



WNZO083: Okiem psychologa - zaburzenia odżywiania

– jak nie zapędzić się w zdrowym odżywianiu i w porę rozpoznać symptomy choroby.

Opis odcinka: www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/p083

Słuchasz podcastu *Więcej Niż Zdrowe Odżywianie* odcinek 83. Ten odcinek jest o najczęściej spotykanych zaburzeniach odżywiania oraz o tym jak w porę rozpoznać symptomy ortoreksji, groźnej choroby polegającej na przesadnym dbaniu o zdrowe jedzenie.

Ja się nazywam Michał Jaworski i w tych audycjach opowiadam o różnych aspektach zdrowego trybu życia. Jeżeli naprawdę zależy Ci na tym, czym karmisz swoje ciało i umysł, to te podcasty są właśnie dla Ciebie.

Cześć, cześć, cześć! Przed nami 83 odcinek podcastu w którym zmierzę się z dość, a nawet bardzo trudnym tematem, tematem zaburzeń odżywiania. Co Ci przychodzi na myśl, gdy słyszysz ten termin? Jakie są Twoje skojarzenia? Moje pierwsze skojarzenie to anoreksja, bardzo poważna choroba charakteryzująca się umyślną utratą masy ciała. Choroba, która... to jasno musimy sobie powiedzieć, która często prowadzi do przedwczesnej śmierci. I możesz sobie teraz pomyśleć... eeee tam ja na pewno nie mam żadnego zaburzenia bo ja zdecydowanie nie wyglądałam jak anorektyczka. Tym bardziej nikt z mojego otoczenia tak nie wygląda, więc temat zaburzeń odżywiania mnie po prostu nie dotyczy. Jednak jak się okazuje temat ten nie dotyczy tylko osób nadmiernie wychudzonych, jest on dużo bardziej pojemny. Dlaczego?

Nie wiem jak ty, ale ja z przyjemnością obserwuję iż w ostatnich latach ludzie z mojego otoczenia coraz więcej uwagi przywiązują do zdrowego odżywiania. Trend najprawdopodobniej jest powszechny, bo znalazł swoje odzwierciedlenie w asortymencie produktów dostępnych nawet w sieciowych dyskontach spożywczych. Pojawiają się w nich wydzielone regały ze zdrową żywnością, nawet z produktami ekologicznymi. I to jest bardzo dobry trend. Bardzo się z niego cieszę! Jednak jak we wszystkim najważniejszy jest umiar i zdrowy rozsądek. W zdrowym odżywianiu w przykładaniu uwagi do pochodzenia i wartości odżywczych tego co jemy też można się zapędzić.

Zdaję sobie sprawę, że z ust osoby, która propaguje zdrowe odżywianie może zabrzmieć to trochę dziwnie, wręcz komicznie jednak taka jest prawda i chcę głośno o tym mówić. Przesadne, chorobliwe dbanie o zdrowe odżywianie jest również zaburzeniem odżywiania, które ma nawet swoją nazwę – ortoreksja. Dlatego właśnie powstał ten odcinek podcastu, aby uczulić was, uczulić Ciebie, że zaburzenia odżywiania są dużo bardziej częste, bardziej niebezpieczne niż nam się to wydaje. Aby pokazać Tobie jak rozpoznać ich symptomy i jak pomóc osobom, które w Twoim otoczeniu z takimi problemami się borykają.

Do jego nagrania zaprosiłem psychologa, który w swojej pracy zawodowej zajmuje się min. pomaganiem osobom z zaburzeniami odżywiania. Zapraszam do wysłuchania!

Michał: Cześć Monika!

Monika: Cześć!

Michał: Witam Cię ponownie w moim podcaście. Stali słuchacze mojego podcastu zapewne wiedzą, że już jeden odcinek z Tobą nagrałem, ale gdyby ktoś pierwszy raz słuchał, gdyby zaczynał słuchać właśnie od tego odcinka, to przedstaw się proszę raz jeszcze w kilku słowach - kim jesteś i czym się zajmujesz?

Monika: Nazywam się Monika i jestem *psychologiem i psychoterapeutą poznawczo-behawioralnym*. Prowadzę sesje terapeutyczne z pacjentami z różnymi problemami i zaburzeniami psychicznymi.

Michał: Jak długo już się tym zajmujesz?

Monika: Pracuję z ludźmi odkąd tylko ukończyłam studia, czyli *7 lat* temu, natomiast swój gabinet mam od ponad *czterech*. Dodatkowo jestem autorką bloga *psychologpisze.pl* i tam też dzielę się swoją wiedzą - bardziej teoretyczną, ale też trochę z praktyki.

Michał: Tak, wiem że masz, bo właśnie przez tego bloga Cię znalazłem. Dobrze. Zaprosiłem Cię dzisiaj do nagrania drugiego odcinka - chciałbym porozmawiać dzisiaj z Tobą o *zaburzeniach odżywiania*. Jest to temat, który pojawia się coraz częściej - przynajmniej takie jest moje wrażenie. Ja też się tematem interesuję, właśnie teraz kończę czytać książkę i tam jest trochę
str. 2

<http://www.wiecejnizzdroweodzywianie.pl/>

statystyk, które pokazują, że zaburzenia odżywiania to jest może nie wymysł, ale jest to zjawisko, które coraz bardziej widać właśnie na przestrzeni ostatnich 50 lat. Chciałbym z Tobą porozmawiać, jakie *rodzaje zaburzeń odżywiania* mamy, no i tak trochę wyczulić naszych słuchaczy na właśnie ten temat, żeby zwracać na to uwagę i odpowiednio wcześniej móc zareagować, jeśli coś takiego może mieć miejsce. Więc może od początku - jakiego rodzaju zaburzenia odżywiania mamy najczęściej?

Monika: Najczęściej występującym zaburzeniem odżywiania jest *anoreksja*, często występuje też *bulimia*. Ostatnimi czasy pojawia się też *ortoreksja*, *bigoreksja* i tak zwane *kompulsywne objadanie się*, które jest coraz częstszym zaburzeniem.

Michał: Z tych wszystkich, które wymieniałaś to znam, natomiast *bigoreksja* jest dla mnie czymś zupełnie nowym. Ale może po kolei. Jakbyś pokrótce mogła opowiedzieć o tych czterech zaburzeniach, tak na razie żeby mniej więcej wiedzieć o co chodzi, a w kolejnym etapie już jakby zejdziemy poziom niżej i omówimy je dokładnie.

Monika: Ok. Może tak - wszystkie zaburzenia łączy to, że wiążą się one z *dążeniem do idealnej sylwetki*, cokolwiek ten ideał miałby znaczyć dla każdego chorego i dla każdego z nas, tak naprawdę. I to jest punkt wspólny. Natomiast każde z tych zaburzeń - one są jakby zbliżone do siebie, jeśli chodzi o objawy czy przyczyny i sposób leczenia - natomiast różnią je szczegóły. I *anoreksja* polega na tym, że chory *bardzo ogranicza jedzenie*, najczęściej dochodzi też do *głodówek* bardzo długich i usilnie próbuje osiągnąć jakąś *wymarzoną swoją sylwetkę*, która wydaje mu się, że będzie idealna. Natomiast w pewnym momencie *przekracza to pewną granicę* - granicę zdrowia - i dochodzimy do *chorobliwego wychudzenia*, dochodzą też oczywiście problemy z cerą, z włosami, z zachowaniem, z emocjami, ze wszystkim tak naprawdę. Sami wiemy, jak czasem gdzieś tam nam się zdarzy zapomnieć kilku posiłków, czy nie zjeść czegoś, czy coś - jak się źle potrafimy czuć. To teraz wyobraźmy sobie sytuację, że ktoś się głodzi tak na przykład *tygodniami* i potrafi cały dzień przetrwać na jednym jabłku. I na tym mniej więcej polega *anoreksja*. Jeśli chodzi o *bulimię*, to tutaj też głównym czynnikiem jest dążenie do sylwetki, natomiast *okresy głodówki są oddzielone momentami objadania się*. W pewnym momencie chory po prostu czuje taki głód, że *nie jest w stanie go opanować* i wtedy otwiera lodówkę i po prostu je wszystko co mu tylko wpadnie w rękę, nie patrząc na daty przydatności do spożycia, na smak, na konsystencję, na cokolwiek - po prostu je. Natomiast potem zaczyna odczuwać *wyrzuty sumienia*, że przerwał swoją głodówkę, czy że przerwał swoją bardzo restrykcyjną dietę i próbuje się tego *jedzenia pozbyć*. I najczęściej pozbywa się na dwa

sposoby - i są to wymioty, *provokowanie wymiotów*, ewentualnie korzystnie z silnych *środków przeczyszczających*. Jeśli chodzi o *ortoreksję*, to jest to *rezygnacja z jakiś konkretnych produktów* - natomiast jest to taka chorobliwa rezygnacja, która wiąże się z bardzo *niezdrowym podejściem* do zrezygnowania na przykład z czegoś co jest nam potrzebne. To tak jakbyśmy zrezygnowali z picia wody, bo wydaje nam się, że jest niezdrowa i nam nie służy. *Kompulsywne objadanie się* to jest jedzenie bardzo szybkie - to jest trochę jak w bulimii - to znaczy to jest *objadanie się, jedzenie bardzo szybkie*, jedzenie wszystkiego co podjedzie, jedzenie nawet gdy coś upadnie na podłogę, natomiast *nie pojawiają się* tak jak w bulimii *sposoby oczyszczenia organizmu z tego wszystkiego*, natomiast pojawiają się *bardzo silne wyrzuty sumienia*, które mogą skutkować negatywnymi zachowaniami. A jeśli chodzi o *bigoreksję*, tutaj jest taka ciekawostka, że poprzednie zaburzenia o których mówiłam dotyczą *głównie kobiet*, w większości - mężczyzn też, ale kobiet w większości - natomiast bigoreksja bardziej *dotyczy mężczyzn* i tutaj chodzi o takie *chorobliwe budowanie mięśni*, chorobliwe budowanie mięśni na siłowni na przykład, korzystanie z *zastrzyków z anaboliów* i tak dalej. Czyli takie dążenie do takiej „idealnej sylwetki” męskiej, czyli takiego umięśnionego Schwarzeneggera w latach młodości, czy kogoś takiego.

Michał: No dobrze. To mamy te: raz, dwa, trzy, cztery, pięć zaburzeń odżywiania. Powiedziałaś na początku, że wszystkie je łączy jedna cecha - znaczy to dążenie do idealnej sylwetki w jakiś sposób, czy to szczuplej, czy to w przypadku tego ostatniego, bigoreksji, jakiejś bardzo umięśnionej. Natomiast ja się zastanawiam teraz czy jeśli chodzi o *genezę* powstawania tych zaburzeń odżywiania czy też mają jakieś wspólne cechy czy one w zupełnie innych warunkach powstają? Właśnie skąd takie zaburzenia się biorą?

Monika: Psychologowie wyróżniają jakby *trzy takie możliwości* najbardziej prawdopodobne, jeśli chodzi o powstawanie zaburzeń odżywiania. Pierwsze to są *tendencje genetyczne*, czyli jeśli ktoś w *rodzinie* cierpiał na jakieś zaburzenia odżywiania, to istnieje szansa, że dziecko też je jakby przejmie w *puli genów*, które dostanie. Natomiast nie jest to jakby 100% gwarantowane. I niektórzy psychologowie się z tym zgadzają, niektórzy troszeczkę odchodzą od tego i bardziej się skupiają na *czynnikach społecznych i psychicznych* niż tych biologicznych. Natomiast jeśli chodzi o *czynniki psychologiczne*, to *perfekcjonizm* tutaj dochodzi do głosu przede wszystkim. Perfekcjonizm, którego bardzo często *wymagają od dzieci rodzice* najpierw, a potem w okresie dorastania młodzież zaczyna *wymagać tego od siebie*. I ponieważ na przykład ich ciało zaczyna się zmieniać, są huśtawki hormonalne, są burze emocjonalne - nad czym nie mają kompletnie kontroli - to *próbują mieć kontrolę nad czymś*, co jest bardziej takie kontrolowalne. No, trochę się powtarzam (śmiech), ale

mam nadzieję, że wiadomo o co chodzi. I najczęściej jedyną rzeczą, którą *są w stanie kontrolować to jest jedzenie*. I zaczynają właśnie kombinować jak to jedzenie ograniczyć, próbują kontrolować swoje ciało przede wszystkim w każdy sposób w jaki tylko są w stanie wymyślić. I najczęściej - tak jak mówię - dotyczy to jedzenia, bo jest to stosunkowo najprostsze. Natomiast po pewnym czasie jest zupełnie odwrotnie, bo to *jedzenie zaczyna kontrolować człowieka* - co jest bardzo krzywdzące.

Michał: Ja tu może sparafrazuję, żeby upewnić się, że dobrze zrozumiałem. Czyli mówimy o takich sytuacjach, w których ktoś sobie - szczególnie młodzież - nie radzi w jakichś sytuacjach życiowych, więc uciekają do takich rozwiązań, do takich zachowań, w których mają kontrolę. Mają kontrolę nad tym co jedzą i poprzez to, że kontrolują swoje jedzenie, w jakiś sposób czują się lepiej. Czy dobrze to zrozumiałem?

Monika: Tak, tak, tak. Bardzo dobrze. To przede wszystkim o to chodzi właśnie.

Michał: Dobrze. A czy możemy pokusić się o takie uogólnienie, że jak ktoś jest perfekcjonistą, to jest w grupie ryzyka tych chorób?

Monika: Tutaj chyba za daleko byśmy wyszli. To znaczy jeżeli jest perfekcjonistą w wieku powiedzmy dziecięcym, nastoletnim, wtedy można powiedzieć, że rzeczywiście może należeć do grupy ryzyka. Natomiast jeżeli chodzi o dorosłe osoby, to one oczywiście też są zagrożone zachorowaniem na zaburzenia odżywiania, natomiast dochodzi tutaj trochę *więcej czynników zewnętrznych*, więc ciężko jednoznacznie jest powiedzieć. Także jest to możliwe, natomiast nie szafowałabym słowami, że jest w grupie ryzyka.

Michał: A to też ciekawą rzecz powiedziałaś, bo rozdzieliłaś na takie dwie grupy - ktoś dorasta i jest dorosły. I może powiedzmy - te zaburzenia jakich grup wiekowych dotyczą najczęściej?

Monika: Najczęściej zaczynają się właśnie w wieku *nastoletnim* i trwają przez jakiś czas, przez długi czas – zwłaszcza, że chorzy są doskonałymi specjalistami w *ukrywaniu tego*. I bardzo często trwają one *dlugo*, trwają *do dorosłości*. Natomiast są też sytuacje, w których na przykład anoreksja czy bulimia dopadają ludzi w wieku *dorosłym*. Takie kompulsywne objadanie się na przykład - tutaj najwięcej jest w wieku *nastoletnim* zachorowań, natomiast dorośli i dzieci w pewnych sytuacjach też są na to narażone.

Michał: Teraz wróćmy do tej genezy zaburzeń odżywiania. Wspomniałaś, że są trzy takie wyjaśnienia, pierwsze to jest genetyka, drugie psychologia i trzecie społeczne - tego chyba to jeszcze nie omówiłaś.

Monika: Tak, tak. Jeśli chodzi o *czynniki społeczne* powstawania zaburzeń odżywiania, to jest to *kult ciała* - ten taki popularny, powszechny, to *dążenie do tego, żeby być szczupłym*, żeby być *fit*, żeby mieścić się w rozmiar 34, żeby dążyć do jakiegoś *ideału modelek, aktorek*, kogokolwiek. I to jest chyba najczęstsza przyczyna tak naprawdę, która gdzieś tam króluje, jeśli chodzi o przyczyny zachorowań na zaburzenia odżywiania.

Michał: Jak powiedziałas o tych modelkach, to mi się przypomniało badanie, do którego dotarłem. W badaniu tym naukowcy przeglądali różne dostępne materiały typu czasopisma, jakieś plakaty, które się pojawiały w ostatnich 50 latach i okazuje się, że z roku na rok - może to za często - ale z dekady na dekadę, te osoby które tam się pojawiają, ci modele są coraz bardziej szczupli. I tak naprawdę to nie było wyjaśnione dlaczego tak się dzieje, natomiast to może już jest troszeczkę odpowiedź na to, dlaczego coraz więcej mamy tych zaburzeń odżywiania.

Monika: Bardzo możliwe. *Wzory tak zwanego piękna*, które są bardzo indywidualne oczywiście, ale te takie ogólne wzory piękna i pięknego ciała są *coraz szczuplejsze* i próbuje się iść w drugą stronę i promować *modelki plus size*. Natomiast to w drugą stronę idziemy, gdzie kobieta jest - i mężczyźni też w zasadzie, modele, ale głównie dotyczy to kobiet - i jeżeli kobieta jest powiedzmy takiego klasycznego rozmiaru średniego, wszystko jest ok i to jest zdrowe, natomiast takie bardzo duże *plus size* już jest... troszeczkę wchodzimy w *promowanie otyłości*, która jest bardzo niezdrowa też. Więc społeczeństwo idzie *ze skrajności w skrajność* i to jest bardzo niedobre.

Michał: Ja bym jeszcze wrócił do tych czynników, które mogą spowodować zaburzenia odżywiania. Wspomniałaś o czynnikach genetycznych, psychologicznych i społecznych. Natomiast już tak chciałbym skonkretyzować, bo wyobraźmy sobie taką sytuację, że mamy osobą młodą, która interesuje się na przykład zdrowym stylem życia, przegląda jakieś portale o odżywianiu i czy pod wpływem tylko takiego bodźca może się pojawić u niej właśnie zaburzenie odżywiania? W sensie, że obserwuje osoby, które są szczupłe, które są na diecie i nagle czary mary - ona ma jakieś zaburzenie? Czy to jest proces raczej bardziej złożony, który zaczyna się dużo wcześniej.

Monika: Problem z zaburzeniem odżywiania, tak jak mówisz, *zaczyna się trochę wcześniej*. Poza tym kultem ciała, poza kontrolą, poza perfekcjonizmem, bierze się pod uwagę także *problemy z emocjami*, z kontrolowaniem emocji - czyli musi być jakiś problem, nieradzenie sobie z uczuciami, które gdzieś się pojawiają. Pojawia się pomysł, że lekiem na całe zło będzie *ładna figura*. I to też wcale nie oznacza, że od razu ktoś zachoruje. Początek zaburzenia liczy się dopiero w momencie, kiedy ktoś *traci kontrolę* nad tym. Jeżeli ktoś po prostu przechodzi na dietę i zdrowo się odżywia, uprawia sport i tak dalej, dba o siebie, to jest to jak najbardziej super i o tym powinniśmy pamiętać. Natomiast w momencie kiedy zaczynają się *nietypowe zachowania*, kiedy pojawiają się objawy tak naprawdę - objawy związane z *nawykami żywieniowymi*, objawy związane z *obrazem ciała* - to wtedy możemy mówić dopiero o zaburzeniu. Natomiast nie jest to absolutnie i jakby nie jest to jednoznaczne z tym, że jeżeli ktoś zaczyna patrzeć na modelki i chce wbić się w rozmiar 34 czy 32, to nagle zaczyna mieć jakimś magicznym sposobem zaburzenie odżywiania. To by było bardzo krzywdzące dla osób, które *po prostu o siebie dbają* i dążą do jakiegoś swojego ideału, ale *są w stanie to kontrolować*.

Michał: To mnie uspokoiłaś, dziękuję.

Monika: (śmiech)

Michał: Wspomniałaś o tym, że o zaburzeniach odżywiania można mówić wtedy, kiedy następuje utrata kontroli, kiedy pojawiają się objawy. I wracając do tych pięciu zaburzeń, o których powiedziałaś na początku - czy *objawy* tych zaburzeń są podobne, czy one są jakieś skrajnie różne? Bo chciałbym o tych objawach powiedzieć i zastanawiam, się czy powiemy o nich tak bardzo ogólnie czy już jakby przywiązując je do konkretnych zaburzeń?

Monika: To znaczy są objawy, tak jak wspominałam, związane z *nawykami żywieniowymi* - to jest pierwsza grupa - i druga: związane z *obrazem ciała*. One są - zwłaszcza te związane z nawykami żywieniowymi - one są w zasadzie *wspólne*. Jeżeli chodzi o obraz ciała, to tutaj dużo jest *wspólnych elementów*, ale też są *osobne*. No osoba, która cierpi na *anoreksję* będzie miała inny obraz swojego ciała niż mężczyzna, który chce być *bardzo umięśniony*.

Michał: Tak. To nawet skrajnie inny obraz ciała...

Monika: Zupełnie, zupełnie. Tak. Natomiast niektóre elementy są wspólne - można zebrać kilka takich ogólnych informacji o objawach, które są wspólne dla wszystkich.

Michał: To może wyjdźmy od tych wspólnych - żeby jakoś w głowie nam się rodził taki obraz, dzięki któremu może możemy wcześniej zauważyć lub zwrócić uwagę na pewne elementy, które powinny wzbudzić naszą czujność - a potem już będziemy to konkretyzować na konkretne zaburzenia.

Monika: Ok. To może zacznę od tych *nawyków żywieniowych*. Jednym z takich objawów jest *utrzymywanie diety pomimo szczupłej sylwetki*, którą już chory ma. To jest także wyszukiwanie i *przestrzeganie coraz to nowszych i bardziej restrykcyjnych diet*, takie szukanie diety cud, która miałyby zadziałać, a także *wyrzucanie z jadłospisu tych tak zwanych złych składników*, jak na przykład węglowodany czy tłuszcze, które mogą uchodzić za złe składniki. Czyli to takie *kontrolowanie diety*. Także w zasadzie w każdym zaburzeniu występuje *obsesyjne liczenie kalorii*. Liczenie kalorii w każdej potrawie, często uczenie się tych *tabeli kalorycznych* na pamięć, *prowadzenie dzienników*, w których ktoś zapisuje ilość spożywanych kalorii, kontrola kalorii - to jest bardzo istotne. Powszechne są też *kłamstwa*. To jest coś, co czasem trudno wychwycić na przykład bliskim, że chory kłamie na temat *ilości spożywanych posiłków*, na temat tego że na przykład się *przechrzcza*, ukrywa *co i kiedy jadł*, w przypadku anoreksji na przykład *szuka wymówek* jak zatrucie, bóle brzuchy i tak dalej i tak dalej, by jeść mniej. Zdarza się też *chowanie jedzenia* przy intensywnych dietach - to jest dosyć powszechne. Że na przykład przy *młodych anorektyczkach*, gdy dziewczyna trafia do szpitala, a jej rodzice robią na przykład porządek w jej pokoju, to znajdują za kaloryferem *czterdzieści kanapek jakiś takich zgniłych*, bo chowała jedzenie tam albo oddaje psu albo chowa w kwiatku. Naprawdę różne rzeczy słyszałam. I jak gdyby ostatnim takim nawykiem, czy objawem związanym z nawykami żywieniowymi są *niecodzienne zachowania* - niecodzienne jakby dla osoby, która do tej pory była zdrowa. I to jest na przykład że *nie chce jeść w miejscach publicznych*, bo boi się na przykład że zje za dużo, *nie chce jeść przy innych*, chęć na przykład jedzenia tylko i wyłącznie w samotności albo *chęć jedzenia z konkretnego talerza*, który nie wiem w jaki sposób ma działać tak naprawdę, ale to też się zdarza, że na konkretnym talerzu po prostu jedzenie ma inną kalorykę, czy coś.

Michał: Takie rytuały sobie tworzą te osoby...

Monika: Tak, tak. Dokładnie. I bardzo, bardzo *restrykcyjnie tego przestrzegają*. Jeśli chodzi o objawy związane z *obrazem ciała*, to możemy zauważyć - i to jest już łatwiejsze do zauważenia przez innych, na co takie czerwone flagi i lampki, które powinny się nam zapalić - to przede wszystkim duży, taki bardzo *rzucający się w oczy spadek masy ciała*, który nie ma żadnego podłoża medycznego. U bigorektyków oczywiście będzie to *wzrost mięśni, taki bardzo nienaturalny*, który możemy wywnioskować, że ktoś stosuje *sterydy*, że takiej sylwetki nie da się osiągnąć samą siłownią, dietą i sportem, tak po prostu. Kolejnym objawem jest *usilne przekonanie o nadwadze swojej*, nawet pomimo posiadania szczupłej sylwetki. Osoby chore czują, że są otyłe tak ogólnie lub postrzegają konkretne partie ciała jak na przykład brzuch, uda, pupa jako grube – i bardzo to podkreślają, często się przeglądają w lustrze i tak dalej. I tu właśnie dochodzimy do *koncentracji na sylwetce*, czyli *przeglądanie się w lustrze, ale takie obsesyjne*, bardzo częste przeglądanie się w wystawach sklepowych, w lusterkach samochodowych, wszędzie gdzie tylko się da i sprawdzanie *czy już się schudło*, po braku jednego posiłku na przykład. Obserwuje się u chorych także *zbieranie zdjęć takich bardzo szczupłych, wręcz chudych modelek*, obklejanie ścian na przykład albo *prowadzenie dzienników*, które są pełne takich zdjęć. I jest to taki *symbol dążenia do perfekcji*. Dodatkowo możemy zauważyć też ciągłą krytykę - *krytykę własną*, czyli wyszukiwanie mankamentów w swoim ciele, *brak satysfakcji z własnego wyglądu*, ciągłe krytykowanie się za niedoskonałości, które widzi w zasadzie tylko chory najczęściej. I ostatnie co da się zauważyć, to zaprzeczanie - chory *zaprzecza nadmiernej chudości swojego ciała*. Posiada ciągłe przekonanie i przekonuje nie tylko siebie, ale też innych, że musi tracić kilogramy, ale jednocześnie - tutaj troszeczkę paradoksalnie - *ukrywa to przed innymi* nosząc na przykład szerokie ubrania. A w szpitalach psychiatrycznych czy w ośrodkach leczenia zaburzeń odżywiania chory też potrafi *przed ważeniem wypić bardzo dużo wody*, żeby innym wydawało się, że jest cięższy niż normalnie.

Michał: Spryciarze.

Monika: Tak, tak. Mają wypracowane takie sposoby i takie systemy, że naprawdę zaobserwowanie tego jest niezwykle trudne.

Michał: Ok. To ja tak krótko podsumuję - czyli mamy jakby takie dwie grupy objawów. Pierwsze to są nawyki żywieniowe, a drugi to obraz ciała. I w tych nawykach żywieniowych to mamy utrzymywanie diety pomimo szczupłej sylwetki, obsesyjne liczenie kalorii, kłamstwa związane z jedzeniem: co jadłem lub czego nie jadłem i niecodziennie zachowania, typu że nie jada się z innymi albo jada się tylko na mieście albo tylko z jednego talerza, takie tworzenie

rytuałów. I ta druga grupa to jest obraz ciała - duży spadek masy, przekonanie o nadwadze pomimo tego, że jest to osoba szczupła, ciągle obsesyjne przeglądanie się tam gdzie się da, zbieranie zdjęć szczupłych modelek, ciągła własna krytyka i zaprzeczania nadmiernej chudości, czyli pomimo tego że są szczupłe, to im się wydaje, że nie są. Ja też się odwołam ponownie do tej książki, którą czytałem. Tam były badania przeprowadzone na osobach, które miały anoreksję i to były takie badania polegające na tym, że te osoby miały określić rozmiar pewnego obiektu - to były jakieś chyba rozstawione dwie żarówki obok siebie - i one nie były w stanie oszacować rozmiaru tego obiektu. I był taki wniosek wysunięty, że te osoby tak samo postrzegają siebie, że pomimo tego że są szczupłe, to one widzą, że jednak ten rozmiar ich ciała jest większy niż w rzeczywistości.

Monika: Tak. Jak najbardziej. Jak najbardziej. Jest jeszcze takie zaburzenie, które czasem łączy się z zaburzeniami odżywiania i jest to *dysmorfofobia*, czyli *zaburzony obraz własnego ciała*. Ludziom najczęściej wydaje się, że *mają jakiś defekt* - krótszą nogę, krzywą twarz, opadające usta, cokolwiek takiego. Natomiast czytałam badania, które mogą sugerować, że *razem z zaburzeniami odżywiania występuje też dysmorfofobia*, która jest po prostu specyficzną odmianą tego zaburzenia, które dotyczy masy ciała i obliczenia - tak jak o tych żarówkach mówiłeś - to takie *oszacowanie rozmiaru swojego ciała może być problematyczne*. I to jest uznawane jako defekt, który jest permanentny, że tej wagi nie da się zrzucić pomimo rzeczywistego chudnięcia.

Michał: Jak tak teraz sobie patrzę na te objawy, o których mówiłaś, to wydaje mi się, że uważny obserwator nie powinien mieć problemu z zauważeniem tych czerwonych flag - jak to nazwałaś że z kimś bliskim lub z kimś kogo znamy dzieje się coś złego w kontekście zaburzenia odżywiania. A jak to jest w praktyce? Czy właśnie rodziny, bliskie osoby zauważają, że jest taki problem? Jeżeli tak, to na jakim etapie te osoby to zauważają?

Monika: Różnie to bywa. To zależy, tak naprawdę. Odpowiem jak na psychologa przystało (śmiech) - to zależy. Rzeczywiście jeżeli ktoś jest z kimś blisko, jeżeli rodzina jest - skoncentruję się na nastolatkach z racji tego, że to jest jakby ta największa grupa - jeżeli *rodzice są blisko z dzieckiem, obserwują je, rozmawiają, są szczerzy, otwarci, tolerancyjni*, to jeśli takie zaburzenie wystąpi, to *widzą je dosyć szybko*, zwłaszcza po tych objawach związanych z obrazem ciała, tak jak na przykład duży spadek masy ciała. Można też zauważyć, że dziecko kupuje czy prosi o kupienie *ubrań, które są takie jakby nieadekwatne do jego rozmiaru*, czyli bardzo szerokie, jakieś wielkie bluzy, czy olbrzymie swetry czy coś takiego. I oczywiście to może być moda, czy po prostu lubienie tego typu

ubrań, które są wygodne, natomiast to może być takim *sygnałem ostrzegawczym*, żeby zauważyć czy dziecko ubiera się tylko i wyłącznie w takie ubrania, zwłaszcza w połączeniu z dużym spadkiem masy ciała. Warto też obserwować jak dziecko zachowuje się w *mediach społecznościowych*. Czyli na przykład dzisiaj *Facebook*, czy *Twitter*, czy *Snapchat*, czy cokolwiek innego, *Instagram* są pełne młodzieży, które bardzo w jakiś sposób *cierpią i piszą na przykład źle o sobie*. Jeżeli ktoś ma gorszy dzień i napisze, że jest brzydki, smutny i tak dalej, to to jest jakby moment do pocieszenia, natomiast jeżeli to się *powtarza regularnie*, to to też może być tą czerwoną flagą taką do zaobserwowania, do zwrócenia uwagi. Natomiast w dzisiejszych czasach młodzież - mam takie wrażenie - *żyje głównie w Internecie*, żyje głównie na portalach społecznościowych, tam znajduje sympatie, miłości, przyjaźnie, znajomości i to *z nimi się częściej dzieli swoimi bólami niż z rodzicami*. Rodzice zajęci sobą, wolą dać dziecku tablet czy laptopa w prezencie i mieć spokój, niż rzeczywiście usiąść i pogadać z dzieckiem szczerze i otwarcie.

Michał: Czyli rozumiem, że w tych sytuacjach, którą teraz opisałeś, gdy tej relacji między rodzicami a dziećmi nie ma zbyt bliskiej, dużo trudniej jest wcześniej zauważyć objawy tych zaburzeń i tym bardziej ta choroba może się bardziej rozwinąć jeszcze.

Monika: Tak, tak. W takich sytuacjach gdzie *rodzice żyją sobie a dzieci sobie*, najczęściej chorobę zauważa się w momencie kiedy na przykład chory *mdleje*, traci przytomność, *trafia do szpitala*, rozbiera się i nagle rodzice zaczynają widzieć, że dziecko waży *35 kg zamiast 50 kg*, które są gdzieś tam są na jego wzrost i wiek zdrowe, że dziecku *włosy wypadają*, tylko na przykład lubi nosić chustkę, żeby to ukryć i nikt tego nie zauważał, że na przykład dochodzi do *samookaleczeń*. Tego nie widać i to zaczyna być obserwowalne dopiero właśnie w takich *ambulatoryjnych warunkach*. A często jest to jakby ostatni sygnał. Organizm w pewnym momencie się zbuntował, powiedział dosyć, młoda osoba traci przytomność i wtedy trzeba ją ratować za wszelką cenę.

Michał: No właśnie, na czym polega leczenie zaburzeń odżywiania?

Monika: Od czego by tu zacząć...

Michał: Czy dla tych pięciu zaburzeń, o których mówiłaś, ono wygląda tak samo, czy też możemy tutaj jakoś to zgrupować, czy dla każdego wygląda zupełnie inaczej?

Monika: To znaczy tak - jeżeli jest już *zagrożenie życia*, to oczywiście obowiązkowe jest *trafienie do szpitala* i leczenie w *szpitalu psychiatrycznym*, ewentualnie w *ośrodku leczenia zaburzeń odżywiania*. I tam prowadzone jest leczenie takie zbiorcze, jakby *zbiorowe*, to znaczy tam wszystkie metody są stosowane. No przede wszystkim leczymy *biologicznie* i staramy się *ustabilizować*. Jeżeli są jakieś problemy z sercem, problemy z oddychaniem, wiadomo że *trzeba jeść*. Najczęściej chory musi *jeść pod okiem kogoś* i przez kilka godzin po posiłku też *jest pilnowany*, żeby tego nie wymiotować, na przykład jeśli cierpi na bulimię. I to jest taka podstawa jakby biologiczna, fizyczna, którą musimy zrobić, żeby *człowiek przeżył*. I dopiero gdy już te najgorsze momenty są zażegnane, wtedy zaczynamy wprowadzać *dwa sposoby leczenia równolegle*. I to jest *farmakoterapia*, czyli leki, które *uspokajają*, obniżają poziom stresu. Bardzo często są to leki *przeciwdepresyjne* też, które w połączeniu z innymi lekami mają inne działanie, takie właśnie *uspokajające* bardziej, takie *wyciszające*. Natomiast drugim sposobem jest *psychoterapia*, która jest niezbędna do tego, żeby wyzdrowieć po prostu. I jeśli chodzi o konkrety, to wśród *metod terapeutycznych* stosuje się na przykład *prowadzenie dziennika jedzenia*, wyszukiwanie *czynności zastępczych*, czyli rzeczy, którymi można się zająć zamiast rozpoczęcia napadu objadania się - że gdy przychodzi napad, wtedy zaczynamy układać puzzle, czytać książkę, lepić z gliny, biegać, cokolwiek takiego, tak żeby *odciągnąć swoją uwagę* od tego, że trzeba na przykład jeść albo wymiotować albo cokolwiek takiego. I terapia też działa na konkretne zachowania, które chory wykonuje - to w *terapii poznawczo-behawioralnej* - ale też pracuje się *na emocjach*. Gdzieś tam to *nieradzenie sobie z emocjami*, *potrzeba kontroli*, *perfekcjonizm*, który gdzieś tam może od rodziców wyszedł, może ktoś sam sobie wypracował - nad tym też trzeba popracować. I pracuje się jakby równolegle w tych wszystkich obszarach, żeby poprawić funkcjonowanie chorego.

Michał: Jak długo trwa taka terapia?

Monika: Też trudno określić. To znaczy jeśli bierzemy pod uwagę terapię poznawczo-behawioralną, to jest to terapia zasadniczo *krótkotrwała* - w teorii zamyka się w *20-22 sesjach*. Oczywiście każdy człowiek jest *indywidualny* i jeżeli pacjent *nie będzie współpracował*, jeżeli nie będzie mu się chciało robić różnych *ćwiczeń*, jeżeli nie będzie wykonywał *poleceń*, jeżeli nie będzie przyjmował *leków*, jeżeli nie będzie chciał pracować *nad emocjami*, jeżeli będzie się *zamykał na terapeutę, na siebie*, na swoje problemy, to może to *trwać długo*. Wtedy już jakby bardzo indywidualnie - to znaczy zawsze się podchodzi indywidualnie do chorego - natomiast w tym przypadku podchodzi się indywidualnie do *przedłużenia ewentualnie terapii*.

Michał: Jaka jest skuteczność leczenia? Jaki procent osób można trwale wyleczyć?

Monika: Tutaj *zdania są podzielone* tak naprawdę wśród terapeutów. Niektórzy terapeuci twierdzą, że można wyleczyć chorego w 100% i wszystko będzie ok i że to jest większość osób. Ciężko mi tu powiedzieć procentowo, ale gdzieś w *granicach na przykład 75%*, to jest myślę dosyć dużą liczbą. Natomiast część terapeutów uważa, że anoreksję *można jedynie zaleczyć*, czyli jakby wyciszyć objawy, poradzić sobie z problemami, natomiast *trzeba się pilnować do końca życia* z tym, żeby nie wpaść znowu na przykład w obsesyjne objadanie się, czy ćwiczenie, czy odchudzanie. Ja osobiście jestem gdzieś *pośrodku*. To znaczy jeżeli *pacjent dobrze pracuje na terapii*, jest szczery, otwarty i rzeczywiście uda się przepracować wszelkie możliwe emocje, wszelkie problemy i tak dalej, to myślę że *jest w stanie być wyleczony całkowicie*. Natomiast to też jest tak, że jednak *silne sytuacje stresowe mogą spowodować nawrót* - że w bardzo silnym stresie człowiek nie potrafi sobie w inny sposób poradzić, tylko jedząc lub nie jedząc. I to jest oczywiście też *zadanie dla terapeutów*, żeby o tym pamiętać. I wydaje mi się, że *zaburzenia odżywiania są wyleczalne*, natomiast trzeba *zwracać na siebie uwagę*, trzeba się *obserwować* i w momencie kiedy przychodzi, na przykład tak jak wspomniałam sytuacja silnie stresowa, gdzie te emocje zaczynają szaleć trochę, to pacjent musi pamiętać o tym, że jedzenie, czy brak jedzenia nie jest sposobem jego rozwiązanie, na poradzenie sobie z nim, tylko *są inne sposoby, których się uczył na terapii*. I wtedy już są dużo mniejsze szanse na nawrót.

Michał: A tak z drugiej strony – a co się stanie, jeżeli zaburzeń odżywiania nie będziemy leczyć? Jak groźne jest to dla zdrowia i życia człowieka?

Monika: Zaburzenia odżywiania są *zaburzeniami śmiertelnymi*, tutaj trzeba powiedzieć wprost. Anorektyczki czy anorektycy *głodzą się na śmierć*, umierają, *nie wytrzymuje im serce* bardzo często. Bulimiczki mają problemy - zwłaszcza te wymiotujące, ale też te przeczyszczające się tabletkami - mają problemy z *wypadającymi zębami*, z *pękniętym przełykiem*, z *krwawiącym żołądkiem*, zmęczonym, który może doprowadzić do *krwotoku wewnętrznego*, również do śmierci. Jeśli chodzi o bigorektyków, to ponieważ bardzo często stosują *sterydy*, to wiadomo że to jest *olbrzymie zagrożenie dla organizmu*, *serca* – i w pewnym momencie serce również może nie wytrzymać. Przy kompulsywnym objadaniu się to wchodzimy w jakąś *chorobliwą otyłość*, która też może się skończyć *śmiercią*, *cukrzycą*, różnymi innymi zaburzeniami. Ale też ludzie, którzy się objadają, bardzo często czują *wyrzuty sumienia*, które mogą ich zdominować i na przykład w konsekwencji

wyjść jako *samookaleczanie, próby samobójcze* i tego typu rzeczy. Więc to wszystko jest naprawdę *bardzo niebezpieczne*.

Michał: W którymś z badań widziałem, że jeśli chodzi o anorektyczki, to najczęstszą przyczyną ich śmierci jest samobójstwo.

Monika: Nie wiem czy to najczęstszy sposób, ale rzeczywiście bardzo trzeba obserwować anorektyczkę w *momencie kiedy podejmuje leczenie*, zwłaszcza kiedy zaczyna się w nią *wmuszać trochę jedzenia*, bo ona wtedy ma *poczucie takiej totalnej utraty kontroli*. Więc rzeczywiście samobójstwo może być *kolejnym sposobem na to, żeby kontrolować swoje życie*, że: ja mam swoje życie w swoich rękach i zrobię z nim co chcę.

Michał: Ale to straszne...

Monika: Tak, to prawda, ale tak się zdarza. Dlatego my musimy być bardzo czujni.

Michał: I teraz założmy, że - tak już konkretyzując - że ktoś w swojej rodzinie zauważył objawy, bądź to nawyki żywieniowe, bądź objawy związane z ciałem, podejrzewa że ktoś bliski może być dotknięty takim zaburzeniem odżywiania - co powinien zrobić albo czego zdecydowanie nie powinien robić?

Monika: Przede wszystkim *nie powinien reagować emocjonalnie*, co jest trudne zwłaszcza w przypadku rodziców i dzieci. Natomiast absolutnie trzeba się *wystrzegać krzyków, kar, zakazów, obrażania, poniżania, wyzwisk, czy przemocy fizycznej* - absolutnie. Trzeba podejść do tematu mądrze, po prostu. Przede wszystkim trzeba usiąść i *dowiedzieć się wszystkiego* czego jesteśmy w stanie się dowiedzieć, jeżeli podejrzewamy zaburzenia odżywiania. Siadamy, *szukamy artykułów naukowych, szukamy literatury* i się dowiadujemy, nawet ogólnie, nawet jeśli nie mamy potwierdzenia czy to jest anoreksja, bulimia, czy coś innego. Warto to wiedzieć i warto też znaleźć *ośrodki czy szpitale, do których będzie można się zgłosić*. I wtedy dopiero można podjąć - z takim orężem, z taką wiedzą - *możemy podjąć rozmowę*. Do człowieka chorego *warto podejść z troską* - że zauważyliśmy, że ostatnio bardzo schudł albo martwimy się, bo ostatnio nie jada. Tak *z uczuciem, z takim spokojem, z pełną otwartością*, z taką sugestią, że może jest jakiś problem, że nam się wydaje że jest jakiś problem i że może warto byłoby to zadbać. Czyli podejść *tak bardzo delikatnie*, żeby człowieka nie odstraszyć. I oczywiście w przypadku *młodzieży niepełnoletniej* to istnieje też

oczywiście taka metoda, że po prostu rodzice pakują dziecko do samochodu *i zawożą do szpitala siłą*. Natomiast to *nie jest rozwiązanie*, bo owszem dziecko trafi do szpitala i uratują mu życie, natomiast *nic za tym nie pójdzie dalej*, bo będzie się buntować, bo się obrazi, bo nie będzie chciał rodziców widzieć, bo go skrzywdzili i tak dalej i tak dalej. Także do każdego człowieka warto jest podejść po prostu z *wyciągniętą ręką, z propozycją pomocy*. Ale to co jest najtrudniejsze to to, że *chory musi sam zauważyć, że jest problem* - on go bardzo często nie widzi i dopiero osoby bliskie są w stanie mu to uświadomić. Natomiast musi sobie uświadomić problem, musi go zauważyć i zrozumieć, że to jest problem, że to jest *coś nad czym utracił kontrolę*, że to jest coś z czym sobie nie radzi. I dopiero wtedy mamy szansę na to, żeby go leczyć.

Michał: Powiedziałaś, że bliscy mogą mu pomóc uświadomić sobie, że ma problem. Jak mogą to zrobić?

Monika: Warto na przykład *skonfrontować go ze swoimi zdjęciami sprzed dwóch miesięcy*, gdzie był na przykład 10 kg czy 20 kg cięższy, czy miał większą masę. Można *pokazać filmy* na temat anoreksji jakieś dokumentalne, których jest w Internecie sporo *na YouTube*. Można pokazać jakieś przypadki osób, które no niestety *przegrały walkę z chorobą* albo ewentualnie które *wyszły, że jest szansa*. To już trzeba *dostosować do człowieka*, natomiast to co jest podstawą, to przede wszystkim *rozmawiać*. Rozmawiać i uświadamiać, że: od jakiegoś miesiąca nie jadasz z nami posiłków, czy coś dzieje, chcielibyśmy wiedzieć, jesteś ciekawi, martwimy się, chcemy pomóc. To takie *wsparcie bez nachalności* powinno dać do myślenia.

Michał: Ja to podsumuję, bo to bardzo ważna część. Jeżeli mamy podejrzenia, że ktokolwiek z naszych bliskich może mieć zaburzenia odżywiania, to przede wszystkim nie reagować emocjonalnie, nie krzyczeć, nie stosować przemocy, tylko na spokojnie usiąść i dowiedzieć się jak najwięcej o tym zaburzeniu, znaleźć jakiś ośrodek lub inne miejsca, które mogą nam służyć pomocą i dopiero potem usiąść i rozmawiać z taką osobą, próbować mu uświadomić, że może mieć problem pokazując na przykład jego zdjęcia sprzed iluś miesięcy, filmy osób które miały takie problemy. I właśnie, tak jak powiedziałaś, uświadomić mu, że może mieć problem i żeby tak naprawdę to on chciał, jak rozumiem, uzyskać tą pomoc.

Monika: Tak. To jest tak samo jak z uzależnieniem, tak naprawdę, na przykład z *uzależnieniem od alkoholu*. W pewnym momencie uzależniony *traci kontrolę* i to alkohol zaczyna kontrolować jego, czy jakakolwiek inna używka. Natomiast to on musi *upaść tak nisko*, to on musi zostać znaleziony

zapity pod śmietnikiem na osiedlu, to jemu *musi być wstyd*, to on *musi cierpieć*, żeby było mu tak źle, żeby *jednym możliwym kierunkiem było odbicie się od dna i płynięcie w górę*.

Michał: I rozumiem ta rozmowa, to pokazywanie tych zdjęć, tych filmów, to jest ten sposób, żeby mu pokazać jak nisko upadł?

Monika: Nie dosłownie. To bardziej chodzi o *uświadomienie takiej jakiejś skrajnej różnicy*, że miesiąc temu było 20 kg więcej i *wyglądał ciekawiej, zdrowiej, lepiej i lepiej się czuł przede wszystkim*. To jest podstawa - żeby się dobrze ze sobą czuć, waga jest mniej istotna. Natomiast można pokazać na przykład, że te 20 kg temu człowiek na każdym zdjęciu *był uśmiechnięty*, a teraz ma zapadnięte oczy, ruszają mu się zęby, wypadają mu włosy i jest po prostu *smutny i nieszczęśliwy*, i sobie z czymś nie radzi. I to może być takim nawet *szokiem* w pewnym sensie, taką *terapią wstrząsową* trochę.

Michał: Jak już przeszliśmy przez te punkty i już mamy tą osobę, która jest jakby świadoma, że ma problem, to gdzie ta osoba powinna się zgłosić?

Monika: Pierwsza rzecz, którą można zrobić, to warto znaleźć *ośrodki*. Jest sporo ośrodków - w każdym mieście jest raczej taki ośrodek albo w najbliższym *większym mieście*, w Internecie są *listy takich ośrodków*. Najczęściej są to *szpitale psychiatryczne* albo jakieś *ośrodki psychiatryczne, instytuty psychiatrii i neurologii* czy czegoś takiego w wielu miejscach i to są miejsca, do których warto się zgłosić. Tam jakby już pokierują, to można po prostu *zadzwożyć* i się dopytać też. Bardzo często też szpitale psychiatryczne jeżeli są na przykład *przepelnione* - a to się zdarza, niestety, ostatnimi czasy - też mogą *pokierować gdzieś dalej*, gdyby nie było takiej opcji. Można poprosić o jakiś *kontakt do psychiatry*, można poprosić o *kontakt do psychologa*, na przykład w oczekiwaniu na miejsce w takim ośrodku - gdzie terapie są częste i intensywne, grupowe i indywidualne - to można jakby *przeczekać* ten czas. Natomiast jeżeli rzeczywiście jest tak, że chory na przykład *zemdlał* albo cokolwiek się z nim działo, to *oczywiście wieziemy go na pogotowie albo wzywamy karetkę*, bezdyskusyjnie. I tu nie ma dyskusji, bo to jest *kwestia ratowania życia* po prostu. I dopiero jak to życie zostanie *ustabilizowane*, możemy myśleć dalej czy to będzie szpital psychiatryczny, czy to będzie ośrodek zamknięty, czy to będzie jakaś poradnia czy cokolwiek innego.

Michał: A czy Ty prowadzisz terapie z takimi pacjentami?

Monika: Tak. Jak najbardziej. Ja *pracuję z osobami z problemami z odżywianiem* i mogę powiedzieć, że *terapia poznawczo-behawioralna* rzeczywiście jest *skuteczna*. Zwłaszcza gdy gdzieś tam czytam też wyniki badań na ten temat i doksztalcam się i rozmawiam ze znajomymi terapeutami, którzy gdzieś tam też prowadzą, to to *działa* - to wiem, że to działa.

Michał: A gdyby ktoś chciał się z Tobą skontaktować, jak najlepiej może to zrobić?

Monika: Można to zrobić przez *bloga*, jak najbardziej, tam jest mój *adres mailowy*. I z racji tego, że *mieszkam w Australii*, to mail jest najlepszym kontaktem w tej chwili ze mną, takim ze względu na *różnicę czasu* przede wszystkim. Natomiast jeżeli chodzi o *sesję*, to oczywiście *czasowo się dogadujemy, dostosowujemy się* i wszystko można zgrać.

Michał: No dobrze. To taki w sumie smutny odcinek mi wyszedł podcastu, bo tak grozą powiało...

Monika: ...no trudny, na pewno trudny.

Michał: Ale na pewno bardzo potrzebny. Bo właśnie nie wiem jakie jest Twoje postrzeganie ilości tych zaburzeń odżywiania? Bo tak jak ja wspomniałem na początku, badania do których ja dotarłem pokazują, że ilość tych zachorowań pojawiła się właśnie tak w latach '60-70 ubiegłego wieku i na szczęście się to ustabilizowało, w sensie nie ma takiego dramatycznego wzrostu. Natomiast jestem ciekawy jakie jest Twoje zdanie?

Monika: Obserwuję - czy to wśród pacjentów, czy to wśród osób, które do mnie po prostu piszą maile z prośbą o jakąś poradę czy o rozmowę – obserwuję, że *wzrasta ilość osób, które mają problem z kompulsywnym objadaniem się, z takim zajadaniem emocji, z takim chorobliwym zajadaniem emocji*. Bo czasem zjemy paczkę chipsów i jest wszystko w porządku, ale ludzie chorzy na to objadanie się *jedzą wszystko - ze śmieci* potrafią wyciągnąć jakieś resztki żeby zjeść, *z podłogi, zabrać psu z miski*, żeby cokolwiek mieć w ustach i zjeść. I to rzeczywiście zajadanie stresów jest bardzo powszechne. Natomiast rzeczywiście *nie zauważyłam* jakiegoś takiego, tak jak wspomniałeś, *drastycznego wzrostu anoreksji na przykład czy bulimii*. Ale rzeczywiście się zastanawiam czy za jakiś czas nie wzrośnie *ortoreksja*, czyli to wykluczanie jakiegoś jedzenia.

Michał: Właśnie, bo o tym bardzo mało powiedzieliśmy. Jakbyś mogła jeszcze w kilku zdaniach powiedzieć o tej ortoreksji.

Monika: *Ortoreksja* to jest zaburzenie odżywiania, które charakteryzuje się tym, że chory *wyklucza ze swojej diety jakiś składnik*, najczęściej są to *tłuszcze albo węglowodany*. Można by było zapytać czy dotyczy to także *wegan czy vegetarian*. I wszystko jest w porządku dopóki weganizm, vegetarianizm i wszystkie odmiany są *prowadzone zdrowo i są dostarczane składniki odżywcze, które są niezbędne*. I jakby nie ma takich *chorobliwych wręcz zachowań*, typu na przykład *krzyczenie na ludzi*, którzy jedzą mięso albo koniecznie *namawianie kogoś* do tego, żeby został wegetarianinem, gdy zdarza się że ludzie wchodzą do restauracji jakieś takiej, która serwuje steki i potrafią na przykład *krzyczeć na kucharza*, że jest mordercą, czy jakieś takie różne rzeczy. Wszystko w granicach dobrego smaku i zdrowia jest jak najbardziej ok. Na przykład cukrzycy muszą wyeliminować cukier - no nie całkowicie oczywiście, ale muszą go dosyć mocno obciąć - natomiast nie wiąże się to z tym, że są ortoretykami, bo to wszystko jest w *granicach zdrowia i zdrowego podejścia do jedzenia*.

Michał: No właśnie, powiedziałaś, że ktoś kto ma ortoreksję eliminuje pewne produkty ze swojej diety - dlaczego to robi?

Monika: Przede wszystkim dlatego, że uważają, że *pewne składniki są szkodliwe dla zdrowia* - że na przykład od tłuszczu można podnieść sobie mocno *cholesterol*, czy *problemy miażdżycowe* mieć i tak dalej i tak dalej. Czasem się to wiąże też z *obrazem ciała* - że na przykład jeżeli *obetną cukier do zera, węglowodany do zera*, to *schudną* i będzie super. Natomiast tak jak mówię, dopóki to jest jakby *zdrowo przestrzegane*, to jest wszystko ok. Najlepiej pod okiem jakiegoś dobrego *dietetyka albo psychodietetyka*.

Michał: Czy możemy się pokusić o takie uogólnienie, że osoba która ma ortoreksję, to jest osoba która przesadnie dba o zdrową dietę?

Monika: *Przesadnie* tak, *chorobliwie wręcz*. Myślę, że tak.

Michał: To rzeczywiście Twoje obawy mogą być jak najbardziej zasadne, bo jak ja obserwuję, to coraz więcej osób interesuje się zdrowym odżywianiem. I to jest bardzo dobrze, bo sami w sumie bloga, którego prowadzimy z żoną, to jakby jego celem jest propagowanie tego zdrowego

odżywiania, ale wśród osób, które się zainteresują mogą się trafić osoby, które zbyt gorliwie do tego tematu podejda i może się to przerodzić w jakąś obsesję.

Monika: Tak, tak. Jak najbardziej. A ponieważ my jako ludzie lubimy mieć kontrolę, bardzo *nie lubimy tej kontroli oddawać komukolwiek* czy czemukolwiek, to takie *nadmierne kontrolowanie* może właśnie prowadzić do *obsesji*, a obsesja już może prowadzić do *zaburzeń funkcjonowania w społeczeństwie czy niedożywienia czy jakiś innych problemów z tym związanych*.

Michał: Ja tu się jeszcze odwołam do tych objawów, o których mówiłaś - to były nawyki żywieniowe i objawy związane z ciałem. Czy w przypadku ortoreksji w ten sam sposób możemy zidentyfikować właśnie zaburzenia odżywiania, że mamy któreś z tych objawów, czy w przypadku tego schorzenia jakieś inne objawy wchodzi w grę?

Monika: W przypadku ortoreksji to nie jest takie jednoznaczne, niestety. Ortoreksja jest *chorobą stosunkowo nową* i pierwszy raz została opisana chyba w *1997 roku*, o ile dobrze pamiętam, w książce *Bratmana*. I jest to coś nowego jeszcze - jeszcze badacze, naukowcy i psychologowie, i lekarze się tym *zajmują dopiero od niedawna*. I można obserwować też takie zachowania jak na przykład *intensywne chudnięcie*, natomiast to też przy ortoreksji raczej nie mówimy na przykład o ukrywaniu jedzenia albo o obsesyjnym mierzeniu się, czy o obsesyjnym przeglądaniu się. Tutaj *obsesja raczej dotyczy nie tyle ciała, co zdrowia i przygotowywania posiłków*, które się wiążą z unikaniem tłuszczu, z unikaniem białka, z gotowaniem, smażeniem na przykład - też mogą chorobliwie unikać smażonego jedzenia i reagować na przykład bardzo nerwowo albo płaczem jak ktoś im kotleta podstawia pod nos. I raczej obserwujemy w tych aspektach.

Michał: Czy na przykład jeżeli mamy takie zachowanie, że ktoś idzie do restauracji i przez 15 minut wypytuje kelnera z czego będzie zrobiony ten posiłek, a czy na pewno jest eko i jeszcze szereg innych pytań, czy to będzie jakiś sygnał, że mamy tu jakieś podejrzenie tego schorzenia?

Monika: Jeżeli wydaje nam się, że jest to takie *totalnie nienaturalnie*. Bo oczywiście wszyscy *możemy o coś zapytać*: z czego jest zrobiona nasza bułka albo czy zawiera orzechy, bo jesteśmy alergikami albo cokolwiek takiego - to takie pytania są jak najbardziej ok. Natomiast jeżeli to jest rzeczywiście takie wypytywanie, proszenie o kontakt z kucharzem, rozmawianie z menagerem sali w restauracji, bo kucharz czegoś nie wie - takie *zachowania przesadne* i takie mocno, *mocno ingerujące*, że ktoś *nie potrafi się wyluzować, nie potrafi przyjemnie spędzić czasu* na przykład na

randce w restauracji i *najważniejszy jest dla niego ten posiłek*, który będzie jadł. I istnieje duża szansa, że nie tylko wypytuje, ale też *potem rozłoży na czynniki pierwsze to co ma na talerzu*, czy na pewno nie dostał cukru albo czegoś takiego. I już to co nam się wydaje *przesadne, nienaturalne*, dziwne takie, to wtedy możemy podejrzewać, że to rzeczywiście jest problem i wtedy trzeba *obserwować czy to się powtarza*, czy to się powtarza w domu na przykład, w domowych warunkach podczas gotowania.

Michał: I zakładając, że się powtarza, to co robimy jako osoba bliska w stosunku do tej osoby, która ma takie zachowania?

Monika: Tutaj też *próbujemy uświadomić choremu, że to co robi jest nienaturalne*, że to co robi jest dziwne, że to co robi zaburza funkcjonowanie, że przeszkadza na przykład partnerowi, że krzywdzi go w jakiś sposób, jeżeli partner musi się wstydzić tego, że ktoś przez pół godziny wypytuje o kotleta. Jeżeli też obserwujemy na przykład *niedożywienie*, co też jest możliwe, no to wtedy trzeba *uświadomić jak najwięcej*, trzeba *rozmawiać*, trzeba przedstawiać dowody na to, że na przykład trochę węglowodanów w diecie musi być albo że pewne tłuszcze są zdrowe a pewne są niezdrowe. Albo zaproponowanie na przykład takiego rozwiązania, żeby *wspólnie coś gotować*, żeby trochę tej odpowiedzialności za jedzenie, za zdrowe jedzenie, spadło na przykład na partnera, żeby *podzielić się tym ciężarem takim, którym jest gotowanie takie zdrowe* czy unikanie smażenia, czy coś takiego. Od tego można zacząć. I jeżeli chory zauważy - znów *chory musi zauważyć, że ma problem* - jeżeli poczuje, że ma problem, wtedy możemy *udać się do psychologa*. Tutaj jest mniejsza szansa na rzeczywiście takie zagłócenie się, natomiast pewne *skutki niedoboru na przykład witamin*, czy *niedożywienie* są możliwe i trzeba tego pilnować, bo *chory tego nie zauważa*.

Michał: Rozumiem. Myślę, że już tak dosyć szczegółowo omówiłaś te pięć zaburzeń - anoreksja, bulimia, ortoreksja, bigoreksja i kompulsywne objadanie. Tak już zbliżając się do końca - jakbyś mogła podsumować ten dzisiejszy odcinek, no to właśnie, z czym chciałabyś zostawić naszych słuchaczy?

Monika: Chciałabym *zostawić wszystkim z otwartymi oczami*. W takim sensie, w takim rozumieniu, że *zaburzenia psychiczne są wśród nas*, są powszechne i są to także *zaburzenia odżywiania*. I że to tak naprawdę *my musimy je zauważać, żeby ratować naszych bliskich*, żeby im pomóc, żeby ich wesprzeć. A tylko *obserwacja*, tylko *bliski kontakt*, tylko *otwartość na drugiego człowieka*, tylko *empatia* są w stanie sprawić, że *zareagujemy odpowiednio wcześniej i odpowiednio szybko*.

Michał: Bardzo ładnie powiedziałaś. Tak pomimo tego, że to trudny odcinek, takim optymizmem mnie to napawa, więc dziękuję Ci bardzo za to podsumowanie.

Monika: (śmiech)

Michał: (śmiech) I dziękuję za bardzo ciekawą i wartościową rozmowę.

Monika: Dziękuję bardzo.

Michał: Cześć!

Monika: Hej!

To tyle na dzisiaj. Nie wiem jak Tobie, ale mi rozmowa z Moniką otworzyła oczy dużo szerszej na zaburzenia odżywiania, szerzej niż pierwotnie to widziałem. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na fakt, że zaburzenia odżywiania, jakiegokolwiek one by nie były nie biorą się nagle i znikąd. Nie wystarczy zacząć śledzić jakieś osoby, zacząć stosować wskazówki dotyczące dobrych praktyk związanych z dbaniem o zdrowie, aby nagle, ni z gruszki ni z pietruszki obudzić się rano z zaburzeniem odżywiania. To jest dużo dłuższy, dużo bardziej złożony proces, na który bardzo duży wpływ ma otoczenie, relacje jakie mamy w rodzinie, społeczeństwie, szkole czy też pracy. Na który wpływ ma nasza codzienność, wyzwania jakie w niej się pojawiają i to jak sobie z nim radzimy.

Bardzo ważne jest, aby w takich przypadkach, w takich sytuacjach w których podejrzewamy że my sami, albo że ktoś z naszych bliskich może mieć zaburzenie odżywiania, w tych przypadkach zgłaszać się po profesjonalną pomoc.

I to by było tyle na dzisiaj, na koniec, aby w tchnąć Ciebie trochę radości i optymizmu przypomnę, że już na horyzoncie widać już lato i wakacje, które dla większości z nas, mam nadzieję również dla Ciebie wiązać się z okresowym wypoczynkiem i leniuchowaniem... Dla mnie oczywiście również i już się do tego okresu nie mogę doczekać. Przed wakacjami ukarze się jeszcze jeden odcinek podcastu a potem robię sobie 2 miesięczną wakacyjną przerwę od podcastowania.

Póki co życzę Ci przesympatycznego dnia i tego, aby Twoje plany dotyczące wdrażania zdrowego stylu życia udało Ci się podciągać do końca. Abyś potem, na początku lata, mogła, mógł się skupić na czerpaniu radości z wypoczynku.

Do usłyszenia w kolejnym odcinku podcastu. Cześć.