Marta Kowalczuk

Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej

IMPULS

Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka
zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej

Marta Kowalczuk

Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej

IMPULS

Kraków 2008

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2008

Recenzent:
prof. zw. dr hab. Stanisław Palka

Redakcja wydawnicza:
Anna Gancarczyk

Korekta:
Jolanta Chrostowska-Sufa

Projekt okładki:
Anna M. Damasiewicz

ISBN 978-83-7587-002-2

Oficyna Wydawnicza „Impuls"
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel. (012) 422-41-80, fax (012) 422-59-47
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2008

Spis treści

Wstęp 7

Część I
Teoretyczne podstawy pedagogicznej diagnozy i profilaktyki zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej 13

Rozdział I
Zaburzenia odżywiania się w ujęciu literatury psychologicznej i medycznej 15
- Zaburzenia odżywiania się – wyjaśnienia terminologiczne 15
- Anoreksja – charakterystyka zaburzenia 17
  - Kryteria rozpoznawania 18
  - Symptomatologia i przebieg 23
  - Uwarunkowania 27
  - Główne strategie w terapii 31
- Bulimia – charakterystyka zaburzenia 36
  - Kryteria rozpoznawania 36
  - Symptomatologia i przebieg 38
  - Uwarunkowania 42
  - Główne strategie w terapii 45

Rozdział II
Diagnoza zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej w działalności pedagogicznej nauczycieli 49
- Edukacyjny kontekst zaburzeń odżywiania się 49
- Pedagogiczna (nauczycielska) diagnoza zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej 54
  - Podstawowe zasady metodyczne dotyczące diagnozowania zaburzeń odżywiania się u młodzieży w środowisku szkolnym 59
  - Metody nauczycielskiej diagnozy zaburzeń odżywiania się 61
  - Etapy stawiania diagnozy 77

Rozdział III
Profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży w środowisku szkolnym ... 81

Cele i zadania działalności profilaktycznej w szkole w zakresie zaburzeń odżywiania się ... 84

Role i zadania dyrektorów, pedagogów szkolnych, nauczycieli, wychowawców i rodziców w profilaktyce zaburzeń odżywiania się u uczniów ... 86

Część II
Program profilaktyczny „Powstrzymać anoreksję i bulimię" ... 95

Rozdział IV
„Powstrzymać anoreksję i bulimię"– charakterystyka programu i jego realizacja ... 99

Cele i zadania programu ... 99

Treści programu ... 101

Zasady realizacji programu ... 102

Scenariusze zajęć szkoleniowych dla nauczycieli, wychowawców, pedagogów, dyrektorów i rodziców dotyczących problematyki zaburzeń odżywiania się u młodzieży ... 103

Scenariusze zajęć psychoedukacyjnych dla młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących problematyki zaburzeń odżywiania się ... 115

Rozdział V
Przebieg i rezultaty realizacji programu „Powstrzymać anoreksję i bulimię" w świetle wyników badań empirycznych ... 135

Metodologia badań własnych ... 135

Analiza wyników badań ... 140

Przebieg realizacji programu i jego rezultaty w Szkole Podstawowej nr 29 im. Synów Pułku w Białymstoku ... 140

Przebieg realizacji programu i jego rezultaty w Publicznym Gimnazjum nr 20 w Białymstoku ... 147

Przebieg realizacji programu i jego rezultaty w IV Liceum Ogólnokształcącym im. Cypriana Kamila Norwida w Białymstoku ... 164

Zakończenie ... 177

Bibliografia ... 181

Aneksy ... 193

Wstęp

Przeobrażenia polityczne, społeczne, ekonomiczne i kulturowe, zachodzące we współczesnym świecie, przyczyniają się do zmiany warunków egzystencji ludzi, stosunków społecznych, sfery wartości i obyczajowości. Coraz więcej ludzi (a w szczególności młodzieży) ma trudności z przystosowaniem się do obecnej sytuacji, ze zrozumieniem świata, odnalezieniem w nim własnego miejsca oraz kreowaniem swojej tożsamości[1].

Wielu pedagogów, psychologów, socjologów i przedstawicieli innych nauk społecznych zwraca uwagę na pogłębiającą się destrukcję cielesną, psychiczną i umysłową współczesnego człowieka[2]. Dowodem tego jest stale zwiększająca się liczba występowania różnych postaci dewiacji, chorób psychicznych, zachowań irracjonalnych niezgodnych z ogólnie przyjętymi normami społecznymi.

Niepokojące jest to, że przejawy patologii coraz częściej występują w środowisku młodzieży uczącej się[3]. Młodzi ludzie (zwłaszcza w okresie adolescencji) bezkrytycznie ulegają pokusie łatwego i szybkiego dostępu do uznania, władzy i pieniędzy[4]. Doświadczenia młodzieży skupione wokół potrzeby supremacji, sukcesów, awansu mają charakter stresujący, wywołują silny lęk przed porażką,

---

[1] Por. A. Maciarz, *Zagrożenie uczennic i studentek anoreksją i bulimią*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja" 2002, nr 2, s. 143.

[2] Zob. m.in.: M. Libiszowska-Żółtkowska, *Czego obawiają się ludzie? Współczesne zagrożenia społeczne – diagnoza i przeciwdziałanie*, Wyd. UW, Warszawa 2007; M. Grabowska, K. Rosiak (red.), *Funkcjonowanie człowieka we współczesnym świecie – perspektywa społeczna, psychologiczna i biologiczna*, Wyd. KPSW, Bydgoszcz 2005; C. Piecuch (red.), *Kondycja człowieka współczesnego*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2006; W. Kułak, *Lęk, wolność, nadzieja. Poszukiwanie aksjologiczne* [w:] T. Borowska (red.), *Pedagogika wobec zagrożeń, kryzysów i nadziei*, Impuls, Kraków 2002; M. Plopa (red.), *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*, t. 1, Wyd. Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej, Elbląg 2004.

[3] Zob. m.in.: M. Biała, *Problemy z zachowaniem dzieci i młodzieży*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2006; B. Urban (red.), *Dewiacje wśród młodzieży: uwarunkowania i profilaktyka*, Wyd. UJ, Kraków 2001; S. Kawula, H. Machel (red.), *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2000; A. Margasiński, B. Zajęcka (red.), *Psychopatologia i psychoprofilaktyka: przejawy narkomanii, alkoholizmu, przemocy, zaburzeń psychicznych w rodzinie i szkole oraz możliwości im przeciwdziałania*, Impuls, Kraków 2000; J. Żebrowski (red.), *Zjawiska patologii społecznej i zachowań dewiacyjnych młodzieży*, Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk 2001.

[4] Zob. W. Kułak, *Lęk, wolność*..., dz. cyt., s. 81–83.

niepowodzeniem w życiu zawodowym i osobistym. W konsekwencji u uczniów dość często występują różne uzależnienia (np. od narkotyków, leków, nikotyny, alkoholu)[5], zachowania agresywne i zaburzenia zdrowia psychicznego, wśród których zaczynają się wyraźnie zaznaczać zaburzenia odżywiania się, co wskazuje, że jest to problem społeczny o coraz większej wadze[6].

Na początku XXI wieku w większości krajów wysoko rozwiniętych można zaobserwować wzrost zachorowań na zaburzenia odżywiania się typu adolescencyjnego. Potwierdzają to wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w Polsce i w innych krajach, a także przejawy zainteresowania tym problemem młodzieży ze strony środków masowego przekazu. Poszukując wyjaśnień tego niepokojącego zjawiska, zwraca się uwagę przede wszystkim na czynniki kulturowe, takie jak: lansowany przez media wzorzec „wychudzonej" kobiecej sylwetki, wymagania dotyczące diety oraz wzmożona u kobiet potrzeba sukcesu, rywalizacji i perfekcjonizmu[7]. Przyczyny tych zaburzeń trudno określić na gruncie jednej teorii, dlatego uzasadnione wydaje się pluralistyczne spojrzenie na etiologię i odrzucenie nazbyt uproszczonych poglądów na temat uwarunkowań analizowanych chorób. Rozpowszechniany przez mass media ideał szczupłej sylwetki jest istotnym, ale nie decydującym czynnikiem występowania anoreksji psychicznej/bulimii psychicznej. Dopiero w połączeniu z wieloma innymi czynnikami (np. cechami indywidualnymi jednostki, właściwościami rozwojowymi w stadium adolescencji, czynnikami rodzinnymi) może stać się przyczyną rozwoju analizowanych schorzeń[8].

---

[5] Zob. m.in.: A. Szymanowska (red.), *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*, Wyd. Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2004; M. Dziewiecki, *Młodzież wobec alkoholu*, „Ateneum Kapłańskie" 1997, nr 1; B. Fatyga, J. Rogala-Obłękowska, *Style życia młodzieży a narkotyki*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2002; B. Fatyga, J. Sierosławski, *Uczniowie i nauczyciele o stylach życia młodzieży i narkotykach*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999; E. Stępień, K. Wojcieszek, *Alkohol a polska młodzież. Raport 1994*, „Alkohol a Zdrowie" 1995, nr 11, s. 5–12.

[6] Zob. m.in.: B. Józefik, *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się* [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, Wyd. UJ, Kraków 1999, s. 22–29; M. Kowalczuk, *Młodzież o odżywianiu się i atrakcyjności fizycznej*, „Nowa Szkoła" 2008, nr 2, s. 47–54; A. Maciarz, *Zagrożenie uczennic i studentek*..., dz. cyt., s. 143–152; J. Materlink, *Anoreksja to nie kaprys*, „Edukacja i Dialog" 2007, nr 4, s. 60–64; E. Śmiłowska-Mucha, M. Tomaszewska, *Problemy żywieniowe licealistek*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 2002, nr 6, s. 48–50; T. Sołtysiak, B. Grzanka, *Bulimia – dychotomiczne uzależnienie wśród młodych kobiet (doniesienie z badań)* [w:] T. Sołtysiak, M. Kowalczyk-Jamnicka (red.), *Utrudnienia adaptacyjne młodego pokolenia: materiały z konferencji naukowej zorganizowanej 21–22.04.1998 r. przez Katedrę Pedagogiki Specjalnej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy*, Wyd. WSP, Bydgoszcz 1999, s. 199–213.

[7] Por. M. Orwid, K. Pietruszewski, *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Collegium Medicum UJ, Kraków 1993, s. 113.

[8] Zob. m.in.: S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, tł. W. Rolski, M. Rolska, Prószyński i S-ka, Warszawa 1999, s. 50–66; B. Józefik, *W stronę integracji podejść* [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna*..., dz. cyt., s. 115–117; B. Józefik, *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*, Wyd. UJ, Kraków 2006, s. 39–49.

Zaburzenia odżywiania się[9] występują znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn[10]. Maksymalne nasilenie zachorowań przypada na okres adolescencji, a więc od 12. do 19. roku życia[11]. Niski wskaźnik zachorowalności męskiej części populacji tłumaczy się tym, że chłopcy lepiej niż dziewczęta przystosowują się do zmian fizycznych, emocjonalnych, poznawczych i społecznych, które zachodzą w organizmie młodego człowieka w okresie adolescencji[12].

Posługując się w tym opracowaniu terminami „młodzież szkolna", „uczniowie", mam na myśli przede wszystkim dziewczęta w stadium adolescencji, które znajdują się w grupie największego ryzyka w zakresie rozwoju symptomatologii zaburzeń łaknienia. Przyjęcie takiego stanowiska zostało podyktowane tym, że analizowany problem w znacznym stopniu dotyczy żeńskiej części populacji młodzieży.

Zdecydowana większość psychologów i psychiatrów podkreśla, że skuteczne działania diagnostyczne i profilaktyczne w odniesieniu do zaburzeń odżywiania się nie mogą być podejmowane przez pojedyncze osoby. Rozpoznawanie i przeciwdziałanie zaburzeniom odżywiania się u młodzieży wymaga włączenia w ten proces wielu podmiotów: rodziców, lekarzy pierwszego kontaktu, psychologów, psychiatrów, pedagogów, nauczycieli i wychowawców[13]; przy czym – moim zdaniem – nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy odgrywają tu jedną z głównych ról, gdyż wchodząc w kontakt opiekuńczy i wychowawczy z uczniami, mogą poznawać ich problemy, potrzeby, pragnienia i marzenia. Codzienne spotkania z wychowankami, obserwacja ich stanu zdrowia, postaw wobec odżywiania się i własnego ciała przyczyniają się do tego, że nauczyciele często jako pierwsi mogą dostrzec u nich zachowania będące przejawami zaburzeń odżywiania się. Od nich także nierzadko rozpoczyna się w takiej sytuacji procedura podejmowania określonych działań. W przypadku zaburzeń łaknienia ma to duże znaczenie, gdyż trafna diagnoza tych chorób, szybko rozpoczęte leczenie, ukierunkowane m.in. na zmianę stylu życia, zmianę nawyków i zachowań żywieniowych, mogą sprzyjać szybkiemu powrotowi młodej osoby do zdrowia[14].

Niniejsza praca składa się z dwóch części: teoretycznej i praktycznej. W pierwszej części pracy analizuję literaturę przedmiotu, przedstawiam rozważania na

---

[9] W niniejszej pracy wymiennie operuję terminami: zaburzenia odżywiania się, zaburzenia łaknienia, zaburzenia na tle przyjmowania pokarmów, zaburzenia jedzenia.

[10] W ostatnim okresie wskaźnik zachorowalności na anoreksję i bulimię u chłopców nieco wzrasta. Można to tłumaczyć m.in. presją mediów, które narzucają młodym mężczyznom określony wygląd męskiego ciała.

[11] Zgodnie ze strukturą polskiego systemu oświaty w tej kategorii wiekowej znajduje się głównie młodzież szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Por. *Reforma systemu edukacji. Projekt*, WSiP, Warszawa 1998, s. 11–12.

[12] Por. B. Józefik, *Epidemiologia zaburzeń odżywiania się*..., dz. cyt., s. 27.

[13] Por. S. M. B. Pecyna, *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Żak, Warszawa 1998, s. 132.

[14] Zob. M. Kowalczuk, *Powstrzymać anoreksję i bulimię*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 2007, nr 6, s. 25.

temat istoty, uwarunkowań, symptomatologii oraz metod i form leczenia anoreksji psychicznej i bulimii psychicznej. Omawiam także podstawowe zasady metodyczne dotyczące diagnozowania zaburzeń odżywiania się u młodzieży w środowisku szkolnym, metody i etapy pedagogicznej (nauczycielskiej) diagnozy tych chorób oraz zamieszczam charakterystykę szkolnej profilaktyki analizowanych zaburzeń u uczniów. W drugiej części pracy przedstawiam składniki strukturalne (cele i zadania, treści, zasady realizacji) programu profilaktycznego „Powstrzymać anoreksję i bulimię", który stanowi autorską propozycję programu oddziaływań profilaktycznych obejmujących zaburzenia odżywiania się u młodzieży. Dopełnieniem tego są scenariusze zajęć szkoleniowych dla nauczycieli, wychowawców, pedagogów, dyrektorów i rodziców oraz scenariusze zajęć psychoedukacyjnych dla młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących problematyki zaburzeń odżywiania się. W tej części książki analizuję także przebieg i rezultaty realizacji tego programu w świetle wyników badań empirycznych.

Książka może być użyteczna dla nauczycieli, wychowawców, pedagogów, dyrektorów i rodziców, a także dla studentów kierunków nauczycielskich i pedagogicznych uczelni wyższych zawodowych i magisterskich, którzy dostrzegają konieczność pomocy dzieciom i młodzieży w tworzeniu wizerunku własnego ciała, nabywaniu dystansu do rozpowszechnianych przez mass media kanonów mody i urody oraz w kształtowaniu pozytywnych postaw wobec odżywiania się i własnego wyglądu.

Dziękuję osobom uczestniczącym w programie „Powstrzymać anoreksję i bulimię" – nauczycielom, wychowawcom, dyrektorom, pedagogom szkolnym (szczególnie Pani mgr Barbarze Kardasiewicz, Pani mgr Małgorzacie Jurewicz, Pani mgr Helenie Sajewicz), rodzicom oraz uczniom klas szóstych Szkoły Podstawowej nr 29 im. Synów Pułku w Białymstoku, uczniom Publicznego Gimnazjum nr 20 w Białymstoku i IV Liceum Ogólnokształcącego im. Cypriana Kamila Norwida w Białymstoku – za życzliwość, wsparcie i zaangażowanie w realizację działań programowych.

Dziękuję moim studentom – członkom Koła Naukowego Młodych Teoretyków Pedagogiki działającego przy Zakładzie Pedagogiki Ogólnej i Metodologii Badań Pedagogicznych Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku – za pomoc w realizacji zajęć psychoedukacyjnych dla uczniów, a także w przeprowadzeniu badań i kodyfikacji zebranego materiału empirycznego.

Dziękuję Podlaskiemu Kuratorowi Oświaty – Pani mgr Jadwidze Marioli Szczypiń – za rekomendację książki i za podjęcie współpracy w dziedzinie profilaktyki zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej w województwie podlaskim oraz lek. med. Agacie Jasińskiej-Wojtulewicz za pozytywne zaopiniowanie pracy.

Dziękuje również Panu prof. dr. hab. Włodzimierzowi Prokopiukowi – Kierownikowi Zakładu Pedagogiki Ogólnej i Metodologii Badań Pedagogicznych Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku – oraz Panu

prof. dr. hab. Rafałowi Piwowarskiemu – Prodziekanowi ds. nauki Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku – za wiarę w moje możliwości, a także za cierpliwość i czas, które zechcieli poświęcić mojej pracy i problemom z nią związanym.

Szczególne podziękowania składam recenzentowi pracy, Panu prof. zw. dr. hab. Stanisławowi Palce z Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Jagiellońskiego, za trud analizy tekstu i konstruktywne uwagi, a także za inspiracje badawcze i konsultacje metodologiczno-merytoryczne.

Marta Kowalczuk
Białystok, kwiecień 2008 roku

Część I

Teoretyczne podstawy pedagogicznej diagnozy i profilaktyki zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej

W pierwszej części pracy wyjaśniam podstawowe, a zarazem istotne dla dalszych rozważań pojęcia (zaburzenia odżywiania się, specyficzne zaburzenia odżywiania się, zaburzenia odżywiania się niezaklasyfikowane inaczej) oraz analizuję istotę, uwarunkowania, symptomatologię, metody i formy leczenia anoreksji psychicznej i bulimii psychicznej. W tej części przedstawiam także podstawowe zasady metodyczne dotyczące pedagogicznego diagnozowania zaburzeń odżywiania się u uczniów, metody i etapy pedagogicznej (nauczycielskiej) diagnozy tych schorzeń oraz dokonuję charakterystyki szkolnej profilaktyki w zakresie analizowanych zaburzeń u młodzieży.

Rozdział I

Zaburzenia odżywiania się w ujęciu literatury psychologicznej i medycznej

Zaburzenia odżywiania się – wyjaśnienia terminologiczne

W literaturze przedmiotu „zaburzenia odżywiania się" są definiowane najczęściej jako schorzenia, które powstają wówczas, gdy jednostka nadmiernie koncentruje się na jedzeniu. Pożywienie staje się dla niej elementem, któremu podporządkowuje swoje życie, źródłem obsesji, środkiem prowadzącym do patologicznego zaspokajania własnych potrzeb emocjonalnych[15].

Według F. Do zaburzenia odżywiania się

> [...] określane są przez [...] terminy, często mylone i niejasne, jak: anoreksja, bulimia, bulimarexia, anoreksja z albo bez stosowania diet eliminacyjnych, psychogenne zaburzenie pokarmowe (DAP), syndrom jedzenia kompulsywnego, obżarstwo albo zaburzenie kontroli jedzenia (*Binge Eating Disorder* – BED)[16].

Poza tym, zdaniem tej autorki,

> [...] zbyt rzadko się wyjaśnia, że termin medyczny i etymologiczne znaczenie nazwy podstawowych zaburzeń pokarmowych nie odpowiadają chorobie[17].

Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) przedstawionej w DSM-IV zaburzenia odżywiania się (*Eating Disorders*) obejmują dwie jednostki chorobowe: anoreksję psychiczną i bulimię psychiczną[18]. Zaburzenia odżywiania się mogą także występować w postaci niepełnoobjawo-

---

[15] Zob. m.in.: S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt.; G. Apfeldorfer, *Anoreksja, bulimia, otyłość*, tł. A. Kałkowska, Książnica, Katowice 1999; B. Grochmal-Bach, M. Rorat, *Zaburzenia odżywiania się: problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne*, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Rzeszów 2003; I. Niewiadomska, A. Kulik, A. Hajduk, *Jedzenie*, Gaudium, Lublin 2005.

[16] Por. F. Do, *Gdy jedzenie jest problemem,* tł. M. Serejska-Wróbel, Wyd. Księży Marianów, Warszawa 2003, s. 9.

[17] Tamże.

[18] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC 1994, s. 539–550.

wej/subklinicznej. W klasyfikacji APA DSM-IV są one ujęte w tzw. grupie zaburzeń odżywiania się niezakwalifikowanych inaczej (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*)[19]. Zaburzenia te nie spełniają kryteriów diagnostycznych żadnego ze specyficznych zaburzeń odżywiania się i występują, gdy:

– są spełnione wszystkie kryteria *anorexia nervosa*, ale pacjentka regularnie miesiączkuje;
– są spełnione wszystkie kryteria *anorexia nervosa*, z wyjątkiem ubytku masy ciała;
– są spełnione wszystkie kryteria bulimii, ale napady gwałtownego objadania się oraz zachowania kompensacyjne występują rzadziej niż dwa razy w tygodniu lub trwają krócej niż trzy miesiące;
– pomimo wagi ciała w granicach normy, pacjentka po spożyciu małych ilości pożywienia stosuje zachowania kompensacyjne, np. prowokowanie wymiotów;
– duże ilości pokarmu są regularnie żute i bez połykania wypluwane[20].

Do grupy tych zaburzeń odżywiania się zaliczono m.in. zespół gwałtownego objadania się (ang. BED, czyli *Binge Eating Disorder*)[21].

Podstawą do sformułowania definicji zaburzeń odżywiania się przyjętej w tym opracowaniu stały się z jednej strony poszczególne typologie zaburzeń odżywiania się przedstawione w klasyfikacjach o największym zasięgu międzynarodowym[22], z drugiej zaś – obserwacje kliniczne, prace naukowo-badawcze współczesnych psychologów i psychiatrów oraz własne doświadczenia i poglądy dotyczące podejmowanego zagadnienia[23]. Zgodnie z takim podejściem przyjęłam, że „zaburzenia odżywiania się" to nienaturalny stosunek do odżywiania się i zaspokajania potrzeby głodu obserwowany w postaci napadów niekontrolowanego objadania się lub rygorystycznego kontrolowania masy ciała za pomocą niewłaściwych, a wręcz patologicznych sposobów. Tak rozumiane zaburzenia odżywiania określane są także terminem specyficzne zaburzenia odżywiania się i obejmują dwie jednostki chorobowe: *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*. Choroby te cechuje m.in.:

---

[19] *Diagnostic and Statistical...*, dz. cyt., s. 539, 550.

[20] Podaję za: B. Józefik, M. Pilecki, *Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się* [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna...*, dz. cyt., s. 38.

[21] Zob. tamże; B. Józefik, *Relacje rodzinne w anoreksji...*, dz. cyt., s. 31; B. Ziółkowska, *Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 15–17.

[22] Zob. m.in.: *Diagnostic and Statistical...*, dz. cyt.; *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, tł. C. Brykczyńska, Vesalius, Kraków 2000.

[23] Por. m.in.: S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt.; G. Apfeldorfer, *Anoreksja, bulimia...*, dz. cyt.; B. Grochmal-Bach, M. Rorat, *Zaburzenia odżywiania się: problemy medyczne...*, dz. cyt.; I. Namysłowska, E. Paszkiewicz, A. Siewierska, *Gdy odchudzanie jest chorobą: anoreksja i bulimia*, W.A.B., Warszawa 2000; B. Ziółkowska, *Ekspresja syndromu gotowości...*, dz. cyt.

– silny lęk przed przybraniem na wadze;
– stosowanie patologicznych metod obniżania masy ciała, takich jak: głodówki, prowokowanie wymiotów, zażywanie leków przeczyszczających i/lub moczopędnych, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych;
– zaprzeczanie istnieniu choroby i niedostrzeganie konieczności zmiany niewłaściwych nawyków żywieniowych[24].

Anoreksja – charakterystyka zaburzenia

Anorexia nervosa (grec. *an* – brak, *orexis* – apetyt) należy do grupy specyficznych zaburzeń odżywiania się[25]. Termin „anoreksja" został wprowadzony do literatury przedmiotu przez E. Lasegue'a w 1873 roku i W. Gulla w 1874 roku[26]. Zgodnie ze znaczeniem terminu „anoreksja" przyjęło się błędne twierdzenie, że chorobie tej towarzyszy brak apetytu. Tymczasem osoby cierpiące na anoreksję czują głód, ale odmawiają spożywania posiłków w obawie przed przytyciem.

W literaturze psychologicznej i medycznej anoreksję określa się najczęściej jako schorzenie o podłożu psychicznym, którego istotą jest świadome, rygorystyczne ograniczanie ilości przyjmowanych pokarmów, silne koncentrowanie się na wyglądzie i masie ciała powiązane z panicznym lękiem przed przybraniem na wadze[27].

Anoreksja dotyka najczęściej dziewczęta w okresie adolescencji (między 12. a 19. rokiem życia). Trzeba zaznaczyć, że dolna granica wieku zachorowań nieustannie się obniża. Znane są przypadki występowania anoreksji u dzieci między 8. a 10. rokiem życia. Chłopcy stanowią niewielki odsetek populacji osób chorujących. Choroba rozpoczyna się u nich ok. 15.–16. roku życia, jej przebieg jest

[24] Zob. m.in. B. Ziółkowska, *Ekspresja syndromu gotowości*..., dz. cyt., s. 15–17.

[25] W niniejszym opracowaniu wymiennie operuję terminami: jadłowstręt psychiczny, nerwicowy brak łaknienia, anoreksja, *anorexia nervosa*.

[26] Początkowo funkcjonowała nazwa *anorexia histerica*. W. Gull zmienił tę nazwę na *anorexia nervos*a, zaznaczając tym samym odrębność anoreksji od histerii. Trzeba także podkreślić, że zarówno W. Gull, jak i E. Lasegue nie tylko wprowadzili nazwę „anoreksja", ale przede wszystkim dokonali opisu objawów zaburzenia oraz jego psychicznych uwarunkowań. Podaję za: B. Józefik, *Relacje rodzinne w anoreksji*..., dz. cyt., s. 9, 20; G. Apfeldorfer, *Anoreksja, bulimia*..., dz. cyt., s. 30.

[27] Zob. m.in.: S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt.; G. Apfeldorfer, *Anoreksja, bulimia*..., dz. cyt.; J. Bomba, E. Mamrot, M. Orwid, *Anorexia Nervosa* [w:] M. Orwid (red.), *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, PZWL, Warszawa 1981; M. Goryniak, *Anoreksja. Diagnostyka i epidemiologia* [w:] A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000; M. Starzomska, *Anoreksja: trudne pytania*, Impuls, Kraków 2006; B. Ziółkowska, *Ekspresja syndromu gotowości*..., dz. cyt.

cięższy niż u dziewcząt, częściej także zdarzają się przypadki utrwalenia patologicznych nawyków żywieniowych[28].

Najwięcej przypadków zachorowań na anoreksję zauważa się w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie pożywienie jest łatwo dostępne[29]. Trzeba jednak zaznaczyć, że w krajach biednych i nisko uprzemysłowionych wskaźnik zachorowalności na jadłowstręt psychiczny systematycznie wzrasta.

Kryteria rozpoznawania

W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przedstawionej w DSM-IV wyróżniono następujące kryteria diagnostyczne, które stanowią podstawę do rozpoznania *anorexia nervosa*:

a) odmowa utrzymania ciężaru ciała na lub powyżej granicy wagi minimalnej dla danego wieku i wzrostu osoby;
b) intensywny lęk przed przybraniem na wadze lub otyłością pomimo rzeczywistej niedowagi;
c) zaburzony sposób postrzegania kształtu i masy ciała (pomimo skrajnego wychudzenia, osoby chorujące na anoreksję czują się grube);
d) u dziewcząt brak przynajmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych[30].

Ad a) Osoby chorujące na anoreksję odmawiają utrzymania ciężaru ciała na poziomie 85% wagi adekwatnej do ich wieku i wzrostu. Systematycznie stosują niewłaściwe, wręcz patologiczne metody zmniejszania masy ciała, takie jak: głodzenie się, stosowanie tzw. cudownych diet, zażywanie środków przeczyszczających/moczopędnych/obniżających łaknienie, wywoływanie wymiotów, uprawianie intensywnych ćwiczeń fizycznych[31].

Zdaniem niektórych badaczy analizowanego problemu przy diagnozowaniu anoreksji dość duże znaczenie ma obliczenie wartości BMI (*Body Mass Index*), czyli indeksu wagi ciała[32]. Wskaźnik ten określa stosunek masy ciała osoby do jej wzrostu. Oblicza się go według następującego wzoru[33]:

---

[28] Zob. M. Popielarska, *Zaburzenia w odżywianiu. Anoreksja, bulimia, żarłoczność*, „Problemy Poradnictwa Psychologicznego" 2003, nr 1, s. 66–67.

[29] Potwierdzają to badania epidemiologiczne prowadzone w Europie (np. w Szwecji) oraz w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Nowej Zelandii, Afryce Południowej i Japonii; zob. m.in.: G. Apfeldorfer, *Anoreksja, bulimia*..., dz. cyt., s. 32; M. Wolska, *Zaburzenia odżywiania się w perspektywie kulturowej i społecznej* [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna*..., dz. cyt., s. 111–114.

[30] *Diagnostic and Statistical*..., dz. cyt., s. 544–545.

[31] S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt., s. 34–35.

[32] Zob. m.in. tamże, s. 35–36. U dziewcząt przed okresem dojrzewania indeks wagi ciała jest niższy w porównaniu z ich rówieśnicami po pierwszej miesiączce.

[33] Tamże, s. 34–35.

BMI =	ciężar ciała wyrażony w kg
	wzrost wyrażony w m^2

Uzyskany w ten sposób wynik porównuje się z „Klasyfikacją zaburzeń masy ciała BMI", którą przedstawiam w zestawieniu 1[34].

Zestawienie 1. Klasyfikacja zaburzeń masy ciała w zależności od BMI

Indeks wagi ciała	Klasyfikacja zaburzeń masy ciała
poniżej 15	wyniszczenie
15–18,9	niedowaga
19–24,9	zakres prawidłowej wagi ciała
25–29,9	nadwaga
30–39,9	otyłość
40 lub więcej	chorobliwa otyłość

Źródło: opracowanie własne.

Wartość BMI w przedziale 15–17 świadczy o znacznej niedowadze i może nasuwać przypuszczenia, że dziewczyna choruje na anoreksję[35].

Trzeba zaznaczyć, że utrata masy ciała występująca w przebiegu anoreksji nie powinna być mylona z utratą masy ciała, którą można zaobserwować w przebiegu innych chorób, m.in. nadczynności tarczycy, cukrzycy, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, schorzeń podwzgórza i przysadki, nerwic, depresji, schizofrenii i bulimii[36]. W związku z tym, dokonując diagnozy anoreksji, należy najpierw wykluczyć występowanie innych schorzeń fizycznych lub psychicznych, w przebiegu których następuje spadek masy ciała.

Ad b) Dziewczęta chorujące na anoreksję bardzo obawiają się przytyć. Nie chcą być postrzegane jako grube. Silny lęk przed nadwagą skłania je np. do stosowania głodówek, uprawiania intensywnych ćwiczeń fizycznych, zażywania preparatów obniżających masę ciała lub łaknienie[37].

[34] Korzystam tutaj przede wszystkim z publikacji: S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja,* dz. cyt., s. 37.

[35] Tamże, s. 35.

[36] Por. M. Pilecki, *Diagnostyka zaburzeń odżywiania się* [w:] B. Józefik (red.), *Anoreksja i bulimia psychiczna*..., dz. cyt., s. 45–48.

[37] Zob. S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt., s. 33.

Ad c) Dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym, pomimo znacznej niedowagi, twierdzą, że są za grube. Najczęściej są niezadowolone ze swojego brzucha, ud i pośladków, a sylwetkę postrzegają jako nieproporcjonalną i nienaturalnie grubą[38]. Wygląd i waga ciała mają duży wpływ na samoocenę tych dziewcząt. Ponadto, nie dostrzegają one konsekwencji zbyt niskiej masy ciała. Za przykład mogą posłużyć prace plastyczne dziewcząt ze zdiagnozowaną anoreksją na temat „Takie jest moje ciało", które zamieszczono na stronach 21 i 22[39].

Ad d) Ograniczanie przez dziewczęta ilości przyjmowanego pokarmu, uprawianie ćwiczeń fizycznych wywołują zaburzenia w gospodarce hormonalnej. W konsekwencji u dziewcząt zanika miesiączka. Ten stan określa się jako *amenorrhoea*, czyli wtórny brak miesiączki[40].

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w DSM-IV wyróżnia dwa typy anoreksji:

a) „restrykcyjny" („ograniczający") – charakteryzuje się tym, że dziewczęta ograniczają ilość spożywanego pokarmu do minimum, bez regularnego „przejadania się" i stosowania takich zachowań „wydalających", jak: prowokowanie wymiotów, zażywanie środków przeczyszczających i/lub moczopędnych;
b) „żarłoczno-wydalający" – polega na ograniczaniu przez dziewczęta ilości przyjmowanego pokarmu i regularnym wywoływaniu wymiotów oraz stosowaniu środków przeczyszczających i/lub moczopędnych[41].

---

[38] S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt., s. 37–39; J. Rabe-Jabłońska, A. Dunajska, *Poglądy na temat zniekształconego obrazu ciała dla powstawania i przebiegu zaburzeń odżywiania*, „Psychiatria Polska" 1997, nr 31, s. 723–738.

[39] Prace plastyczne wykonano podczas spotkań w ramach grupy samopomocowej dla dziewcząt chorujących na anoreksję i bulimię psychiczną, którą prowadziłam od 2004 do 2007 roku. Spotkania odbywały się w różnych miejscach (np. sale na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku, dom prywatny) w zależności od możliwości lokalowych i akceptacji pacjentek.

[40] S. Abraham, D. Llevelyn-Jones, *Bulimia i anoreksja*, dz. cyt., s. 36.

[41] *Diagnostic and Statistical*..., dz. cyt., s. 541.