

Zaburzenia odżywiania

Raport Deloitte Access Economics (2020) szacuje, że 8,6% kobiet i 4,07% mężczyzn doświadcza zaburzeń odżywiania w ciągu swojego życia i co 52 minuty umiera na nie jedna osoba. Zaburzenia odżywiania mają drugą najwyższą śmiertelność wśród zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te dotyczą również dzieci i młodzieży - 22% osób niepełnoletnich wykazuje nieprawidłowe wzorce żywieniowe.

Spośród zaburzeń odżywiania klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych (ICD-10, ICD-11, DSM-5) wymieniają przede wszystkim anoreksję, bulimię i kompulsywne zaburzenia odżywiania.

W Polsce anoreksja dotyka około 1,5% populacji, w tym około 27 000 kobiet w wieku 12-21 lat. Jej rozpowszechnienie w grupie dziewcząt poniżej 18. roku życia wynosi od 0,8% do 1,8%, a w niektórych przypadkach – nawet 3,7%. Według Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2019) na bulimię cierpi około 3% populacji w Polsce. Jej rozpowszechnienie wśród dorosłych wynosi 1,3%, a wśród młodzieży – 2%. Rozpowszechnienie kompulsywnego objadania się w Polsce wynosi 2-5% społeczeństwa, wśród osób z nadwagą lub otyłością może wynosić nawet 30%, a wśród osób na diecie odchudzającej – 45%.

Oszacowanie faktycznej skali tego zjawiska jest trudne, ponieważ osoby z zaburzeniami odżywiania często nie uświadamiają sobie choroby i unikają leczenia. Jedynie 31% szuka profesjonalnego wsparcia. 43% pacjentów z zaburzeniami odżywiania choruje przed ukończeniem 16-20 lat, 33% przed ukończeniem 11-15 lat, a 10% przed ukończeniem 10 lat lub wcześniej. Czas utrzymywania się objawów bywa różny - u 16% pacjentów stan choroby utrzymuje się nawet 11-15 lat, 31% choruje od 6 do 10 lat, u 30% pacjentów choroba trwa "tylko" od roku do 5 lat. Tylko 50% osób cierpiących na zaburzenia odżywiania doświadcza wyleczenia. Wskaźniki śmiertelności wśród opisywanych chorych wahają się od 5 do 15 %. Prowadząca do skrajnego wyniszczenia organizmu odmowa jedzenia w anoreksji oraz biologiczne konsekwencje zachowań kompensacyjnych w bulimii są najczęstszymi przyczynami śmierci pacjentów. Z

obserwacji klinicznych wynika, że im dłużej trwa choroba, tym większe prawdopodobieństwo utraty życia.

Anoreksja

Według aktualnych klasyfikacji (ICD-10, ICD-11, DSM-5) objawy anoreksji, inaczej jadłowstrętu psychicznego, są następujące:

- jedzenie mniej niż organizm potrzebuje, prowadzące do wystąpienia zbyt małej masy ciała w stosunku do wieku, płci i stanu zdrowia, co najmniej 15% poniżej normy
- uporczywe zachowania mające na celu osiągnięcie lub utrzymanie niskiej masy ciała - poszczenie, wybieranie tylko niskokalorycznej żywności, chowanie lub potajemne wypluwanie jedzenia (udając przed innymi, że się zjadło), wywoływanie wymiotów, nadmierne ćwiczenia, stosowanie środków odchudzających, przeczyszczających, itd.
- silna obawa przed przytyciem i/lub utrzymujące się, narzucone samemu sobie próby schudnięcia, nawet w przypadku faktycznej niedowagi
- zaburzone postrzeganie swojej wagi i kształtów oraz opieranie na tym samooceny, ocenianie siebie jako osoby otyłej
- wyniszczające organizm zmiany hormonalne, metaboliczne i zaburzenia funkcjonowania, wynikłe z wygłodzenia

W przypadku dzieci objawy mogą mieć nieco inną postać, np. zamiast utraty wagi może wystąpić brak stosownego do wieku przybierania na wadze, którego nie da się wyjaśnić efektem innego schorzenia fizycznego lub psychicznego. Specjaliści wymieniają też nadmierną koncentrację na wadze i kształcie ciała (połączoną z pragnieniem bycia szczuplejszym), częste współwystępowanie depresji i niską samoocenę, przejawiająca się m.in. w częstych problemach w relacjach i tendencją do perfekcjonizmu.

Wspomniane wcześniej zmiany somatyczne w organizmie, spowodowane anoreksją, to m.in.:

- zwolnienie czynności serca,
- spadek ciśnienia tętniczego i temperatury ciała (na skutek zwolnienia procesów metabolicznych),
- wystąpienie obwodowych obrzęków,

- pojawienie się na ciele owłosienia pod postacią meszku (lanugo),
- wypadanie włosów na głowie,
- suchość skóry z tendencją do żółtego zabarwienia
- osłabienie siły mięśniowej z zanikami mięśni,
- bóle brzucha, stany zapalne żołądka i dwunastnicy
- podwyższone stężenie cholesterolu
- zanik miesiączki (który często jest pierwszym powodem zgłoszenia się do lekarza),
- odwapnienie kości, prowadzące do osteoporozy

Osoby cierpiące na anoreksję wyróżnia również specyficzne funkcjonowanie psychiczne. Często mają opinię osób poświęcających się dla innych, wytrwałych i sumiennych w pracy, ambitnych, z silną potrzebą sukcesu, tendencją do perfekcjonizmu i wręcz obsesyjnej samokontroli (nie tylko co do ilości spożywanego jedzenia). Charakterystyczne jest dla nich też silne dążenie do uzyskania akceptacji ze strony innych, co często prowadzi do trudności w kontaktach z rówieśnikami i w akceptowaniu siebie, zwłaszcza swojego wyglądu. Mówi się o "syndromie gotowości anorektycznej", czyli zbiorze cech i okoliczności budujących podatność na zaburzenia jedzenia w przyszłości. Jego podstawowe wskaźniki to podatność na wpływy reklamy, okazjonalne stosowanie diet i wzmaganie wysiłku fizycznego oraz potrzeba rywalizacji i perfekcjonizmu, przy jednoczesnym braku realistycznych, konstruktywnych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Bulimia

Bulimia, zwana też żarłocznością psychiczną, objawia się:

- niekontrolowanymi, nawracającymi epizodami przejadania się, w czasie których w krótkim czasie są spożywane duże ilości jedzenia (zdecydowanie większe, niż większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach)
- silnym pragnieniem lub poczuciem przymusu jedzenia, silnym zaabsorbowaniem nim oraz brakiem poczucia kontroli nad tym ile się zjada, kiedy przestać, itd.
- nawracającymi, nieodpowiednimi próbami przeciwdziałania tyciu (tzw. zachowania kompensacyjne), np. prowokowanie wymiotów, nadmierne ćwiczenia fizyczne, głodówki,

nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych, obniżających łaknienie, itd.

- samooceną opartą na kształcie i masie ciała, ocenianiu siebie jako osoby otyłej i silnym lęku przed przytyciem

Bulimia, podobnie jak anoreksja, przyczynia się do fizycznego wyniszczania organizmu. Konsekwencje somatyczne, jakie ponoszą chorujący na bulimię, to m.in.:

- zaburzenia równowagi elektrolitów, zwłaszcza hipokaliemia, która może prowadzić do zaburzeń pracy serca (arytmia, wstrząs kardiogeny, zawał mięśnia sercowego) oraz osłabienia siły mięśniowej
- niski poziom wolnych jonów wapnia (który prowadzi do zaburzenia krzepnięcia, osłabienia kości i zębów, zaburzenia przewodnictwa impulsów nerwowych, zwiększenia ryzyka osteoporozy) i chloru (efektem są zaburzenia gospodarki wodnej organizmu i procesu trawienia)
- u osób, które jako kompensację napadów objadania stosują wymioty występują znaczne uszkodzenia szkliwa zębów (przez ich częsty kontakt z kwasem żołądkowym), przewlekłe podrażnienie gardła, obrzęk ślinianek, rany na języku
- uszkodzenia przełyku i żołądka, krwawienia w obrębie przewodu pokarmowego, perforacja żołądka, rozciągnięcie żołądka, zaparcia (zależność metabolizmu od środków przeczyszczających), zapalenie trzustki, wrzody żołądka i dwunastnicy, przy gwałtownych wymiotach pęknięcie przełyku lub żołądka
- zwiększone szanse nowotworu krtani lub przełyku
- przy nadużywaniu środków przeczyszczających osłabienie ścian odbytnicy i wystąpienie hemoroidów

Pod względem funkcjonowania psychicznego i społecznego, osoby z bulimią nie różnią się zbytnio od osób chorych na anoreksję - często charakteryzują się ambicją, perfekcjonizmem, obowiązkowością i nasiloną potrzebą sukcesu. Dodatkowymi cechami, wyróżniającymi je, są chwiejność emocjonalna i impulsywność, również w innych dziedzinach niż jedzenie, np. w nadużywaniu szkodliwych substancji. U chorych na bulimię częsty jest także wysoki niepokój i skłonność do depresji. Osoby z bulimią zwykle uchodzą za zmienne i porywcze, inteligentne, ale słabo zmotywowane, zdystansowane wobec innych i mające trudności z rozumieniem i określeniu

siebie. Zdystansowanie utrudnia nawiązywanie relacji, a zmienność i niedostateczne panowanie nad emocjami - ich utrzymanie, a także podtrzymanie określonych opinii i poglądów.

Kompulsywne zaburzenia odżywiania

Zaburzenie jedzenia kompulsywnego (ang. *Binge Eating Disorder*) bywa też nazywane uzależnieniem od jedzenia. Jego objawy są następujące:

- nawracające, niekontrolowane epizody objadania się, mające przynajmniej trzy z poniższych cech:
 - jedzenie dużych ilości pokarmu (większych niż zjadłoby większość osób w podobnym czasie i okolicznościach) w szybkim tempie
 - poczucie braku kontroli nad jedzeniem podczas epizodu
 - zjadanie dużych ilości pożywienia, pomimo braku fizycznego poczucia głodu, często aż do nieprzyjemnego uczucia pełności,
 - jedzenie w samotności lub chowanie zapasów jedzenia (podyktowane zakłopotaniem z powodu ilości spożywanego pokarmu)
 - uczucie wstydu do siebie, przygnębienia lub winy po przejędzeniu się
- objadanie się powoduje wyraźne cierpienie
- epizody objadania występują średnio co najmniej dwa razy w tygodniu przez min. pół roku
- brak zachowań kompensacyjnych, mających zapobiec przytyciu (typowych dla bulimii) lub podejmowanie ich sporadycznie

Według U.S. Department Of Health Human Services (2001) jest to prawdopodobnie najczęściej występujące zaburzenie odżywiania. Zespół kompulsywnego objadania się stanowi czynnik ryzyka powstawania i utrzymania się otyłości. Osoby cierpiące na kompulsywne objadanie się zazwyczaj mają nadwagę lub są otyłe, jednak zdarzają się też chorzy z prawidłową masą ciała. Często doświadczają też silnych wahań wagi, tzw. efektu jo-jo. Objawom zwykle towarzyszą zachowania sprzyjające ich utrwaleniu, np. robienie dużych zapasów jedzenia, jedzenie przez cały dzień bez ustalonych pór posiłków, jedzenie w ukryciu. Objadanie się istotnie wpływa na jakość życia zmagających się z nim osób. Niektórym udaje się zachować pozory sprawnego funkcjonowania i nawet latami ukrywać objawy, jednak zdecydowana większość z nich deklaruje, że

choroba zmusza ich do wycofywania się z różnych życiowych aktywności, w tym z życia towarzyskiego.

Napady objadania się są poprzedzone (i mniej lub bardziej bezpośrednio spowodowane) odczuwaniem silnych negatywnych emocji, takich jak smutek, lęk czy frustracja. Epizody można uznać za pewną formę radzenia sobie z tymi uczuciami, narzędzie zmniejszania napięcia lub poprawy nastroju. Po przejędzeniu lub w trakcie epizodu osoba często odczuwa poczucie winy, wstyd, odrzę lub złość wobec siebie. Charakterystyczne dla osób kompulsywnie objadających się są trudności w nazywaniu i wyrażaniu swoich emocji i potrzeb, nierzadko połączone z nasiloną potrzebą kontroli, perfekcjonizmem, koncentracją na spełnianiu oczekiwań innych (i unikaniem konfliktów) oraz skłonnością do zmiennych nastrojów i rozdrażnienia. Kluczową rolę w funkcjonowaniu takich osób odgrywa negatywne ocenianie samego siebie, jako niewystarczającego, „przegranego”, słabego, bezwartościowego. Koncentrowanie się na jedzeniu i kwestiach związanych z wagą ma odwracać uwagę od niskiego poczucia własnej wartości i związanych z tym uczuć. Często jest porównywanie siebie do wygórowanych, perfekcyjnych standardów i myślenie o sobie na zasadzie „wszystko albo nic”, co tylko potęguje problemy z samooceną. Osoby kompulsywnie objadające się często zwracają uwagę, że zaburzenie wzmacnia w nich poczucie izolacji, osamotnienia i odmienności, a także buduje wstyd i skłonność do ukrywania objawów przed najbliższymi osobami. U wielu chorych impulsywność widoczna w gwałtownym objadaniu się, przenosi się też na inne obszary życia i wpływa np. na zachowania wobec innych, podejmowanie decyzji, spożywanie alkoholu i narkotyków, życie seksualne.

Zespół kompulsywnego jedzenia przyczynia się nie tylko do rozwoju otyłości i jej bezpośrednich konsekwencji, może również stać się niezależną przyczyną innych chorób fizycznych i psychicznych. Do somatycznych konsekwencji kompulsywnego objadania się należą m.in.:

- otyłość i jej konsekwencje (choroby układu krążenia typu nadciśnienie, choroba wieńcowa, udar, cukrzyca typu 2, choroby stawów, nowotwory, zaburzenia hormonalne, itd.)
- problemy kardiologiczne
- zmęczenie
- nieprawidłowy poziom cukru we krwi

- trudności z podjęciem fizycznej aktywności
- większe szanse uzależnień

Osoby otyłe, cierpiące na napadowe jedzenie, prezentują też wyższy poziom depresji, niepokoju, zachowań kompulsywnych, są bardziej narażone na przedwczesne zakończenie leczenia i powrót do utraconej wagi, w porównaniu z osobami otyłymi bez tego zaburzenia.

Co ciekawe, pacjenci z kompulsywnym objadaniem wydają się mieć lepsze rokowanie, niż przy innych zaburzeniach odżywiania. U 50-80% osób, które przeszły leczenie, objawy ustępują lub znacznie się zmniejszają.

Przyczyny

Przyczyny zachorowań na zaburzenia odżywiania są bardzo różnorodne i złożone. Za jednego z głównych „winowajców” uważa się nierealistyczne standardy i oczekiwania społeczne. Kultura popularna odgrywa ogromną rolę w socjalizacji - jest źródłem wielu norm i trendów, które młodzi ludzie przyswajają i do których starają się dopasować. W dobie internetu normy kulturowe do tego stopnia przenikają codzienne życie, że kształtują nawet codzienne nawyki, związane z higieną, pielęgnacją, dietą czy ćwiczeniami fizycznymi.

W związku z zakorzenionym w kulturze przekonaniem, że o wartości kobiety decyduje przede wszystkim jej uroda, głównie dziewczęta są narażone na rozwinięcie zaburzeń odżywiania. Nagminna styczność z treściami propagującymi toksyczne przekazy kulturowe (np. w mediach społecznościowych) sprzyja przypisywaniu swojemu wyglądowi nadmiernej wagi i skupianiu poczucia własnej wartości wokół niego. Gdy nastolatki, których ciała rozwijają się w różnym tempie (nierzadko nieproporcjonalnie), mają styczność z influencerkami lansującymi „zdrowy” styl życia (o którym często nie mają faktycznej wiedzy) i jednocześnie korzystającymi z zabiegów medycyny estetycznej, widzą przepaść między swoimi ciałami a tymi „idealnymi”, co sprzyja rozwojowi anoreksji.

W tych samych treściach, które propagują szczupłość, można równocześnie trafić na liczne reklamy restauracji, filmy typu mukbang, czy przepisy kulinarne. Jedzenie jest coraz łatwiej dostępne, szeroko reklamowane przez media i zajmuje bardzo ważne miejsce w życiu społecznym.

Ponadto, karmienie w naszej kulturze uchodzi za sposób wyrażania troski i miłości. W konsekwencji kobiety dostają jednocześnie dwa sprzeczne komunikaty: „jedz!” i „nie jedz!”, co z kolei sprzyja zachorowaniom na bulimię, będącą swego rodzaju kompromisem - „jem, ale nie tyję”.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że wraz z przemianami społecznymi dwudziestego wieku definicja ideału kobiecości poszerzyła się o nowe role społeczne (w tym zawodową) i zaczęła wymagać bezproblemowego łączenia ich ze sobą. Nierealistycznie wysokie i nieraz sprzeczne ze sobą wymagania (bycia naraz idealną matką, żoną, kochanką i odnoszącą sukcesy pracownicą) powodują ogromny stres i, zdaniem niektórych badaczy, zespół kompulsywnego objadania się może pełnić rolę strategii zmniejszania go i ucieczki od wymagań.

Również młodzi chłopcy nie pozostają wolni od wpływu określonych wzorców kulturowych. Diagnoza zaburzeń odżywiania u mężczyzn jest trudniejsza, ponieważ rzadziej uciekają się oni do tak restrykcyjnych metod kontroli wagi jak kobiety, a objadanie się rzadziej jest u nich źle widziane. Również stereotyp zaburzeń odżywiania jako typowo kobiecego problemu zniechęca ich do szukania wsparcia. Tak jak u kobiet główną formą kontroli wagi jest odchudzanie, tak u mężczyzn częściej jest to stosowanie ćwiczeń fizycznych. Chłopcy zwykle mają na celu nie tyle bycie szczupłym, co umięśnionym, osiągnąć większą sprawność fizyczną i zwiększyć możliwości uprawiania sportów. Często bywa chęć przytycia, aby zwiększyć masę ciała i rozmiar mięśni. Promowany w mediach ideał mężczyzny ma umięśnioną sylwetkę w kształcie litery V - szerokie barki i wąskie biodra. Oprócz kultury promującej określony typ atrakcyjności, czynnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania u mężczyzn są m.in. otyłość/nadwaga w dzieciństwie oraz uprawianie zawodu lub sportu wymagającego niskiej masy ciała i jej intensywnej kontroli. Co ciekawe, zaburzenia odżywiania u mężczyzn częściej są próbą radzenia sobie z rzeczywistą nadwagą, podczas gdy u kobiet przeważnie jest to walka z fałszywymi przekonaniem na temat swojego ciała.

Presja na idealny wygląd jest zwiększona w środowiskach, gdzie uroda i sylwetka są bezpośrednio powiązane z osiągnięciem sukcesu. Sportowcy mają być bardziej narażeni na rozwój zaburzeń odżywiania niż osoby nieaktywne fizycznie. Częstość występowania tych zaburzeń wśród sportowców wynosi do 45% u kobiet i do

19% u mężczyzn. Sporty szczególnie narażające na doświadczenie zaburzeń odżywiania to m.in. sporty z kategoriami wagowymi (boks, zapasy), wymagające szczupłej sylwetki (taniec, pływanie, gimnastyka, cheerleading, bieganie, kulturystyka) i takie, w których niska waga jest pomocna (skoki narciarskie, łyżwiarstwo figurowe, kajakarstwo, balet). Równie narażone na zachorowanie są osoby pracujące w zawodach, w których atrakcyjny wygląd jest konieczny do osiągnięcia sukcesu, np. modele, prezenterzy, aktorzy.

Problemom z jedzeniem, niezadowoleniu z ciała i jego zniekształconemu obrazowi nie bez powodu często towarzyszą depresja, niskie poczucie własnej wartości i upośledzony rozwój tożsamości. Osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania często mają za sobą traumatyczne doświadczenia, m.in. dorastanie w konfliktowych rodzinach, zaburzenia przywiązania, doświadczenie zaniedbania emocjonalnego i fizycznego oraz przemocy emocjonalnej, fizycznej i/lub seksualnej.

Specjaliści dostrzegają pewne powtarzające się wzorce postępowania w rodzinach, z których wyszły osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania:

- wymóg dostosowywania się do wymagań innych (rodziny, społeczeństwa), kosztem indywidualnych potrzeb poszczególnych członków rodziny
- wynikająca z powyższego nasilona wzajemna kontrola członków rodziny, ograniczona niezależność, brak prywatności, rodzice “wiedzą lepiej” czego potrzebuje dziecko, niż ono samo
- nasilona samokontrola członków rodziny, tłumienie w sobie emocji i odmawianie sobie przyjemności
- trudności w wyrażaniu uczuć i potrzeb, ich zaniedbywanie, unikanie podejmowania trudnych tematów
- wcześniejsze występowanie zaburzeń odżywiania w rodzinie, zwłaszcza wśród bliskich osoby chorej
- występowanie depresji i/lub alkoholizmu w rodzinie
- ciągnące się latami, nierozwiązane konflikty rodzinne (jawne lub ukryte)
- niejasne, pomieszane role w rodzinie (np. dzieci matkujące rodzicom)
- włączanie dziecka w konflikt rodziców, wymuszanie na nim opowiedzenia się po jednej ze stron
- zamknięcie rodziny na “świat zewnętrzny”, wszelkie problemy pozostają w rodzinie i są starannie

ukrywane przed osobami spoza niej, od członków rodziny wymaga się lojalności

Dzieci wychowywane w rodzinach z wymienionymi problemami są bardziej narażone na zachorowanie na zaburzenia odżywiania, teraz lub w przyszłości. Specyficzny sposób funkcjonowania rodziny sprzyja powstawaniu i utrzymywaniu się zaburzeń odżywiania - pojawienie się objawów odwraca uwagę od pierwotnych problemów rodziny i umożliwia jej utrzymanie dotychczasowego stylu życia.

Rodziny osób z anoreksją dodatkowo wyróżnia skłonność do stawiania wysokich wymagań członkom rodziny (w tym dzieciom) i statystycznie mniej rozwodów i rodzin “niepełnych” niż w ogólnej populacji, połączone z silnym dbaniem o zewnętrzne pozory i opinię. Wtórnie rozwinięte problemy osób wychowanych w takim środowisku, takie jak niezaspokojone potrzeby emocjonalne i niska samoocena, sprzyjają zbyt dosłownemu rozumieniu narzucanych przez kulturę i media wzorców, a ze względu na swe ambicje i sumienność, osoby te stosują się do nich bardzo skrupulatnie. Anoreksja bywa też następstwem silnego stresu - przemocy seksualnej, śmierci w rodzinie, problemów z przywiązaniem, poważnej choroby somatycznej.

W rodzinach osób z bulimią dla odmiany jest więcej rozwodów, konfliktów małżeńskich i burzliwych kłótni, a relacje rodziców są często ukształtowane według wzoru dominacji/poddania się. Często jest w nich również nadopiekuńczość, sprzeczne ze sobą normy i wartości, impulsywne wchodzenie w relacje. Rodzice osób z bulimią częściej są lub byli wcześniej otyli, od rodziców osób z anoreksją. Oprócz czynników typowo rodzinnych, bulimii sprzyja ogólne doświadczanie stresujących sytuacji, niezwiązanych z wyglądem, typu egzaminy, kryzysy w życiu prywatnym. Pojawiające się napięcie przed atakiem bulimicznym może być spowodowane samotnością, znudzeniem, przygnębieniem, poczuciem pustki. Kompulsywne zachowania mogą umożliwiać zmniejszenie przeżywanego lęku i stać się wyuczonym sposobem radzenia sobie ze stresem.

Rodziny osób kompulsywnie objadających się, oprócz wymienionych wcześniej cech wspólnych dla rodzin z problemem zaburzeń odżywiania, wyróżnia też wysoki

poziom konfliktów, uzależnień i wykorzystywania seksualnego..

Leczenie i rokowania

W Polsce leczeniem zaburzeń odżywiania zajmują się poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i dorosłych, ambulatoryjne ośrodki psychoterapeutyczne, oddziały szpitalne (psychiatryczne, internistyczne, gastroenterologiczne) oraz prywatne gabinety psychiatryczne i psychoterapeutyczne. Wskazane jest by leczenie było interdyscyplinarne, czyli zakładało współpracę różnych specjalistów - psychiatry, psychologa, dietetyka, internisty, pielęgniarki, lekarzy innych specjalności. Leczenie osób z zaburzeniami odżywiania powinno być kompleksowe i zróżnicowane, w zależności od indywidualnych cech pacjenta i, niekiedy, jego rodziny. Decydujące dla wyboru sposobu leczenia są motywacja i postrzeganie problemu przez samego pacjenta i przez jego bliskich.

Wybrane nurty psychoterapii mają różną skuteczność, w zależności od wieku i sytuacji pacjenta. Psychoterapię psychoanalityczną poleca się osobom dorosłym z zaburzeniami odżywiania, zwłaszcza gdy współwystępują u nich zaburzenia nastroju, lękowe i osobowości. Daje ona możliwość przepracowania różnych problemów rozwojowych, takich jak: kształtowanie tożsamości, obrazu ciała, samooceny, konfliktów związanych z seksualnością, agresją, regulacją emocji, konfliktów interpersonalnych, stylów radzenia sobie i rozwiązywania problemów. Również terapia poznawczo-behawioralna ma opinię skutecznej przy leczeniu zaburzeń odżywiania. Daje możliwość stosunkowo szybkiego zniesienia objawów i, tym samym, ulżenia pacjentowi. Pacjentom niepełnoletnim i ich bliskim zaleca się udział w terapii rodzin. Istnieje też możliwość uzupełnienia jej spotkaniami w grupach wielorodzinnych, w celu zniwelowania społecznej izolacji rodzin osób z zaburzeniami odżywiania i wymiany doświadczeń z innymi rodzinami z podobnym problemem.

Fizyczne oznaki zdrowienia (typu. powrót do normy wagowej) nie są wystarczającym wskazaniem do zakończenia psychoterapii. Osoba musi nauczyć się innych, bardziej adekwatnych sposobów radzenia sobie z własnymi problemami i ograniczeniami, niż dotychczasowe zachowania, napędzające zaburzenie. Gdy psychoterapia

zostaje przerwana lub przedwcześnie zakończona, mogą wystąpić nawroty choroby.

Oprócz opieki terapeutycznej osoby z zaburzeniami odżywiania potrzebują też czysto fizycznego leczenia, aby ustabilizować swój stan i zwiększyć szansę na pełny i trwały powrót do zdrowia. Pobyt w szpitalu umożliwia kontrolę otoczenia osoby chorej i przywrócenie jej fizycznego stanu do poziomu zapewniającego przetrwanie, np. poprzez odżywianie (zwłaszcza gdy nie jest to możliwe w naturalnym otoczeniu pacjenta, w razie potrzeby dożylnie), przeciwdziałanie odwodnieniu, zaburzeniom elektrolitowym, farmakoterapię wspomagającą, itd. Ważnym elementem leczenia jest rehabilitacja żywieniowa, umożliwiająca pacjentowi ukształtowanie zdrowych wzorców jedzenia. Psychoterapię rozpoczyna się w chwili przywrócenia wagi pacjenta do wystarczającego poziomu, by był zdolny do udziału w procesie wymagającym wysiłku emocjonalnego.

W ciężkich przypadkach, np. przy bardzo niskiej masie ciała, u osoby chorej może występować nieprawidłowa ocena sytuacji, co skutkuje odmową leczenia. Wtedy możliwe jest do wdrożenia leczenia przymusowe.

Bibliografia

Józefik, B. (2014). *Kultura, ciało, (nie)jedzenie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Józefik, B., & Ulasińska, R. (1999). *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania* (ss. 88–103). W B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna* (s. 88–103). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Radoszewska, J. (2011). *Psychoterapia osób z zaburzeniami odżywiania* (ss. 273–290). W L. Grzesiuk & H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Problemy pacjentów*. Warszawa: ENETEIA.

Józefik, B. (1999). Anoreksja psychiczna i bulimia psychiczna. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (1992). Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*.

Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2000). Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence. [Taylor & Francis].

McWilliams, N., & Lingardi, V. (2019). PDM-2. Podręcznik diagnozy psychodynamicznej [Przekład]. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. (2003). Psychologia zaburzeń (Tom 2). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brownell, K., & Fairburn, C. (2002). Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. *Nutrition Bulletin*, 27.

Piękne brzydactwo (Schier, K.). (2010). Piękne brzydactwo. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ogińska-Bulik, N. (2004). Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny, konsekwencje, sposoby zmiany. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Gleaves, D. H., & Eberenz, K. P. (1993). The psychopathology of anorexia nervosa: A factor analytic investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 141–152.

Józefik, B. (1999). Modele rodzinne a anoreksja psychiczna. Część I. Funkcjonowanie rodziny pochodzenia pacjenta. *Psychiatria Polska*, 33(6), 861–876.

Rutherford, L., & Couturier, J. (2007). A review of psychotherapeutic interventions for children and adolescents with eating disorders. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(4), 153–157.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2247455/> (PMCID: PMC2247455).

Walsh, B. T., & Garner, D. M. (1997). Diagnostic issues. W D. M. Garner & P. E. Garfinkel (red.), *Handbook of treatment in eating disorders* (s. ?–?). New York, NY: Guilford Press.

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association. Pobrane z http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=EatingDisorders3ePG_04-28-06

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2014). Guideline Watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3rd ed.). *Focus*, 12(4), 416–431. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.120404>
Deloitte Access Economics. (2020, June). *The social and economic cost of eating disorders in the United States of America: A report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*.

Pobrane z:

<https://www.hsph.harvard.edu/stripped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>

Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499–508. <https://doi.org/10.1080/17461391.2012.740504>

Flatt, R. E., Thornton, L. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Balantekin, K. N., Smolar, L., Mysko, C., Wilfley, D. E., Taylor, C. B., DeFreese, J. D., & Bardone-Cone, A. M., & Bulik, C. M. (2021). Comparing eating disorder characteristics and treatment in self-identified competitive athletes and non-athletes from the National Eating Disorders Association online screening tool. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 365–375. <https://doi.org/10.1002/eat.23415>

López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., et al. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(4), 363–372. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>

National Institute of Mental Health. (2001). *Eating disorders: Facts about eating disorders and the search for solutions* (NIH Publication No. 01-4901). Bethesda, MD:

National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. (n.d.). ANAD Home. Pobrane z <https://www.nationaleatingdisorders.org/>