

One są wśród nas



DZIECKO Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Informacje dla pedagogów i opiekunów

Gabriela Jagielska



MINISTERSTWO
EDUKACJI
NARODOWEJ



OSRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI



Ministerstwo Zdrowia

PEŁNOMOCNIK RZĄDU
DO SPRAW RÓWNEGO TRAKTOWANIA

One są wśród nas

DZIECKO Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA

W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Informacje dla pedagogów i opiekunów

Gabriela Jagielska



Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2010

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2010

Publikacja sfinansowana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej
w ramach rządowego programu *Bezpieczna i Przyjazna Szkoła*,
we współpracy z Ministerstwem Zdrowia

Projekt okładki, opracowanie graficzne:
Magdalena Cyrczak, www.cyrczak.com

Wydawca:
 Ośrodek Rozwoju Edukacji, www.ore.edu.pl

ISBN: 978-83-62360-72-7

Druk:
TRANS-DRUK Szeplińscy i Rosińscy Sp. J., www.transdruk.pl

Szanowni Państwo,

dzieci przewlekle chore mogą i powinny uczyć się razem z rówieśnikami w szkole najbliższej ich miejscu zamieszkania. Należy jednak dostrzec ich indywidualne potrzeby oraz uwzględnić je w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

To, w jaki sposób dziecko przewlekle chore radzi sobie z chorobą w warunkach zarówno szkolnych, jak i domowych, ma ogromny wpływ na efekty leczenia, stan zdrowia i jakość życia teraz oraz w przyszłości.

Przedstawiamy Państwu kolejne publikacje z serii „One są wśród nas”, które powstały na wniosek środowiska pedagogicznego i są kontynuacją poprzedniej edycji poświęconej chorobom organicznym. Tym razem obejmują sferę życia psychicznego dzieci i młodzieży, która jest równie ważna jak ta, która obejmuje choroby opisane uprzednio. Publikacje są wynikiem prac międzyresortowego zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych, w skład którego weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ośrodka Rozwoju Edukacji.

Każda z tych publikacji zawiera szczegółowe informacje na temat postępowania z dzieckiem przewlekle chorym w szkole i przedszkolu, przybliży nauczycielom, rodzicom i uczniom jego specyficzne trudności funkcjonowania, a także wskazuje kierunki i sposoby rozwiązywania ewentualnych problemów.

Zostały one przygotowane w ramach rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła”, na zlecenie Ministra Edukacji Narodowej, we współpracy z Ministrem Zdrowia oraz Pełnomocnikiem Rządu do spraw Równego Traktowania. Nakład obejmujący ponad 100 tys. kompletów trafi do wszystkich przedszkoli i szkół w Polsce.

Choroby przewlekłe, które zostały opisane w kolejnych książeczkach, nie muszą i nie powinny wykluczać z normalnego życia. Przy odpowiedniej pomocy ze strony nauczycieli i opiekunów, dzieci i młodzież mogą cieszyć się swoim dzieciństwem i okresem dorastania razem z rówieśnikami. Publikacje, które dziś Państwu prezentujemy, mogą im w tym pomóc.

*Ewa Kopacz
Minister Zdrowia*

*Katarzyna Hall
Minister Edukacji Narodowej*

*Elżbieta Radziszewska
Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania*

„One są wśród nas” – dzieci z zaburzeniami psychotycznymi i lękowymi, z depresją i ADHD, z autyzmem i Zespołem Aspergera, z zaburzeniami odżywiania i z problemem tików. Czy je znamy? Czy rozumiemy ich trudności? Czy chcemy i potrafimy im pomóc?

Doświadczenia wielu krajów, a także nasze, polskie doświadczenia edukacji integracyjnej i włączającej wskazują, że dzieci z zaburzeniami rozwoju i przewlekłe chore, a więc ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, najpełniej uczestniczą w procesie edukacji, gdy pozostają wspólnie ze swoimi rówieśnikami i w najbliższym otoczeniu. Mogą uczyć się i być razem ze wszystkimi – pod warunkiem, że będziemy chcieli je bliżej poznać, dostrzec ich indywidualne potrzeby i wykorzystać tę wiedzę w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

Obecnie przygotowane publikacje z serii „One są wśród nas” mają za zadanie przybliżyć nauczycielom, rodzicom i uczniom specyficzne problemy funkcjonowania w szkole i w przedszkolu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i chorobami psychicznymi, a także wskazać kierunki i sposoby pracy z nimi. Integracja dzieci w szkole, zgodne i twórcze współzycie wszystkich dzieci jest naszą wspólną szansą. Odkryjmy jej wartość.

*Zespół redakcyjny
Ośrodka Rozwoju Edukacji*

1. Wprowadzenie	7
1.1. Występowanie zaburzeń w odżywianiu.....	8
1.2. Znaczenie wczesnego rozpoznania i rozpoczęcia terapii	9
1.3. Niepokojące zachowania dziecka	10
2. Zaburzenia odżywiania u małych dzieci	12
2.1. Małe dziecko z zaburzeniami odżywiania w przedszkolu	14
3. Jadłowstręt psychiczny (Anorexia nervosa)	15
3.1. Opis schorzenia	15
3.2. Przyczyny jadłowstrętu psychicznego	18
3.3. Leczenie jadłowstrętu psychicznego.....	20
3.4. Zapobieganie	21
3.5. Dziecko z jadłowstrętem psychicznym w szkole....	22
4. Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa).....	26
4.1. Leczenie żarłoczności psychicznej (bulimii)	28
4.2. Dziecko z żarłocznością psychiczną (bulimią) w szkole.....	29
5. Dziecko z otyłością w szkole	30
6. Bibliografia	31



1. Wprowadzenie

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 (okres niemowlęcy i wczesny okres dzieciństwa) dziecko w sferze odżywiania jest całkowicie zależne od opiekunów.

Rodzina jest głównym środowiskiem, w którym kształtowane są zwyczaje żywieniowe (wspólne bądź nie spożywanie posiłków, zdrowy bądź niezdrowy sposób odżywiania, przekonania dotyczące jedzenia, stosunek do własnego ciała). 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 niemowlęc-

two 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 wówczas gdy rodzina nie ma zwyczaju wspólnego spożywania posiłków i dziecko ukrywa swoje wychudzenie (np. nosząc obszerne ubrania), rodzice długo nie zauważają problemu, a zły stan odżywienia zwraca uwagę osób spoza rodziny. Chorzy

na bulimię często skutecznie ukrywają swoje objawy przez wiele lat. 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.

1.1. Występowanie zaburzeń w odżywianiu

Jadłowstręt psychiczny występuje u 0,3 do 0,5% populacji nastolatków i młodych kobiet. Natomiast bulimia dotyczy 1% tej populacji. Postaci nietypowe (które nie spełniają wszystkich kryteriów diagnostycznych obu chorób) występują ponad trzykrotnie częściej niż łączna częstość występowania jadłowstrętu i bulimii.

Najczęściej początek anoreksji ma miejsce w wieku 15–18 lat. Jednak coraz częściej choroba rozpoczyna się wcześniej, w okresie przed pokwitaniem. Bulimia rzadko rozpoczyna się przed okresem dojrzewania. Anoreksja około 20-krotnie częściej występuje u dziewczynek niż u chłopców. W przypadku bulimii stosunek chorujących dziewczynek do chłopców wynosi 30:1. U chłopców objawy pojawiają się zwykle później niż u dziewczynek. Istnieją prze-

ślanki wskazujące na to, że zwiększa się zapadalność na tego typu zaburzenia odżywiania.

Dane dotyczące występowania jadłowstrętu, bulimii i ich atypowych postaci wskazują, że w każdej klasie licealnej choroba może dotyczyć nawet dwóch osób. Problem ten może w większej mierze dotyczyć szkół znajdujących się wyżej w rankingu, co jest związane z często występującymi u osób chorych na jadłowstręt wysokimi aspiracjami, ambicją, pracowitością i perfekcjonizmem oraz dążeniem do wysokich osiągnięć w różnych dziedzinach, a w tym do osiągnięć szkolnych.

Należy również podkreślić, że jadłowstręt psychiczny częściej występuje w grupach dużego ryzyka (modelki/modele, sportowcy uprawiający lekkoatletykę, gimnastykę, tancerki/tancerze), a więc w grupach, w których wymagane i preferowane jest utrzymywanie szczupłej sylwetki.

W rozwoju otyłości szczególną rolę przypisuje się okresowi przedszkolnemu i okresowi dojrzewania, które są określane jako okresy ryzyka rozwoju oraz utrzymywania się otyłości do wieku dorosłego. W Polsce występowanie nadwagi ocenia się na 8–16% populacji chłopców i 7–11%

dziewcząt (otyłość dotyczy odpowiednio 4–5% i 3,5–5%). Alarmujący jest 2–3-krotny wzrost odsetka występowania otyłości w ciągu ostatnich 20–30 lat i przyspieszenie tego trendu od lat 90.

1.2. Znaczenie wczesnego rozpoznania i rozpoczęcia terapii

Jak w każdej chorobie, również w przypadku zaburzeń odżywiania nie do przecenienia jest jak najwcześniejsze dostrzeżenie problemu oraz podjęcie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Długotrwale utrzymujące się nieprawidłowe zachowania żywieniowe są po wielu latach ich trwania bardzo trudne do zmiany (sprawdza się tutaj przysłowie: „Przyzwyczajenie jest drugą naturą człowieka”), a terapia jest mniej skuteczna.

W przypadku anoreksji i bulimii choroba staje się z biegiem lat ważną częścią tożsamości chorej osoby, a objawy organizują jej życie i stają się źródłem wielu ograniczeń. Chorzy są bardzo – czasami wręcz obsesyjnie – zaabsor-

bowani, problemami odżywiania. Tematy związane z odżywianiem i odchudzaniem mogą zdominować inne aspekty ich życia, np. sferę kontaktów społecznych. Chorzy na zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia) mogą unikać spotkań towarzyskich, w których przewiduje się spożywanie poczęstunku. Mogą poszukiwać kontaktów tylko z grupą chorujących na zaburzenia odżywiania osób (portale internetowe), identyfikując się z nią.

Badania naukowe dotyczące skuteczności terapii w jadło-wstręcie psychicznym wskazują, że najlepsze efekty terapii uzyskuje się w przypadku, gdy leczenie i terapię rozpoczęto w pierwszym roku trwania choroby (80% zdrowieje); gdy leczenie rozpoczęto po ponad roku trwania choroby – tylko 50% terapii kończy się powodzeniem.

W pozostałych przypadkach anoreksja staje się chorobą przewlekłą. Podobnie w przypadku bulimii – lepsze rokowanie dotyczy osób, które wcześniej podjęły leczenie. Przy późno rozpoczętym leczeniu terapia okazuje się skuteczna tylko u 20–25% pacjentów.

1.3. Niepokojące zachowania dziecka

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

- spożywanie zbyt małych – w stosunku do wieku – ilości pożywienia;
- odmowa jedzenia – w porze posiłków płacz, brak zainteresowania jedzeniem, obrona przed karmieniem, wypluwanie jedzenia, wyjmowanie jedzenia z buzi;
- odruchy wymiotne, wymioty;
- brak zainteresowania jedzeniem lub zainteresowanie zbyt rzadkie; dziecko nie sygnalizuje głodu;
- odmowa spożywania pokarmów urozmaiconych adekwatnie do wieku; akceptuje jedynie ubogą dietę;
- lęk w porze posiłków, lęk przed potykaniem pokarmów stałych i/lub płynnych;
- jedzenie posiłków w porach innych, niż pozostali domownicy, np. bardzo wcześnie rano lub późno wieczorem;
- zbyt wolny rozwój fizyczny (przyrosty wagi i wzrostu) przy braku przyczyn medycznych.

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

- nadmierna koncentracja na sylwetce, figurze, masie

ciała, częste kontrolowanie wagi i mierzenie obwodów (np. talii, uda);

- wyrażanie niezadowolenia ze swojej sylwetki, mimo szczupłego wyglądu, uzależnianie samooceny w znacznej mierze od figury i masy ciała;
- podejmowanie odchudzania, mimo że dziecko (nastolatek) jest i było szczupłe lub kontynuowanie odchudzania mimo osiągnięcia szczupłej sylwetki;
- podejmowanie i kontynuacja odchudzania z wyznaczeniem sobie zbyt niskiej (w stosunku do norm) docelowej masy ciała;
- nadmierne zainteresowanie rodzajami diet i kalorycznością posiłków (liczenie kalorii);
- sztywne przekonania dotyczące odżywiania (np. „tłuszcze są obrzydliwe i szkodliwe”, „nigdy nie tknę słodyczy”);
- drastyczna zmiana sposobu odżywiania (ograniczenie ilości spożywanych posiłków, wykluczenie lub skrajne ograniczenie ilości spożywanych grup produktów spożywczych – tłuszczów i węglowodanów, unikanie dań dotychczas ulubionych, głodówki), domaganie się od rodziców wprowadzenia odżywiania niskokalorycznego (produkty light, kuchnia bez użycia tłuszczów);
- lęk przed zmianą sposobu odżywiania, utratą kontroli nad jedzeniem, wyrzuty sumienia, gdy zje więcej lub zje „niedozwolony” produkt;

- bardzo wolne tempo jedzenia, nieestetyczne jedzenie, z wydlubowaniem z niego drobinek tłuszczu, wycieranie naleśników, placków serwetkami;
- manipulowanie jedzeniem – oszukiwanie, wyrzucanie jedzenia, przekazywanie drugiego śniadania kolegom;
- unikanie spożywania posiłków w obecności innych osób w domu, restauracji lub gdy dziecko/nastolatek nie zna kaloryczności posiłku;
- nadmierne zainteresowanie sprawami kuchni, przepisami kulinarnymi, przygotowywanie posiłków i karmienie innych członków rodziny, odmowa jedzenia ich samemu;
- nadmierna, obsesyjnie podejmowana aktywność fizyczna, unikanie wypoczynku w celu zmniejszenia masy ciała;
- stosowanie w celu odchudzania metod takich jak: prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, specyfików zmniejszających apetyt, przyspieszających przemianę materii, odwadniających, wypijanie nadmiernej ilości wody w celu zmniejszenia apetytu (np. przed posiłkami) i in.;
- załamanie rozwoju dziecka – znaczny spadek masy ciała skutkujący wychudzeniem lub wyniszczeniem, zahamowanie przyrostów masy ciała, zatrzymanie wzrastania oraz dojrzewania;
- znaczne wahania masy ciała w krótkich okresach czasu;
- w trakcie odchudzania dziecko dotychczas zgodne i pogodne staje się ponure, rozdrażnione, konfliktowe a nawet agresywne (konflikty dotyczą najczęściej sfery odżywiania), ogranicza relacje z rówieśnikami, staje się jeszcze bardziej wymagające w stosunku do siebie i perfekcyjne jeżeli chodzi o naukę;
- opór, drażliwość, konfliktowość w porach spożywania posiłków, gdy opiekunowie nalegają na zwiększenie wielkości spożywanych porcji;
- zjadanie zbyt dużych ilości pożywienia, przekraczających ilość zjadaną zwykle w podobnych okolicznościach, z poczuciem braku kontroli nad tym co i ile się zjada oraz trudnością w przerwaniu jedzenia, najczęściej w samotności;
- nieregularne miesiączki lub ich zanik u dziewczynek, które wcześniej miesiączkowały regularnie.

W przypadku wymiotów psychogennych:

- występowanie samoistnych (bez prowokacji) nudności i wymiotów bez przyczyn medycznych.

Przejadanie się psychogenne:

- zjadanie zbyt dużych ilości pożywienia, zbyt częste podjadanie;
- obsesyjne myślenie o jedzeniu, szukanie w nim pocieszenia; jedzenie jako metoda poradzenia sobie w sytuacjach stresowych.

2. Zaburzenia odżywiania u małych dzieci

Spadek apetytu, kłopoty w odżywianiu i spadek masy ciała u małych dzieci (do 6 roku życia) 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 (mijają samoistnie).

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 (trwające powyżej 1 miesiąca) lub powtarzające się zjadanie substancji niejadalnych (np. farby, tynk, papier, sznurki, włosy, kawał-

ki ubrania, insekty, piasek, glina, ziemia i in.), w sytuacji, gdy takie zachowanie nie jest częścią praktyki uznanej kulturowo. Zjadanie niejadalnych rzeczy może być w niektórych przypadkach związane z niedoborową dietą (np. z niedoborem wapnia bądź żelaza).

Dziecko może również połykać drobne przedmioty trzymane w jamie ustnej przypadkowo. W innych sytuacjach utrwalone i powtarzające się zjadanie rzeczy niejadalnych (zaburzenie to nosi nazwę pica) związane jest z zaburzeniami psychicznymi, bądź problemami psychologicznymi i wymaga szybkiej diagnostyki i leczenia ze względu na liczne zagrożenia dla zdrowia (np. zatrucie metalami ciężkimi, niedrożność przewodu pokarmowego, zakażenia pasożytnicze i bakteryjne, zaburzenia wchłaniania z przewodu pokarmowego, perforacja przewodu pokarmowego, zniszczenie szkliwa).

Najczęściej występujące problemy w odżywianiu, pojawiające się w okresie wczesnego dzieciństwa to:

- zaburzenia w odżywianiu wynikające z zaburzeń relacji opiekun—dziecko (zaburzenia więzi);
- odmowa przyjmowania pożywienia 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 (miłości, uwagi, bezpieczeństwa) w sytuacji gdy np. matka cierpi na depresję lub jest uzależniona (w wyniku czego nie może zapewnić dziecku właściwej opieki), bądź w stosunku do dziecka stosowana jest przemoc (fizyczna, emocjonalna, zaniedbanie).

Ta druga sytuacja może mieć miejsce w rodzinach, w których rodzice dziecka nie mieli prawidłowych wzorców opieki nad dziećmi wyniesionych z własnych rodzin (doświadczyli przemocy w dzieciństwie lub byli wychowankami domów dziecka), w sytuacji odrzucenia dziecka (nieplanowane, niechciane ciążę, samotne rodzicielstwo, zbyt młody wiek matki). Dziecko z tym zaburzeniem we wczesnym okresie życia rozwija się słabo – jest zbyt niskie przy prawidłowej masie ciała (tzw. karłowatość harmonijna, karłowatość psychosocjalna).

Inne dość często występujące zaburzenie we wczesnym okresie dzieciństwa to selektywne odżywianie (awersja wobec jedzenia, fobia związana z jedzeniem). Dziecko z tym zaburzeniem nie ma trudności w spożywaniu akceptowanych posiłków. Odmawia natomiast spożywania posił-

ków o innym smaku, zapachu, konsystencji a czasami kolorze. Początek problemu pojawia się w okresie, w którym wprowadza się do diety nowe pokarmy. Czasami dieta kilkuletniego (lub starszego) dziecka z tym zaburzeniem ogranicza się do kilku akceptowanych potraw. Takie odżywianie staje się problemem, kiedy jest przyczyną niedoborów witamin, żelaza, cynku, białka lub prowadzi do zaburzeń motoryki jamy ustnej (gdy dziecko unika pokarmów stałych); może też powodować, że dziecko gorzej rozwija się fizycznie.

Selektywne odżywianie może się stać problemem w życiu społecznym dziecka, np. dziecko może odmawiać uczestnictwa w imprezach, podczas których planowane jest spożywanie posiłków. Problemem stają się również w późniejszym okresie wyjazdy z klasą itp.

Przyczyny tego zaburzenia mogą być różne, np. tzw. zaburzenia integracji sensorycznej (wynikające z nadwrażliwości w zakresie narządów zmysłów jamy ustnej lub zmysłu węchu). Inne przyczyny to modelowanie zachowań wobec jedzenia w rodzinie (inny „niejadek” w rodzinie), uzyskiwanie dodatkowej troski i uwagi ze strony rodziny, odmowa jedzenia jako jedna z form kontrolowania otoczenia w ramach nasilonych zachowań buntowniczych u dziecka.

2.1. Małe dziecko z zaburzeniami odżywiania w przedszkolu

Jeżeli odmowa spożywania posiłków w przedszkolu związana jest z silnie wyrażonymi i przedłużającymi się problemami adaptacyjnymi (trudność dziecka w rozstawianiu się z rodzicami), należy rozważyć, czy powinno się nalegać na jego dalsze uczęszczanie do przedszkola.

Dziecko, które nie jest jeszcze gotowe na proces oddzielenia od rodziców na czas pobytu w przedszkolu, może odmawiać spożywania posiłków, oczekując na ich powrót. W sytuacji, gdy obserwuje się bardzo nasilone reakcje rozpaczyste lub/i gdy ten stan się przedłuża, należy rozważyć bądź krótszy pobyt dziecka w przedszkolu (być może na początku w obecności rodzica) w celu stopniowej adaptacji, bądź rezygnację z uczęszczania do przedszkola w danym roku szkolnym.

W takiej sytuacji wskazana jest konsultacja psychologa/terapeuty i ewentualna terapia.

Jeżeli wychowawcę niepokoi sposób odżywiania się dziecka w przedszkolu, powinien przedstawić ten problem jego rodzicom/opiekunom opisując co go niepokoi.

Jeżeli dziecko przejawia wyraźne problemy w sposobie odżywiania się, wskazana jest diagnostyka pediatryczna ich przyczyn, a przy braku przyczyn medycznych konsultacja psychologiczna/terapeutyczna. Jeżeli dziecko było z tego powodu diagnozowane i wraz z rodziną objęte jest pomocą terapeutyczną/lekarską, wychowawca może otrzymać konkretne wskazówki dotyczące postępowania w sferze odżywiania i może aktywnie uczestniczyć w programie terapeutycznym.

Gdy u dziecka występują objawy anoreksji dziecięcej, nie należy dokarmiać go między posiłkami (podjadanie), ani dostarczać mu dodatkowych atrakcji w trakcie jedzenia; należy zachować spokojną atmosferę, spokojnie i życzliwie proponować zjedzenie posiłku. Posiłki powinny być estetycznie podane. Jeżeli dziecko je mało, lepiej nałożyć mu mniejszą porcję, a następnie zaproponować dokładkę.

Gdy dziecko nie zje posiłku w określonym czasie, należy zabrać talerz bez zbędnych komentarzy i emocji. 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. Potrawy, do których dziecko ma silną awersję i reaguje na nie odruchami wymiotnymi, nie powinny być w ogóle nakładane na jego talerz przez dłuższy okres czasu. Jeżeli dziecko nie akceptuje danej potrawy, należy dać mu na posiłek pokarm akceptowany (np. przyniesiony z domu). Wskazane jest zachęcanie dziecka do spróbowania chociaż niewielkiej ilości nowej dla niego potrawy (np. jednego zielonego groszku). Należy je pochwalić za podjęcie próby (nawet jeżeli dotknie tylko potrawy językiem). Można je zachęcić do jedzenia, mówiąc i pokazując, że potrawa jest smaczna i zdrowa.

Obecność innych dzieci, które jedzą daną potrawę z apetytem, może motywować dziecko do przełamania oporów. U niektórych dzieci w pokonywaniu tego typu trudności pomóc może terapia integracji sensorycznej. W przypadku, gdy zaburzeniu towarzyszą zaburzenia motoryki jamy ustnej (dziecko nie potrafi gryźć i żuć) lub współwystępuje u niego wada wymowy, wskazane są zajęcia logopedyczne.

3. Jadłowstręt psychiczny (*Anorexia nervosa*)

3.1. Opis schorzenia

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. Zazwyczaj osoba chora na anoreksję przed chorobą była szczupłą i miała prawidłową masę ciała. Zdarza się jednak, że na początku odchudzania stwierdzano u niej nadwagę i podjęcie odchudzania było uzasadnione.

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. Osoba chora stosuje ilościowe i jakościowe ograniczenia dietetyczne. Na początku choroby najczęściej eliminowane są z diety słodczyce i tłuszcze. Stopniowo chora/y je coraz mniej. W niektórych przypadkach dochodzi do stosowania uporczywych głodówek oraz ograniczenia przyjmowanych płynów. 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 dziec-

ko chore na anoreksję zazwyczaj nie czuje się chore. Nieprawidłowo ocenia swoją figurę, uważa, że nadal całe jest zbyt grube, lub pewne części ciała ma zbyt grube (pośladki, biodra, uda, brzuch), wyznacza sobie zbyt niską upragnioną masę ciała, do której z uporem dąży. Często, 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.

Samooocena w okresie choroby w największym stopniu uzależniona jest od szczupłej sylwetki i niskiej masy ciała. Widoczna jest skrajna koncentracja na sylwetce i masie ciała. Osoba chora bardzo często (nawet wielokrotnie w ciągu dnia) może się ważyć, często przegląda się w lustrze, może się mierzyć centymetrem krawieckim, skubać skórę, żeby sprawdzić stan tkanki tłuszczowej.

Czasem, przejawia lęk przed kontrolowaniem masy ciała z obawy, że będzie ona zbyt wysoka. Osoba chora może wypowiadać komentarze, z których wynika, że czuje się: „tłusta”, „spasiona”, że ma brzuch „jakby była w ciąży”. W celu osiągnięcia spadku masy ciała osoba chora 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.

Z powodu wolniejszej perystaltyki i opóźnionego opróżniania żołądka chory po każdym, nawet małym posiłku może czuć pełność w nadbrzuszu, wzdęcie brzucha, które często interpretuje jako odkładanie się tłuszczu w jamie brzusznej. Niektóre osoby stosują dodatkowe metody, które mają służyć pozbyciu się „zbędnych kalorii”, np. prowokują wymioty po posiłku, nadużywają środków przeczyszczających, stosują leki przyspieszające przemianę materii, leki odwadniające, itp. Chorzy na cukrzycę zmniejszają zalecane dawki insuliny. Niektóre osoby specjalnie ubierają się zbyt lekko jak na panujące warunki pogodowe, bo wówczas tracą więcej kalorii na ogrzanie organizmu.

U dziewczynek czasami na początku choroby, a czasami dopiero gdy organizm jest wyniszczony, dochodzi do za-

trzymania miesiączkowania. Chore nastolatki zwykle nie przejawiają w związku z tym niepokoju, a nawet wyrażają zadowolenie z tego faktu.

Wraz z postępem choroby, widoczne jest coraz większe wychudzenie, aż do stanu zaniku tkanki tłuszczowej i mięśniowej, kiedy to w sposób widoczny zapadnięte są policzki, gałki oczne i okolice obojczyków, wyraźnie widoczne są żebra, kręgosłup, talerze kości biodrowych. Pojawia się obniżenie wartości tzw. parametrów życiowych (temperatura ciała, ciśnienie, tętno, a w niektórych przypadkach liczba oddechów). Włosy stają się suche, łamliwe i ulegają przerzedzeniu. Skóra jest blada, o ziemistym odcieniu, jest sucha, szorstka, łuszczy się, nadmierne rogowacieje. Kończyny mogą być chłodne i zasinione. U niektórych pacjentów pojawiają się obrzęki w okolicach kostek stóp i podudzi. W skrajnych stanach niedożywienia chory staje się apatyczny i osłabiony, ma trudności z koncentracją uwagi.

Wraz z postępem choroby i wyniszczenia obserwuje się zmiany w zachowaniu osoby chorej: obniżenie nastroju, drażliwość, wycofanie z kontaktów z rówieśnikami, brak zainteresowania płcią przeciwną. Nastolatek zazwyczaj dużo czasu spędza w domu, poświęcając się nauce. Zwy-

kle mało wysiłków podejmuje w celu nawiązania bliższych relacji (przyjaźni) z rówieśnikami, nieadekwatnie w stosunku do fazy rozwojowej – nadmiernie angażuje się w życie rodzinne.

W przeciwieństwie do zdrowych rówieśników charakterystyczny bunt okresu dojrzewania, który u zdrowych rówieśników dotyczy różnych sfer życia, różnic poglądów, dążeń, sfery wolności i decydowania o sobie, nie jest przez niego przejawiany. Jediną sferą buntu staje się temat jedzenia. W innych sferach osoby chore przejawiają przekonania i dążenia zadziwiająco zgodne z rodzicielskimi, co świadczy o trudnościach w osiąganiu przez nich odrębnej tożsamości.

Powrót do zdrowia w jadłowstręcie psychicznym jest procesem długotrwałym, a choroba dość często ma przewlekły przebieg. W okresie poprzedzającym poprawę osoby chore na jadłowstręt psychiczny mogą bardziej zdecydowanie okazywać emocje i negatywne uczucia, po czym zaczynają radzić sobie z emocjami w bardziej dojrzały sposób. Jak wykazują badania mniej niż 1/5 chorych zdrowieje w ciągu jednego roku, 1/3 w ciągu dwóch lat. W kolejnych latach odsetek ten wzrasta do 50–75%. W około 10% przypadków choroba kończy się zgonem.

Przyczyną śmierci najczęściej są samobójstwa oraz powikłania kardiologiczne. Inne przyczyny to rozliczne powikłania somatyczne tej choroby.

3.2. Przyczyny jadłowstrętu psychicznego

Jadłowstręt psychiczny jest chorobą, której przyczyny są bardzo złożone. W chwili obecnej zidentyfikowano blisko 30 czynników ryzyka jej wystąpienia. Stwierdzono też, że żaden z tych czynników nie jest niezbędny ani samodzielnie wystarczający, aby rozwinęła się choroba. Wśród czynników predysponujących wymienia się czynniki indywidualne (dziedziczne i osobowościowe), rodzinne i społeczno-kulturowe. Wpływ czynników dziedzicznych szacuje się na 60–75%.

Nastolatki, które są predysponowane do wystąpienia jadłowstrętu, zazwyczaj w dzieciństwie były nadmiernie uległe, perfekcyjne, a jednocześnie prezentowały niską samoocenę. W okresie dojrzewania są one zbyt mało asertywne i mają trudności w uzyskiwaniu własnej odrębności i samodzielności.

Wydaje się, że obserwowany w ciągu ostatnich dekad

wzrost zachorowalności na jadłowstręt psychiczny związany jest z czynnikami kulturowymi wyrażającymi się promowaniem przez środki masowego przekazu zbyt szczupłej sylwetki (np. reklamowanie ekskluzywnych produktów przez bardzo szczupłe modelki), reklamy dotyczące środków służących odchudzaniu, popularyzację lalki Barbie.

W czasopismach kolorowych nagminnie zamieszczane są różne diety odchudzające. W kręgu kultury zachodniej dziewczynki wychowują się w przekonaniu, że szczupła sylwetka związana jest z sukcesem, oraz że tłuszcze i węglowodany stanowią zagrożenie dla zdrowia człowieka.

Również w edukacji dzieci i młodzieży kładzie się zazwyczaj nacisk na zdrowe odżywianie, które ma głównie zapobiegać otyłości, przy niedostatecznym omawianiu zagrożeń związanych z odchudzaniem i niedoborami żywieniowymi. W rodzinach, w związku z dużym rozpowszechnieniem otyłości, często mówi się o odchudzaniu, a członkowie rodziny stosują różne diety.

Czynnikami, które wywołają chorobę, mogą być różnorodne czynniki stresowe, np. negatywne uwagi otoczenia na temat wyglądu dziecka. Takim czynnikiem może być również stres związany z procesem dojrzewania, który w

początkowym okresie łączy się ze wzrostem tkanki tłuszczowej, a później z szybkimi zmianami w zakresie wymiarów ciała i zmian sylwetki.

Stres związany z dojrzewaniem może być szczególnie silny u dzieci wcześniej dojrzewających lub u tych, które nie są jeszcze na ten proces gotowe. Można tu wymienić różne inne czynniki negatywne, np. stres szkolny, stres związany ze zmianą szkoły albo miejsca zamieszkania lub z życiem rodziny (np. choroba lub śmierć w rodzinie, nierozwiązane konflikty rodzinne, brak gotowości rodziny do fazy życia z dorastającym dzieckiem), stres związany ze środowiskiem rówieśniczym.

W etiologii jadłowstrętu psychicznego wymienia się czynniki podtrzymujące chorobę, należą do nich:

- utrzymujące się sytuacje stresowe;
- zmiany dotyczące funkcjonowania organizmu i psychologiczne (np. zaburzenia ośrodka regulującego głód i sytość, zaburzenia funkcjonowania przewodu pokarmowego, poprawa samooceny związana z poczuciem większej samokontroli i autonomii, opóźnienie dojrzewania, do którego chorzy nie czują się przygotowani);
- nierozwiązane problemy psychologiczne chorego (np. tłumienie w sobie emocji, brak asertywności, niskie

umiejętności społeczne, niska samoocena, słabe radzenie sobie ze stresem, symbiotyczny związek z rodzicem/rodzicami, uwikłanie w konflikt między rodzicami);

- pozytywne reakcje ze strony otoczenia na spadek masy ciała i szczupłość, np. większa uwaga, popularność i pochwały (obecne na początku choroby).

3.3. 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 zależy 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 le-

czenie 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 samobójczymi). 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 leki

psychotropowe, najczęściej przeciwdepresyjne. Oddziaływania terapeutyczne skupiają się na zmianie rozpoznanych czynników, które podtrzymują chorobę.

3.4. Zapobieganie

Dotychczas nie ustalono skuteczności programów zapobiegających jadłowstrętowi psychicznemu. Wysoka samoocena oraz samoakceptacja wydają się być bardziej skuteczne niż skupienie na zachowaniach związanych z jedzeniem. Negatywne znaczenie mają przekazy typu: „grube (tłuste) jest złe”, „cukier – biała śmierć”. Tego typu przekonania mogą mieć negatywny wpływ szczególnie na dzieci z tendencjami perfekcjonistycznymi lub zbyt dosłownie rozumiejące wypowiedzi.

Dorośli powinni być też świadomi, że w okresie poprzedzającym dojrzewanie dzieci dość szybko przybierają na wadze, zwiększa się u nich udział tkanki tłuszczowej w organizmie, co z kolei zapoczątkowuje zmiany hormonalne z tzw. pokwitaniowym skokiem wzrostu (szybki wzrost wysokości ciała). W tym okresie negatywne uwagi typu: „ale ci się przytyło”, „ale sadetko”, dokuczliwość rówieśników na temat wyglądu mogą być przyczyną podjęcia przez dziecko odchudzania i rozwoju objawów jadłowstrętu.

W przypadku, kiedy u dziecka występuje nadwaga lub otyłość, negatywne, przykre uwagi na ten temat mogą zwiększyć problem przejadania (dziecko pociesza samo siebie) albo – u osób predysponowanych – może zapoczątkować jadłowstręt. Dlatego w przypadku nadwagi i otyłości ważne jest podjęcie odchudzania na zasadzie współpracy rodzice – dziecko – dietetyk i/lub lekarz oraz kontrolowanie tego procesu przez dietetyka i/lub lekarza.

Wydaje się też, że w programie szkolnym na lekcjach dotyczących racjonalnego, zdrowego odżywiania należy uwzględnić fakt, że szkodliwe dla organizmu jest zarówno stosowanie diety prowadzącej do otyłości, jak stosowanie diety niedoborowej kalorycznie i w zakresie poszczególnych składników odżywczych (choroba głodowa, awitaminoz, niedobory mikroelementów).

Należy również zwrócić uwagę na ograniczanie stresu u dzieci i młodzieży w okresie adaptacyjnym (na początku rozpoczynania nauki w szkole podstawowej, gimnazjum i szkole średniej) poprzez organizowanie zajęć służących integracji (zajęcia i wyjazdy integracyjne), stwarzanie przyjaznej atmosfery, w której uczeń ma poczucie, że może zwrócić się do personelu (np. wychowawcy, pe-

dagoga szkolnego) po pomoc. Zadaniem dla wychowawców, pedagogów szkolnych, psychologów i grona nauczycielskiego jest zwrócenie szczególnej uwagi na uczniów, którzy mogą przeżywać w tym okresie nadmierny stres i mają trudności z wejściem w grupę rówieśniczą. Jeżeli dziecko przez dłuższy czas wydaje się wyizolowane, należy poinformować o tym rodziców w celu określenia przyczyn tego stanu i ewentualnego zaproponowania odpowiedniej terapii.

3.5. Dziecko z jadłowstrętem psychicznym w szkole

Pracownicy szkoły mogą spotkać się z sytuacją, gdy:

- A. Dziecko przejawia objawy jadłowstrętu psychicznego, ale nie zostało jeszcze zdiagnozowane lub rodzice do tej pory nie dostrzegli problemu;
- B. Dziecko ma rozpoznany jadłowstręt psychiczny i objęte jest opieką lekarską i terapią;
- C. Dziecko z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego wraca do szkoły po kilkumiesięcznym pobycie w szpitalu;
- D. Nastolatek ma rozpoznany jadłowstręt psychiczny i odmawia uczestnictwa w terapii.

A. Gdy dziecko przejawia objawy jadłowstrętu psychicznego, ale nie zostało jeszcze zdiagnozowane lub rodzice do tej pory nie dostrzegli problemu

W sytuacji, gdy personel szkoły zauważa niepokojące objawy wymienione wyżej, które mogą wskazywać na występowanie u nastolatka/dziecka zaburzeń odżywiania, należy o nich niezwłocznie powiadomić jego rodziców/opiekunów. Informacja powinna być jak najbardziej szczegółowa, czyli należy dokładnie określić, co jest przedmiotem niepokoju. Przeciwwskazane jest wówczas zgłaszanie podejrzeń co do rozpoznania, natomiast ważna jest rozmowa z rodzicami.

Należy upewnić się, czy zauważyli podobne problemy w domu i czy podjęli w związku z tym odpowiednie działania. W sytuacji, gdy lekarz szkolny lub pielęgniarka stwierdzają u dziecka niedożywienie lub zahamowanie rozwoju, również powinni przekazać te informacje rodzicom oraz zalecić dalszą diagnostykę w celu wyjaśnienia ich przyczyn i podjęcia ewentualnego leczenia. Podobne postępowanie obowiązuje, gdy u dziecka występują wymioty, zawroty głowy, zasłabnięcia, omdlenia oraz gdy obserwuje się u niego wyraźne obniżenie nastroju lub gdy zgłasza ono myśli samobójcze.

B. Gdy dziecko ma rozpoznany jadłowstręt psychiczny i objęte jest opieką lekarską i terapią

W przypadku, gdy szkoła jest poinformowana o chorobie dziecka, ważne znaczenie ma wyważenie przez nauczycieli stawianych mu wymagań. Z jednej strony szkodliwe może być obniżanie w stosunku do niego wymagań oraz wystawianie nieadekwatnie wysokich ocen, bo może się to stać wymierną korzyścią płynącą z choroby i stanowić przeszkodę w powrocie do zdrowia. Ponadto takie wyjątkowe traktowanie może stać się przyczyną negatywnego stosunku rówieśników do chorego dziecka.

Drugą stroną medalu jest nadmierne obciążanie perfekcjonistycznego dziecka, które jest bardzo pracowite i chętnie podejmuje np. trudu przygotowania i uczestnictwa w kolejnej olimpiadzie. Może się zdarzyć, że nastolatek/dziecko podejmuje się tego trudu jedynie z tego powodu, że chce zadowolić otoczenie i nie potrafi odmówić, albo wyznacza sobie cele ponad swoje siły. Jeżeli przygotowanie do konkursu/olimpiady odbywa się kosztem nadmiernego stresu i wypoczynku dziecka, lepiej z nich zrezygnować. Szczególnie, kiedy jest ono w złym stanie somatycznym, zauważenie tego faktu i mobilizowanie do zajęcia się swoim zdrowiem może stać się czynnikiem

konfrontującym młodą osobę z chorobą oraz motywującym do podjęcia terapii. Troska ze strony różnych osób, przekazana w taktowny sposób oraz zauważanie wymirowanego wyglądu dziecka, może stać się czynnikiem motywującym do zmiany sposobu odżywiania.

W niektórych przypadkach, dziecko mające świadomość nieradzenia sobie z objawami choroby może zgodzić się na kontrolowanie posiłków przez dorosłych. Jeżeli długo przebywa w szkole, pomocna w początkowym okresie leczenia może być obecność zaakceptowanej przez dziecko osoby podczas spożywania przez nie posiłków (drugie śniadanie, obiad). Wskazane jest udzielanie rodzicom informacji na temat aktywności dziecka na terenie szkoły, zachowania w czasie spożywania posiłków, podejrzenia występowania wymiotów, obniżenia nastroju, problemów w relacjach z rówieśnikami itp.

W miarę możliwości warto zagwarantować dziecku, które nie osiągnęło jeszcze prawidłowej masy ciała, możliwość korzystania w szkole z dodatkowego kompletu podręczników, tak, żeby nie musiało dźwigać ciężkiego plecaka. Noszenie ciężarów może się przyczynić lub pogłębić wcześniej występujące skrzywienie kręgosłupa (z powodu zmniejszenia masy mięśniowej i osłabienia mięśni). Poza

tym związane jest ono ze sporą utratą energii i niepotrzebnie obciąża układ krążenia. Dziecko w okresie niedożywienia powinno być zwolnione z zajęć ruchowych (wychowanie fizyczne, taniec, treningi).

Występowanie na terenie szkoły zasłabnięć i omdleń należy traktować jako wyznacznik złego stanu, o którym powinni być powiadomieni rodzice dziecka; w przypadku omdlenia należy wezwać karetkę Pogotowia Ratunkowego.

Jeżeli dziecko wyjeżdża z klasą np. na wyjazd integracyjny lub „zieloną szkołę” sposób postępowania powinien być wcześniej uzgodniony z jego rodzicami. Decyzję o braku przeciwwskazań do wyjazdu powinien podjąć lekarz opiekujący się dzieckiem. Podczas wyjazdu wychowawca powinien zwrócić dyskretnie uwagę na to, czy ilość przyjmowanego przez dziecko pożywienia i płynów jest wystarczająca. Jeżeli wyraźnie unika posiłków, głoduje i ogranicza przyjmowanie płynów, należy zwrócić mu dyskretnie (w indywidualnym kontakcie) na to uwagę i zachęcić do spożycia posiłku. Jeżeli dziecko nadal nie koryguje swojego zachowania, należy podjąć decyzję o zakończeniu jego pobytu z grupą i zabranii go przez rodziców do domu.

Należy pamiętać, że informacje uzyskane od rodziców (lub lekarza) na temat choroby dziecka są informacjami poufnymi, oraz że rodzice i dziecko decydują o tym, kto i w jaki sposób jest o niej informowany.

C. Gdy dziecko z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego wraca do szkoły po kilkumiesięcznym pobycie w szpitalu

Ze szpitala wypisywane są dzieci w dobrym stanie zdrowia. Niekiedy wypis następuje na żądanie rodziców lub może być związany z odmową dalszego leczenia (np. przez nastolatka powyżej 16 roku życia). Zespół terapeutyczny szpitala może skierować do szkoły pismo z zaleceniami, które mają wspomagać działania służące dalszej poprawie stanu zdrowia dziecka. Pracownicy szkoły powinni jednak wiedzieć, że lekarz lub terapeuta nie mają możliwości bezpośredniego kontaktu z nimi bez zgody rodziców. Wszelka korespondencja od zespołu terapeutycznego przekazywana jest za pośrednictwem rodziców.

Dziecko powracające do szkoły po długim okresie nieobecności może natrafić na trudności adaptacyjne. Dlatego w okresie jego pobytu w szpitalu należy wspierać wszelkie inicjatywy ze strony kolegów z klasy mające na

celu podtrzymanie kontaktów z chorym dzieckiem oraz przygotować ich do powrotu koleżanki/kolegi, a kiedy wróci – wspierać jego integrację z klasą.

Innym problemem są zaległości w nauce po powrocie ze szpitala. W tym przypadku należy stworzyć dziecku dogodne warunki do nadrobienia materiału. Mogą to być dodatkowe konsultacje z nauczycielami, uruchomienie pomocy koleżeńskiej, umożliwiające stopniowe i niewyzwalające nadmiernego stresu nadrabianie materiału. Zamiast przepisywania zaległych notatek z lekcji należy dziecku udostępnić kserokopie notatek koleżanki/kolegi z klasy. W niektórych przypadkach wskazane może być zwolnienie dziecka z uczestnictwa w egzaminach kompetencyjnych. W takich sytuacjach należy jednak kierować się zasadą, że poziom szkoły, w której dziecko ma kontynuować naukę powinien być dostosowany do jego możliwości intelektualnych i poziomu jego wiedzy. Bezpośrednio po wypisie ze szpitala dziecko będzie zazwyczaj przez pewien okres wymagało zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego, a następnie – tylko z intensywnych ćwiczeń fizycznych.

Jeżeli dziecko zostało wypisane ze szpitalu na żądanie rodziców lub – w przypadku nastolatka – z powodu braku jego zgody na pobyt tam, może być ono w niezbyt dobrym

stanie somatycznym. W związku z tym należy na terenie szkoły zwrócić na nie szczególną uwagę. Dziecko powinno pozostawać pod opieką lekarską w celu określenia do jakiego momentu jego stan nie stanowi zagrożenia dla życia.

W razie wątpliwości i obaw ze strony szkoły o bezpieczeństwo ucznia, można poprosić rodziców o zaświadczenie od lekarza, że uczeń w aktualnym stanie zdrowia może nadal uczęszczać do szkoły. Należy wspierać uczestnictwo dziecka w psychoterapii, która często jest dostępna w godzinach nauki w szkole, umożliwiając uzupełnianie wynikających z tego zaległości i stwarzając możliwość dodatkowych konsultacji z nauczycielami.

D. Gdy nastolatek ma rozpoznany jadłowstręt psychiczny i odmawia uczestnictwa w terapii

Taka sytuacja jest najtrudniejsza zarówno dla szkoły jak i dla rodziny. Dziecko będzie wówczas często prezentowało swoje irracjonalne przekonania i lęki, które związane są z objawami choroby. Podstawowe znaczenie mają wówczas działania, dzięki którym dziecko uświadomi sobie, że jest chore, a to zmotywuje je do leczenia i terapii. Zauważenie niepokojących zmian w wyglądzie i wyraże-

nie w taktowny sposób troski może stać się ważnym czynnikiem motywującym dziecko do podjęcia terapii. Szczególnie, jeżeli dziecko doświadcza tego ze strony wychowawcy/nauczyciela, który był i jest dla niego autorytetem. Ważne jest przyjęcie nieoceniającej, życzliwej postawy i uszanowanie punktu widzenia nastolatka. Chodzi o przyjęcie tego, co dziecko czuje, jakie ma obawy i lęki, ze zrozumieniem, życzliwością i troską.

Czynnikami, które motywują do zmian i współpracy w leczeniu jadłowstrętu psychicznego, są koszty spowodowane chorobą (to, co choroba mu odbiera i na co nie pozwala). Takim kosztem może być brak możliwości uczestniczenia w zajęciach wychowania fizycznego, treningach sportowych, zajęciach tanecznych, olimpiadach przedmiotowych. Nie należy jednak takich ograniczeń traktować jako kary, ale jako konsekwencję braku zdrowia i przejaw troski otoczenia („musisz być zdrowa, żeby znów móc biegać, tańczyć”; „w Twoim stanie zdrowia musisz dużo wypoczywać i przeciwwskazany jest nadmierny stres”). W sytuacji, gdy stan nastolatka niepokoi otoczenie ze względu na znaczne wychudzenie, osłabienie, niskie ciśnienie, tętno itp., nauczyciel może poprosić rodziców o dostarczenie zaświadczenia od lekarza, że dziecko może nadal uczęszczać do szkoły.

4. Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa)

Objawy tej choroby pojawiają się zwykle u dziewcząt i młodych kobiet, które wcześniej nieskutecznie próbowały odchudzać się stosując różne diety, i u których w wielu przypadkach wystąpiły uprzednio objawy jadłowstrętu psychicznego (w 30–50% przypadków). W trakcie odchudzania pojawiają się u nich uporczywe myśli o jedzeniu, silne pragnienie lub poczucie przymusu jedzenia i napady niekontrolowanego jedzenia (napady żarłoczności, napady bulimiczne).

Podczas napadów bulimicznych chora/y w krótkim okresie czasu, najczęściej w samotności, pochłania nieadekwatnie duże (w porównaniu z normalnymi posiłkami) ilości pożywienia. Kaloryczność spożytego podczas napadu pożywienia sięga od kilkuset do kilku tysięcy kilokalorii, a w skrajnych przypadkach wielokrotnie przekracza dobowe zapotrzebowanie kaloryczne.

Niektóre osoby gromadzą pożywienie przed napadem żarłoczności, aby później spożyć je w ukryciu. Inne jedzą chaotycznie, co popadnie. Spożywane podczas napadu produkty są zwykle wysokokaloryczne, często nie są dobre smakowo. Czasami osoba chora specjalnie zajada

się produktami, które jej szkodzą, np. słodczyce, po których łatwiej sprowokować wymioty, produkty mleczne, na które jest uczulona itp. Podczas napadu objadania się chora/y ma poczucie braku kontroli nad tym, co i ile zjada. Po napadzie żarłoczności pojawiają się poczucie winy i lęk przed przyrostem masy ciała. Jednocześnie chora/y odczuwa ulgę w związku z pozbyciem się napięcia lub innych nieprzyjemnych uczuć (osamotnienia, smutku, pustki, złości), które poprzedzają napad.

W związku z obawą przytycia, po napadzie chorzy stosują jedną lub kilka metod, które mają zapobiec przyrostowi wagi. Najczęściej stosowanymi metodami kompensacyjnymi są: prowokowanie wymiotów, intensywne ćwiczenia fizyczne, głodówka, nadużywanie środków przeczyszczających, a w późniejszym wieku nadużywanie środków moczopędnych i przyspieszających przemianę materii. W celu zmniejszenia apetytu chora/y może stosować środki hamujące łaknienie. Chorzy na cukrzycę mogą ograniczać dawki przyjmowanej insuliny.

Osoby chore na bulimię przejawiają silny lęk przed przytciem oraz są nadmiernie skoncentrowane na figurze, rozmiarach i masie ciała. Podobnie jak w anoreksji mają zaburzony obraz własnego ciała, czyli mimo,

że mają szczupłą sylwetkę, uważają siebie za osoby otyłe. Masa ciała w bulimii może mieścić się w granicach normy, chora/y może mieć nadwagę lub otyłość, może również dochodzić do wychudzenia. Charakterystyczne są duże fluktuacje masy ciała. U części nastolatków pojawiają się zaburzenia miesiączkowania.

Podczas spotkań znajomi zauważają, że osoby chore na bulimię są na diecie, unikają jedzenia w towarzystwie, nie jedzą pokarmów, których kaloryczności nie znają. Chorzy na bulimię 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 (podobnie jak chorzy na jądłowstręt psychiczny) lub przeciwnie mogą łatwo nawiązywać kontakty i przejawiać dużą aktywność towarzyską. Częstym problemem osób chorych na bulimię jest trudność w utrzymaniu stałych przyjaźni, w sytuacji gdy pojawiają się jakieś problemy we wzajemnych relacjach.

Chorzy na bulimię, w przeciwieństwie do chorych na jądłowstręt psychiczny, czują się chorzy, jednak bardzo czę-

sto przez wiele lat ukrywają swoje objawy przed otoczeniem z powodu wstydu przeżywanego w związku z chorobą. Często zgłaszają się w celu podjęcia leczenia dopiero jako dorosłe osoby.

Dostrzeżenie przez otoczenie problemu zdrowotnego u nastolatki/a chorej/ego na bulimię może być trudne, ponieważ większość chorych wygląda całkiem zdrowo. Niepokój mogą wzbudzić osoby, które są znacznie wychudzone, lub u których w wyniku stosowanych praktyk (częste prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających) pojawiają się powikłania somatyczne (odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, przejawiające się np. omdleniami i zasłabnięciami, napadami drgawek, zaburzeniami rytmu serca, drętwieniem, mrowieniem rąk i nóg, osłabieniem mięśni, bolesnymi skurczami mięśni), uszkodzenie szklivi zębów.

W skrajnych przypadkach chory może wymagać pilnej pomocy lekarskiej z powodu silnych bólów brzucha, które mogą być przejawem poważnych powikłań choroby.

4.1. Leczenie żarłoczości psychicznej (bulimii)

Podobnie jak w jadłowstręcie psychicznym ważne jest jak najszybsza reakcja otoczenia, gdy zauważy ono problem i podjęcie jak najszybciej kompleksowego leczenia, które obejmuje opiekę medyczną i terapeutyczną. 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 (poznawczo-behawioralna) 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 posiłków (w odstępach ok. 3-godzinnych). Oznacza to, że chora osoba powinna zjadać 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.

4.2. Dziecko z żarłocznością psychiczną (bulimią) w szkole

Na szczęście, w przeciwieństwie do chorych na jadłowstręt psychiczny, nastolatki z objawami bulimii – jeżeli problem został ujawniony – są bardziej zmotywowane do terapii. W sytuacji, gdy dziecko zwierza się w szkole ze swoich problemów, należy o tym poinformować rodziców.

Jeżeli rodzice poinformowali szkołę o występowaniu u dziecka tej choroby, ważne znaczenie ma ustalenie jakiej pomocy od personelu szkoły oczekują oni i nastolatk. Ważne jest uwzględnienie faktu, że uczeń chorujący na bulimię powinien mieć możliwość jedzenia na terenie szkoły regularnych posiłków.

Napady bulimiczne lub prowokowanie wymiotów mogą mieć związek z nadmiernym stresem i przeżywaniami

przez ucznia napięcia lub nieprzyjemnych uczuć. Życzliwa osoba, do której może się w takich sytuacjach zwrócić, może pomóc rozładować te trudne emocje.

W sytuacji występujących u dziecka niepokojących dolegliwości (ból brzucha, kołatanie serca, omdlenia, kurcze mięśniowe, drętwienie rąk i nóg itp.) należy natychmiast powiadomić rodziców. W niektórych przypadkach potrzebna będzie pilnie pomoc lekarza.

Jeżeli u nastolatka dodatkowo występują samouszkodzenia, należy pamiętać, że są one przejawem nieradzenia sobie z emocjami. Dlatego nie należy go krytykować, oceniać, zmuszać do obietnicy, że więcej tego nie zrobi.

Zalecaną postawą jest zachowanie spokoju, spokojne i delikatne zaopatrzenie rany, jeżeli jest ona powierzchowna. Głębsze rany mogą wymagać zaopatrzenia chirurgicznego. O fakcie dokonywania przez dziecko samo-okaleczeń powinni być poinformowani rodzice, przed którymi dziecko może ukrywać problem.

5. 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 (w danym momencie) 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.

- Jagielska G., Tomaszewska-Libudziec C., Wiśniewski A. (2005), *Zaburzenia odżywiania*, w: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczyk, T. Komender, PZWL, Warszawa.
- Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością* (2006), red. A. Oblacińska, I. Tabak, IMiD, Warszawa.
- Józefik B., Wolska M. (2009), *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*, Hachette Polska, Warszawa.
- Lachowicz W. (2005), *Przeklinam cię ciało*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław.
- Middleton K. (2009), *Zaburzenia odżywiania. Droga do wyzdrowienia*, eSPe, Kraków.
- Mroczkowska D., Ziółkowska B., Cwojdzńska A. (2007), *Zaburzenia odżywiania. Poradnik dla rodziców i bliskich*, Scholar, Warszawa.
- Namysłowska I., Ruszkowska E., Siewierska A. (2000), *Gdy odchudzanie jest chorobą. Anoreksja i bulimia*, WAB, Warszawa.
- Wiatrowska A. (2009), *Jakość życia w zaburzeniach odżywiania*, UMCS, Lublin.
- Wrotek K. (2007), *Zaburzenia odżywiania*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.

One są wśród nas

W drugiej serii
„One są wśród nas”
ukazały się:



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
TIKOWYMI
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z DEPRESJĄ
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
PSYCHOTYCZNYMI
W SZKOLE**



**DZIECKO Z ADHD
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z AUTYZMEM
I ZESPOŁEM ASPERGERA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
ODŻYWIANIA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
LĘKOWYMI
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**