznawczymi i społecznymi. Zmiana proporcji w sylwetce i przyrost masy ciała oraz osiągnięcie dojrzałości płciowej mogą być powodem niepokoju młodych ludzi. Młodzież nadmiernie koncentruje się na kształcie swojej sylwetki, przesadnie troszczy o estetykę i higienę ciała. Dużo czasu poświęca na mierzenie i ważenie się, niekiedy na stosowanie diet odchudzających. Porównuje swój wygląd z rozpowszechnianym przez media ideałem urody [8].

W uruchamianiu jadłowstrętu psychicznego bardzo istotną rolę odgrywają czynniki rodzinne. Nieprawidłowości relacji w systemie rodzinnym dotyczą dwóch poziomów: relacji między rodzicami oraz relacji między osobą chorą i każdym z rodziców z osobna. Cechy rodzin, w których występują zachowania anorektyczne, to sztywność relacji wewnątrzrodzinnych, brak sposobu na rozwiązywanie konfliktów, posługiwanie się w relacjach rodzice–dziecko nadmiernym wiązaniem oraz blokowanie procesu autonomii przez potencjalną pacjentkę. Odchudzanie hamuje wtedy rozwój i pozwala unikać konfliktów związanych z dojrzewaniem [9]. Inną cechą rodzin, w których występuje anoreksja jest współzawodnictwo w poświęcaniu się i rezygnowaniu z własnych potrzeb na rzecz innych członków oraz nadmierne aspiracje. Jedynym obszarem wolności dla osoby chorej na anoreksję staje się przestrzeń własnego ciała, nad którą stara się sprawować kontrolę. Zmiany w zachowaniu i wyglądzie osoby chorej są impulsem dla rodziny do wzmocnienia kontroli, co podtrzymuje i nasila objawy zaburzenia [10].

Dużą rolę w powstawaniu anoreksji odgrywają determinanty społeczno-kulturowe. Charakterystyczną cechą współczesnej kultury jest nadmierna dbałość o sylwetkę wyrażająca się modą na rozmaite diety, ćwiczenia modelujące sylwetkę, kluby fitness. Socjologowie wskazują, iż kultura popularna przekazuje liczne komunikaty odnoszące się do sposobów odżywiania, kreowania i kontroli ciała, sylwetki oraz wyglądu [11, 12]. Zgodnie z teraźniejszą modą na szczupłe ciało coraz więcej młodych osób ma obsesję na punkcie jedzenia, stosowania różnych diet i kontrolowania masy ciała, np. przez: głodzenie się, zażywanie środków przeczyszczających, zmniejszających łaknienie, wywoływanie wymiotów, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych. Takie postępowanie może przyczynić się do wystąpienia anoreksji [8].

Bulimia psychiczna charakteryzuje się napadami objadania się, w czasie których osoby zjadają

olbrzymie ilości różnych pokarmów. Podczas takiego napadu doświadczają uczucia utraty kontroli nad tym, co i w jakich ilościach jedzą. Jedzą bardzo szybko i najczęściej pokarmy wysokokaloryczne. Po napadzie przez jakiś czas odczuwają ulgę związaną ze spadkiem napięcia, od którego zaczyna się epizod, a jednocześnie mają poczucie winy, wstydu i wyrzuty sumienia z powodu utraty kontroli. Epizod bulimiczny dla niektórych osób to nie tylko pojedynczy napad obżarstwa, ale następujące po sobie w krótkim czasie kolejne napady objadania się, które mogą kończyć się dopiero po kilku dniach, a nawet tygodniach. Podczas epizodów żarłoczości, jak i między nimi, osoby są zaabsorbowane myśleniem o jedzeniu i nadmierną kontrolą masy ciała. Próbuje przeciwdziałać tym, stosując takie metody, jak: prowokowanie wymiotów, zażywanie środków przeczyszczających, moczopędnych, leków zmniejszających łaknienie, stosowanie okresowych głódówek. Tego typu aktywność związaną z kontrolowaniem masy ciała nazywa się zachowaniem kompensacyjnym. Chorzy na bulimie mogą mieć mniejszą lub większą nadwagę, być bardzo chude lub okresowo tyć i chudnąć. Bulimicy chorobliwie boją się utyć, dlatego określają nieprzekraczalną dla siebie granicę masy ciała, którą wszystkimi możliwymi sposobami próbują utrzymać. Od utrzymania wagi zależy ich samoocena, która zmniejsza się w przypadku stwierdzenia minimalnego przekroczenia wyznaczonej granicy. Masa ciała ustalona przez chorego jest znacznie mniejsza niż ta określona na przykład przez lekarza [14].

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV-TR (APA 2000) wyróżniono następujące kryteria do rozpoznania bulimii: powtarzające się epizody gwałtownego objadania się charakteryzujące się jedzeniem w określonym, krótkim czasie takiej ilości jedzenia, która dla większości ludzi jest zdecydowanie za duża oraz poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie epizodu objadania; stosowanie powtarzających się zachowań kompensacyjnych chroniących przed przyrostem masy ciała w postaci prowokowania wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających i/lub odwadniających, lewatyw, a także głódówek, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych; epizody objadania się powinny występować co najmniej średnio dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące. Samoocena osoby jest wyznaczona głównie przez kształt i masę ciała. Zaburzenie to nie występuje w przebiegu *anorexia nervosa* [15].

Wyodrębniono także dwa typy bulimii psychicznej: typ przeczyszczający i nieprzeczyszczający [15]. W przebiegu bulimii o typie przeczyszczającym regularnie są prowokowane wymioty, dochodzi do nadużywania środków przeczysz-

czających, odwadniających lub lewatyw. W typie nieprzeczyszczającym osoba stosuje zachowania kompensacyjne, takie jak ćwiczenia fizyczne lub głodówki, ale regularnie nie wymiotuje, nie stosuje środków przeczyszczających, odwadniających lub lewatyw [15]. Klasyfikacja przedstawiona w DSM-IV-TR precyzyjnie określa różnice między anoreksją, zwłaszcza o typie bulimicznym, a bulimią, co ułatwia rozpoznanie [15].

Choroba ta dotyka 1–3% młodych dziewcząt i kobiet między 15–24 r.ż. Większość z nich przed wystąpieniem objawów bulimicznych głodziła się lub stosowała diety odchudzające bez oczekiwanego powodzenia. Podobnie jak w przypadku anoreksji, chłopcy stanowią niewielki odsetek populacji osób chorujących na bulimię [8]. Z literatury wynika, że bulimia występuje częściej u chłopców i mężczyzn o orientacji homoseksualnej. Za przyczynę występowania zaburzeń odżywiania w tej grupie mężczyzn uważa się koncentrację na ciele i wyglądzie, która może powodować przecenianie wartości fizycznej atrakcyjności i być źródłem niezadowolenia z siebie i swojego wyglądu [7].

Bulimia jest uwarunkowana wieloczynnikowo, podobnie jak anoreksja. W porównaniu z mechanizmem anoreksji, w bulimii większą rolę odgrywają czynniki biologiczne związane z nieprawidłową czynnością układu serotonergicznego. Obserwuje się zwiększoną liczbę napadów żarłoczności w okresie jesienno-zimowym, która wiąże się z ograniczeniem aktywności serotonergicznej. Także środki lecznicze o działaniu serotonergicznym powodują spadek apetytu na pokarmy wysokokaloryczne. Istotny wpływ na to zaburzenie mogą mieć także inne neuroprzekaźniki i neuromodulatory, takie jak: leptyna, neuropeptydy, cholecystokininy, noradrenalina i dopamina. Interakcje między tymi przekaźnikami mają znaczenie w regulacji łaknienia [16].

Za przyczynę powstawania zachowań bulimicznych można uznać cechy indywidualne jednostki, takie jak: niestabilność emocjonalna, niska samoocena, trudności w akceptowaniu siebie (szczególnie własnego wyglądu), brak samokontroli, wysokie ambicje połączone z brakiem sukcesu [8]. Osoby chorujące na bulimię mają obniżoną samoocenę, która opiera się na opiniach innych, zwłaszcza ważnych dla nich osób: rodziców, rówieśników, nauczycieli, a później partnerów. Niejednokrotnie mówią o sobie z lekceważeniem, nie mają do siebie szacunku, są do siebie wrogo nastawione, prezentują postawę odrzucania samych siebie. Kolejną cechą tych osób jest bardzo silna potrzeba akceptacji i uznania ze strony otoczenia. Bulimicy uważają, że dobre wypełnienie oczekiwań innych oznacza bycie doskonałym i że jest warunkiem koniecznym, by inni ich doceniali.

Zawsze przedkładają oczekiwania otoczenia nad własne uczucia i potrzeby, przez co czują się coraz bardziej samotni i opuszczeni. Taki ciąg zachowań dostosowanych do innych powoduje coraz większe napięcie, które dla osoby chorej staje się nie do zniesienia i pojawiają się zachowania impulsywne. Także chorzy na bulimię stawiają sobie wysokie wymagania oraz duże znaczenie przypisują osiągnięciom szkolnym. Chorzy mają poczucie małej autonomii, trudności z niezależnym funkcjonowaniem oraz kontrolą wielu wymiarów swojego życia. Osoby chore na bulimię wykazują większą zależność od innych, wyrażającą się m.in. potrzebą opieki lub bycia kontrolowanym. U pacjentów z bulimią często (u około 1/3 osób) diagnozuje się osobowość borderline (typ pograniczny osobowości chwiejnej emocjonalnie). Osobowość borderline cechują pozory dobrego przystosowania społecznego, przewlekłe obniżenie nastroju lub skrywana wrogość, poczucie cierpienia, niestabilne związki interpersonalne – od intensywnej zależności połączonej z manipulowaniem [17]. U osób z bulimią występuje wiele zachowań impulsywnych, takich jak: próby samobójcze, samookaleczenia, nadużywanie leków, alkoholu, narkotyków, kradzieże. Są to zachowania charakterystyczne także dla osobowości borderline [17].

W powstawaniu bulimii, podobnie jak jadłowstrętu, duże znaczenie mają czynniki rodzinne. Sposób funkcjonowania rodziny różnicuje rodzinę anorektyczki i bulimiczki. W rodzinie, w której rozwinęła się anoreksja przeważa sztywność i zależność, w rodzinie bulimicznej natomiast chaos i wrogość [18]. Rodziny bulimiczne są targane konfliktami, skłócone, chaotyczne, nie dają swoim członkom oparcia, wiary ani pewności siebie. Nie uczą racjonalnego rozwiązywania konfliktów, gdyż przeważa w ich obrębie komunikacja nie wprost, często prowadzona w zupełnie innych stylach. W rodzinie tej występuje większa konfliktowość oraz obowiązują mniej bezpośrednie wzorce komunikowania się. Brak jest wsparcia, jakiego członkowie mogą oczekiwać od siebie, mniejsze jest przykładanie uwagi do autonomii jednostki i poczucia jej wartości. Rodzice są na ogół skłóceni, atmosfera w domu jest wypełniona stresem. Matki osób cierpiących na bulimię są agresywne i wykazują większą skłonność do depresji, ojcowie są nerwowi i impulsywni, nie mają kontaktu z otoczeniem [19].

Od dzieciństwa wiele potrzeb przyszłego bulimika nie znajduje zaspokojenia, szczególnie potrzeba miłości, wsparcia, zaufania i rozwoju. Wyrażane przez dziecko pragnienia i uczucia są często przyjmowane sarkastycznie i z ironią. W miejsce emocjonalnej intymności pojawiają się spory, będące obroną przed bliskością. W rodzinach takich

częściej niż w innych występuje alkoholizm. Bardzo istotną cechą łączącą wiele takich rodzin jest otyłość ich członków. Można stwierdzić, że bulimia może powstać ze strachu przed otyłością [19]. W rodzinach bulimicznych często dochodzi do separacji i rozwodów, więcej jest małżeństw, które są określone jako stabilne, ale nieprzynoszące satysfakcji. W dużym stopniu dzieci są obciążane odpowiedzialnością za rozwiązywanie trudności małżeńskich i przetrwanie rodziny [19].

Bulimia psychiczna, tak jak jadłowstręt psychiczny, rozwija się w wieku dojrzewania. W okresie tym młodzież koncentruje się na zagadnieniach masy ciała. Swoją wartość ocenia na podstawie wyglądu. W tym okresie młodzi ludzie dość często stosują diety odchudzające, uprawiają ćwiczenia fizyczne, zażywają leki zmniejszające apetyt. Takie postępowanie może przyczynić się do powstania bulimii psychicznej [8].

Uwarunkowania społeczno-kulturowe wiążą się z presją sukcesu i, podobnie jak w anoreksji, określonym stereotypem urody, któremu osoby chore nie są w stanie sprostać. Pragną mieć szczupłą sylwetkę bez konieczności stosowania rygorystycznej diety, ale stosując środki usuwające nadmiar jedzenia [16].

Poszukiwania czynników powodujących zaburzenia odżywiania dotyczą także aspektów biologicznych. Prowadzone doświadczenia dotyczące biologicznego podłoża zaburzeń odżywiania koncentrują się na roli czynników genetycznych i or-

ganicznych w wyjaśnieniu ich genezy. Badania nad genetyczną istotą zaburzeń jedzenia opierają się na założeniach, że zmienność międzyosobnicza, której skutkiem jest różnica w podatności na zachorowanie, jest częściowo uwarunkowana w sekwencji zasad nukleotydowych zawartych w DNA danej osoby. Zasadniczym etapem w ustaleniu genetycznego podłoża zaburzeń odżywiania jest określenie ich rodzinnego występowania. Przeprowadzone badania wykazały, że ryzyko wystąpienia jadłowstrętu i bulimii jest większe u krewnych osób z tymi zaburzeniami niż u osób z populacji ogólnej. W badaniach wykazano także, że zaburzenia odżywiania występują z większą częstotliwością u krewnych pierwszego stopnia, którzy mają około 50% wspólnych genów, niż u osób z dalszym pokrewieństwem [13].

Wyniki badań nad bliźniętami jednojajowymi i dwujajowymi wskazują, że czynniki genetyczne mogą mieć wpływ na występowanie zaburzeń odżywiania. Wśród bliźniąt jednojajowych anoreksja występuje jednocześnie u obu bliźniąt w około 50–80% przypadków, bulimia w około 35–50%. U bliźniąt dwujajowych zachorowanie na jadłowstręt psychiczny wynosi około 35%, a na bulimię psychiczną 30% [13].

Anoreksję, bulimię i ortoreksję łączy jedno – obsesja na punkcie jedzenia oraz to, iż wszystkie te zaburzenia prowadzą do wyniszczenia organizmu oraz psychiki.

Piśmiennictwo

- [1] Fallon S., Shearman E., Sershen H.: Food reward-induced neurotransmitter changes in cognitive brain regions. *Neurochem. Res.* 2007, 32, 1772–1782.
- [2] Nogueiras R., Wiedmer P., Perez-Tilve D., Veyrat-Durebex C., Keogh J.M., Sutton G.M.: The central melanocortin system directly controls peripheral lipid metabolism. *J. Clin. Invest.* 2007, doi:10.1172/JCI31743.
- [3] Rada P., Avena N.M., Hoebel B.G.: Daily bingeing on sugar repeatedly releases dopamine in the accumbens shell. *Neuroscience* 2005, 134, 737–744.
- [4] Rogers P.J., Smit H.J.: Food Craving and Food «Addiction»: A Critical Review of the Evidence From a Biopsychosocial Perspective. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2000, 66, 3–14.
- [5] Yanovski S.: Symposium: Sugar and Fat-From Genes to Culture. Sugar and Fat: Cravings and Aversions. *J. Nutrition* 2003, 133, 835S–837S.
- [6] Opozda K.: Opieka nad pacjentem z zaburzeniami odżywiania. [W:] *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Red.: Wilczek-Rużyczka E. Czelej, Lublin 2007, 95.
- [7] Józefik B.: Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, 32.
- [8] Kowalczyk M.: Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej. *Impuls*, Kraków 2008, 16.
- [9] Namysłowska I. (red.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. PZWL, Warszawa 2004, 251.
- [10] Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A.: *Jedzenie*. Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej „Gaudium”, Lublin 2005, 112.
- [11] Cierpiałkowska L. (red.): *Oblicza współczesnych uzależnień*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2007, 134–135.
- [12] Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojdzinska A.: *Zaburzenia odżywiania – poradnik dla rodziców i bliskich*. Scholar, Warszawa 2007, 18–19.
- [13] Wiatrowska A.: *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*. Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 2009, 22.
- [14] Cierpiałkowska L.: *Psychopatologia*. Scholar, Warszawa 2007, 434–435.

- [15] **Józefik B.:** Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 33.
- [16] **Rajewski A.:** Zaburzenia odżywiania dzieci i młodzieży. [W:] Zarys pediatrii. Red.: Pawlaczyk B. PZWL, Warszawa 2005, 127.
- [17] **Radziwiłłowicz W., Juniewicz M.:** Psychospołeczne funkcjonowanie dziewcząt z rozpoznaniem bulimii psychicznej, [W:] Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia. Red.: Radziwiłłowicz W. Impuls, Kraków 2006, 74–78.
- [18] **Brytek-Matera A.:** Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Centrum Doradztwa i Informacji Difin Sp. z o.o., Warszawa 2007, 66.
- [19] **Pilska M., Jeżewska M.:** Psychologia żywienia. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo SGGW, Warszawa 2008, 115.

Adres do korespondencji:

Edyta Kędra
ul. Sikorskiego 14/19
67-200 Głogów
tel.: 603 194 182
e-mail: edyta.kedra@wp.pl, e.kedra@wsmlegnica.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 5.01.2011 r.

Po recenzji: 26.01.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 4.05.2011 r.

Received: 5.01.2011

Revised: 26.01.2011

Accepted: 4.05.2011

