***Zaburzenia odżywiania się u dzieci i młodzieży***

1. *Co to są zaburzenia odżywiania się?*

Przez wiele lat trwała dyskusja czy zaburzenia odżywiania powinny być traktowane jako wyraz zaburzeń endokrynologicznych, somatycznych czy też zaburzeń psychicznych. Wg ICD-10 zaburzenia odżywiania się są klasyfikowane jako zaburzenia psychiczne i umieszczone są w grupie zaburzeń behawioralnych związanych z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami psychicznymi. W początkowej fazie rozwoju choroby udział czynnika psychicznego jest decydujący.

1. *Przyczyny zaburzeń*.

Przyczyny zaburzeń odżywiania nie są dokładnie poznane. Nie można mówić o patogenezie zaburzeń , ale można wskazać czynniki ryzyka, wśród których wyróżnia się czynniki genetyczne, środowiskowe i kulturowe. Zaburzenia odżywiania mają podłoże wielo-czynnikowe a wyzwaniem jest zrozumienie sposobów, w jaki różnorodne czynniki oddziałują wzajemnie na siebie w różnych okresach rozwoju choroby. W przypadku anoreksji przeważa udział czynników genetycznych i środowiskowych, a w bulimii dochodzą dodatkowo jeszcze czynniki kulturowe.

1. *Zaburzenia odżywiania okresu niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa.*

Są to problemy w karmieniu i odżywianiu związane z czynnikami psychologicznymi, rozpoczynające się w okresie niemowlęcym lub we wczesnym dzieciństwie (przed ukończeniem przez dziecko 6. rż.). Przejawiają się niechęcią do jedzenia, spożywaniem zbyt małych ilości pożywienia, zbyt ubogą dietą akceptowaną przez dziecko, zaburzeniami pory spożywania posiłków bądź zupełną odmową spożywania niektórych posiłków (płynnych lub stałych). W okresie wczesnodziecięcym może się pojawiać również spaczony apetyt tzw. pica ( zjadanie np. tynku ze ścian, ziemi z doniczek) oraz ruminacje (ponowne przeżuwanie wcześniej połkniętego jedzenia ).

U **noworodków i małych niemowląt** karmienie mogą utrudniać nadmierna senność, męczliwość lub pobudzenie dziecka (rozdrażnienie, płacz) w okresie karmienia. W tym okresie życia mogą występować trudności w karmieniu wynikające z zaburzeń ssania i połykania lub z ogólnego stanu zdrowia (choroby układu oddechowego i krążenia, niedokrwistość). Dziecko je wówczas nieregularnie, zbyt wolno i zbyt mało, żeby się prawidłowo rozwijać. Niepokojącymi objawami, wymagającymi wizyty u lekarza i badań zmierzających do wyjaśnienia przyczyny są: brak koordynacji ssania, połykania i oddychania, zmęczenie lub duszność podczas jedzenia i picia, krztuszenie się, kilkakrotne przełykanie lub wypluwanie pokarmu, wymioty, brak lub niewystarczające przyrosty masy ciała. Problemy w ssaniu mogą być związane z: nieprawidłową techniką karmienia, zmęczeniem lub zdenerwowaniem matki czy też nadwrażliwości dziecka na bodźce (zaburzenia sensoryczne). Trudności ze ssaniem i połykaniem mogą również wynikać z zaburzeń neurologicznych (zaburzenia napięcia mięśniowego i koordynacji nerwowo-mięśniowej) lub z problemów z oddychaniem przez nos które wymagają natychmiastowej interwencji lekarskiej. U matki, w odpowiedzi na trudności w karmieniu, może się pojawiać uczucie nieadekwatności, niskich kompetencji jako rodzica.
Pomiędzy **2. a 8. miesiącem życia** mogą się pojawiać zaburzenia odżywiania związane z zaburzeniami więzi dziecko–opiekun. Zaburzenia odżywiania wynikają w tym przypadku z deprywacji podstawowych potrzeb psychicznych dziecka – miłości, bezpieczeństwa, uwagi. Poza zaburzeniem rozwoju u tych dzieci współwystępują zaburzenia w zakresie rozwoju społecznego i emocjonalnego. U dziecka, które nie ma zapewnionej właściwej opieki, jest zaniedbywane bądź narażone na przemoc fizyczną czy emocjonalną mogą rozwinąć się objawy związane z zaburzeniem odżywiania. Najczęściej występujące problemy w odżywianiu pojawiające się w okresie wczesnego dzieciństwa to:

* Zaburzenia odżywiania wynikające z zaburzeń więz
* Selektywne odżywianie(Selective Eating Disorder – SED)

 Pomiędzy **9. a 18. miesiącem życia** może wystąpić niechęć i odmowa spożywania posiłków o odmiennej niż dotychczas konsystencji, zapachu i smaku, co może prowadzić do **selektywnego odżywiania** (niewielka ilość pokarmów akceptowanych przez dziecko oraz spożywanie przez nie tylko pokarmów płynnych lub zmiksowanych). Zazwyczaj problem ten pojawia się w czasie, gdy do dotychczasowej diety dziecka wprowadza się nowe pokarmy. Dziecko nie ma trudności w spożywaniu akceptowanych posiłków, natomiast odmawia spożywania produktów, które są dla niego nowe. Takie odżywianie staje się przyczyną niedoboru witamin , żelaza, białka i in. Może też prowadzić do zaburzeń w obrębie motoryki jamy ustnej / brak przeżuwania w przypadku unikania pokarmów stałych , może też powodować gorszy rozwój fizyczny.

**Dysfagia funkcjonalna**

Zaburzenie jest raczej rzadkie i należy je odróżniać od innych zaburzeń odżywiania. Dzieci z dysfagią funkcjonalną mają znaczący lęk przed połykaniem pokarmów i zatem unikają jedzenia, w szczególności produktów stałych lub artykułów żywnościowych pewnego typu lub struktury. W wielu przypadkach istnieje wyraźny związek z doznaną sytuacją traumatyczną. W tym przypadku nie są obecne lęki związane z wagą ciała i sylwetką. Osią zaburzenia jest niepokój wobec czynności jedzenia. Zaburzenie jest raczej rzadkie i należy je odróżniać od innych zaburzeń odżywiania. Zaburzenie to dotyczy płci w takim samym zakresie. U dzieci po traumatycznych przeżyciach związanych np. z zakrztuszeniem się, nasilonymi wymiotami, silnym bólem gardła, intubacją lub będących świadkiem, jak dławi się ktoś inny, może się pojawić nagła odmowa spożywania posiłków o określonej konsystencji lub całkowita odmowa jedzenia. U dzieci z tym podtypem zaburzeń odżywiania obserwuje się wyraźny lęk w sytuacjach, które kojarzy ono z jedzeniem. Próby karmienia kończą się płaczem dziecka, zaciskaniem ust, przetrzymywaniem pokarmu w jamie ustnej, wypluwaniem go lub wymiotami. Małe dziecko z tym zaburzeniem można bez problemu nakarmić w czasie snu przez butelkę ze smoczkiem.

**Pica**

Gdy dziecko **powyżej 2. roku życia** przez okres powyżej 1 miesiąca, co najmniej 2 razy w tygodniu połyka niejadalne substancje (np. farby, tynk, papier, piasek, glinę, włosy itp.) podejrzewać można tzw. **picę**. Niepokoić powinno również zwracanie i ponowne przeżuwanie wcześniej połkniętego pożywienia pojawiające się u dziecka (**tzw. ruminacje)** z prawidłową motoryką przewodu pokarmowego. Zaburzenia te wymagają diagnostyki i leczenia ze względu na liczne zagrożenia dla zdrowia./ zatrucie metalami, perforacja przewodu pokarmowego itd./

Gdy u dziecka zostaną zdiagnozowane **zburzenia odzywiania** należy mu zapewnić całkowity spokój i życzliwą atmosferę podczas posiłków, unikać podawania słodyczy, jako przekąsek oraz zadbać o jak najbardziej urozmaicony i „kolorowy” jadłospis. Nie należy dziecku poświęcać zbyt wiele uwagi, gdy nie zjadło pokarmu, natomiast powinno się je chwalić, gdy jakiś produkt zniknął z jego talerza.

W przypadku wystąpienia u dziecka zaburzenia związanego z **selektywnym jedzeniem** nigdy nie należy wmuszać w dziecko pożywienia na siłę. Dotyczy to szczególnie **artykułów nieakceptowanych**, na które dziecko zwykle reaguje albo **odruchami wymiotnymi albo wręcz wymiotami**. Posiłki takiego dziecka w przedszkolu powinny składać się **wyłącznie z żywności akceptowanej** (np. żywność może być przyniesiona z domu). Jeżeli dziecko podejmie, chociaż próbę spożycia nowej potrawy (nawet weźmie na łyżkę) należy nagrodzić jego starania pochwałą. Produkty nieakceptowane można powoli włączać do posiłków, przy czym powinny być podawane w niewielkich ilościach i w zmienionej formie. W przypadku większości produktów odruchy wymiotne powinny zanikać samoczynnie. W pokonaniu tego zaburzenia może pomóc widok innych dzieci jedzących dany artykuł żywnościowy.

Podstawowymi metodami terapeutycznymi w terapii zaburzeń odżywiania w tym wieku są metody terapii behawioralnej. W niektórych przypadkach konieczna może być terapia rodzinna lub terapia w zakresie relacji matka–dziecko

 ***4.* *Zaburzenia odżywiania u dzieci w starszym wieku i młodzieży***

Zaburzeniem odżywania najczęściej występującym wśród starszych dzieci i młodzieży jest **anoreksja**. Bywa nazywana również „chorobą duszy”. Zachorowalność na anoreksję zastraszająco wzrasta, a problem dotyka coraz młodszego pokolenia.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżnia **dwie formy tych zaburzeń: restrykcyjną** (przy ograniczaniu spożywania pokarmu, głodowaniu i/lub stosowaniu wyczerpujących ćwiczeń fizycznych) oraz **bulimiczną** (gdy po okresowym objadaniu się występuje faza wymiotów oraz stosowania preparatów przeczyszczających).

**Anoreksja nervosa (AN)**

Cechuje się wzmożonym wysiłkiem mającym na celu utratę wagi ciała lub uniknięcie przybrania na wadze. Cel ten jest osiągany przez wyraźne unikanie spożywania posiłków, zamierzone wymiotowanie, nadużywanie środków oczyszczających oraz nadmierne ćwiczenia fizyczne. Waga ciała spada
do poziomu, znajdującego się znacząco poniżej poziomu wymaganego do tego, by dalszy rozwój i wzrost dziecka był możliwy. Utracie wagi ciała towarzyszą zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała i sylwetki, które umacniają w jednostce przekonanie o tym, że ma nadwagę, kiedy właściwie ma znaczący niedobór wagi ciała. Rdzenną cechą leżącą u podłoża AN jest niskie poczucie własnej wartości oraz cechy towarzyszące takie jak: zachowanie obsesyjno - kompulsyjne, lęk i depresja. Przed pojawieniem się objawów choroby dzieci te są często perfekcjonistyczne, sumienne, pracowite i opisywane jako "poprzednio nie sprawiające problemów". Wczesne problemy dotyczące odżywiania, otyłość okresu dzieciństwa lub poprzednio obecne zaburzenie psychiatryczne ogólnie nie pojawiają się w historii choroby.
Rozpowszechnienie objawów AN w okresie dzieciństwa nie jest znane, ale jest z pewnością mniejsze niż w okresie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości. Na 10 dziewcząt przypada 1 chłopiec z AN. Dziewczęta podają ascetyczne powody swojego pragnienia bycia szczupłymi, w momencie gdy chłopcy podają powody zdrowotne.

**Bulimia nervosa (BN)**

Bulimia nervosa cechuje się okresami (epizodami) przejadania się, w których dziecko doświadcza poczucia utraty kontroli, wraz ze zmieniającymi się epizodami unikania przybierania na wadze, stosując takie same techniki, jak w przypadku AN. Ludzie z bulimią nervosą mają takie same obawy o wagę ciała i sylwetkę, jak ludzie z anoreksją nervosą. Bulimii nervosie towarzyszą często inne formy zachowań autodestruktywnych takie jak: drapanie nadgarstków, parzenie skóry, przedawkowanie leków i innych środków oraz inne zachowania ryzykanckie.
Bulimia nervosa jest zaburzeniem rzadko występującym w dzieciństwie i wczesnej adolescencji, pomimo, że dorośli ujawniający to zaburzenie często przyznają, że jego objawy rozpoczęły się we wczesnej adolescencji. Znacznie częściej BN występuje u dziewcząt niż u chłopców. .

1. *Terapia*

Pomyślna terapia zaburzeń odżywiania musi być oparta na fakcie, że etiologia ma wielo-czynnikowe podłoże oraz, że te czynniki, które służą utrwaleniu zaburzenia mogą różnić się od czynników predyspozycyjnych i stresogennych. Kluczowe elementy terapii zawarto poniżej.

Komponenty zintegrowanego programu terapeutycznego to:

* Wytworzenie relacji terapeutycznej
* Dostarczenie informacji i zapewnienie edukacji dla rodziców, dziecka i innych członków rodziny
* Zaangażowanie w terapię rodziców i upewnienie się, że dorośli przyjmują na siebie odpowiedzialność
* Rozważenie, czy istnieje potrzeba hospitalizacji
* Określenie przedziału zdrowej wagi ciała
* Praca systemowa z rodziną i poradnictwo rodzinne
* Rozważenie kwestii związanych z nauką szkolną
* Przywrócenie zdrowych sposobów odżywiania się
* Terapia indywidualna, praca grupowa, fizjoterapia i ćwiczenia
* Zastosowanie leków

.

Małgorzata Szybalska- psycholog