Małgorzata Talarczyk

Anorexia nervosa

W sieci pułapek

Na podstawie wybranych publikacji autorskich

Małgorzata Talarczyk

Anorexia nervosa – w sieci pułapek
Na podstawie wybranych publikacji autorskich

Kup książkę

Kup książkę

Małgorzata Talarczyk

Anorexia nervosa – w sieci pułapek
Na podstawie wybranych publikacji autorskich

Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
Poznań 2019

Kup książkę

Recenzja
Prof. zw. dr hab. med. Andrzej Rajewski
Dr hab. n. med. Agnieszka Słopień

Redaktor prowadzący
Paulina M. Wiśniewska

Korekta
Anna Surendra

Projekt okładki
Studio Graficzne SILVA RERUM

Skład komputerowy
Munda Maciej Torz

Zdjęcie na okładce
https://pl.depositphotos.com @steho

© 2019 by Małgorzata Talarczyk
© 2019 by Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
All rights reserved

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu

SYSTEM
Specjalistyczny Gabinet Psychologiczny i Ambulatorium Terapii Zaburzeń Odżywiania

ISBN
978-83-65697-72-1 /druk/
978-83-65697-73-8 /e-book/

Wydanie I: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
www.wydawnictwo-silvarerum.eu
Poznań 2019

Druk i oprawa
Perfekt – Gaul i wspólnicy sp.j.
ul. Świerzawska 1, 60-321 Poznań

Skład ukończono w styczniu 2019

Kup książkę

Spis treści

Recenzje 7

Wstęp 11

I. Klasyfikacje: ICD-10 (poszerzona o ICD-11), DSM V 17

II. Rozumienie anoreksji w sensie psychologicznym, filozoficznym i społecznym 23
1. Diagnoza i co dalej? 25
2. Sieć mitów na temat anoreksji 27
3. Wolność, wola, sytuacje graniczne oraz kontekst społeczny w anoreksji 31
4. Jadłowstręt psychiczny na portalach internetowych – opis i analiza zjawiska 45
5. Poczucie godności w czasie chorowania na jadłowstręt psychiczny 59

III. Co wiemy o przyczynach, przebiegu i prognozie anoreksji 73
1. Czynniki ryzyka rozwoju jadłowstrętu psychicznego 75
2. Profilaktyka – pierwsze symptomy 81
3. Rozwój intelektualny, potrzeba osiągnięć oraz poziom samoakceptacji u chorych z jadłowstrętem psychicznym – badania własne . . 85
4. Cechy osobowości pacjentek z rozpoznaniem anoreksji psychicznej 93
5. Leczenie ambulatoryjne i szpitalne – zalecenia i wskazania 97
6. Rokowanie 103

Kup książkę

IV. Doświadczenia własne 105
1. Leczenie pacjentek w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu z opisem wybranych badań cech osobowości chorych z rozpoznaniem anoreksji 107
2. Psychoterapia grupowa chorych z jadłowstrętem psychicznym – program autorski 123
3. Praca skoncentrowana na ciele jako jedna z metod terapii pacjentek leczonych w klinice w Poznaniu – własne doświadczenia kliniczne 139
4. Psychoterapia indywidualna w leczeniu ambulatoryjnym – własna perspektywa terapeutyczna 153
5. Ambulatoryjna psychoterapia indywidualna skoncentrowana na pracy z obrazem własnego ciała – autorska wersja terapii. 157
6. Terapia rodzinna – wybrane zagadnienia 167
7. Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej – autorski model terapii 175
8. Anoreksja z perspektywy pacjentek i ich rodzin 191

V. Podsumowanie 207

O Autorce. 209

Kup książkę

Recenzje

1. Autorem książki jest psycholog kliniczny i psychoterapeuta, dr n. med. Małgorzata Talarczyk, zajmująca się od wielu lat terapią pacjentek z problemami odżywiania, zarówno anoreksji, jak i bulimii. W opracowaniu zawarła swoje doświadczenia praktyczne oraz rezultaty dokonań naukowych, które gromadziła, pracując z pacjentkami w ramach leczenia stacjonarnego w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UMP oraz w ramach ambulatoryjnej praktyki prywatnej. Prezentowana książka zawiera więc unikalne w literaturze połączenie wyników badań naukowych z praktycznymi doświadczeniami psychologa i psychoterapeuty.

   Poszczególne rozdziały w sposób niezwykle interesujący wprowadzają czytelnika w niuanse rozumienia zaburzeń odżywiana w aspekcie nie tylko psychologicznym. Cenne jest, prezentowane w drugim rozdziale, połączenie psychologicznych elementów zaburzenia z kontekstem filozoficznym i uwarunkowaniami społecznymi. W polskiej literaturze przedmiotu jest to próba nowatorska, dotychczas w ten sposób niepublikowana. Rozdział trzeci stanowi rzetelne opracowanie dotychczasowej wiedzy o anoreksji, poparte wynikami własnych badań. Obszerny rozdział czwarty prezentuje własne doświadczenia i realizowane programy terapii w leczeniu stacjonarnym i ambulatoryjnym. Dr Talarczyk prezentuje tu autorski program terapii grupowej oraz psychoterapii opartej na pracy z obrazem własnego ciała pacjentek. Niezwykle ważne są także uwagi dotyczące doświadczeń w zakresie terapii rodzin. Podsumowując ten rozdział, można stwierdzić, że stanowi on doskonały wzorzec do nauki psychoterapii indywidualnej, grupowej i rodzinnej stosowanej w leczeniu anoreksji. Ważnym elementem tego rozdziału jest też przedstawienie perspektywy istniejących problemów z punktu widzenia pacjentek i ich rodzin, co pozwala lepiej zrozumieć wspomniane w tytule pułapki czekające na terapeutę.

Kup książkę

Uważam, że książka zawiera bardzo cenny materiał praktyczny i naukowy. Jest napisana przystępnym językiem, co powinno ułatwić lekturę nie tylko fachowcom, ale i wszystkim czytelnikom zainteresowanym problemem anoreksji.

Na polskim rynku wydawniczym książka ta powinna stanowić ważną pozycję, zaspokajającą zapotrzebowanie na rzetelny opis problemu jadłowstrętu psychicznego i możliwości realnej pomocy terapeutycznej.

Prof. zw. dr hab. med. Andrzej Rajewski

specjalista psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży

Kup książkę

2. Jadłowstręt psychiczny jest zaburzeniem wieloczynnikowym, w przebiegu którego pacjenci są nadmiernie skoncentrowani na ilości i jakości spożywanych posiłków, masie ciała i jego kształcie, stale odczuwają lęk przed przytyciem, dlatego ich zachowania są ukierunkowane na zmniejszanie masy ciała i zwiększenie wydatku energetycznego, w efekcie czego wielokrotnie doprowadzają do skrajnego wyniszczenia organizmu. Pojawiające się w czasie trwania jadłowstrętu psychicznego powikłania somatyczne oraz dodatkowe zaburzenia psychiczne w 5–20% przypadków prowadzą do śmierci pacjentów.

Jednak, jak podkreśla Autorka, dziewczęta, bo im poświęcona jest książka, wielokrotnie nie mają poczucia choroby, uważają, że „ich sposób życia niewiele ma wspólnego z cierpieniem i słabościami. Wręcz przypisują sobie uprzywilejowaną pozycję na tle społeczeństwa ze względu na rygor codziennego funkcjonowania, jakiego się podejmują. […] ograniczają ideał piękna do chudości, uznając masę ciała jako jedyny wyznacznik atrakcyjności. Starają się też nadawać nowe znaczenie pojęciu normalnej wagi, gdzie chudość powinna być przyjęta jako przedział normalności. Natomiast swój stan zdrowia określają jako styl życia, domagając się akceptacji dla własnych wyborów". „[…] Spraw, by wyglądało to tak, jakbyś coś jadła. Nie skosztuj niczego. Jeśli zjesz, Twoja kontrola się zniszczy, czy tego chcesz? […] Ja cię wykreowałam, to chude, perfekcyjne dziecko. Jesteś moja i tylko moja. Beze mnie jesteś nikim. Więc nie walcz. […] Jestem Twoją najlepszą przyjaciółką i tak mam zamiar trzymać. Z poważaniem, Ana". Fragment cytatu z Listu od Any (dostępnego na licznych blogach ProAna).

Autorka, wykorzystując swoje wcześniejsze publikacje oraz wieloletnie doświadczenie, przybliża Czytelnikowi rozumienie jadłowstrętu psychicznego w kontekście psychologicznym, filozoficznym i społecznym, przedstawia przyczyny, przebieg oraz rokowanie zaburzenia. W sposób wyważony stara się dyskutować z istniejącymi na temat jadłowstrętu psychicznego mitami, zgłaszaną przez pacjentki silną wolą i poczuciem własnej niezależności, ich potrzebą osiągnięć i samoakceptacji. W książce znajdziemy również informacje dotyczące leczenia jadłowstrętu psychicznego, w tym bardzo cenne doświadczenia własne Autorki i jej programy autorskie z psychoterapii grupowej, skoncentrowanej na pracy z obrazem własne-

Kup książkę

go ciała, indywidualnej oraz rodzinnej, a także łączenia psychoterapii rodzinnej i indywidualnej. Nie mniej istotny jest również fragment dotyczący perspektywy samych pacjentek oraz ich rodzin.

Pomimo waloru naukowego książka jest napisana w sposób jasny i przystępny, stanowi rzetelne źródło wiadomości na temat opisywanego zaburzenia, dlatego polecam ją nie tylko profesjonalistom.

dr hab. n. med. Agnieszka Słopień

specjalista psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych,
certyfikowany psychoterapeuta PTP

Kup książkę

Wstęp

W oddawanej do rąk Czytelnika książce opisuję zaburzenie, jakim jest anoreksja psychiczna, z perspektywy ponad 30-letniej praktyki klinicznej i terapeutycznej. W opracowaniu odwołuję się do artykułów, których jestem autorką, opublikowanych w czasopismach naukowych, takich jak: „Psychoterapia", „Psychiatria Polska", „Psychiatria i Psychologia Kliniczna", „Archives of Psychiatry and Psychotherapy". Tak więc prezentowane w niniejszej książce refleksje, oparte na doświadczeniach terapeutycznych, mają wyłącznie autorski charakter. Dlatego też nie poruszam tu m.in. zagadnień dotyczących zaburzeń somatycznych i innych zaburzeń psychicznych towarzyszących anoreksji, prób samobójczych oraz innych niż systemowe paradygmatów psychoterapii. Omówienie tych zagadnień znajdzie Czytelnik m.in. w publikacjach takich Autorów, jak: Andrzej Rajewski, Irena Namysłowska, Barbara Józefik, Małgorzata Janas-Kozik, Agnieszka Gmitrowicz, Jolanta Rabe-Jabłońska, Filip Rybakowski, Cezary Żechowski.

W pracy (poza wstępem, klasyfikacją i podsumowaniem) wyodrębniłam trzy części: część dotyczącą rozumienia anoreksji w sensie psychologicznym, filozoficznym i społecznym, część opisująca przyczyny, przebieg i prognozę, oraz część, w której opisuję własne doświadczenia terapeutyczne.

Pragnę w tym miejscu podziękować Panu prof. dr hab. med. Andrzejowi Rajewskiemu – Recenzentowi książki – za sugestię wyodrębnienia w tekście trzech wyżej wymienionych części pracy.

– W części poświęconej rozumieniu anoreksji w sensie psychologicznym, filozoficznym i społecznym dzielę się refleksjami o trudnościach w nawiązaniu przymierza terapeutycznego z osobą chorą, opisuję sieć mitów na temat anoreksji jako jeden z czynników stanowiących trudność w psychoterapii pacjentek z rozpoznaniem anoreksji. W części tej opisuję również moje rozważania dotyczące objawów anoreksji w kontekście filozoficznym (nawiązując do teorii Carla Jaspersa i Ericha

Kup książkę

Fromma) oraz społecznego rozumienia zaburzeń w podejściu konstrukcjonizmu społecznego, a także udziału portali internetowych w przebiegu choroby. Na końcu tej części dzielę się refleksjami związanymi z poczuciem godności chorych w czasie trwania choroby oraz procesu leczenia.

– W części o przyczynach, przebiegu i prognozach anoreksji omawiam czynniki ryzyka rozwoju jadłowstrętu psychicznego i możliwej profilaktyki. Omawiam również własne badania rozwoju intelektualnego, potrzeby osiągnięć i poziomu aspiracji pacjentek z rozpoznaniem anoreksji. W kontekście terapeutycznym prezentuję także wyniki badań cech osobowości chorych, przeprowadzone przez zespół w składzie C. Żechowski, I. Namysłowska i wsp. w Warszawie oraz przez F. Rybakowskiego w Poznaniu. W części tej omawiam także rokowania oraz wskazania do leczenia – ambulatoryjnego oraz szpitalnego.

– W części poświęconej doświadczeniom własnym opisuję zasady i programy terapeutyczne, które miałam zaszczyt współtworzyć i tworzyć oraz realizować w leczeniu pacjentek hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM w Poznaniu oraz ich rodzin, a także przedstawiam propozycje terapeutyczne, które opracowałam, prowadząc leczenie ambulatoryjne.

Dlaczego anoreksja psychiczna?

Do napisania książki skłoniło mnie kilka powodów, m.in. chęć podzielenia się z grupą zawodową psychologów, psychoterapeutów oraz lekarzy psychiatrów doświadczeniami i refleksjami dotyczącymi przebiegu terapii chorych z rozpoznaniem anoreksji. Ważną dla mnie motywacją była także potrzeba opisania ogólnych (niezależnie od paradygmatu terapeutycznego) zasad terapii oraz zwrócenia uwagi na kryteria postępów w leczeniu, m.in. ustępowanie zagrażającego życiu objawu, jakim jest niedowaga. Chcę również podkreślić konieczność szczególnych kwalifikacji (klinicznych i terapeutycznych) terapeutów, którzy podejmują się pracy z pacjentami z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego. Kolejnym powodem jest dostarczenie informacji na temat anoreksji szerszemu odbiorcy (w tym też rodzinom chorych), mając na uwadze niewielką dostępność literatury w języku polskim na temat zaburzenia, przy jednoczesnej dużej dostępności różnego rodzaju publikacji w prasie czy na portalach społecznościowych, szerzących mity i półprawdy na ten temat. Jedną z motywacji jest też potrzeba i chęć zwolnienia z poczucia winy rodziców osób chorujących na anoreksję, którzy często po lekturach nie zawsze profesjonalnych doniesień czują się w pełni odpowiedzialni za chorobę swojego dziecka.

Kup książkę

Dlaczego tytuł *Anoreksja – w sieci pułapek*?

Słowo „sieć" na przestrzeni lat zmieniało swoje dominujące skojarzenia, a tym samym być może i znaczenie. Odwołując się do własnych wspomnień i skojarzeń, pamiętam, że przed kilkudziesięciu laty „sieć" kojarzyła się bezpośrednio (chyba głównie) z siecią rybacką, a pośrednio mogła być też kojarzona z pułapką. W takim rozumieniu „w sieci pułapek" może być interpretowane językowo jako tautologia lub terapeutycznie – jako paradoks. Ale sieć to też splot wielu pojedynczych nici, a z perspektywy klinicznej to splot różnych czynników. W ostatnich latach, w dobie internetu, określenie „sieć" wywołuje jedno główne skojarzenie, potwierdzają to też moi pacjenci, którzy na pytanie, z czym kojarzy się im słowo „sieć", jednogłośnie odpowiadają: z internetem. Sieć może być też komunikacyjna, co w sferze komunikacji relacyjnej (a nie drogowej) również wiąże się z internetem i różnego rodzaju portalami społecznościowymi. Tytuł *Anoreksja – w sieci pułapek* odnosi się więc do wszystkich wymienionych skojarzeń i wszystkie je integruje, bo zaburzenie odżywiania, jakim jest anoreksja, to pułapka dla chorej i jej rodziny, ale też w przebiegu choroby znaleźć można wiele nieracjonalnych paradoksów. Zaburzenie to ma także podłoże wieloczynnikowe, wpływa na relacje i komunikację, a część portali społecznościowych paradoksalnie zamiast wspierać osoby chore, wzmacnia objawy zaburzenia (m.in. poprzez rywalizowanie w odchudzaniu), wikłając chore w sieci zaburzenia.

Określenie *anorexia nervosa* ma swoje dwa odpowiedniki w języku polskim; jednym jest tłumaczenie wprost, czyli „anoreksja psychiczna", a drugi oddaje istotę zaburzenia w języku polskim, czyli „jadłowstręt psychiczny". Tego ostatniego, który brzmi „mniej elegancko", w praktyce nie stosują ani pacjentki, ani ich rodziny. W niniejszej publikacji będę używać zamiennie terminów *anorexia nervosa*, anoreksja psychiczna oraz polskiego określenia oddającego istotę zaburzenia, jakim jest jadłowstręt psychiczny.

O kim jest ta książka?

W książce opisuję wyniki badań oraz prowadzoną psychoterapię dziewcząt i kobiet z rozpoznaniem anoreksji psychicznej. Pominęłam chorujących chłopców i mężczyzn, którzy także byli i są moimi pacjentami, ale ich zachorowalność jest znacznie niższa niż u kobiet, bo na 50 leczonych dziewcząt statystycznie przypada pięciu chłopców. Częstotliwość zachorowań to tylko jedna z przyczyn pominięcia tej gru-

Kup książkę

py chorych; drugim powodem jest nieco odmienny zespół czynników, szczególnie społeczno-kulturowych, a także inny sposób pracy, szczególnie dotyczący obszaru pracy z obrazem ciała.

Dla kogo jest ta książka?

Opisane w książce doświadczenia i refleksje terapeutyczne kieruję do psychologów, psychiatrów, specjalistów kształcących się w psychoterapii, a także do studentów psychologii i medycyny. Natomiast dedykuję ją moim Pacjentkom i Ich Rodzinom, bo bez często bardzo trudnej pracy z Nimi nie mogłabym tak dogłębnie poznać tego zaburzenia. Pracy ze strony Pacjentek oraz Ich Bliskich towarzyszyły często łzy, lęk, zwątpienie, złość, czasem też krzyk. Łzy i krzyk wynikały nierzadko z faktu, że osoby chore nie akceptują rozpoznania anoreksji, nie czują się chore i nie chcą się leczyć, a walkę z chorobą o Ich życie i zdrowie traktują jak walkę ze sobą. Lęk o córkę zwykle towarzyszył rodzicom, czasem do lęku dołączało też zmęczenie i zwątpienie. A złość była emocją, której doświadczała zarówno Pacjentka, jak i Jej rodzice – Pacjentka z powodu poczucia „odbierania" Jej niezależności i samostanowienia, a rodzice z powodu zachowań córki i towarzyszącej tym zachowaniom rodzicielskiej frustracji i bezsilności.

Podziękowania

Pragnę podziękować każdej Pacjentce, z którą mogłam terapeutycznie pracować, za Jej walkę z chorobą i ze sobą, za przekraczanie granic, tych mentalnych i wagowych, które często na początku terapii wydawały się niemożliwe. Dziękuję też Pacjentkom za Ich szczerość, która nie zawsze bywała „szarmancka", ale zawsze była przeze mnie rozumiana i doceniana. Dziękuję moim Pacjentkom, że żyją…

Jestem pełna uznania dla Rodziców osób chorych, którzy w terapii ambulatoryjnej, będąc w pełni odpowiedzialni za odżywianie swoich córek, z tak wielkim zaufaniem współpracowali ze mną. Dziękuję za przymierze terapeutyczne, jakie wspólnie z Rodzicami budowaliśmy, bo w początkowym etapie leczenia nie było możliwe przymierze z Pacjentką. Dziękuję Rodzicom za ich poświęcenie, za reorganizację życia osobistego i zawodowego, by móc współpracować w leczeniu, a później starać się utrzymać i utrwalić efekty terapii. Bez zaufania i współpracy ze strony Rodziców wyleczenie chorej na jadłowstręt psychiczny nastolatki nie byłoby możliwe.

Kup książkę

Dojrzałością, empatią i wyrozumiałością wykazywało się też często rodzeństwo osoby chorej na anoreksję, którego pozycja w rodzinie w czasie choroby siostry była drugo- lub trzecioplanowa. Rodzeństwo bywało milczącym świadkiem walki rodziców o życie i zdrowie siostry. Dla rodzeństwa były to często lekcje szybszego dojrzewania.

Dziękuję moim serdecznym koleżankom: psychologowi mgr Elżbiecie Michalak oraz rehabilitantce mgr Iwonie Nowakowskiej za wyjątkową współpracę w zakresie prowadzenia psychoterapii grupowej i rodzinnej (mgr Elżbieta Michalak) oraz pracy z ciałem chorych z rozpoznaniem anoreksji (mgr Iwona Nowakowska). Dziękuję moim kolegom lekarzom psychiatrom i psychoterapeutom: dr. n. med. Rafałowi Antkowiakowi i dr. n. med. Romanowi Ciesielskiemu za wspólnie prowadzone w klinice procesy terapii rodzinnej. To był piękny, cenny i kreatywny czas pracy zespołowej, wzajemnych dyskusji, inspiracji i pozytywnych emocji.

Dziękuję Pani dr n. med. Bożenie Gąsiorowskiej, ordynator w latach 1969–1990 Oddziału Psychiatrii Dziecięco-Młodzieżowego Kliniki Psychiatrii w Poznaniu, za tworzenie wyjątkowo życzliwej atmosfery i stymulowania nas – personelu do szukania własnych pomysłów i rozwiązań w pracy z pacjentami.

Dziękuję Panu prof. dr. med. Andrzejowi Rajewskiemu za otwartość i akceptację dla moich pomysłów i projektów terapeutycznych, za wsparcie w pracach badawczych, za zaufanie i wspieranie na różnych etapach mojego rozwoju zawodowego.

Kup książkę

Kup książkę

I.
Klasyfikacje: ICD-10 (poszerzona o ICD-11), DSM V

Kup książkę

Kup książkę

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*)

Jadłowstręt psychiczny (AN) w aktualnie obowiązujących klasyfikacjach: Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (ICD) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM V zaliczany jest do grupy zaburzeń odżywiania [1, 2, 3]. Obecnie (w trakcie pisania niniejszego tekstu) obowiązuje w Polsce Klasyfikacja ICD-10, ale jest już opracowana i dostępna online klasyfikacja ICD-11, a ponieważ zawiera istotne zmiany, dlatego też przytaczam również propozycje klasyfikacyjne ICD-11 [1, 2].

Według kryteriów diagnostycznych w klasyfikacji ICD-10 dla rozpoznania anoreksji psychicznej konieczne jest stwierdzenie następujących objawów:

a) spadek masy ciała lub – w przypadku dzieci – nieprzybieranie na wadze, które powoduje, że masa ciała jest co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej dla wieku i wagi;
b) utrata masy ciała jest wywołana przez chorego poprzez unikanie tuczących pokarmów;
c) samoocena siebie jako osoby otyłej – wyobrażenie własnego ciała jest zaburzone i przyjmuje postać specyficznego zespołu psychopatologicznego, powodującego narzucenie sobie niskiego limitu masy ciała;
d) obejmuje wiele układów – zaburzenia endokrynne i osi przysadkowo-gonadalnej, co u kobiet przejawia się zanikiem miesiączkowania, a u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i potencji (wyjątkiem jest utrzymywanie się krwawień u kobiet anorektycznych stosujących leczenie hormonalne, najczęściej w postaci środków antykoncepcyjnych);
e) zaburzenie nie spełnia kryteriów żarłoczności psychicznej (*bulimia nervosa*) [1]*.

W klasyfikacji ICD-11 zaburzenia karmienia i odżywiania ujęto w jednej grupie, obejmującej kategorie diagnostyczne pojawiające się u dzieci, młodzieży oraz dorosłych, w której wyróżniono poszczególne jednostki chorobowe: 1) Jadłowstręt psychiczny, 2) Bulimia, 3) Zaburzenie z napadami objadania się (*Binge eating disorder*), 4) Zaburzenia polegające na unikaniu/ograniczaniu przyjmowania pokarmów (*Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*, AFRID), 5) Pica, 6) Zaburzenie ulewania i przeżuwania pokarmu (*Rumination-regurgitation disorder*). Wymagania

* W bibliografii zastosowano system Vancouver, zgodnie z wymogami czasopism, w których artykuły zostały opublikowane.

Kup książkę

diagnostyczne dla jadłowstrętu psychicznego nieznacznie zmodyfikowano. Podkreślono, że rozumienie istotnego obniżenia masy ciała powinno uwzględniać nie tylko wzrost, ale również wiek i poziom rozwoju pacjenta. Tym samym u dorosłych o znacznej niedowadze (*anorexia nervosa with significantly low body weight*) mówimy w przypadku BMI poniżej 18,5 kg/m^2, natomiast u dzieci i młodzieży BMI poniżej piątego centyla. Usunięto kryterium dotyczące braku miesiączki, natomiast wprowadzono minimalny czas trwania zaburzenia wynoszący cztery tygodnie. Pozostałe kryteria nie uległy istotnym zmianom. Niska masa ciała osiągana przez pacjentów wiąże się ze stałymi zachowaniami, typowo związanymi z lękiem przed przytyciem, a zapobiegającymi przywróceniu prawidłowej masy ciała, które mogą obejmować ograniczenia dietetyczne, przeczyszczanie się, zachowania powodujące zwiększenie wydatku energetycznego. Niska masa ciała lub jego obraz istotnie kształtują samoocenę pacjentów lub są przez nich nieadekwatnie postrzegane. Ustalono również zagrażająco niską masę ciała (*anorexia nervosa with dangerously low body weight*) na poziomie BMI dla dorosłych poniżej 14 kg/m^2, a u dzieci i młodzieży poniżej 0,3 centyla. Podkreślono, że stan ciężkiej niedowagi jest ważnym czynnikiem prognostycznym, związanym z wysokim ryzykiem powikłań fizycznych i istotnie zwiększoną śmiertelnością. Wyróżniono również jadłowstręt psychiczny z normalizacją masy ciała (dorośli BMI > 18,5 kg/m^2, a dzieci i młodzież powyżej piątego centyla) (*anorexia nervosa in recovery with normal body weight*). Diagnoza ta powinna być stawiana do momentu osiągnięcia pełnego i trwałego powrotu do zdrowia, które oznacza utrzymywanie prawidłowej masy ciała i zaprzestanie zachowań mających na celu jej zmniejszenie. W każdym przypadku powinien być ustalony także typ przebiegu jadłowstrętu psychicznego, a mianowicie restrykcyjny, objadająco-przeczyszczający i nieokreślony. Dodatkowo można ustalić typ niedożywienia, a mianowicie: niedowagę u niemowląt, dzieci i młodzieży, wyniszczenie u niemowląt, dzieci i młodzieży, ostre niedożywienie u niemowląt, dzieci i młodzieży, skarłowacenie (niski wzrost dla wieku) u niemowląt, dzieci i dorosłych oraz niedowagę u dorosłych. Pojawiły się ponadto nowe kategorie zaburzeń z napadami objadania się i zaburzeń odżywiania polegających na unikaniu lub ograniczaniu przyjmowania pokarmów. Poszerzono również kategorię bulimii, włączając subiektywne napady objadania się. Stworzono kategorię Mieszane Zaburzenia Odżywiania się w celu opisania objawów pacjentów, które w różnych okresach zaburzenia spełniają kryteria zarówno jadłowstrętu psychicznego, jak i bulimii. Oczekuje się, że wprowadzone zmiany zmniejszą częstotliwość diagnozowania nieokreślonych zaburzeń odżywiania, które są dość powszechne [2].

Kup książkę

Kryteria diagnostyczne *anorexia nervosa* według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) DSM V:

A. Ograniczenie dziennego spożycia kalorii w stosunku do potrzeb, prowadzące do znacząco niskiej wagi ciała przy uwzględnieniu wieku, płci, trajektorii rozwojowej oraz zdrowia fizycznego. Znacząco niska waga ciała jest definiowana jako waga ciała niższa niż minimalna oczekiwana waga.
B. Intensywny strach przed przytyciem lub staniem się osobą otyłą lub uporczywe zachowanie, które zakłóca przybieranie na wadze, chociaż ciężar ciała jest znacząco niski.
C. Zaburzenie w sposobie doświadczania własnej wagi i kształtu ciała, nadmierny wpływ wagi i kształtu ciała na samoocenę lub uporczywy brak świadomości powagi aktualnie niskiej wagi ciała.

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych według DSM V wyodrębnione zostały dwa typy jadłowstrętu psychicznego: typ restrykcyjny oraz typ żarłoczno-wydalający.

1. Typ „restrykcyjny" (*restricting type*): w trakcie *anorexia nervosa* w ostatnich trzech miesiącach nie dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się lub zachowań „wydalających" (np. indukowanych wymiotów, nadużywania środków przeczyszczających lub diuretyków). Utrata wagi jest spowodowana głównie poprzez stosowanie diety, poszczenie lub/i intensywne ćwiczenia fizyczne.
2. Typ „żarłoczno-wydalający" (*binge eating/purging type*): w ostatnich trzech miesiącach w przebiegu anoreksji dochodzi do regularnych epizodów niekontrolowanego objadania się i zachowań „wydalających" (indukowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających i/lub odwadniających, lewatyw) [3, 4].

W klasyfikacji DSM V określone zostały warunki częściowej i pełnej remisji.

Częściowa remisja: przez dłuższy czas od ustalenia rozpoznania jadłowstrętu psychicznego kryterium A (niedostateczna masa ciała) nie było spełnione, ale spełnione były kryteria B (silna obawa o zwiększenie masy albo utrzymujące się zachowania wpływające na zmniejszenie masy ciała).

Pełna remisja: przez dłuższy czas od ustalenia rozpoznania jadłowstrętu psychicznego nie były spełnione żadne kryteria tego rozpoznania [4].

Diagnostycznie należy określić aktualną intensywność objawów:

A. U osób dorosłych intensywność objawów jest oceniania na podstawie indeksu masy ciała – BMI.

Kup książkę

B. U dzieci i młodzieży „poniżej 15 r.ż. ciężkość objawów określa się na podstawie centyli wskaźnika masy ciała (BMI – *body mass index*) lub centyli masy ciała i wzrostu odpowiednio do wieku. Różnica więcej niż dwóch kanałów centylowych pomiędzy masą ciała odpowiednia dla wieku a wzrostem, również w odniesieniu do wieku, świadczy o zaburzeniu. W przypadku osób powyżej 15 r.ż. ciężkość zaburzenia określa się na podstawie aktualnego wskaźnika masy ciała" [3, s. 248].

Stopnie niedoboru masy ciała na podstawie BMI:
Łagodny: BMI > 17 kg/m^2
Umiarkowany: BMI 16–16,99 kg/m^2
Ciężki: BMI 15–15,99 kg/m^2
Bardzo ciężki: BMI < 15 kg/m^2 [3].

Podstawą klasyfikacji anoreksji psychicznej jest kryterium kliniczno-opisowe. Przyjmuje się, że anoreksja jest zaburzeniem o podłożu wieloczynnikowym, m.in. biologicznym, osobowościowym, rodzinnym, społeczno-kulturowym.

Piśmiennictwo

1. ICD-10 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania; 2000.
2. Kryteria ICD-11, https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f263852475 [dostęp: 11.11.2018].
3. DSM V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 2013.
4. Janas-Kozik M., Rajewski A. Zaburzenia odżywiania. W: Gmitrowicz A., Janas-Kozik M. (red.). Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Warszawa: Medical Tribune; 2018.

Kup książkę

O Autorce

Pracując jako psycholog kliniczny i psychoterapeuta, od 30 lat zajmuję się różnymi problemami i zaburzeniami dzieci i młodzieży, osób dorosłych oraz rodzin. Zaburzenia odżywiania stanowią bardzo ważny obszar mojej praktyki klinicznej i terapeutycznej. W 2010 roku wydana została książka, którą poświęciłam bulimii pt. *Bulimia – przepisy, paradoksy i zaklęcia*. A teraz w oddawanej do rąk Czytelnika publikacji dzielę się doświadczeniami, refleksjami i propozycjami terapeutycznymi dotyczącymi anoreksji.

Jeszcze raz dziękuję Recenzentom książki, Panu prof. dr. hab. n. med. Andrzejowi Rajewskiemu oraz Pani dr hab. med. Agnieszce Słopień, za wnikliwe uwagi i sugestie.

Małgorzata Talarczyk
www.system-terapia.pl

Kup książkę

Dr n. med. Małgorzata Talarczyk - specjalista psychologii klinicznej. Certyfikowany psychoterapeuta - Certyfikat Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, oraz certyfikowany terapeuta systemowy – Certyfikat nadany przez Międzynarodowe Towarzystwo Terapii Systemowej INST (Niemcy – Heidelberg) i Saarlandzkie Towarzystwo Terapii Systemowej SGST. Konsultant psychologii klinicznej dziecka.

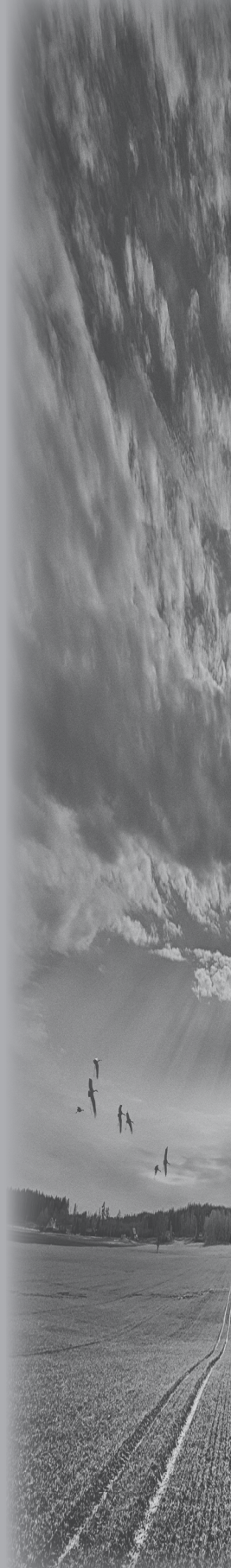
www.system-terapia.pl

Poszczególne rozdziały w sposób niezwykle interesujący wprowadzają czytelnika w niuanse rozumienia zaburzeń odżywiana w aspekcie nie tylko psychologicznym. Cenne jest połączenie (…) psychologicznych elementów zaburzenia z kontekstem filozoficznym i uwarunkowaniami społecznymi. W Polskiej literaturze przedmiotu jest to próba nowatorska, dotychczas w ten sposób nie publikowana.

Prof. zw. dr hab. med. Andrzej Rajewski
Specjalista psychiatrii i psychiatrii dzieci i młodzieży

Książce odnajdziemy informacje dotyczące leczenia jadłowstrętu psychicznego, w tym bardzo cenne doświadczenia własne Autorki i jej programy autorskie z psychoterapii grupowej, skoncentrowanej na pracy z obrazem własnego ciała, indywidualnej oraz rodzinnej, a także łączenia psychoterapii rodzinnej i indywidualnej. Niemniej istotny jest również fragment dotyczący perspektywy samych pacjentek oraz ich rodzin. Pomimo waloru naukowego, książka jest napisana w sposób jasny i przystępny, stanowi rzetelne źródło wiadomości na temat opisywanego zaburzenia, dlatego polecam ją nie tylko profesjonalistom.

Dr hab. n. med. Agnieszka Słopień
Specjalista psychiatrii dzieci, młodzieży i dorosłych
Certyfikowany psychoterapeuta PTP



ISBN 978-83-65697-72-1
9 788365 697721

SILVA RERVM

www.wydawnictwo-silvarerum.eu

Kup książkę