UCZEŃ Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

Odżywianie jest ważną sferą w życiu człowieka. Różnorodne przeżywane przez nas stresy są częstym powodem utraty apetytu, podjadania lub nadmiernego apetytu. Różne choroby somatyczne również bywają związane z jego zaburzeniem. We wczesnym okresie życia dziecko w sferze odżywiania jest całkowicie zależne od opiekunów. Rodzina jest głównym środowiskiem, w którym kształtowane są zwyczaje żywieniowe, więc problemy związane z zaburzonym odżywianiem dziecka stają się stresem dla całej rodziny. W szczególności we wczesnym okresie życia dziecka odstępstwa od prawidłowego wzorca odżywiania lub od wyobrażeń opiekunów na ten temat mogą się stać przyczyną nadmiernego lęku i koncentracji na sferze odżywiania, co w niektórych przypadkach nasila problem bądź staje się jego źródłem. W okresie dzieciństwa i niemowlęctwa może mieć początek cała gama zaburzeń odżywiania o podłożu psychologicznym. Do zaburzeń odżywiania zaliczane są powszechnie znane: **jadłowstręt psychiczny** (*anorexia nervosa*), **żarłoczność psychiczna** (*bulimia nervosa*) oraz mniej uświadamiane przez społeczeństwo **przejadanie** związane z czynnikami psychologicznymi (często będące przyczyną tzw. otyłości prostej) i **wymioty psychogenne**. Zaburzenia w odżywianiu mogą prowadzić do wychudzenia i wyniszczenia organizmu, bądź do nadwagi i otyłości. Mogą być również przyczyną groźnych dla życia zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu (zmiany w narządach, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia nawodnienia organizmu). Obecnie opiekunowie dzieci z zaburzeniami odżywiania, a w szczególności chorych na jadłowstręt psychiczny, dość wcześnie zgłaszają się po pomoc do profesjonalistów. Związane jest to w dużej mierze z popularyzacją wiedzy na ten temat. Jednak może się zdarzyć, że rodzice długo nie zauważają problemu, a zły stan odżywienia zwraca uwagę osób spoza rodziny.. Wszelkie dłużej utrzymujące się problemy związane ze sposobem odżywiania dzieci i młodzieży oraz zaburzenia w stanie odżywienia (wychudzenie, wyniszczenie, otyłość) powinny być jak najszybciej zdiagnozowane.

NIEPOKOJĄCE ZACHOWANIA DZIECKA

W przypadku małych dzieci niepokojące są następujące problemy związane z odżywianiem:

• spożywanie zbyt małych ilości pożywienia;
• odmowa jedzenia
• odruchy wymiotne, wymioty;
• brak zainteresowania jedzeniem lub zainteresowanie zbyt rzadkie;
• odmowa spożywania pokarmów urozmaiconych, uboga dieta
• lęk w porze posiłków, lęk przed połykaniem pokarmów
• jedzenie posiłków w porach innych, niż pozostali domownicy
• zbyt wolny rozwój fizyczny przy braku przyczyn medycznych.

Pierwszymi objawami, które mogą wskazywać na zagrożenie wystąpieniem zaburzeń odżywiania (anoreksja, bulimia) mogą być:

• nadmierna koncentracja na sylwetce
• wyrażanie niezadowolenia ze swojej sylwetki
• podejmowanie odchudzania, mimo że dziecko jest szczupłe
• odchudzanie z wyznaczeniem sobie zbyt niskiej docelowej masy ciała;
• nadmierne zainteresowanie rodzajami diet i kalorycznością posiłków
• sztywne przekonania dotyczące odżywiania (np. „nigdy nie tknę słodyczy”)
• drastyczna zmiana sposobu odżywiania

• lęk przed zmianą sposobu odżywiania, utratą kontroli nad jedzeniem
• bardzo wolne tempo jedzenia, nieestetyczne jedzenie
• manipulowanie jedzeniem — oszukiwanie, wyrzucanie jedzenia
• unikanie spożywania posiłków w obecności innych osób w domu
• nadmierne zainteresowanie sprawami kuchni, przepisami kulinarnymi
• nadmierna, obsesyjnie podejmowana aktywność fizyczna
• stosowanie w celu odchudzania metod takich jak: prowokowanie wymiotów
• załamanie rozwoju dziecka — spadek masy ciała skutkujący wychudzeniem
• znaczne wahania masy ciała w krótkich okresach czasu
• w trakcie odchudzania dziecko dotychczas zgodne i pogodne staje się ponure
• opór, drażliwość, konfliktowość w porach spożywania posiłków
• zjadanie zbyt dużych ilości pożywienia, najczęściej w samotności
• nieregularne miesiączki lub ich zanik

W przypadku wymiotów psychogennych:
• występowanie samoistnych (bez prowokacji) nudności i wymiotów

Przejadanie się psychogenne:
• zjadanie zbyt dużych ilości pożywienia, zbyt częste podjadanie.
• obsesyjne myślenie o jedzeniu, szukanie w nim pocieszenia.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA U MAŁYCH DZIECI

Spadek apetytu, kłopoty w odżywianiu i spadek masy ciała u małych dzieci (do 6 r.ż.) mogą mieć podłoże nieorganiczne, czyli związane są z czynnikami psychologicznymi. Rozpoznaje się je wówczas, gdy u dziecka występują utrwalone (trwające powyżej 1 miesiąca) problemy w przyjmowaniu jedzenia lub uporczywe wymioty. Należy tutaj uwzględnić możliwość występowania przemijających trudności w jedzeniu, które mogą się pojawić w początkowym okresie po pójściu do przedszkola jako przejaw trudności adaptacyjnych i które zazwyczaj nie wymagają interwencji. Jeżeli u dziecka obserwowany jest spadek masy ciała, brak przyrostu masy ciała i wzrostu, bądź w wyniku zaburzeń w odżywianiu pojawiają się jakieś problemy zdrowotne, konieczne jest przeprowadzenie badań diagnostycznych w celu określenia ich przyczyn. W przypadku wykluczenia przyczyny medycznej dziecko będzie wymagało konsultacji psychologicznej. Niepokojące jest również utrwalone lub powtarzające się zjadanie substancji niejadalnych (zaburzenie zwane *pica*). Może to być w niektórych przypadkach związane z niedoborową dietą (np. z niedoborem wapnia bądź żelaza) lub nie spowodowane celowo – połknięcie przedmiotu trzymanego w ustach przez przypadek. W innych sytuacjach związane jest to z zaburzeniami psychicznymi bądź problemami psychologicznymi i wymaga szybkiej diagnostyki i leczenia ze względu na liczne zagrożenia dla zdrowia (np. zatrucie metalami ciężkimi). Najczęściej występujące problemy w odżywianiu, pojawiające się w okresie wczesnego dzieciństwa to:
• zaburzenia w odżywianiu wynikające z zaburzeń relacji opiekun—dziecko (zaburzenia więzi);
• odmowa jedzenia w wieku niemowlęcym (tzw. anoreksja dziecięca);
• jedzenie selektywne.
W przypadku zaburzeń więzi początek spowodowanego nimi zaburzenia odżywiania ma miejsce w okresie niemowlęcym i wynika z deprywacji podstawowych potrzeb psychicznych dziecka lub z przemocy. Dziecko wtedy rozwija się słabo — jest zbyt niskie przy prawidłowej masie ciała.
W przypadku selektywnego odżywiania, dziecko nie ma trudności w spożywaniu akceptowanych posiłków, odmawia natomiast spożywania posiłków o innym smaku, zapachu, konsystencji, a czasami kolorze. Czasami dieta dziecka z tym zaburzeniem ogranicza się do kilku akceptowanych potraw. Takie odżywianie staje się problemem, kiedy jest przyczyną niedoborów, prowadzi do zaburzeń motoryki jamy ustnej, powoduje, że dziecko gorzej rozwija się fizycznie lub powoduje trudności w życiu społecznym dziecka. Przyczyny tego zaburzenia mogą być różne, np. zaburzenia integracji sensorycznej,

modelowanie zachowań wobec jedzenia w rodzinie (inny „niejadek” w rodzinie), uzyskiwanie dodatkowej troski i uwagi ze strony rodziny itp.

MAŁE DZIECKO Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

- Jeżeli odmowa spożywania posiłków w przedszkolu związana jest z problemami adaptacyjnymi, należy rozważyć, czy powinno dalej uczęszczać do przedszkola lub zaproponować krótszy pobyt dziecka w przedszkolu w celu stopniowej adaptacji. W takiej sytuacji wskazana jest konsultacja psychologa/terapeuty i ewentualna terapia.
- Jeżeli w przedszkolu wychowawcę niepokoi sposób odżywiania się dziecka, powinien zgłosić to jego rodzicom/opiekunom opisując, co go niepokoi.
- W przypadku problemów z odżywianiem, wskazana jest diagnostyka pediatryczna ich przyczyn i/lub konsultacja psychologiczna/terapeutyczna. Jeżeli dziecko było diagnozowane i objęte jest pomocą terapeutyczną/lekarską, wychowawca może aktywnie uczestniczyć w programie terapeutycznym.
- Gdy u dziecka występują objawy anoreksji dziecięcej należy zachować spokojną atmosferę, spokojnie i życzliwie proponować zjedzenie posiłku. Posiłki powinny być estetycznie podane. Nie należy okazywać dziecku zbyt dużo uwagi, kiedy odmawia jedzenia, natomiast pochwalić jeżeli zjadło posiłek.
- W przypadku gdy dziecko odżywia się selektywnie, nie należy go zmuszać do zjadania nieakceptowanych potraw, należy dać mu na posiłek pokarm akceptowany. Wskazane jest zachęcanie dziecka do spróbowania chociaż niewielkiej ilości nowej dla niego potrawy, chwaląc za podjęcie próby. Obecność innych dzieci, które jedzą daną potrawę z apetytem, może motywować dziecko do przełamania oporów.
- W przypadku, gdy zaburzeniu towarzyszą zaburzenia motoryki jamy ustnej lub współwystępuje u niego wada wymowy, wskazane są zajęcia logopedyczne.

DZIECKO Z JADŁOWSTRĘTEM PSYCHICZNYM

Jadłowstręt psychiczny jest chorobą, która zazwyczaj rozpoczyna się w okresie dorastania. Osoba chora świadomie rozpoczyna odchudzanie z powodu braku satysfakcji ze swojego wyglądu i sylwetki ciała. Odchudzanie się jest dość powszechnie podejmowane przez nastolatki i młode osoby dorosłe, jednak tylko u niektórych przeradza się w chorobę, co zależne jest od wielu różnych czynników. W przeciwieństwie do zdrowego odchudzania, odchudzanie w jadłowstręcie psychicznym staje się niekończącym się procesem prowadzącym do wychudzenia (a czasami skrajnego wyniszczenia), nieprawidłowego funkcjonowania wielu narządów ciała; dość często staje się też przyczyną stanu zagrożenia życia, a nawet śmierci. Przyjmuje się, że graniczny, konieczny do rozpoznania typowej postaci choroby, niedobór masy ciała wynosi minimum 15%.

Wygląd osoby chorej na anoreksję może przybierać różnorodną postać — od nadmiernej szczupłości do skrajnego wyniszczenia z powikłaniami takimi jak w chorobie głodowej (obrzęki twarzy, brzucha, nóg lub innych części ciała, spowodowane niedoborem białka). Spadek masy ciała może postępować powoli lub być bardzo gwałtowny i przekraczać 1 kg na tydzień. Jeżeli otoczenie próbuje kontrolować sposób odżywiania dziecka, obserwuje się jego opór wobec sugestii dotyczących zwiększenia ilości posiłków, ukrywanie i wyrzucanie jedzenia, niechęć do wspólnych posiłków. Pora spożywania posiłków może wywoływać napięcie u rodziców, którzy chcą nakarmić dziecko albo przekonać lub zmusić je do normalnego jedzenia. Może również prowadzić do uporu i buntu nastolatka, który odmawia jedzenia z obawy przed utratą kontroli, przyrostem masy ciała, otyłością i wyrzutami sumienia. Powrót do prawidłowego sposobu odżywiania jest utrudniony, ponieważ dziecko chore na anoreksję zazwyczaj nie czuje się chore. Nieprawidłowo ocenia swoją figurę, uważa, że nadal całe jest zbyt grube, wyznacza sobie zbyt niską upragnioną masę ciała, do której z uporem dąży. Kiedy już planowaną wagę osiągnie, wyznacza sobie jeszcze niższy próg masy ciała. Towarzyszy mu silny lęk przed przytyciem i otyłością, poczucie winy, gdy zmieni narzucony sobie sposób odżywiania. Samoocena w okresie choroby w największym stopniu uzależniona jest od szczupłej sylwetki i niskiej masy ciała. Osoba chora w celu osiągnięcia spadku masy ciała może zwiększyć aktywność fizyczną, co ma służyć spalaniu kalorii. W skrajnych przypadkach osobę chorą trudno jest nakłonić, żeby usiadła, a nawet jeśli się to uda — siedząc lub leżąc w łóżku wykonuje ćwiczenia izometryczne (napinanie mięśni). W początkowym okresie choroby chory często nadal ma normalny apetyt, ale walczy z nim poprzez wypijanie dużych ilości

płynów, żucie gumy do żucia, częste mycie zębów, zażywanie środków, które zmniejszają apetyt. Po pewnym czasie następuje spadek apetytu lub całkowity jego brak. Niektóre osoby stosują dodatkowe metody, które mają służyć pozbyciu się „zbędnych kalorii", np. prowokują wymioty po posiłku, nadużywają środków przeczyszczających, stosują leki przyśpieszające przemianę materii, leki odwadniające, itp. Chorzy na cukrzycę zmniejszają zalecane dawki insuliny. U dziewczynek czasami dochodzi do zatrzymania miesiączkowania. Pogarsza się stan włosów, paznokci, skóry i koncentracji uwagi. U niektórych pacjentów pojawiają się obrzęki w okolicach kostek stóp i podudzi, zasinienie kończyn. Obserwuje się zmiany w zachowaniu: obniżenie nastroju, drażliwość, wycofanie z kontaktów z rówieśnikami, brak zainteresowania płcią przeciwną. Powrót do zdrowia w jadłowstręcie psychicznym jest procesem długotrwałym, a choroba dość często ma przewlekły przebieg.

Leczenie jadłowstrętu psychicznego

Leczenie jadłowstrętu psychicznego zawsze powinno być kompleksowe, wymaga zaangażowania i współpracy wielu profesjonalistów. W każdym przypadku konieczna jest troskliwa opieka lekarska oraz psychoterapia. Rodzaj psychoterapii zależny jest od indywidualnych potrzeb i problemów pacjenta, jednak zwykle w przypadku chorych w wieku młodzieżowym zalecana jest psychoterapia rodzinna, która jest metodą o udowodnionej skuteczności w leczeniu anoreksji. Dodatkowo zalecana jest również terapia indywidualna i/lub grupowa. W zależności od stanu pacjenta, występujących u niego powikłań, dodatkowych zaburzeń psychicznych oraz motywacji do leczenia i wsparcia otoczenia zaleca się leczenie ambulatoryjne lub szpitalne. Zazwyczaj w szpitalu leczeni są pacjenci wyniszczeni, z powikłaniami, które mogą być groźne dla życia, z dodatkowymi problemami psychicznymi (np. z depresją i tendencjami samobójczy-mi). Przyczyną hospitalizacji może być również brak poprawy w trakcie leczenia ambulatoryjnego, brak motywacji do podjęcia terapii i współpracy w celu zmiany nawyków żywieniowych, brak dostępu do profesjonalnej opieki i terapii w pobliżu miejsca zamieszkania. Leczenie szpitalne trwa często kilka miesięcy. Nieodzowną składową leczenia jest leczenie dietetyczne, które w związku z koniecznością przywrócenia prawidłowej masy ciała związane jest ze stopniowym zwiększaniem kaloryczności pokarmów aż do tzw. diety odżywczej. Pacjent dodatkowo (w stosunku do diety zwykłej) musi przyjmować 3500—7000 kcal na tydzień. W praktyce oznacza to, że osoba chora musi jeść częściej i więcej niż jej zdrowi rówieśnicy. Na początku leczenia wskazany jest spoczynkowy tryb życia, co oznacza zwolnienie z zajęć sportowych, tanecznych i wychowania fizycznego. Czasami zdarza się, że pacjenci otrzymują leki, które mają wyrównywać występujące niedobory żywieniowe, np. witaminy, żelazo, potas, preparaty wapnia lub psychotropowe, najczęściej przeciwdepresyjne. Oddziaływania terapeutyczne skupiają się na zmianie rozpoznanych czynników, które podtrzymują chorobę.

ŻARŁOCZNOŚĆ PSYCHICZNA (BULIMIA NERVOSA)

Objawy tej choroby pojawiają się zwykle u dziewcząt i młodych kobiet, które wcześniej nieskutecznie próbowały odchudzać się stosując różne diety. W trakcie odchudzania pojawiają się u nich uporczywe myśli o jedzeniu, silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia i napady niekontrolowanego jedzenia. Podczas napadów bulimicznych chory w krótkim okresie, najczęściej w samotności, pochłania nieadekwatnie duże ilości pożywienia. Kaloryczność spożytego podczas napadu pożywienia sięga od kilkuset do kilku tysięcy kilokalorii. Niektóre osoby gromadzą pożywienie przed napadem żarłoczności, aby później spożyć je w ukryciu, inne jedzą chaotycznie, co popadnie. Czasami osoba chora specjalnie zajada się produktami, które jej szkodzą, np. produkty mleczne, na które jest uczulona itp. Podczas napadu objadania się chory ma poczucie braku kontroli nad tym, co i ile zjada. Po napadzie żarłoczności pojawiają się poczucie winy i lęk przed przyrostem masy ciała i jednocześnie ulga w związku z pozbyciem się napięcia lub innych nieprzyjemnych uczuć, które poprzedzają napad. W związku z obawą przytycia, po napadzie chorzy stosują metody, które mają zapobiec przyrostowi wagi. Najczęściej są to: prowokowanie wymiotów, intensywne ćwiczenia fizyczne, głodówka, nadużywanie środków przeczyszczających, moczopędnych i przyśpieszających przemianę materii. W celu zmniejszenia apetytu chory może stosować środki hamujące łaknienie. Chorzy na cukrzycę mogą ograniczać dawki przyjmowanej insuliny. Chorzy na bulimię podobnie jak w anoreksji mają zaburzony obraz własnego ciała. U części nastolatek pojawiają się zaburzenia miesiączkowania. Osoby chore na bulimię unikają jedzenia w towarzystwie, nie jedzą pokarmów, których kaloryczności nie znają. Często mają obniżoną samoocenę, objawy depresyjne, lękowe. Może występować u nich labilność emocjonalna, z tendencją do drażliwości. Niektórzy chorzy w momentach napięcia i nieradzenia sobie z emocjami mogą

dokonywać samouszkodzeń. W relacjach społecznych mogą być wycofani lub przeciwnie mogą łatwo nawiązywać kontakty i przejawiać dużą aktywność towarzyską. Chorzy na bulimię, w przeciwieństwie do chorych na anoreksję, czują się chorzy, jednak bardzo często przez wiele lat ukrywają swoje objawy przed otoczeniem z powodu przeżywanego wstydu. Często zgłaszają się w celu podjęcia leczenia dopiero jako dorosłe osoby. Dostrzeżenie przez otoczenie problemu zdrowotnego u nastolatka może być trudne, ponieważ większość chorych wygląda całkiem zdrowo. Niepokój mogą wzbudzić osoby, które są znacznie wychudzone lub u których w wyniku stosowanych praktyk pojawiają się powikłania somatyczne. W skrajnych przypadkach chory może wymagać pilnej pomocy lekarskiej z powodu silnych bólów brzucha, które mogą być przejawem poważnych powikłań choroby.

Leczenie bulimii.

Podobnie jak w jadłowstręcie psychicznym ważna jest jak najszybsza reakcja otoczenia, gdy zauważa ono problem i podjęcie jak najszybciej kompleksowego leczenia. Najczęściej leczenie bulimii odbywa się w trybie ambulatoryjnym, jednak w niektórych przypadkach konieczne jest leczenie w szpitalu. Porównywalnymi pod względem skuteczności terapiami w leczeniu bulimii u młodzieży są: terapia indywidualna oraz terapia rodzinna. W zależności od wskazań może być również zalecona terapia grupowa. Częściej niż w przypadku jadłowstrętu psychicznego pacjent otrzymuje leki (zazwyczaj zaleca się w bulimii leki przeciwdepresyjne), które w początkowym okresie leczenia mogą pozwolić na zmniejszenie częstotliwości napadów bulimicznych oraz mają wpływ na poprawę nastroju. Duże znaczenie w opanowaniu napadów bulimicznych ma regularne spożywanie 5—6 posiłków dziennie. Pomocne w pohamowaniu się przed wystąpieniem napadu lub powstrzymaniem się przed zastosowaniem metod kompensacyjnych jest tzw. „wyjście z ukrycia" i korzystanie przez osobę chorą z pomocy bliskich osób i przyjaciół w pokonywaniu objawów.

DZIECKO Z OTYŁOŚCIĄ W SZKOLE

Nauczyciel, który ma pod opieką dziecko z otyłością, powinien pamiętać o tym, że dzieci te są często negatywnie oceniane przez rówieśników, są dla nich mniej atrakcyjne, mają mniej przyjaciół. Narażone są na częste przeżywanie frustracji związanej z mniejszą wydolnością fizyczną podczas zajęć wychowania fizycznego, mogą się również stać ofiarami dokuczania ze strony rówieśników. Dziecko z otyłością zazwyczaj samo nie akceptuje swojego wyglądu i ma niższe poczucie własnej wartości. Często ma pierwotnie lub wtórnie obniżony nastrój i poczucie winy, wynikające z faktu, że nie potrafi zapanować nad swoim apetytem. Dołączające się negatywne oceny ze strony otoczenia jedynie pogarszają problem. Dlatego głównym zadaniem szkoły jest wspieranie ucznia w taki sposób, żeby mógł czuć się wartościowym człowiekiem. Należy zauważać jego osiągnięcia, starać się integrować go ze środowiskiem rówieśniczym, opierając się na jego mocnych stronach. Szczególną uwagę należy zwrócić na ewentualne oznaki przemocy emocjonalnej ze strony rówieśników i pracę nad tolerancją i akceptacją. Ważne znaczenie ma również zachęcanie dziecka do ruchu, uprawiania sportu i stworzenie mu takich możliwości na przerwach, zajęciach wychowania fizycznego, zajęciach pozalekcyjnych. W celu większej motywacji do wysiłku fizycznego należy indywidualizować wymagania w zależności od możliwości dziecka. Takie same kryteria oceniania dla dzieci z różnymi możliwościami osiągnięć zniechęcają do podejmowania wysiłku dzieci z mniejszymi możliwościami (np. dzieci z otyłością lub z tzw. niezgrabnością ruchową). Można dać dziecku możliwość wyboru formy aktywności fizycznej, np. może ono unikać biegów długodystansowych, gier zespołowych, ale chętnie grać w tenisa stołowego lub wykonywać ćwiczenia na siłowni. W sytuacji podziału na zespoły należy zadbać, żeby dziecko nie czuło się wykluczone, gdy dzieci same dokonują wyboru (zwykle dziecko z otyłością zostanie wybrane jako ostatnie). W związku z tym podziału powinien dokonywać nauczyciel, lub powinien być to przydział losowy. W stołówce szkolnej warto stworzyć możliwość przygotowywania posiłków o zmniejszonej kaloryczności, które byłyby serwowane na prośbę rodziców.