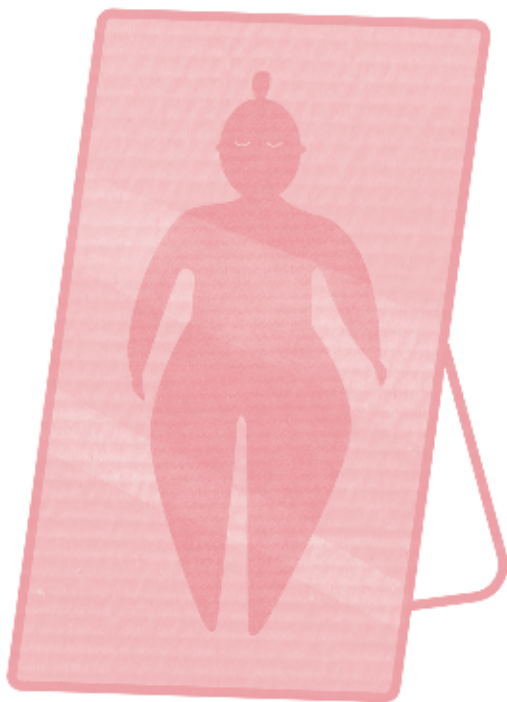


Porozmawiajmy o...



**Rozmowy
o zaburzeniach
odżywiania**

Porozmawiajmy o...



**Rozmowy
o zaburzeniach
odżywiania**

Wstęp	3
Część I – Najczęściej spotykane zaburzenia odżywiania	4
Anoreksja	6
Jak rozpoznać anoreksję?	8
Bulimia	12
Jak rozpoznać bulimię?	14
Kompulsywne objadanie się	18
Część II – Zaburzenia odżywiania a zdrowie	20
Szkody zdrowotne	22
Co powinno obudzić czujność rodziców?	24
Część III – Problemy emocjonalne	26
Problemy emocjonalne leżące u podłoża zaburzeń odżywiania	28
Niskie poczucie własnej wartości	30
Perfekcjonizm	32
Trudności w emocjonalnym oddzieleniu się od rodziców	34
Nieakceptowanie negatywnych emocji wobec bliskich	40
Nieakceptowanie swojej seksualności	42
Choroba jako czynnik pozwalający zachować równowagę w systemie rodzinnym	46
„Zalety” zaburzeń odżywiania	48
Zaburzenia psychiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania	50
Część IV – Jak można pomóc?	54
Co może zrobić rodzina?	56
Bibliografia	60
O Fundacji Dorastaj z Nami	62
O Centrum Weterana Działań Poza Granicami Państwa	63
O Fundacji PGZ	64

Szanowni Państwo,

przy okazji każdej kolejnej publikacji gorąco zachęcamy Państwa do zapoznania się z wszystkimi poradnikami z naszego cyklu *Porozmawiajmy o...* Poświęcamy je problemom poważnym, „z życia wziętym”, dbając o to, by z udzielonych rad czytelnicy wnosili jak najwięcej praktycznych korzyści. Warto podkreślić, że każdy poradnik jest owocem wcześniejszych warsztatów przeprowadzonych przez eksperta w ramach programu, który Fundacja Dorastaj z Nami realizuje wspólnie z Centrum Weterana Działań Poza Granicami Państwa oraz Fundacją Polskiej Grupy Zbrojeniowej.

- Oddajemy w Państwa ręce już 11. książeczkę cyklu. Bogusław Włodawiec, psycholog i psychoterapeuta, autor wielu istotnych opracowań, m.in. poświęconych terapii uzależnień, podejmuje w niej trudny temat zaburzeń odżywiania, temat wymagający nie tylko wiedzy i praktyki terapeuty, ale również wyjątkowej empatii w odniesieniu do osób cierpiących na tę przypadłość. Aby zrozumieć istotę tych zaburzeń, trzeba bowiem zacząć od spojrzenia na chorobę oczami tego, kto jej doświadcza. I pod tym kątem dopiero gromadzić i stosować zdobytą wiedzę, próbując pomóc sobie lub komuś bliskiemu.
- Jakie są objawy zaburzeń odżywiania? Jakie są typowe problemy emocjonalne leżące u ich podłoża? Co powinno obudzić czujność rodziców? Co może zrobić rodzina osoby chorej, by wspierać ją w zdrowieniu? Na te i wiele innych ważnych pytań znajdzie Państwo odpowiedzi w niniejszym kompendium. Zapraszamy do lektury.



Magdalena Pawlak

Prezes Zarządu Fundacji
Dorastaj z Nami



Ilona Kachniarz

Prezes Zarządu
Fundacji PGZ



ptk Szczepan Głuszcak

Dyrektor Centrum
Weterana Działań Poza
Granicami Państwa

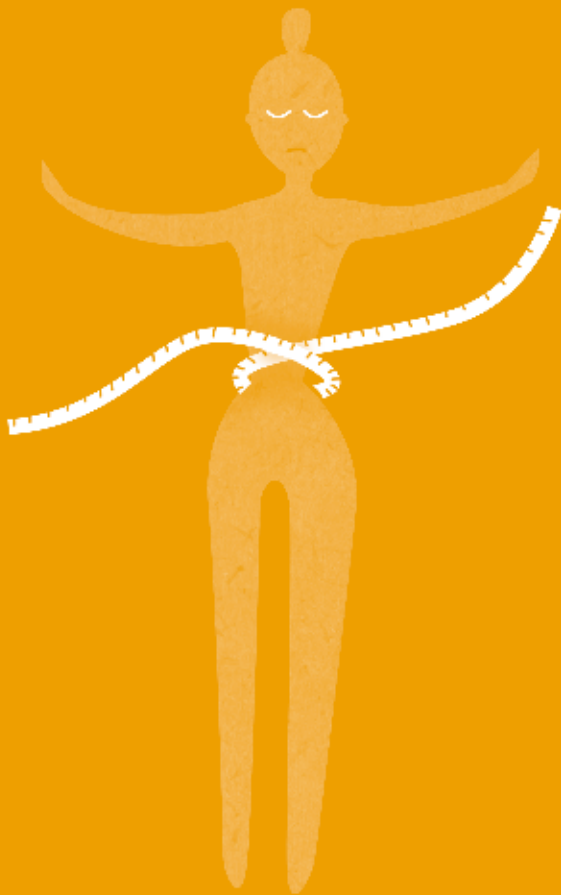
CZĘŚĆ I





**Najczęściej spotykane
zaburzenia odżywiania:
anoreksja, bulimia,
kompulsywne objadanie się**

Anoreksja



Anoreksja to zaburzenie, którego charakterystyczną cechą jest celowa utrata wagi wywołana i podtrzymywana przez osobę chorą.

Anoreksja to zaburzenie, którego charakterystyczną cechą jest celowa utrata wagi wywołana i podtrzymywana przez osobę chorą. Znaczny spadek wagi lub brak przyrostu wagi spowodowany jest odchudzaniem się. Spadek masy ciała wynosi co najmniej 15 procent poniżej wagi prawidłowej. Osoba cierpiąca na anoreksję może ważyć np. około 40 kg przy przeciętnym wzroście i nadal się odchudzać w przekonaniu, że jest otyła. Może okresowo odmawiać przyjmowania pokarmów, spożywać głównie owoce lub chude jogurty i płatki, przesadnie unikać kalorycznego pożywienia (np. wielokrotnie zmieniać wodę podczas gotowania chudego mięsa, odcedzać tłuszcz z zupy). Zaburzenie pojawia się najczęściej u dorastających dziewcząt i młodych kobiet*, choć zdarza się także u dzieci zbliżających się do okresu pokwitania i dojrzałych kobiet aż do okresu menopauzy. Bardzo rzadko chorują chłopcy przed okresem dojrzałości i młodzi mężczyźni. Niedożywieniu spowodowanemu przez anoreksję towarzyszą zaburzenia endokrynologiczne, metaboliczne i zaburzenia funkcji somatycznych.

Niekiedy można się spotkać z rozróżnianiem anoreksji na typ restrykcyjny (tzn. przebiegający bez prowokowania wymiotów) oraz bulimiczny (w którym dochodzi do prowokowania wymiotów, podobnie jak w przypadku bulimii).

* Ponieważ zaburzenia odżywiania dotyczą głównie kobiet i niezmiernie rzadko mężczyzn, w literaturze dotyczącej tego problemu, jak również w tym poradniku piszemy o kobietach i używamy form gramatycznych w rodzaju żeńskim.

Jak rozpoznać anoreksję?



Ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem prowadzą do narzucania sobie niskiego progu wagi ciała.

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) diagnozuje się, gdy występują wszystkie cztery objawy oznaczone literami od A do D, a w przypadku dzieci przed okresem pokwitania także objaw oznaczony literą E:

- A. Spadek wagi (lub, u dzieci, brak przybytku wagi) prowadzący do masy ciała co najmniej o 15 procent poniżej prawidłowej lub oczekiwanej w stosunku do wieku i wzrostu albo indeks wagi ciała wynoszący poniżej 17,5 kg/m²;
- B. Spadek wagi jest narzucony samemu sobie poprzez unikanie „tuczącego pożywienia”, a ponadto za pomocą jednej z następujących czynności: prowokowanie wymiotów, przeczyszczanie, wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, stosowanie leków tłumiących łaknienie lub środków moczopędnych;
- C. Ocenianie siebie jako osoby otyłej oraz zaburzający strach przed przytyciem prowadzą do narzucania sobie niskiego progu wagi ciała. Obawa przed otyłością występuje w formie natrętnej myśli, nadwartościowej – mającej nadmierny wpływ na decyzje i zachowanie osoby chorej;
- D. Zaburzenia hormonalne przejawiające się u kobiet zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i potencji (wyjątkiem jest krwawienie z dróg rodnych u kobiet stosujących substytucyjne leczenie hormonalne, najczęściej w postaci przyjmowania tabletek antykoncepcyjnych);
- E. Opóźnienie albo zahamowanie licznych zjawisk związanych z okresem pokwitania (wzrost ulega zatrzymaniu, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, u chłopców narządy płciowe pozostają w stanie dziecięcym). Objaw ten można zaobserwować, jeśli choroba pojawiła się przed okresem pokwitania. Po powrocie do zdrowia pokwitanie często przebiega normalnie*.

* ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Vesalius” i IPiN, Kraków – Warszawa, 1997.

Indeks wagi ciała (ang. **body mass index** – **BMI**) obliczamy, dzieląc wagę wyrażoną w kilogramach przez wzrost wyrażony w metrach i podniesiony do kwadratu. Prawidłowa waga powinna się mieścić w przedziale 19–25 kg/m².

$$\text{BMI} = \frac{\text{waga (w kg)}}{\text{wzrost (w m)}^2}$$

W przypadku dzieci przed okresem pokwitania lepszą metodą oceny prawidłowej wagi dziecka będzie jego wynik na siatce centylowej właściwej dla płci. Wynik poniżej trzeciego centyla powinien nas zaniepokoić.

Karolina waży ok. 47 kg przy 171 cm wzrostu (BMI = 16,1).

Dwa lata temu zaczęła się odchudzać, a od pół roku prowokuje wymioty. Kiedyś stosowała także środki przeczyszczające.

Nie miesiączkuje. Przestała się ważyć, odkąd zrozumiała, że jest chora i że powinna przytyć, ponieważ obawia się, że znowu zaczęłaby się odchudzać, gdyby waga potwierdziła jej przyrost wagi. Czuje niechęć i wstręt na samą myśl o fałdach tłuszczu na swoim ciele albo o wystającym brzuchu. Znacznie lepiej czuje się w swoim ciele, gdy jest wychudzona. Odżywia się wyłącznie „zdrowym” jedzeniem, takim jak płatki na chudym mleku, odtłuszczone jogurty, owoce i warzywa.

W tych przypadkach, w których nie stwierdza się jednego lub więcej podstawowych objawów anoreksji, takich jak brak miesiączek lub znaczny spadek masy ciała, można zdiagnozować jadłowstręt psychiczny atypowy. Rozpoznanie to jest najwłaściwsze również u tych osób, u których występują wszystkie podstawowe objawy anoreksji, ale o łagodnym nasileniu.

Karolina odżywia się wyłącznie „zdrowym” jedzeniem, takim jak płatki na chudym mleku, odtłuszczone jogurty, owoce i warzywa.

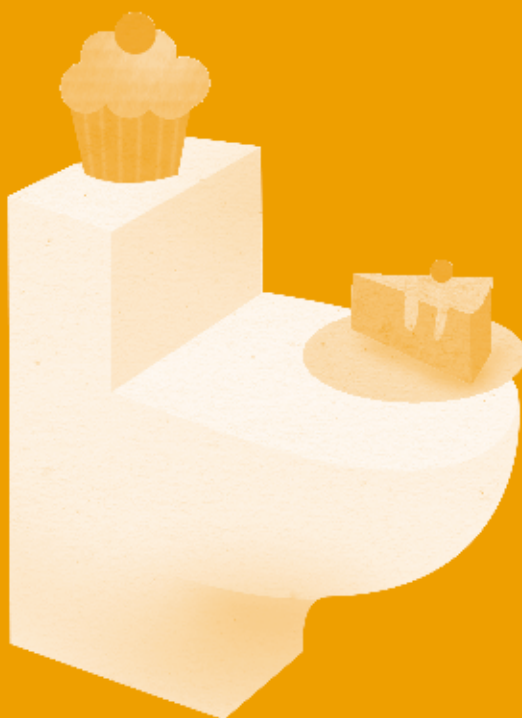


W anoreksji nie występują niektóre objawy charakterystyczne dla bulimii – nie ma nawracających epizodów przejadania się ani uporczywej koncentracji na jedzeniu wraz z silnym pragnieniem lub poczuciem przymusu jedzenia (wilczym głodem). Anorektyczka może natomiast wymiotować po jedzeniu, podobnie jak bulimiczka. Wymiotowanie lub jego brak nie jest bowiem objawem pozwalającym odróżnić bulimię od anoreksji.

Nie diagnozuje się anoreksji w przypadkach znacznego wychudzenia, przez co chora wygląda jak anorektyczka, jeśli wychudzenie to spowodowane jest chorobą somatyczną. Należy zatem wykluczyć somatyczne przyczyny utraty masy ciała, takie jak przewlekłe choroby wyniszczające, guzy mózgu, zaburzenia jelitowe (choroba Crohna lub zespół złego wchłaniania), utratę łaknienia spowodowaną np. zanikowym zapaleniem żołądka i psychogenną utratę łaknienia (np. związaną ze stresem)*.

* ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Vesalius” i IPiN, Kraków – Warszawa, 1997.

Bulimia



Bulimia objawia się nawracającymi epizodami przejadania się. Ważną cechą bulimii jest przeciwdziałanie przybieraniu na wadze. W tym celu po objadaniu się osoba chora może prowokować wymioty.

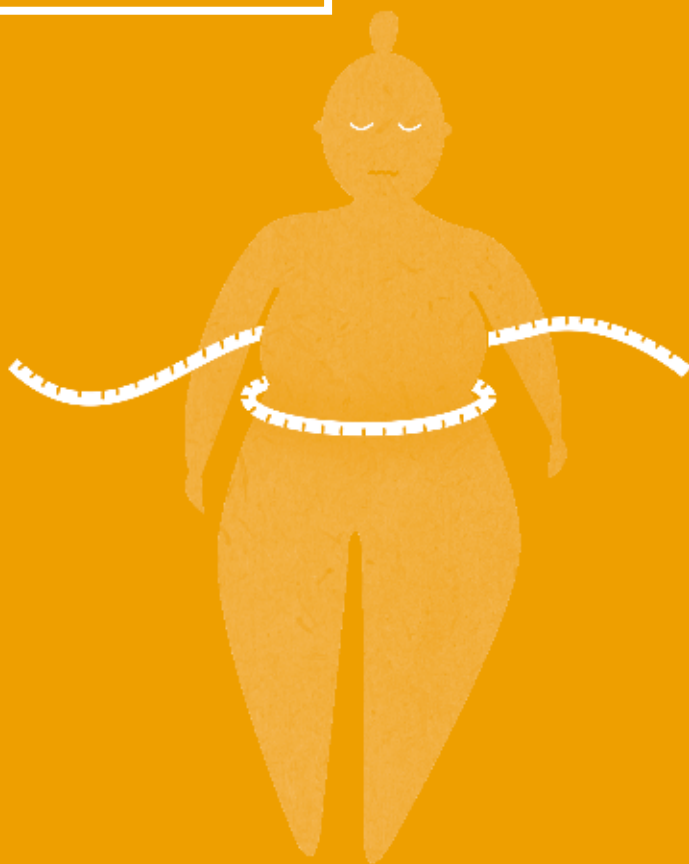
Bulimia objawia się nawracającymi epizodami przejadania się. Osoba chora często myśli o jedzeniu i odczuwa silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia. Osoba cierpiąca na bulimię może spożywać w pośpiechu ogromne ilości pokarmu, np. chipsy, słodczy, niekiedy nawet pokarmy niedogotowane lub nierozmrożone.

Drugą ważną cechą bulimii jest przeciwdziałanie przybieraniu na wadze. W tym celu po objadaniu się osoba chora może prowokować wymioty. W ten sposób może na przemian objadać się i wymiotować nawet kilka razy dziennie. Początkowo prowokuje wymioty, wkładając sobie palce do gardła, z czasem jednak jest w stanie wymiotować na życzenie. Z biegiem lat wymiotowanie staje się jak uzależnienie – trudno powstrzymać się przed wymiotowaniem po posiłku.

Część osób chorych na bulimię nie prowokuje wymiotów, lecz przeciwdziała tyciu, stosując okresowe głodówki, leki obniżające łaknienie i przeczyszczające lub uprawiając intensywne ćwiczenia fizyczne. W rezultacie bulimiczki zazwyczaj mają prawidłową wagę, zewnętrżnie niczym nie wyróżniając się wśród rówieśniczek.

Podobnie jak w anoreksji na bulimię chorują głównie kobiety, lecz pierwsze objawy tej choroby występują w nieco późniejszym wieku. Niekiedy anoreksja przechodzi w bulimię, tj. anorektyczka przybiera na wadze, pojawiają się u niej miesiączki, ale zaczyna się przejadać i wymiotować.

Jak rozpoznać bulimię?



Osoba chora często ma ochotę coś zjeść, niezależnie od tego, czy jest głodna, czy nie. Objada się głównie w weekendy, kiedy czuje się samotna lub wieczorami po powrocie z pracy.

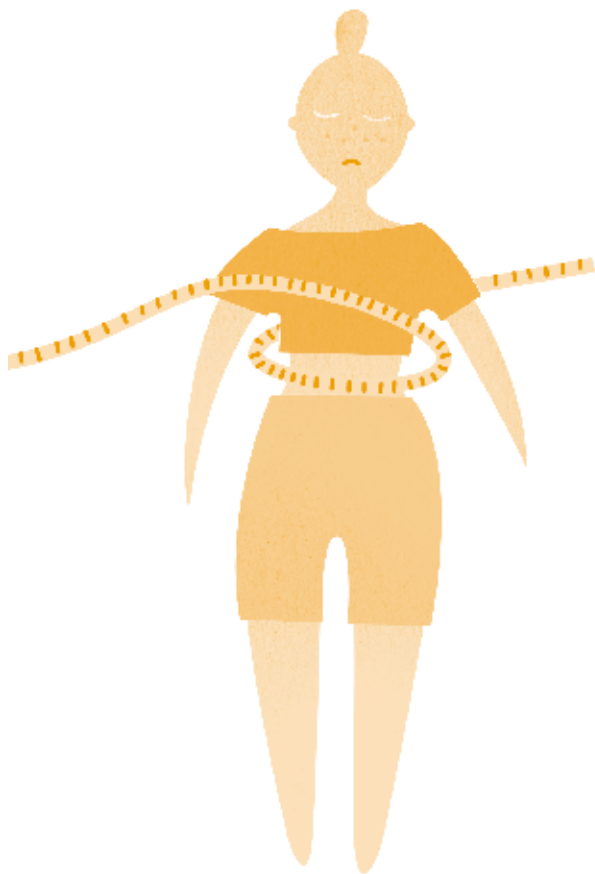
Bulimia (inaczej – żarłoczność psychiczna, *bulimia nervosa*) charakteryzuje się następującymi objawami:

- A. Stałe zaabsorbowanie jedzeniem i niepowstrzymane pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia;
- B. Nawracające epizody przejadania się polegające na pochłanianiu olbrzymich ilości jedzenia w krótkich odstępach (co najmniej 2 razy tygodniowo w ciągu trzech miesięcy);
- C. Przeciwdziałanie przybieraniu na wadze. Osoba chora stosuje w tym celu co najmniej jedną z następujących metod: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, okresowe głodówki, przyjmowanie leków tłumiących łaknienie [...] lub środków moczopędnych; chora ze współistniejącą cukrzycą może zaniechać przyjmowania insuliny;
- D. Chorobliwa obawa przed otyłością. Osoba chora określa nieprzekraczalne granice masy ciała, znacznie poniżej przedchorobowej lub optymalnej według lekarza. Często, choć nie zawsze, w przeszłości doświadczyła epizodu jadłowstrętu psychicznego. Okres dzielący te dwa zaburzenia wynosi od kilku miesięcy do wielu lat; poprzedzający epizod jadłowstrętu był pełnoobjawowy lub przebiegł w łagodny sposób, z umiarkowanym spadkiem masy ciała i/lub przejściowym zatrzymaniem miesiączek*.

Magda często ma ochotę coś zjeść, niezależnie od tego, czy jest głodna, czy nie. Objada się głównie w weekendy, kiedy czuje się samotna lub wieczorami po powrocie z pracy. Pochłania wtedy ogromne ilości jedzenia. Ma potem poczucie winy i przez kilka dni stara się nic nie jeść, by wyrównać nadmiar przyjętych kalorii. Unika spotkań towarzyskich i jedzenia w restauracji, gdyż obawia się, że zacznie się objadać przy innych ludziach. Wstydzi się także sprzedawczyń w cukierniach i ekspedientek w supermarketach, które mogłyby się domyślić, dlaczego tak często kupuje duże ilości jedzenia.

* ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Vesalius” i IPiN, Kraków – Warszawa, 1997.

Mimo że jest proporcjonalnie zbudowaną kobietą, a jej indeks wagi ciała mieści się w normie, Magda uważa, że jest zbyt gruba i potępia siebie z tego powodu.



Oprócz okresowych głodówek uprawia intensywne ćwiczenia fizyczne, by nie dopuścić do otyłości. Nie wymiotuje. Miesiąckuje regularnie. Mimo że jest proporcjonalnie zbudowaną kobietą, a jej indeks wagi ciała mieści się w normie, uważa, że jest zbyt gruba i potępia siebie z tego powodu.

W tych przypadkach, w których nie stwierdza się jednego lub więcej podstawowych objawów bulimii, ale w których poza tym obraz kliniczny jest typowy, diagnozowana jest żarłoczność psychiczna atypowa. Najczęściej dotyczy to osób z prawidłową lub nawet nadmierną masą ciała, ale z typowymi epizodami przejadania się, poprzedzającymi wymioty lub przeczyszczanie. Nierzadko zdarza się, że brak jest wszystkich objawów bulimii, występują natomiast objawy depresji.



Kompulsywne objadanie się



Osoba objadająca się kompulsywnie potrafi w krótkim czasie np. zjeść kilka tabliczek czekolady lub kilkadziesiąt ciastek. W rezultacie może doprowadzić się do znacznej otyłości.

Podobnie do bulimii objawia się kompulsywne objadanie się (inaczej – przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi), lecz osoba cierpiąca na to zaburzenie nie przeciwdziała jego efektom. W trakcie napadu niekontrolowanego objadania się konsumowane są zazwyczaj produkty wysokokaloryczne. Osoba objadająca się kompulsywnie potrafi w krótkim czasie np. zjeść kilka tabliczek czekolady lub kilkadziesiąt ciastek. W rezultacie może się doprowadzić do znacznej otyłości.

Dla wielu chorych objadanie się staje się formą regulowania uczuć – reakcją na sytuacje stresowe lub inne wydarzenia powodujące napięcie emocjonalne. Jednakże część chorych objada się nie tylko wtedy, gdy zdarzy się coś przykrego, ale także gdy się nudzi.

Do zaburzeń odżywiania nie zalicza się otyłości, która jest niepożądanym skutkiem chorób somatycznych lub rezultatem przyjmowania niektórych leków, np. długotrwałego przyjmowania neuroleptyków*.

* Tamże

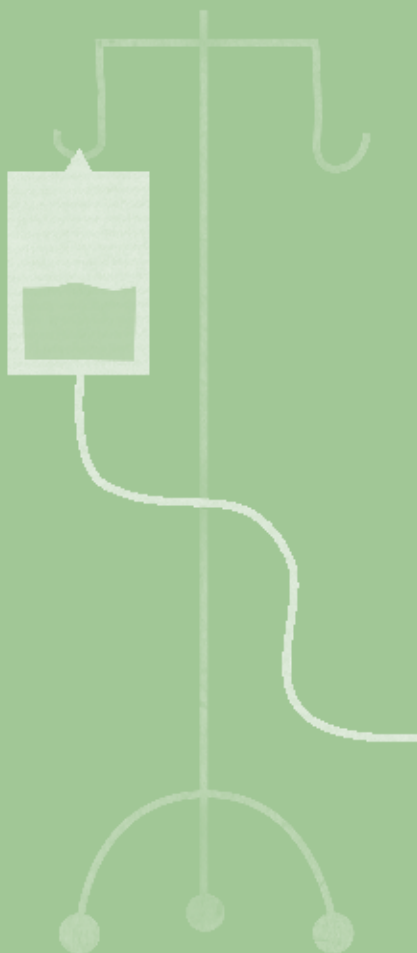
CZĘŚĆ II





**Zaburzenia odżywiania
a zdrowie**

Szkody zdrowotne



W niektórych wypadkach
wyniszczenie organizmu
może prowadzić do śmierci.

Zaburzenia odżywiania mogą być powodem licznych szkód zdrowotnych. Głodzenie się powoduje zaburzenia endokryologiczne przejawiające się zanikiem miesiączkowania i utratą zainteresowań seksualnych. Obniża się poziom cukru we krwi, spada tętno, ciśnienie i temperatura ciała. Mogą się pojawić obrzęki głodowe na kończynach dolnych, wybroczyny oraz bóle brzucha, biegunki lub zatwardzenia*. Niekiedy występują zaburzenia pracy nerek, rzeszotowacenie kości i zaburzenia równowagi elektrolitowej. W niektórych wypadkach wyniszczenie organizmu może prowadzić do śmierci.

Leczenie anoreksji wymaga niekiedy hospitalizacji w celu ratowania życia zagrożonego wskutek wyniszczenia organizmu długotrwałą głodówką. Wówczas celem oddziaływań medycznych jest przywrócenie równowagi elektrolitowej oraz podniesienie wagi ciała do poziomu odsuwającego zagrożenie życia chorej. W dalszej kolejności należy stosować psychoterapię.

W przypadku bulimii częste wymiotowanie może powodować schorzenia dziąseł i ubytki zębów, odwodnienie, zaburzenia równowagi elektrolitowej, zaburzenia pracy serca, uszkodzenie nerek, odwrócenie perystaltyki jelit, tężyzkę, napady padaczkowe, osłabienie mięśni lub znaczny spadek masy ciała. W skrajnych przypadkach prowadzi do arytmii pracy serca mogącej spowodować śmierć. Z kolei otyłość może być niebezpieczna dla zdrowia ze względu na większe ryzyko choroby wieńcowej, wylewu i ataku serca**.

* Komender J., *Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy*. „Nowa Medycyna”, 17. 5–11, 1996.

** Abraham S., Llewelyn-Jones D., *Bulimia i anoreksja*, Prószyński i S-ka, Warszawa, 1999.

Co powinno obudzić czujność rodziców?



Zamknięcie się w sobie oraz izolowanie się niejednokrotnie towarzyszą zaburzeniom odżywiania, stąd powinny zainteresować rodziców.

Zachowania wymienione poniżej niejednokrotnie towarzyszą zaburzeniom odżywiania, dlatego powinny zainteresować rodziców:

- › zamknięcie się w sobie, izolowanie się;
 - › unikanie jedzenia w towarzystwie rodziny i innych osób (wstyd z powodu jedzenia);
 - › zamykanie się w łazience po posiłku, wymiotowanie;
 - › noszenie zbyt luźnych ubrań (by ukryć wychudzenie);
 - › wychudzenie lub otyłość;
 - › nadmierne interesowanie się „zdrowym odżywianiem”;
 - › używanie środków tłumiących łaknienie lub przeczyszczających.
-

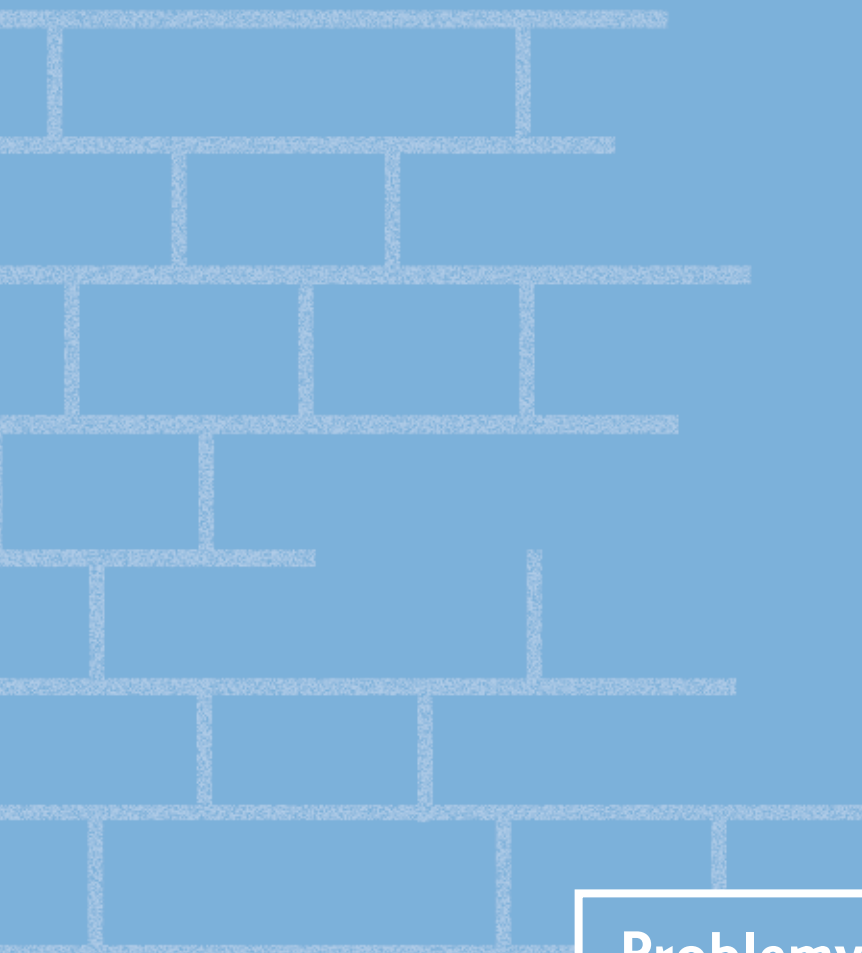
CZĘŚĆ III



KEEP OUT!

Nie wchodzić!





**Problemy
emocjonalne**

Problemy emocjonalne leżące u podłoża zaburzeń odżywiania



Nierozwiązane problemy emocjonalne wyrażają się u części osób właśnie poprzez zaburzenia odżywiania, a nie w inny sposób.

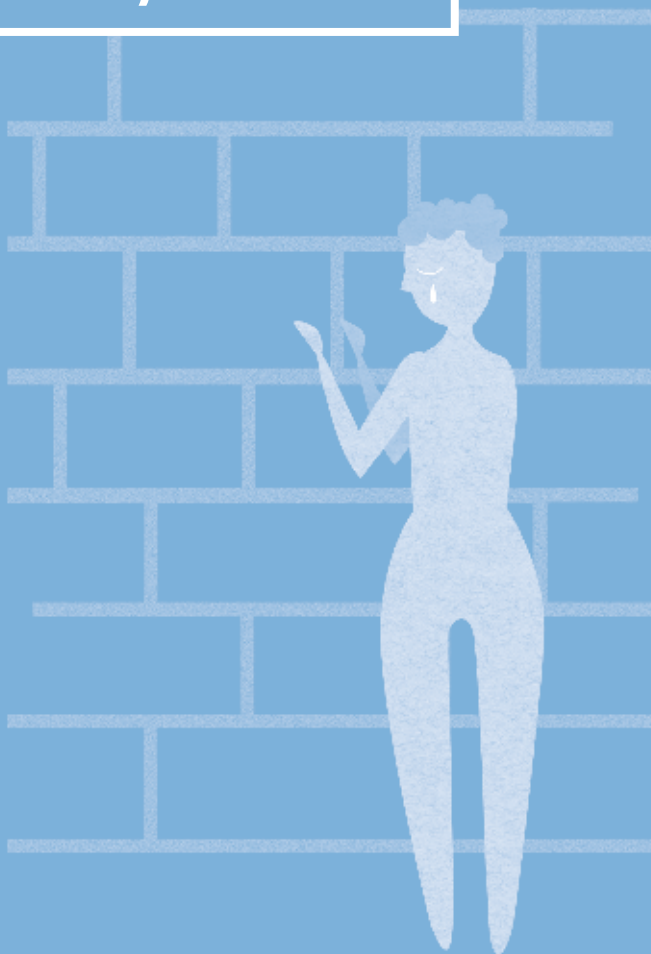
Osoby z zaburzeniami odżywiania niejednokrotnie są skupione wyłącznie na swoich problemach z jedzeniem, na dążeniu do uzyskania idealnej wagi i figury. Często nie są świadome swoich problemów emocjonalnych. Stąd rodzina również może ulegać złudzeniu, że wszystkie problemy anorektyczki rozwiążą się, jeśli tylko ona przybierze na wadze.

Problemy emocjonalne, charakterystyczne dla osób z zaburzeniami odżywiania, nie występują jednak wyłącznie w tej grupie, lecz możemy je znaleźć także u osób cierpiących na inne zaburzenia. W odróżnieniu od innych działów medycyny w psychiatrii mamy bowiem do czynienia z dwoma zjawiskami:

- › **ekwipotencjalnością** – te same przyczyny (np. wychowanie w rodzinie dysfunkcyjnej) może u różnych osób wywołać różne skutki. Jedna osoba będzie mieć nerwicę, inna depresję, kolejna zaburzenia odżywiania, jeszcze inna zaburzenia osobowości, a ostatnia wyjdzie z tej trudnej sytuacji bez istotnych zaburzeń;
- › **ekwifinalnością** – takie same objawy mogą u różnych osób być spowodowane różnymi przyczynami. Np. u podłoża zaburzeń odżywiania u jednej osoby będzie leżeć niskie poczucie własnej wartości i perfekcjonizm, u innej – trudności w emocjonalnym oddzieleniu się od rodziców, u jeszcze innej – obawa przed własną seksualnością.

Kultura, w której żyjemy, podkreślająca znaczenie szczupłej sylwetki, wyretuszowane zdjęcia modelek i aktorek, wynalazek lustra i wagi, a także naturalne dla kobiet wyczulenie na punkcie własnego wyglądu – to wszystko może się przyczyniać do tego, że nierozwiązane problemy emocjonalne wyrażają się u części osób właśnie poprzez zaburzenia odżywiania, a nie w inny sposób.

Niskie poczucie własnej wartości



Źródłem niskiego poczucia własnej wartości mogą być wygórowane oczekiwania stawiane przez otoczenie lub samej sobie przez chorą.

Niemal zawsze zaburzeniom odżywiania towarzyszy niskie poczucie własnej wartości. Źródłem tego stanu może być:

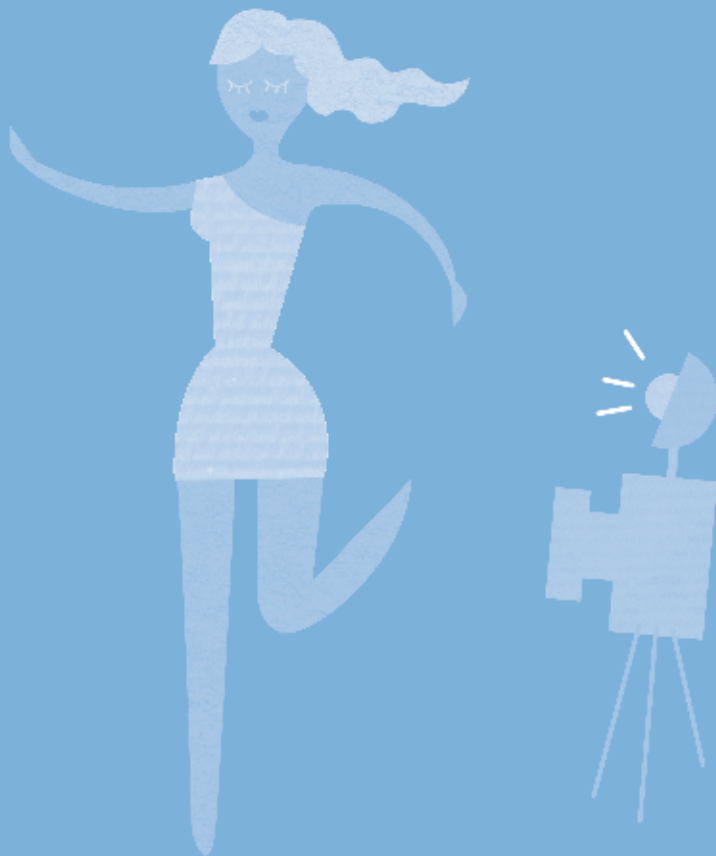
- › odrzucenie przez jednego lub oboje rodziców;
- › odrzucenie przez rówieśników;
- › wygórowane oczekiwania stawiane przez otoczenie lub samej sobie przez osobę chorą;
- › niewybaczanie sobie samej własnych błędów (potępianie siebie za nie);
- › nieakceptowanie swoich uczuć (zazwyczaj złości lub impulsów seksualnych).

Ojciec Eweliny był uzależniony od alkoholu. Matka powtarzała dziewczynie, że ojciec ją bardzo kocha, jednakże jego zachowanie przeczyło słowom matki. Ponieważ jednym z objawów uzależnienia jest koncentracja życia wokół picia, to sprawiło, że alkohol stał się dla niego ważniejszy niż rodzina i relacja z córką. Ewelina nie mogła tego zrozumieć – dlaczego ojciec pije i dlaczego się od niej odsunął. Przyczyny zachowania ojca szukała w sobie i obwiniła się za to. Uważała, że gdyby była lepszą córką, to ojciec by nie pił i byłby zainteresowany relacją z nią.

Matka Kamili stawiała córce wysokie wymagania i potępiała ją za wszelkie niepowodzenia w szkole. Motywowała ją do nauki poprzez obniżanie jej poczucia własnej wartości. Powtarzała córce, że jest tłukiem i leniem. Kamila skończyła szkołę średnią, jednakże bała się egzaminów na studiach. Uważała się za osobę bezwartościową. Każdy sukces uznawała za szczęśliwy traf, a każde niepowodzenie – za dowód, że egzaminator poznał się na niej, a matka miała rację w swojej negatywnej ocenie jej osoby.

•

Perfekcjonizm



U osób z zaburzeniami odżywiania przejawia się on przede wszystkim w dążeniu do osiągnięcia idealnej wagi i figury. Osoba chora może być modelką, a jednocześnie wciąż widzieć w swoim ciele liczne defekty.

Destrukcyjnym sposobem radzenia sobie z niskim poczuciem własnej wartości bywa perfekcjonizm – dążenie do osiągnięcia ideału w różnych dziedzinach życia w nadziei, że to podniesie poczucie własnej wartości. Sukces ma być dowodem dla siebie i otoczenia, że osoba z niskim poczuciem wartości jest jednak coś warta.

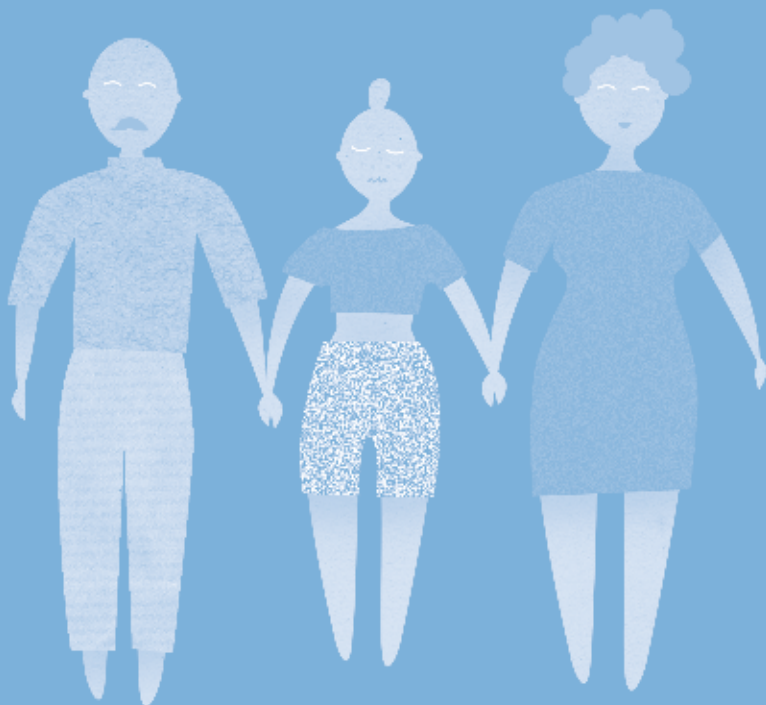
Dążenie do perfekcji u różnych ludzi może się przejawiać odmiennie: nadmiernym zaangażowaniem się w pracę, sport lub sprzątanie mieszkania. U osób z zaburzeniami odżywiania przejawia się przede wszystkim w dążeniu do osiągnięcia idealnej wagi i figury.

Karolina była jedynaczką. Rodzice ją kochali, lecz dużo pracowali, czuła się więc samotna. Miała też wrażenie, że została odrzucona przez rówieśników, gdyż jako jedyna w klasie mieszkała w domu jednorodzinnym, a nie w bloku jak inni. Pomimo sukcesów w nauce brakowało jej pewności siebie, zwłaszcza w relacjach z rówieśnikami. Miała nadzieję, że zyska pewność siebie, gdy będzie miała idealną figurę. Chciała się pozbyć wszelkich fałd tłuszczu, zwłaszcza z policzków. Schudła do 38 kg (przy wysokim wzroście), co doprowadziło do wyniszczenia organizmu, nadal jednak na swoich policzkach widziała nieznaczne fałdy tłuszczu.

Patrycja uważała się za „życiowego przegrywa”. Źle oceniała swój charakter, a swoje życie uważała za pasmo niewybaczalnych błędów i porażek. Ostatnie nadzieje wiązała jeszcze ze swoją wagą i figurą. Liczyła na to, że uda się jej wyrzeźbić ciało tak, by było idealne. Niestety, w tej dziedzinie także nie udało się jej osiągnąć sukcesu, który mógłby ją zadowolić. Choć była modelką, ciągle widziała w swoim ciele liczne defekty. W jej przekonaniu nie pozwalały one na to, by mogła się poczuć zadowolona z siebie.

•

Trudności w emocjonalnym oddzieleniu się od rodziców



Emocjonalne oddalanie się dorastającego dziecka od rodziców jest trudnym procesem, obie strony bowiem przeżywają wówczas wobec siebie ambiwalentne emocje.

Emocjonalne oddalanie się dorastającego dziecka od rodziców jest trudnym procesem, obie strony bowiem przeżywają wówczas wobec siebie ambiwalentne emocje. Nastolatki stają się opryskliwe, domagając się większej autonomii, chwilami jednak nadal potrzebują poczucia bezpieczeństwa wiążącego się z rolą dziecka. Najbezpieczniej dla nastolatki jest, gdy rodzice pozwalają jej na stopniowe wchodzenie w rolę osoby dorosłej, jednocześnie akceptując czasowe powracanie do roli dziecka i udzielając emocjonalnego wsparcia wtedy, gdy np. wskutek jakichś niepowodzeń w relacjach z rówieśnikami dziecko będzie go potrzebować.

Oddalanie się od matki przebiega łatwiej, gdy dziecko wychowuje się w pełnej rodzinie, pozostając w bliskim związku emocjonalnym zarówno z matką, jak i ojcem. Przejściowe zakłócenia w relacji z jednym z rodziców może kompensować sobie dobrymi relacjami z drugim z nich. Np. jeśli matka źle znosi emocjonalne oddalanie się córki i karze ją za to odrzuceniem lub wywoływaniem poczucia winy, córka może zrekompensować sobie problemy w relacji z matką, zbliżając się w tym czasie do ojca. Bliski kontakt z ojcem pozwala dorastającej dziewczynie nie tylko oddalić się od matki, ale także zdobyć pozytywne doświadczenia ułatwiające później nawiązywanie satysfakcjonujących kontaktów z chłopakami. Dziewczyna doceniana przez ojca ma wyższe poczucie własnej wartości, co wpływa na jej relacje z chłopakami – zwraca uwagę na tych chłopaków, którzy także ją doceniają, nie pozwala natomiast się źle traktować ani wykorzystywać. Jeśli jakiś chłopak jest wobec niej nadmiernie krytyczny lub odrzucający, nie zastanawia się „CO ZE MNĄ JEST NIE TAK?“, lecz „CO Z NIM JEST NIE TAK?“.

Podobną funkcję spełniają w tym procesie także dobre relacje dziecka z rówieśnikami. Poczucie przynależności do grupy rówieśniczej ułatwia nastolatkom oddzielenie się od rodziców. Z kolei udane małżeństwo rodziców rekompensuje im emocjonalne oddalanie się dziecka, dla którego z czasem rówieśnik przeciwnej płci staje się ważniejszy od rodziców.

Emocjonalne oddzielanie się od rodziców nie musi oznaczać wyprowadzenia się z domu, oznacza raczej zmniejszenie zależności emocjonalnej od nich. Nastolatki, które w trakcie szczęśliwego dzieciństwa nasyciły się ciepłem i bliskością rodziców, stają się gotowe eksperymentować z oddalaniem się od nich.

Rodzice różnie reagują na oddalanie się dzieci. Proces ten bywa szczególnie bolesny dla matek, które, inaczej niż ojcowie, mają doświadczenie szczególnej bliskości z dzieckiem – najpierw rozwijania się dziecka we własnym ciele, następnie symbiotycznej więzi emocjonalnej z niemowlęciem podczas karmienia piersią. Bliska, emocjonalna więź matki z dzieckiem jest niezbędną dla jego prawidłowego rozwoju. W wieku nastoletnim owa więź staje się jednakże dla obu stron źródłem nie tylko pozytywnych uczuć, lecz także frustracji. Dla matki przygnębiającym doświadczeniem może stać się posiadanie swoich tajemnic przez dziecko lub stale rozszerzającego się z biegiem lat zakres własnych spraw i własnego życia, do którego matka nie jest dopuszczana. Po uniezależnieniu i wyprowadzeniu się dzieci z domu matki często przeżywają negatywne emocje (np. smutek i samotnienie) określane jako syndrom pustego gniazda.

Bliska relacja z mężem może ułatwić matce pogodzenie się z oddalaniem się córki, z czasem zaś problem określenia na nowo celu jej dalszej życiowej aktywności rozwiązują narodziny wnuków. Brak bliskiej relacji z mężem, jego nieobecność (emocjonalna lub faktyczna) sprzyja nadmiernemu zaangażowaniu matki w relację z córką.

Monika, mając 24 lata, nadal była blisko związana z matką. Ta nie liczyła się ze zdaniem córki. Miała zwyczaj wchodzić do jej pokoju bez pukania, decydować za nią, co jest dla niej ważne. Przytulała córkę bez względu na to, czy ta miała na to ochotę, czy nie. Chciała jej pomagać i być razem z nią. Nie rozmawiała z nią jednak o jej problemach, bagatelizowała je lub nie słuchała uważnie. Nalegała, by córka nie okazywała złego nastroju.

Ojciec Moniki był alkoholikiem. Dziewczyna była świadkiem awantur i przemocy stosowanej przez niego pod wpływem alkoholu. Monika nienawidziła go wtedy i chciała, by rodzice się rozwiedli.

Matka dziewczyny również nienawidziła swojego męża. Twierdziła, że mężczyźni to dranie, którzy niszczą małżeństwo przez alkohol i unieszczęśliwiają kobiety. Potrzebni są w małżeństwie tylko po to, żeby mieć dzieci. Zarzucała mężowi, że zmusza ją do bycia kurą domową, ogranicza ją i nie pozwala jej realizować marzeń.



Po uniezależnieniu i wyprowadzeniu się dzieci z domu matki często przeżywają negatywne emocje (np. smutek i osamotnienie) określane jako syndrom pustego gniazda.

Monika uważała, że tylko jej matka może ją naprawdę kochać, i nie wyobrażała sobie, że mogłaby być z chłopakiem, którego nie zaakceptowałaby jej matka. Potrzebowałaby zgody matki, nawet gdyby był to wymarzony książę z bajki.



Chłopcy Moniki nie podobali się jej matce. Niekiedy z tego powodu robiła córce awantury. Żaden nie był godny córki, w każdym doszukiwała się czegoś złego. Monika uważała, że tylko jej matka może ją naprawdę kochać, i nie wyobrażała sobie, że mogłaby być z chłopakiem, którego nie zaakceptowałaby jej matka. Potrzebowałaby zgody matki, nawet gdyby był to wymarzony książę z bajki.

Monika miała bulimię od końca szkoły średniej. Objadała się i wymiotowała głównie wtedy, gdy przebywała w domu. Objawy nasilały się zawsze na wiosnę.

Stosunkowo łatwiej przebiega emocjonalne oddalanie się od ojca. Jakkolwiek tu też mogą się pojawić problemy w przypadku tych osób, które są związane z ojcem bardziej niż z matką. Młode kobiety mogą być związane z ojcem nie tyle poprzez bliskość emocjonalną (tak jak to bywa w relacjach z matką), ile raczej poprzez przejęty od ojca system wartości, poglądy na świat, jego wizję roli córki i jej miejsca w świecie. Córka może bać się zakwestionować tę wizję z obawy przed odrzuceniem.

Ojciec Ewy był cenionym wykładowcą na politechnice. Chciał, by córka poszła w jego ślady, ukończyła politechnikę, a następnie zrobiła doktorat na tym samym wydziale. Córka podjęła studia zgodnie z życzeniem ojca, choć wybrany kierunek zupełnie jej nie interesował. Nie wyobrażała też sobie, by mogła pracować w tej dziedzinie. Ewie zależało na akceptacji ojca. Nie chciała go zawieść. Mimo że uzyskiwała pozytywne oceny na studiach, miała świadomość, że ojciec i tak jest nią rozczarowany. Uważał bowiem, że córka nie nadaje się do tego, by zrobić doktorat na tej uczelni. Gdy terapeuta spytał Ewę, jaką pracę chciałaby się zajmować, odpowiedziała, że układaniem kwiatów w kwiaciarni.

Nastoletni bunt w większości wypadków nie oznacza całkowitego odrzucenia norm i wartości wpojonych przez rodziców, lecz tylko pewnej części z nich. Bunt jest potrzebny, by zdemontować swoją autonomię i określić swoją tożsamość, odrębną od tożsamości rodziców. Dla części osób chorych wyraża się on w destrukcyjny sposób – jedzenie lub niejedzenie staje się jedyną dziedziną, w której chora zdobywa autonomię. Ilekroć rodzice próbują zyskać jakąś kontrolę nad jedzeniem anorektyczki, tylekroć przekonują się, że są w tej sprawie całkowicie bezradni.

Nieakceptowanie negatywnych emocji wobec bliskich



Niekiedy tłumioną złość kierują na siebie, co wyraża się poprzez zachowania autoagresywne.

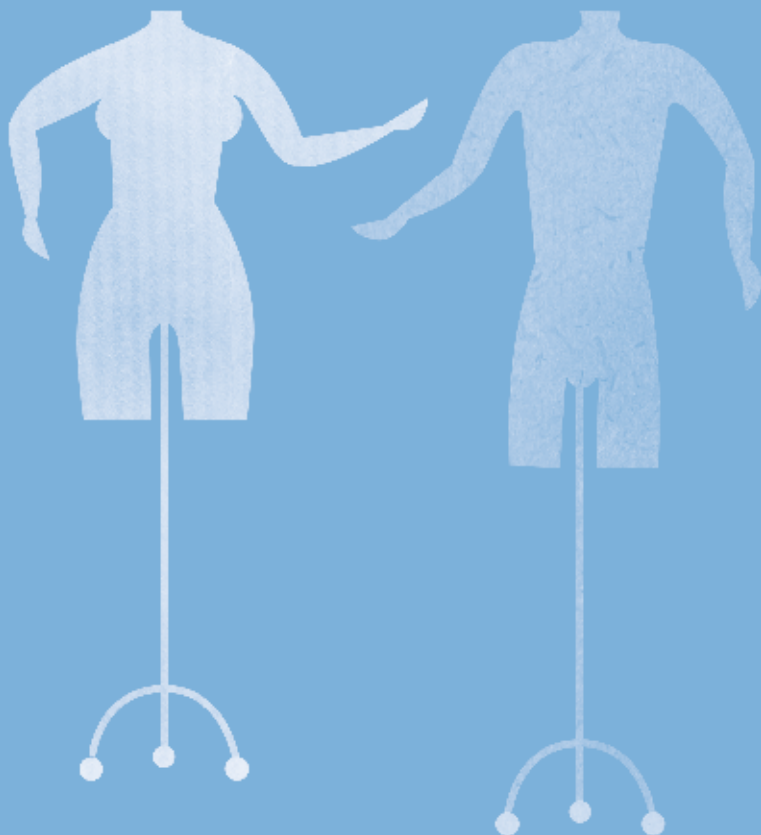
Wyrażanie złości podlega pewnym ograniczeniom kulturowym. Osoba dobrze wychowana nie obrzuca innych ludzi wyzwiskami i wulgaryzmami, nie okłada pięściami ani nie rzuca przedmiotami. Niektóre osoby, można powiedzieć – zbyt dobrze wychowane – potępiają się nawet za samo odczuwanie złości, zwłaszcza wobec bliskich osób. Odczuwanie negatywnych emocji, takich jak wściekłość, gniew lub nienawiść wobec najbliższych, budzi w nich przerażenie, oznacza bowiem dla nich, że są złymi ludźmi, złymi dziećmi, złymi rodzicami albo złymi przyjaciółmi. Aby uchronić pozytywny obraz siebie, tłumią negatywne uczucia, wypierają je ze świadomości, nie chcą ich sobie uzmysłowić, nazwać, przeżyć ani wyrazić. Niekiedy tłumioną złość kierują na siebie, co wyraża się poprzez zachowania autoagresywne.

Tymczasem w bliskich relacjach zawsze odczuwamy ambiwalentne uczucia, także w relacjach między rodzicami a dziećmi. Nawet kochający rodzice chwilami odczuwają złość, zniecierpliwienie lub niechęć wobec swoich dzieci, a nastolatki – wściekłość lub chwilami nienawiść wobec swoich rodziców (zwłaszcza w okresie dojrzewania).

Urszula uważa, że rodzice wszystko, co robią, robią z miłości i dla dobra dziecka. Jest zdania, że rodziców trzeba kochać, a o tym, co było złe – zapomnieć. Nie wyraża na ogół pretensji do matki. Rzadko jej się przeciwstawia i zawsze ma przy tym poczucie winy lub silne poczucie odrzucenia. Czuje się winna również wtedy, gdy odczuwa negatywne emocje wobec matki. Potępia się za gwałtowny, niekontrolowany wybuch złości, który zdarzył się jej, gdy będąc pod wpływem alkoholu rzuciła w matkę nożem. Od tego czasu odczuwa fobię przed nożami i nigdy nie bierze ich do rąk. W przeszłości zdarzały się jej próby samobójcze, samouszkodzenia lub eksperymenty z narkotykami. Często miewa myśli samobójcze.

•

Nieakceptowanie swojej seksualności



Chorobliwe odchudzanie się
pozwala w pewnym zakresie
wyzbyć się swojej płciowości
i zatrzymać proces dojrzewania.

Istotnym problemem części osób z zaburzeniami odżywiania jest nieakceptowanie swojej kobiecości i seksualności. Kulturowe ograniczenia dotyczą bowiem nie tylko impulsów agresywnych, ale także seksualnych, zwłaszcza u kobiet. To kobiety bowiem zachodzą w ciążę i w ich przypadku brak kontroli nad swoją seksualnością wiąże się z większym ryzykiem niż w przypadku mężczyzn.

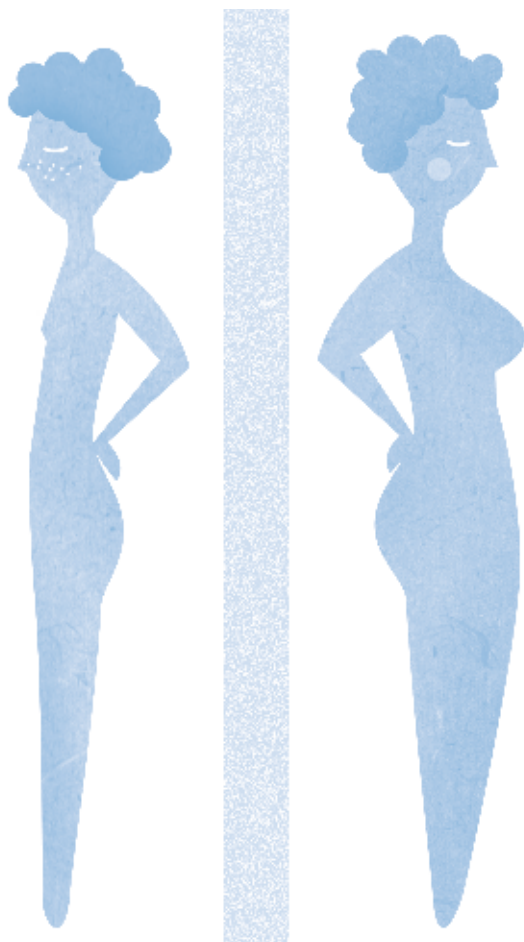
Analogicznie jak w przypadku osób nieakceptujących u siebie odczuwania złości niektóre osoby próbują kontrolować nie tylko swoje zachowania związane z szeroko rozumianą płciowością (co jest słuszne i uzasadnione), ale także kontrolować odczuwanie związanych z tym emocji (co jest trudne lub niemożliwe do zrealizowania). Chorobliwe odchudzanie się pozwala w pewnym zakresie wyzbyć się swojej płciowości i zatrzymać proces dojrzewania. Chora przestaje miesiączkować. Zanika przy tym także jej popęd płciowy. Ciało chorej przypomina wówczas raczej ciało małej dziewczynki niż młodej kobiety.

Julia zaczęła dojrzewać szybciej niż jej koleżanki z gimnazjum. Wcześniej urosły jej piersi, przez co stała się obiektem niewybrednych docinków ze strony kolegów z klasy. Czuła się tym skrępowana i zawstydzona. Zaczęła się odchudzać, wskutek czego popadła w anoreksję. Mimo że skończyła już szkołę średnią i rozpoczęła studia, nadal bezpieczniej się czuła w ciele małej dziewczynki niż dorosłej kobiety.

Gdy Kamila weszła w wiek dojrzewania, jej ojciec zaczął robić wysoce niestosowne uwagi na temat jej wyglądu. Wulgarnie komentował wygląd jej pośladków, dotykał także jej piersi. Kamila znienawidziła swoje ciało, czuła także niechęć i odrazę, że dla kogokolwiek mogłaby być obiektem seksualnym. Mimo różnych diet i ćwiczeń fizycznych była nieustannie niezadowolona ze swojego ciała.*

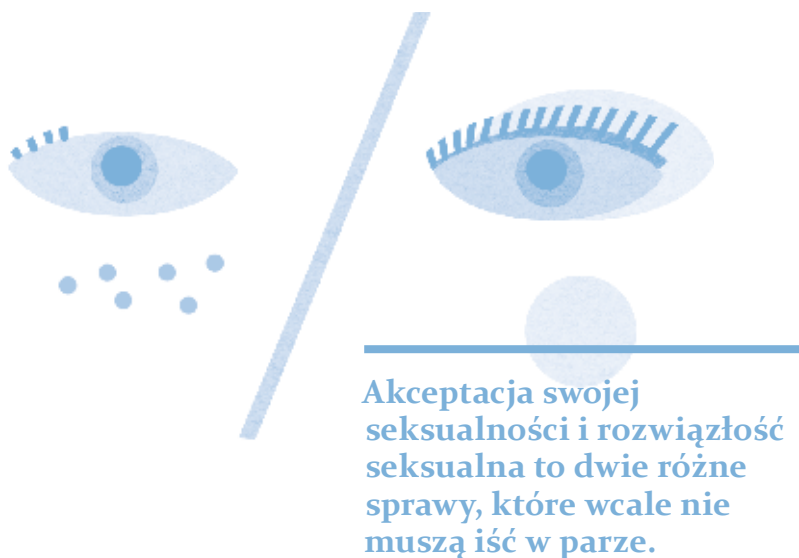
* Tak wysoce niestosowne zachowanie, będące wręcz molestowaniem seksualnym, może doprowadzić do braku akceptacji swojej seksualności u kobiety.

Mimo że skończyła już szkołę
średnią i rozpoczęła studia,
nadal bezpieczniej czuła się
w ciele małej dziewczynki niż
dorosłej kobiety.



Milena zawsze była nieśmiałą i niepewną siebie dziewczyną. Podczas spotkania w gronie nastolatków, będąc pod wpływem alkoholu, zmieniła się nie do poznania. Stała się zalotna i kokietyjna wobec chłopaka, który się jej podobał. W tańcu poruszała się uwodzicielsko, usiadła mu także na kolanach. Koleżanki Mileny były zdegustowane jej zachowaniem. Powiedziały, że to było zupełnie do niej niepodobne. Milena była sobą bardzo zawstydzona. Krótco potem zachorowała na anoreksję. Całkowicie skupiła się na dietach i pracy nad swoim ciałem na siłowni, rezygnując z wszelkich spotkań towarzyskich.

Część chorych obawia się, że jeśli zaakceptuje swoją kobiecość, poczuje się atrakcyjna jako kobieta, to popadnie w seksualną rozwiązłość. Tymczasem akceptacja swojej seksualności i rozwiązłość seksualna to dwie różne sprawy, które wcale nie muszą iść w parze. Można akceptować swoją kobiecość oraz seksualność i zarazem z wyboru żyć w celibacie. Można także prostytuować się i jednocześnie nie akceptować swojej seksualności.



Choroba jako czynnik pozwalający zachować równowagę w systemie rodzinnym



W niektórych wypadkach chora jest cała rodzina, a choroba dziecka pełni istotną funkcję, pozwalającą zachować rodzinną homeostazę.

W niektórych wypadkach chora jest cała rodzina, a choroba dziecka pełni istotną funkcję, pozwalającą zachować rodzinną homeostazę.

Natalia od lat chorowała na anoreksję. Skończyła studia i pracowała zawodowo, lecz nadal mieszkała z rodzicami. Cała jej wypłata trafiała na konto ojca, który kontrolował jej wydatki. To on zdecydował, że za zgromadzone pieniądze kupi córce samochód. Rodzina była zjednoczona wokół choroby Natalii. Ojciec, uzależniony od alkoholu, przestał na długi czas pić z obawy o jej życie. Współuzależniona matka, która czuła się samotna w małżeństwie, mogła się poświęcić opiece nad chorą córką. Brat miał depresję, odkąd go rzuciła dziewczyna. Troszczenie się o siostrę łagodziło jego chorobę. Towarzyszył siostrze we wszystkich spotkaniach towarzyskich i imprezach, by się nią opiekować. Odpowiadało to Natalii, która skupiona na doskonałeniu swojego ciała unikała wiązania się z chłopakami.

Natalia była gotowa poświęcić swoje zdrowie, by jej rodzina nie cierpiała. Bała się, co się stanie, gdy zacznie zdrowieć. Aby rodziców do tego przygotować, terapeuta zalecił ojcu podjęcie terapii odwykowej, a matce – terapii współuzależnienia. Oboje jednak odmówili. Z czasem Natalia zdobyła się na odwagę i zaczęła się spotykać z sympatycznym i opiekuńczym chłopakiem. Postanowiła także sama gospodarować swoimi pieniędzmi. Zgodnie z jej obawami zdrowienie Natalii zburzyło kruchą równowagę w rodzinie. Brat poczuł się niepotrzebny i miał do niej o to pretensję, a jego depresja się pogłębiła. Także matka poczuła się samotna, gdy córka się od niej oddaliła. Ojciec natomiast wrócił do picia, gdy Natalia przybrała na wadze i jej życie przestało być zagrożone.

•

„Zalety” zaburzeń odżywiania



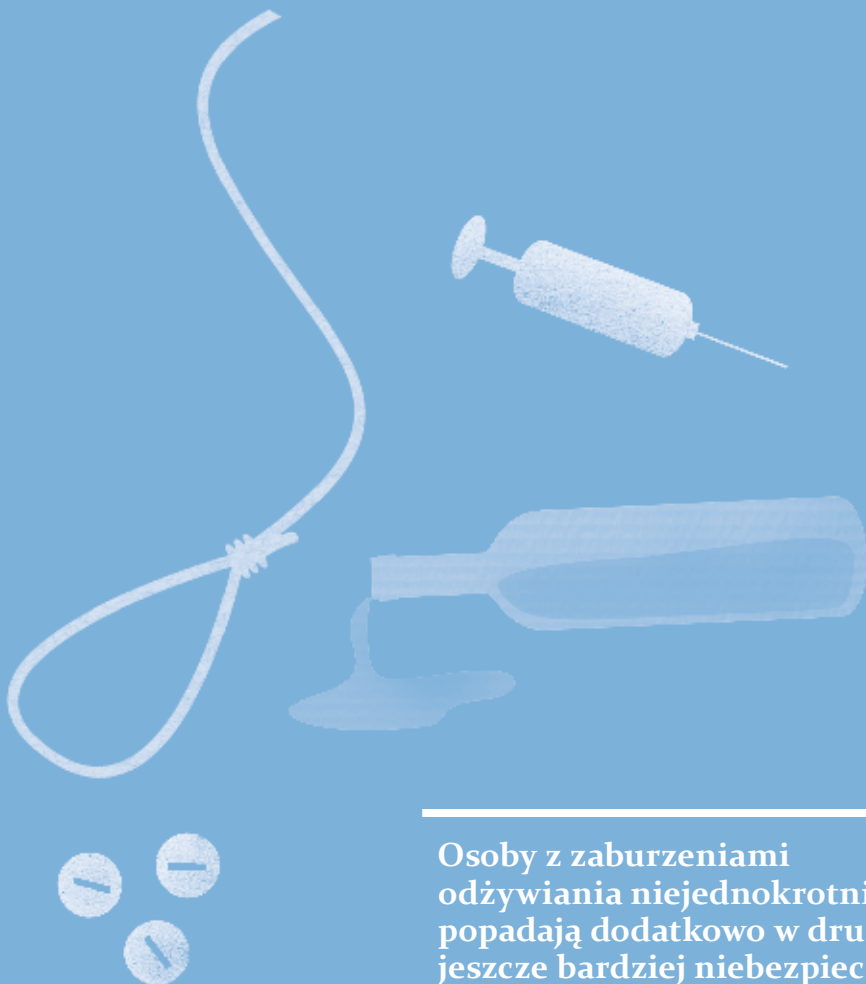
Osoba chora ma poczucie mocy i kontroli nad sobą i otoczeniem (manipulowanie innymi dzięki chorobie).

Aby zrozumieć, dlaczego tak trudno jest chorym wyzdrowieć z zaburzeń odżywiania, warto zdawać sobie sprawę z licznych korzyści płynących z tej choroby, istotnych z punktu widzenia osoby chorej. Korzyści te to:

- › łagodzenie poczucia emocjonalnej pustki i osamotnienia;
- › poczucie wyjątkowości, czystości (w anoreksji);
- › iluzja możliwości osiągnięcia idealnej wagi, która zrekompenzuje niskie poczucie własnej wartości;
- › obrona autonomii;
- › stłumienie seksualności;
- › poczucie mocy i kontroli nad sobą i otoczeniem (manipulowanie innymi dzięki chorobie);
- › unikanie realnych, trudnych problemów (można ulegać złudzeniu, że wszystkie problemy ograniczają się do wagi);
- › uzyskiwanie opieki bez zabiegania o nią wprost (osoby wychudzone budzą w otoczeniu uczucia opiekuńcze);
- › komunikacja z bliskimi poprzez objawy (np. wyrażanie nienawiści nie wprost – poprzez wymiotowanie).

Niekiedy osoby chore nie są świadome swoich korzyści wynikających z choroby, deklarując, że nie ma żadnych dobrych stron. Nie należy jednak ufać takim deklaracjom – każda chora ma ambiwalentne uczucia wobec swojej choroby, choć może nie zdawać sobie z tego sprawy. Uświadomienie sobie czynników podtrzymujących chorobę może jednak ułatwić zdrowienie.

Zaburzenia psychiczne towarzyszące zaburzeniom odżywiania



Osoby z zaburzeniami
odżywiania niejednokrotnie
popadają dodatkowo w drugą,
jeszcze bardziej niebezpieczną
chorobę.

Depresja

Objawia się obniżonym nastrojem, poczuciem bezwartościowości, brakiem energii do działania, problemami ze snem (bezsennością lub przeciwnie – zbyt długim snem i trudnościami ze zmobilizowaniem się do wstania z łóżka, gdyż każda, najprostsza nawet czynność wydaje się wówczas ponad siły), myślami samobójczymi lub rezygnacyjnymi. Część chorych podejmuje próby samobójcze.

Niekiedy depresja współwystępuje z zaburzeniami odżywiania. Wówczas niekontrolowane objadanie się może być sposobem na doraźną poprawę nastroju (skoro wszystko stracone i zawsze już będę beznadziejna, to chociaż mogę się objeść, by na chwilę poczuć się lepiej).

Depresja może być reaktywna (wynikająca ze stresujących wydarzeń życiowych, jak np. niepowodzenia w szkole, porzucenie przez chłopaka, śmierć bliskiej osoby) lub endogenna (wynikająca z czynników biologicznych, jak np. choroba Hashimoto lub zespół jelita drażliwego). Najlepsze efekty w leczeniu depresji uzyskuje się, stosując farmakoterapię antydepresantami w połączeniu z psychoterapią.

Uzależnienie od alkoholu i (lub) narkotyków

Część chorych odkrywa, że alkohol i (lub) narkotyki mogą doraźnie poprawić nastrój. Zwłaszcza amfetamina zmniejsza łaknienie i ułatwia odchudzanie się. W rezultacie osoby z zaburzeniami odżywiania niejednokrotnie popadają dodatkowo w drugą, jeszcze bardziej niebezpieczną chorobę. Uzależnienie rozwija się zgodnie z charakterystycznymi fazami i mechanizmami, uniemożliwiając rozwój dojrzałej osobowości – doraźna poprawa nastroju staje się bowiem bardziej atrakcyjna niż rozwiązywanie swoich problemów emocjonalnych.

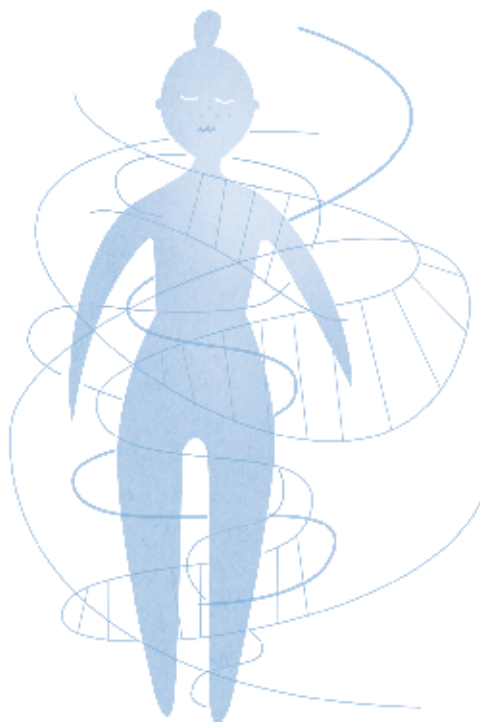
Leczenie trzeba wówczas zacząć od terapii odwykowej, w której konieczne będzie nauczanie się utrzymywania całkowitej abstynencji od alkoholu i narkotyków. Dopiero w dalszej kolejności można się zająć problemami emocjonalnymi leżącymi u podłoża zaburzeń odżywiania.

Zaburzenie osobowości borderline

Część osób z zaburzeniami odżywiania ma także zaburzenie osobowości borderline (mamy wówczas do czynienia z podwójnym zaburzeniem). Zaburzenie to objawia się chronicznym poczuciem pustki, niepewnością co do własnej tożsamości, zachowaniami impulsywnymi, próbami samobójczymi i samookaleczeniami, huśtawkami nastrojów, wybuchami wściekłości, krótkotrwałymi urojeniami, brakiem odporności na nudę i monotonię, niestabilnymi związkami z bliskimi osobami oraz panicznym lękiem przed odrzuceniem.

Zaburzenia osobowości są dużo poważniejszym problemem niż sama anoreksja lub bulimia. U osób na nie cierpiących objawianie się może służyć zagłuszaniu poczucia wewnętrznej pustki. Podobny efekt część chorych uzyskuje za pomocą odurzenia się narkotykami lub poprzez samookaleczenia (ból fizyczny jest bowiem dla nich łatwiejszy do zniesienia niż ból psychiczny) albo wchodząc w niestabilne, toksyczne związki, zmuszające do przeżywania intensywnych emocji.

Julia była owocem romansu jej matki z żonatym mężczyzną. Ojciec płacił alimenty na córkę, lecz poza tym nie był nią zainteresowany. Julia czuła się odrzucona przez ojca, odczuwała także zazdrość wobec swoich starszych przyrodnych sióstr, które – inaczej niż ona – skupiały na sobie uwagę ojca na co dzień. Z jednej strony pragnęła jego akceptacji, próbując na nią zasłużyć pięknym wyglądem i osiągnięciami na prestiżowych studiach, by mu udowodnić, że jest lepsza od przyrodnych



**Zaburzenia osobowości
są dużo poważniejszym
problemem niż sama
anoreksja lub bulimia.**

sióstr. Zarazem nienawidziła go, za karę niszcząc samą siebie. Objadała się i wymiotowała kilkanaście razy dziennie, tracąc wskutek tego włosy i zęby (za jej leczenie stomatologiczne płacił ojciec). Uzależniła się także od alkoholu (za jej leczenie odwykowe w drogim, prywatnym ośrodku także płacił ojciec). Nienawiść do ojca przenosiła na wszystkich ważnych dla niej mężczyzn. Miała ciepłego, kochającego chłopaka, którego zdradzała, prostytuując się.

W leczeniu osobowości borderline stosuje się długoterminową psychoterapię, antydepresanty oraz leki normotymiczne (stabilizujące nastrój).

•

CZĘŚĆ IV





**Jak można
pomóc?**

Co może zrobić rodzina?



Warto również zachęcać osobę chorą do wizyty u psychologa lub psychiatry oraz podjęcia systematycznej psychoterapii i ewentualnej farmakoterapii.

Rola rodziny w leczeniu zaburzeń odżywiania jest ograniczona. Nie można bowiem za kogoś rozwiązać jego problemów emocjonalnych. Jednakże wsparcie rodziny może być czynnikiem ułatwiającym zdrowienie.

Warto pamiętać, że kłopoty z jedzeniem są objawem, a nie istotą sprawy – przybranie na wadze przez anorektyczkę nie rozwiąże jej problemów, które legły u podłoża zaburzeń odżywiania. Oczywiście w przypadku wyniszczenia spowodowanego długotrwałą głodówką przybranie na wadze będzie pierwszym celem, by odsunąć zagrożenie życia.

W przypadku załabnięcia chorej konieczne może być wezwanie pogotowia lub odwiezienie jej do szpitala.

Warto również zachęcać osobę chorą do wizyty u psychologa lub psychiatry oraz podjęcia systematycznej psychoterapii i ewentualnej farmakoterapii.

Osoby niepełnoletnie mogą być umieszczone w szpitalu psychiatrycznym na oddziale specjalizującym się w leczeniu zaburzeń odżywiania bez ich zgody, na podstawie decyzji ich rodziców. Nie jest to już takie proste w przypadku osób pełnoletnich. W sytuacji zagrożenia życia możliwe jest jednak zbadanie chorej (pełnoletniej) przez psychiatrę bez jej zgody i wystawienie przez niego orzeczenia, stwierdzającego, że zachowanie chorej stanowi bezpośrednie zagrożenie jej życia. Na tej podstawie rodzina chorej może wnioskować do sądu (tzw. tryb wnioskowy) o wydanie postanowienia ws. przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego bez zgody (w trybie art. 29 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Jeśli jednak lekarz uzna, że zachodzą przesłanki pozwalające hospitalizować pacjentkę w tzw. trybie nagłym (art. 23) – może zostać odwieziona do szpitala natychmiast. Decyzję o jej zatrzymaniu w szpitalu bez jej zgody podejmą wówczas kolejno: lekarz na izbie przyjęć, ordynator, a następnie – sąd na posiedzeniu wyjazdowym. Przymusowe leczenie trzeba jednak traktować jako ostateczność.

Ponieważ osoby chore z reguły nie akceptują samych siebie (stąd potrzeba osiągnięcia idealnej wagi), ważne jest dla nich okazywanie im akceptacji przez najbliższych. Nie należy zrażać się tym, że początkowo chore mogą nie umieć przyjąć akceptacji.



O ile bowiem możliwe jest nakarmienie chorej za pomocą sondy wprowadzonej do żołądka lub odżywianie pozajelitowe, o tyle jednak nie jest możliwe rozwiązywanie problemów emocjonalnych chorej bez jej współpracy i zaangażowania.

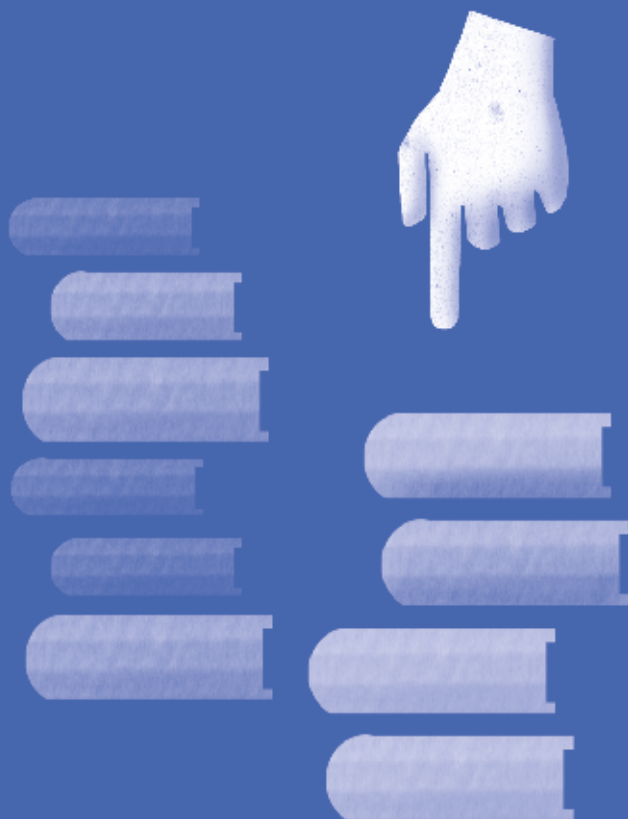
Jak już wspomniano, w niektórych przypadkach jedzenie lub niejedzenie jest jedyną dziedziną, w której chora ma poczucie autonomii. Dlatego warto wspierać usamodzielnianie się chorej także w innych dziedzinach, w tempie odpowiednim dla niej, szanować jej prawo do podejmowania własnych decyzji.

Ponieważ chore z reguły nie akceptują samych siebie (stąd potrzeba osiągnięcia idealnej wagi), ważne jest dla nich okazywanie im akceptacji przez najbliższych. Nie należy zrażać się tym, że początkowo chore mogą nie umieć przyjąć akceptacji.

Wszystkie nastolatki potrzebują przejść okres buntu wobec rodziców, podczas którego chcą im wykrzyczeć swoje pretensje. Osoby chore na zaburzenia odżywiania często nie miały możliwości lub odwagi, by taki bunt wyrazić wprost, w jakiegokolwiek formie. Zdrowsze byłoby dla nich, by wyraziły taki bunt wprost, słowami (bez wyzwisk i wulgaryzmów wobec rodziców), niż niszcząc swoje zdrowie. Warto wówczas spokojnie wysłuchać (nawet nieuzasadnionych) pretensji dziecka, również jeśli taki bunt będzie przechodzić dopiero jako osoba dorosła. Nie trzeba się zgadzać ze wszystkim, co mówi dziecko, ale należy spokojnie wysłuchać – bez przerywania, bez lekceważenia, bez popadania w głębokie poczucie winy („BYŁAM ZŁĄ MATKĄ!”) czy poczucie beznadziejności („TO WSZYSTKO MOJA WINA”), jak również bez wzbudzania poczucia winy w dziecku („JA SIĘ TAK STARAŁAM, A TY JESTEŚ TAKA NIEWDZIĘCZNA”).

Ciało nastolatki zmienia się w okresie dojrzewania tak szybko, że trudno jest młodej osobie to zaakceptować. Nie zawsze też może otrzymać akceptację ze strony rówieśników. W okresie dojrzewania szczególnie ważne są dla córki relacje z ojcem, ponieważ uczą ją, jak kontaktować się z mężczyznami. Aby poczuła się dobrze w roli kobiety, pomocne może być doświadczenie podziwu ze strony ojca dla jej urody, lecz bez niestosownych uwag nawiązujących do seksu. Łatwiej jej wówczas zachować poczucie własnej wartości, a co za tym idzie, nie trzeba go szukać w iluzorycznej wizji idealnej figury.

Bibliografia



- › Abraham S., Llewelyn-Jones D., *Bulimia i anoreksja*, Prószyński i S-ka, Warszawa, 1999.
- › Komender J., *Jadłowstręt psychiczny – jednostka chorobowa czy zespół objawowy*. „Nowa Medycyna”, 17. 5–11, 1996.
- › ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, UWM „Vesalius” i IPiN, Kraków – Warszawa, 1997.
- › Szurowska B., *Anoreksja w rodzinie*, Difin, Warszawa, 2011.
- › Włodawiec B., *Psychoterapia zaburzeń odżywiania się. Czynniki leczące, problemy emocjonalne, techniki terapeutyczne*, IP, Warszawa, 2001.
- › Włodawiec B., *Koncepcja psychologicznych mechanizmów uzależnienia Jerzego Mellibrudy*, www.psychologia.net.pl, 2008.



Fundacja
Dorastaj z Nami

Fundacja Dorastaj z Nami już od 2010 r. pomaga dzieciom poległych i poszkodowanych żołnierzy, strażaków, policjantów i ratowników górskich wyjść z cienia rodzinnej tragedii.

Celem Fundacji jest pomoc dzieciom w dorastaniu poprzez wspieranie ich procesu edukacyjnego i rozwoju. Wsparcie Fundacji dla podopiecznych jest długofalowe – dziecko trafiające do Fundacji może liczyć na pomoc, dopóki się uczy, nawet do 25. roku życia.

Fundacja Dorastaj z Nami została powołana po to, by dzieci Bohaterów mogły zdobyć wykształcenie i bezpiecznie podążać drogą ku dorosłości. Współfinansujemy koszty edukacji oraz zapewniamy swoim podopiecznym pomoc psychologiczną, nie tylko po śmierci rodzica, lecz także przez cały okres dorastania, dojrzewania i kształtowania osobowości. Jesteśmy po to, by spełnić ostatnią wolę każdego Bohatera, który zginął na służbie: „Gdyby coś się stało, pamiętaj o moich dzieciach”.

Dzięki wsparciu Strategicznych Partnerów Koalicji: Razem dla Bohaterów – Orange Polska, PKN Orlen, Boeing, Fundacja Orlen, Fundacja BGK, PZU – możemy wypełniać swoją misję.

Pamiętamy i otaczamy dzieci kompleksową opieką i wsparciem. Jeśli znasz dziecko, które potrzebuje naszej pomocy, skontaktuj się z nami.

adres: ul. Ogrodowa 7, 00-893 Warszawa
telefon: (+48) 22 652 20 22
e-mail: biuro@dorastajznami.org
www: dorastajznami.org
facebook.com/FundacjaDorastajzNami



Centrum Weterana Działań Poza Granicami Państwa jest jednostką organizacyjną Ministerstwa Obrony Narodowej, w której weterani działań poza granicami państwa oraz rodziny żołnierzy i pracowników wojska poległych podczas tych działań uzyskują pomoc, korzystają z konsultacji prawnych i psychologicznych w zakresie możliwości rozwiązania nurtujących ich problemów.

Współpracujemy z instytucjami resortowymi i pozaresortowymi oraz organizacjami pozarządowymi. Działamy na rzecz integracji środowiska weteranów wokół wspólnie realizowanych przedsięwzięć i podejmowanych inicjatyw.

Istotną płaszczyzną naszych działań jest pielęgnowanie pamięci o udziale żołnierzy Wojska Polskiego w misjach poza granicami państwa oraz realizacja zadań o charakterze edukacyjno-promocyjnym.

Proponujemy:

- spotkania z weteranami;
- prezentacje multimedialne o udziale żołnierzy Wojska Polskiego w misjach poza granicami państwa;
- zwiedzanie sali tradycji weterana;
- korzystanie z biblioteki.

adres: ul. Puławska 6a, 00-909 Warszawa
telefon/faks: (+48) 261 842 075
e-mail: centrumweterana@wp.mil.pl
www: centrum-weterana.mon.gov.pl
facebook.com/CentrumWeterana

Fundacja Polskiej Grupy Zbrojeniowej jest fundacją korporacyjną związaną z jednym z największych w Europie Środkowo-Wschodniej koncernów obronnych – Polską Grupą Zbrojeniową SA. Od 2017 r. konsekwentnie realizuje swoją misję powiązaną z mottem „Tym, co służą Ojczyźnie...” (wers *Pieśni XII, Księgi wtóre, Pieśni* Jana Kochanowskiego).

Oprócz autorskich projektów skupionych wokół kultywowania polskiej tradycji, krzewienia patriotyzmu oraz wsparcia kombatantów i weteranów Fundacja angażuje się w projekty zewnętrzne zgodne z jej celami statutowymi.

Fundacja PGZ, tak jak jej Fundator – PGZ SA, stara się nie tylko być blisko Wojska Polskiego, w tym środowiska weteranów, ale wspiera także projekty realizowane w różnych częściach Polski, ze szczególnym uwzględnieniem społeczności lokalnych spółek z Grupy PGZ. Możliwość współpracy z tak zacnymi partnerami przy tym projekcie to zaszczyt i przywilej, ale także odpowiedzialność. Cieszymy się, że znaleźliśmy się w tym gronie.

adres: ul. Nowy Świat 4a, 00-497 Warszawa
telefon: (+48) 603 992 538
e-mail: fundacja@pgzsa.pl
www: fundacijapgz.pl
fb: facebook.com/fundacijapgz

Bogusław Włodawiec — psycholog, psychoterapeuta. Specjalizuje się w problematyce zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych, depresji, uzależnienia od alkoholu, współuzależnienia i DDA. Jest autorem kilkudziesięciu publikacji w czasopismach specjalistycznych.

Publikacja nieprzeznaczona do sprzedaży

© Fundacja Dorastaj z Nami

© Centrum Weterana Działań Poza Granicami Państwa

© Fundacja Polskiej Grupy Zbrojeniowej

Warszawa 2021

REDAKCJA: Jacek Lubaszka, Anna Pykało

KOREKTA: Iwona Maciszewska

OPRACOWANIE GRAFICZNE, ILUSTRACJE I SKŁAD: to/studio

ZŁOŻONO PISMEM: Constantia, Zigfrid

FUNDACJA DORASTAJ Z NAMI: ul. Ogrodowa 7, 00-893 Warszawa

www.dorastajznami.org

CENTRUM WETERANA DZIAŁAŃ POZA GRANICAMI PAŃSTWA:

ul. Puławska 6a, 00-909 Warszawa, www.centrum-weterana.mon.gov.pl

FUNDACJA POLSKIEJ GRUPY ZBROJENIOWEJ:

ul. Nowy Świat 4a, 00-497 Warszawa, www.fundacjapgz.pl

Publikacja sfinansowana ze środków Fundacji PGZ

DRUK I OPRAWA: Wojskowe Centrum Edukacji Obywatelskiej

im. płk. dypl. Mariana Porwita, ul. Banacha 2, 00-909 Warszawa

www.wceo.com.pl

ISBN 978-83-957759-2-5



Fundacja
Dorastaj z Nami



WOJSKOWE CENTRUM
EDUKACJI OBYWATELSKIEJ
IM. PER. DYPŁ. MARIANA PORWITA

FUNDACJA  PGZ

TYM, CO SŁUŻĄ OJCZYŹNIE

ISBN 978-83-957759-2-5



9 788395 775925