

KIEDY JEDZENIE STAJE SIĘ PROBLEMEM

mgr Małgorzata Gierszewska
mgr Monika Walczak



Podłoże zaburzeń w jedzeniu

CZYNNIKI KULTUROWE:

- Kultura zachodnia a kanony piękności
- Społeczne oczekiwania atrakcyjności
formułowane wobec kobiet
- Wpływ mediów a kształtowanie
wyobrażeń

Podłoże zaburzeń w jedzeniu

CZYNNIKI INDYWIDUALNE

- Zaburzony obraz siebie
- Silna potrzeba osiągnięć
- Perfekcjonizm
- Obniżony poziom odporności na stres
- Trudności w autonomicznym funkcjonowaniu

Podłoże zaburzeń w jedzeniu

CZYNNIKI RODZINNE

- Postawy modelowane przez rodziców
- Przecenianie społecznych oczekiwań
- Relacje rodzinne, które utrudniają osiągnięcie autonomii w okresie dojrzewania
- Występowanie zaburzeń odżywiania w rodzinie
- „Tajemnica czterech ścian”

Zaburzenia odżywiania i nieprawidłowe zachowania jedzeniowe

Specyficzne zaburzenia odżywiania	Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości	Nieprawidłowe zachowania żywieniowe
anoreksja psychiczna (AN)	syndrom jedzenia nocnego (NES)	zaburzenie odżywiania związane ze snem (SRED)
bulimia psychiczna (BN)	zespół kompulsywnego jedzenia (BED)	jedzenie pod wpływem stresu (EED)
zespół kompulsywnego objadania się (BED)	bulimia psychicznej (BN)	ortoreksja (ON)
		bigoreksja (BN)
		wilczy apetyt na słodczy

Kiedy jedzenie przestaje być przyjemnością

- gdy dziecko ma poczucie nadmiernej troski ze strony opiekunów
- gdy relacje między rodzicami są napięte,
- gdy dziecko czuje się samotne,
-
- gdy porcje na talerzu są zbyt duże,
- gdy nieustannie komentuje się to, jak wiele trudu włożono w przygotowanie jedzenia
- gdy jedzenie jest niesmaczne, za gorące lub zbyt chłodne.



Zaburzenia odżywiania to nie sprawa jedzenia...

- **Poprawa naszego samopoczucia,**
- **Zaspokojenie potrzeb emocjonalnych,**
- **Określenie swojej przestrzeni,**
- **Odwrócenie uwagi od innych trudności,**
- **wołanie o pomoc,**
- **Zaprzeczanie swojej tożsamości,**
- **Sprawowanie kontroli**



STATYSTYKA

- **33%** nastolatków w Polsce próbowało się odchudzać, stosując różne metody temu służące, również drastyczne. **(Wojtyła 2011);**
- **Ponad jedna czwarta** nastolatków deklaruje chęć obniżenia swojej masy ciała, z czego:
 - **połowa** zgłasza nadmierną konsumpcję,
 - **40%** odczuwa lęk przed otyłością,
 - **28%** odczuwa jadłowstręt,
 - **co dziesiąta** prowokuje wymioty. **(Wojtyła 2011);**
- **72%** dziewcząt przejawiało zachowania typowe dla zaburzeń odżywiania, takie jak: jedzenie w ukryciu, niemożność przerywania jedzenia, doświadczanie wstydu i nienawiści z powodu nadmiernego apetytu i przejadania się oraz potrzeba niepohamowanego jedzenia w sytuacji intensywnych przeżyć emocjonalnych. **(Lwow 2007);**

STATYSTYKA

- **aż 70% dziewcząt** przyznało, że odchudzały się w przeszłości lub były cały czas na diecie. (Lwow 2007);
- **Młodzież w wieku 11-15 lat postrzega swoją masę ciała nieadekwatnie w stosunku do stanu rzeczywistego:**
 - **co druga dziewczynka i co czwarty chłopiec uważa, że są zbyt grubi, co nie znajduje potwierdzenia we wskaźnikach BMI. (Kołobo 2004).**
- Wskazuje się, że w przypadku **anoreksji psychicznej**:
 - **wyzdrowienie obserwuje się u 40-77% pacjentów;**
 - **częściowa poprawa występuje w granicach od kilku procent do 40%;**
 - **chroniczny przebieg choroby stwierdza się u około 20% pacjentów;**
 - **10-20% osób chorujących umiera, a przyczynami śmierci są najczęściej niedożywienie oraz samobójstwo.**

W przypadku **bulimii psychicznej** wyniki badań podają, że:

- **wskaźniki poprawy wahają się od 30 o 60%;**
- **brak poprawy występuje od 5 do 25% pacjentek.**

ANOREKSJA



KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

ANOREKSJA

- A. Odmowa utrzymywania masy ciała na poziomie minimalnej masy prawidłowej dla wieku i wzrostu lub ponad tym poziomem np.**
- **spadek masy ciała prowadzący do utrzymywania masy ciała mniejszej niż 85% oczekiwanej albo**
 - **niepowodzenie osiągnięcia oczekiwanego przyrostu masy w okresie wzrostu prowadzące do masy ciała mniejszej niż 85% oczekiwanej.**
- B. Nasilona obawa przed przyrostem masy ciała i przytyciem, nawet w przypadku niedostatecznej masy ciała.**

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

ANOREKSJA

- C. Zakłócenie sposobu przeżywania masy i kształtu własnego ciała, **nadmierny wpływ masy ciała lub jego kształtu na samoocenę albo zaprzeczanie powadze aktualnie niskiej masy ciała.**
- D. U kobiet po rozpoczęciu miesiączkowania, brak miesiączki, tzn. **brak co najmniej trzech kolejnych cykli miesięcznych** (jeśli miesiączka występuje tylko w następstwie stosowania hormonów, np. estrogenów, kobieta uważana jest za niemiesiączkującą).

TYPY ANOREKSJI

ANOREKSJA RESTRYKCYJNA/ OGRANICZAJĄCA

Osoba chora systematycznie ogranicza porcje pokarmu do minimalnych ilości, ignoruje skutki nagłego spadku wagi, kłamie o ilościach spożywanych posiłków, je często w samotności i poddaje się intensywnym ćwiczeniom fizycznym .

ANOREKSJA TYPU BULIMICZNEGO/

Z NAPADAMI OBJADANIA SIĘ , PRZECZYSZCZANIA

inaczej typ **żarłoczno-przeczyszczający**, charakteryzuje się ograniczaniem racji pokarmowych z regularnymi okresami przejadania się, a następnie prowokowania wymiotów i zażywania leków, np. moczopędnych lub przeczyszczających.

SYMPTOMY ANOREKSJI ZWIAŹANE Z

**NAWYKAMI
ŻYWIENIOWYMI**

**OBRAZEM
WŁASNEGO
CIAŁA**

**Z POCZUCIEM
ZANIECZYSZCZANIA
CIAŁA**

NAWYKI ŻYWIENIOWE

- **Dieta pomimo szczupłej sylwetki**
- **Obsesja na punkcie kalorii**
- **Kłamstwa dotyczące ilości spożywanego jedzenia**
- **Koncentracja na temacie jedzenia**
- **Niecodzienne zachowania związane z jedzeniem**



OBRAZ WŁASNEGO CIAŁA

- **Duży spadek masy ciała w krótkim czasie**
- **Przekonanie o nadwadze pomimo bardzo szczupłej sylwetki**
- **Koncentracja na sylwetce**
- **Ciągłe krytykowanie swojego wyglądu**
- **Zaprzeczanie nadmiernej chudości**



ZANIECZYSZCZANIE CIAŁA

- Stosowanie tabletek na odchudzanie i środków przeczyszczających oraz moczopędnych.
- Wywoływanie torsji po spożytym posiłku.
- Kompulsywne ćwiczenia



PIERWSZE SYGNAŁY

ANOREKSJA

- szybki spadek masy ciała,
- omdlenia,
- odczuwanie zimna, drżenie ciała,
- chroniczne zmęczenie
- częste stosowanie głodówek, unikanie wspólnych posiłków,
- stosowanie wymówek, co do jedzenia,
- uprawianie intensywnych treningów,
- dzielenie posiłku na talerzu na bardzo drobne kawałki,
- „chomikowanie” jedzenia
- częste chodzenie do toalety,
- częste ważenie się,
- Ciągła obawa przed przytyciem

PIERWSZE SYGNAŁY

ANOREKSJA

- **zwolnienie czynności serca i tętna,**
- **niskie ciśnienie krwi,**
- **wzdęcia,**
- **zaparcia,**
- **krwawienie z odbytnicy,**
- **plucie krwią**
- **obrzęki dłoni i stóp**
- **sucha łuszcząca się skóra**
- **meszek na twarzy i ciele**
- **utrata włosów,**
- **zaburzenia miesiączkowania**
- **omdlenia**
- **bóle głowy**

ZMIANY PSYCHOLOGICZNE

ANOREKSJA

- nasilenie perfekcjonizmu,
- nasilenie tendencji do planowania i sztywnego trzymania się ustalonego sposobu działania,
- upór,
- egocentryzm,
- infantylizm,
- oszukiwanie, kłamstwa,
- izolacja społeczna,
- drażliwość,
- przejawy agresji, negatywne nastawienie wobec bliskich



PERSPEKTYWA RODZINNA

ANOREKSJA

- **UWIKŁANIE**
- **NADOPIEKUŃCZOŚĆ**
- **SZTYWNOŚĆ**
- **WŁĄCZANIE DZIECKA W KONFLIKTY RODZINNE**
- **NIEUMIEJĘTNOŚĆ ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW**



UWIKŁANIE

- Członkowie rodziny są ze sobą bardzo związani, troszczą się o siebie, są wobec siebie bardzo lojalni i odpowiedzialni
- Czują się jednocześnie bardzo samotni w rodzinie
- Wzajemna pomoc i oddanie nie wynikają z bliskości, ale z poczucia obowiązku
- Żyją w przekonaniu, że ich zadaniem jest troska o innych, a nie o siebie
- Granice w rodzinie zostają zatarte, kto jest dzieckiem, a kto rodzicem



NADOPIEKUŃCZOŚĆ

Więzi rodzinie są bardzo mocne, oparte na wzajemnej trosce

- **W rodzinie panuje przekonanie, że świat jest niebezpieczny i lepiej trzymać się razem i chronić wzajemnie**
- **Dominuje wielkie przeczulenie na wszelkie niepokojące sygnały**
- **Osoby żyjące takiej rodzinie poza nią czują się zagrożone i wyobcowane**



SZTYWNOŚĆ

- Brak umiejętności adaptacji i godzenia się ze zmianami,
- Rodzina przyjmuje zmiany jako zagrożenia ze strony świata zewnętrznego, zmiany są spostrzegane jako niepożądane i niebezpieczne,
- Rodzina posiada własne, niepodważalne zasady, które pozwalają jej wierzyć w słuszność ich postępowania



UNIKANIE KONFLIKTÓW

- Na skutek sztywności i nadopiekuńczości rodzina staje się bezradna wobec konfliktu,
- Rozmawianie o problemie zagraża rodzinnej harmonii,
- Ignoruje się istnienie konfliktu, maskuje problem, przewleka czasie
- Czasami bywa tak, że wyłącznie jeden z małżonków unika konfliktów, a drugi nie



WCIĄGANIE DZIECI KONFLIKTY MAŁŻEŃSKIE

- Ponieważ rodzice nie potrafią otwarcie rozwiązać problemów więc rozpoczynają grę , w której potrzebują sojusznika,
- Dzieci zaczynają pełnić rolę mediatorów, rozjemców
- Pojawienie się objawów nadaje „wspólny front” do działania dla rodziców, co powoduje, że konflikt małżeński chwilowo zostaje zażegnany



BULIMIA



KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

BULIMIA

A. Nawracające **epizody objadania się**. Epizod objadania się charakteryzuje się dwoma z następujących cech:

- jedzenie w wyodrębnionym okresie (np. w ciągu dwóch godzin) takiej ilości pożywienia, która zdecydowanie przekracza to, co większość ludzi zjadłaby w podobnym czasie w podobnych okolicznościach;
- poczucie braku kontroli nad jedzeniem w czasie takiego epizodu (np. poczucie, że nie można zaprzestać jedzenia lub zapanować na tym, ile się zjada).

B. Nawracające, nieodpowiednie zachowania kompensacyjne podejmowane w celu zapobieżenia przyrostowi masy ciała, takie jak: samoprowokowanie wymiotów, nadużywanie leków czyszczących, moczopędnych, wlewów przeczyszczających lub innych leków, głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne.

C. Samoocena pozostaje pod nadmiernym wpływem kształtu i masy ciała.

D. Zakłócenie nie występuje wyłącznie podczas epizodów Jadłowstrętu psychicznego.

TYPY BULIMII

BULIMIA Z PRZECZYSZCZENIAMI

podczas obecnego epizodu żarłoczności psychicznej osoba regularnie podejmuje prowokowanie przez siebie wymiotów lub nadużywanie leków czyszczących, moczopędnych albo wlewów przeczyszczających.

BULIMIA BEZ PRZECZYSZCZANIA

podczas obecnego epizodu żarłoczności psychicznej osoba regularnie wykonuje inne nieodpowiednie zachowania kompensacyjne, takie jak: głodowanie lub nadmierne ćwiczenia fizyczne, lecz nieregularnie podejmuje prowokowanie przez siebie wymiotów lub nadużywanie leków czyszczących, moczopędnych albo wlewów przeczyszczających.

PIERWSZE SYGNAŁY BULIMIA

- epizody objadanie się i podkradania jedzenia,
- „chomikowanie jedzenia”,
- unikanie wspólnych posiłków,
- nadmierne zainteresowanie jedzeniem i wagą,
- duże wahania wagi,
- korzystanie z toalety zaraz po posiłku,
- stosowanie środków odchudzających, przeczyszczających, odwadniających,
- okazywanie lęku przed przytyciem,

PIERWSZE SYGNAŁY BULIMIA

- pękające naczynka pod oczami,
- obrzęki ślinianek, zmiany chorobowe jamie ustnej,
- nadżerki przełyku,
- bóle gardła,
- próchnica, postępujące uszkodzenia szkliwa
- bóle, skurcze
- arytmia, kołatanie serca
- huśtawki nastroju,
- rany na dłoniach

ZMIANY PSYCHOLOGICZNE

BULIMIA

- nasilenie impulsywności,
- chwiejność emocjonalna,
- przejawy agresji i negatywne nastawienie do innych, zwłaszcza członków rodziny,
- brak poczucia odpowiedzialności
- oszukiwanie i kłamstwa,
- egocentryzm,
- opór,
- drażliwość,
- realizacja sztywnych zasad (uczta, niejedzenie, dieta)



PERSPEKTYWA RODZINNA

BULIMIA

- Nadmierne uwikłanie emocjonalne,
- Postawy nadopiekuńcze,
- Słaba autonomia członków rodziny
- Postulowanie konieczności rezygnowania ze swoich potrzeb na rzecz rodziny



PERSPEKTYWA RODZINNA

BULIMIA

- rodzina targana konfliktami, skłócona, chaotyczna
- panuje wysoki poziom stresu i niestabilność emocjonalna,
- nie daje swoim członkom oparcia, wiary i pewności siebie,
- dominuje komunikacja nie wprost,
- matki chorych na bulimię przejawiają tendencje do reagowania agresją i depresją,
- ojcowie są nerwowi, impulsywni i nie mają kontaktu z dzieckiem,
- panuje duże rozchwianie emocjonalne- konflikty rozwiązywane są w sposób nagły, impulsywny, gwałtowny
- większa tendencja do wstępowania w rodzinie nałogów,
- występowanie otyłości u członków rodziny

KOMPULSYWNE JEDZENIE



KOMPULSYWNE JEDZENIE

- brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych,
- zaburzenie odżywiania polegające na spożywaniu dużych ilości pokarmu w niekontrolowany sposób, bez odczuwania fizycznego głodu,
- określane także jako **"uzależnienie od jedzenia"**,



KOMPULSYWNE JEDZENIE

- okresowa **utrata kontroli** nad ilością spożywanego jedzenia,
- jednorazowe **spożywanie zbyt dużych** (w stosunku do osoby odżywiającej się normalnie) ilości pożywienia,
- podczas napadów - **spożywanie posiłków w sposób wyraźnie szybszy** niż podczas normalnego jedzenia,
- spożywanie pokarmów **aż do wystąpienia przykrych objawów przejedzenia**,
- **jedzenie w samotności**, celem uniknięcia wykrycia zaburzenia - uczucie wstydu i winy, występujące po napadzie.

PIERWSZE SYGNAŁY

KOMPULSYWNE JEDZENIE

- objadanie się, duża ilość wysokokalorycznego jedzenia,
- bezskuteczne przerywanie się z jednej diety na drugą,
- ograniczanie jedzenia w towarzystwie innych ludzi,
- wycofywanie się z życia towarzyskiego,
- unikanie zajęć i aktywności fizycznych,
- coraz większe zmęczenie i brak energii
- labilność nastroju,
- zaniżona samoocena



CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE

KOMPULSYWNE JEDZENIE

- charakterystyczne dla opisywanej przypadłości jest tzw. **"zajadanie problemów"**, polegające na tym, że osoba tłumi w ten sposób emocje i rozładowuje stres,
- **automatyczną reakcją** na stan podwyższonego napięcia czy lęku staje się jedzenie, które wydaje się pełnić rolę "narkotyku" pozwalającego zapomnieć o nieprzyjemnych przeżyciach, uczuciach czy ważnych decyzjach do podjęcia,
- po sesjach kompulsywnego obżarstwa osoba odczuwa często **poczucie winy** spowodowane nie tylko samymi napadami, ale także wynikającymi z nich problemami natury zdrowotnej, takimi jak nadwaga czy otyłość.

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE

KOMPULSYWNE JEDZENIE

- **Kompulsywne jedzenie zawiera w sobie aspekt buntu i skargi,**
- **Daje osobie chorej pozorne przekonanie o kontroli na swoim ciałem i władzę nad otaczającą ją rzeczywistością,**
- **Osoby boją się uzależnienia od innych, chcą być przekonane o własnej niezależności i samowystarczalności**



OSOBY Z GRUPY RYZYKA

- **Osoby słabo radzące sobie ze stresem i emocjami,**
- **Wychowanie w rodzinie gdzie jedzenie jest nierozdzielnie związane z emocjami,**
- **Osoby, wychowywane w rodzinie gdzie przywiązuje się dużą wagę do jedzenia**



PROFILAKTYKA I LECZENIE



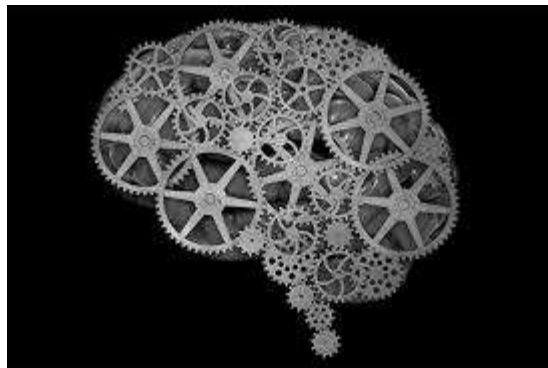
CO UTRUDNIA POWRÓT DO ZDROWIA

- **zaburzony obraz własnego ciała,**
- **zły stan somatyczny,**
- **Przyzwyczajenie do chorobowych nawyków,**
- **długi okres trwania choroby,**
- **niechęć i brak motywacji do zmiany i leczenia,**
- **niechęć rodziców do uczestnictwa w terapii rodzinnej,**
- **brak zaufania rodziców do osoby terapeuty,**
- **zbyt duża koncentracja na objawach chorobowych, „zaleczanie somatyczne”,**
- **Wzajemne obwinianie się członków rodziny,**
- **chaotyczne poszukiwanie pomocy, brak wytrwałości pozostawaniu w terapii**
- **poczucie sprawowania kontroli, poczucie siły/ wstydu i poczucia winy**



BŁĘDY POZNAWCZE UTRUDNIAJĄCE TERAPIĘ

- „WSTYDZĘ SIĘ SWOJEJ CHOROBY”
- „NIECH MNIE KTOŚ WRESZCIE WYLECZY!”
- „NIE WIEM, CZY POTRAFIĘ ŻYĆ BEZ WOJEJ CHOROBY?”
- „NIE LUBIĘ SIEBIE!”
- „JA I MOJE ZABUREZNIE JESTEŚMY JEDYNI I WYJĄTKOWI”



LECZENIE

- **Konsultacja psychologiczna i psychiatryczna**
- **Terapia psychologiczna indywidualna**
- **Terapie rodzinna (systemowa)**
- **Terapie na oddziałach szpitalnych**
- **Terapia ośrodkach zamkniętych**
- **Leczenie farmakologiczne**
- **Konsultacje z dietetykiem**
-



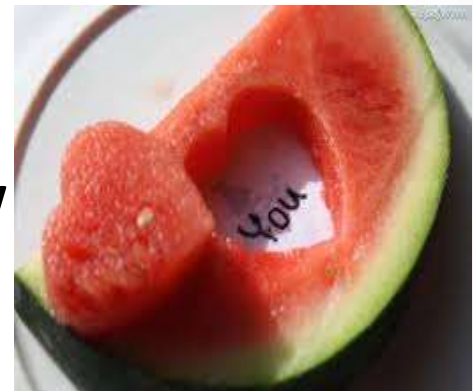
PROFILAKTYKA



- bilanse w szkołach,
- zaopatrzenie sklepików szkolnych,
- zajęcia psychoedukacyjne dla młodzieży i rodziców,
- kontrolowanie treści poszukiwanych w internecie,
- uwrażliwienie lekarzy rodzinnych, pielęgniarek na pierwsze symptomy zaburzeń odżywiania
- prowadzenie obserwacji w szkole- nauczyciele wychowania fizycznego
- prowadzenie treningów radzenia sobie ze stresem i emocjami,
- wzmacnianie samooceny, poczucia kompetencji, sprawstwa młodzieży

PROFILAKTYKA W RODZINIE

- **Obdarzanie dziecka uczuciem, budowanie więzi,**
- **Okazywanie dziecku uczuć i bezwarunkowej akceptacji,**
- **Wspomaganie dziecka w budowaniu pozytywnej i relane samooceny,**
- **Tworzenie sytuacji ułatwiających dziecku rozwijanie kompetencji społecznych,**
- **Troska o prawidłową wagę dziecka**
- **Dawanie swobody stosownie do wieku**
- **Uczenie dzieci rozwiązywani konfliktów**



**DZIĘKUJEMY
ZA
UWAGĘ!**

