ŚRODOWISKO RODZINNE I JEGO WPŁYW NA PRZEBIEG ANOREKSJI

THE FAMILY ENVIRONMENT AND ITS IMPACT ON THE COURSE OF ANOREXIA

Anna Winiarska[1,2*], Karolina Jachimowicz-Rogowska[2], Ewa Stamirowska-Krzaczek[3], Marzena Tomaszewska[1], Małgorzata Stryjecka[1]

[1]Katedra Dietetyki, Instytut Nauk o Żywieniu Człowieka i Rolnictwie, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

[2]Zakład Bromatologii i Fizjologii Żywienia, Instytut Żywienia Zwierząt i Bromatologii, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

[3]Katedra Rolnictwa, Instytut Nauk o Żywieniu Człowieka i Rolnictwie, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie

https://doi.org/10.29316/9788368103397_2

Streszczenie

Jadłowstręt psychiczny (anoreksja) jest złożonym zaburzeniem odżywiania o wieloczynnikowej etiologii, obejmującej uwarunkowania biologiczne, psychologiczne oraz środowiskowe. Szczególną rolę w rozwoju i przebiegu choroby odgrywa środowisko rodzinne, które wpływa na kształtowanie samooceny oraz relacji interpersonalnych młodego człowieka. Celem opracowania było przedstawienie wpływu środowiska rodzinnego na ryzyko zachorowania i przebieg anoreksji oraz omówienie znaczenia terapii rodzinnej i działań profilaktycznych realizowanych w rodzinie. Praca ma charakter przeglądowy i została przygotowana na podstawie analizy dostępnego piśmiennictwa krajowego i zagranicznego dotyczącego anoreksji, funkcjonowania rodzin osób chorych oraz skuteczności rodzinnych metod terapeutycznych. Analiza literatury wskazuje, że relacje rodzinne mogą wpływać na rozwój anoreksji poprzez nadmierną kontrolę, nadopiekuńczość, wysokie wymagania, krytycyzm oraz ograniczanie autonomii dziecka. Osoby chore często postrzegają swoich rodziców, zwłaszcza matki, jako

* e-mail: awiniarska@panschelm.edu.pl

bardziej wymagających i krytycznych niż osoby zdrowe. W rodzinach osób z anoreksją obserwuje się również trudności w rozwiązywaniu konfliktów, zaburzoną komunikację oraz silną zależność emocjonalną między członkami rodziny. Choroba wpływa negatywnie na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, prowadząc do poczucia winy, bezradności, izolacji społecznej oraz pogorszenia dobrostanu psychicznego opiekunów. Aktualne rekomendacje wskazują, że terapia rodzinna stanowi najskuteczniejszą metodę leczenia pierwszego rzutu u dzieci i młodzieży z anoreksją, a aktywne zaangażowanie rodziców zwiększa szanse na uzyskanie remisji i ograniczenie ryzyka nawrotów choroby. Rodzina nie jest bezpośrednią przyczyną anoreksji, jednak określone wzorce funkcjonowania rodzinnego mogą zwiększać ryzyko jej wystąpienia oraz wpływać na przebieg leczenia. Wczesna identyfikacja niekorzystnych czynników środowiskowych, wzmacnianie prawidłowych relacji rodzinnych oraz edukacja rodziców w zakresie zaburzeń odżywiania stanowią ważne elementy profilaktyki. Skuteczne leczenie anoreksji wymaga uwzględnienia rodziny jako istotnego uczestnika procesu terapeutycznego.

Słowa kluczowe: anoreksja, jadłowstręt psychiczny, środowisko rodzinne, terapia rodzinna, profilaktyka, zaburzenia odżywiania

Abstract

Anorexia nervosa is a complex eating disorder with a multifactorial etiology, involving biological, psychological, and environmental factors. The family environment plays a particularly significant role in the development and course of the disorder, as it influences the formation of a young person's self-esteem and interpersonal relationships. The aim of this chapter was to present the influence of the family environment on the risk of developing anorexia and its course, and to discuss the importance of family therapy and preventive measures implemented within the family. This is a review study based on an analysis of available domestic and international literature on anorexia, the functioning of families of affected individuals, and the effectiveness of family-based therapeutic methods. The literature review indicates that family relationships can influence the development of anorexia through excessive control, overprotectiveness, high expectations, criticism, and the restriction of the child's autonomy. Patients often perceive their parents, especially their mothers, as more demanding and critical than healthy individuals. In families of individuals with anorexia, difficulties in conflict resolution, impaired communication, and strong emotional dependence among family members are also observed. The illness negatively impacts the functioning of the entire family system, leading to feelings of guilt, helplessness, social isolation, and a decline in the mental well-being of caregivers. Current recommendations indicate that family therapy is the most effective first-line treatment for children and adolescents with anorexia, and active parental involvement increases the chances of achieving remission and reducing the risk of relapse. The family is not a direct cause of anorexia, but certain patterns of family functioning can increase the risk of its onset and influence the course of treatment. Early identification of adverse environmental factors, strengthening healthy family relationships, and educating

parents about eating disorders are important elements of prevention. Effective treatment of anorexia requires involving the family as a key participant in the therapeutic process.

Keywords: anorexia, anorexia nervosa, family environment, family therapy, prevention, eating disorders

Wstęp

Jadłowstręt psychiczny (*Anorexia nervosa*, anoreksja) związany jest z zaburzeniami funkcjonowania społeczno-emocjonalnego, w tym trudnościami w relacjach interpersonalnych oraz aleksytymią, którą definiuje się jako problemy z identyfikowaniem i opisywaniem własnych emocji (Lukas i in., 2022). Zaburzenie to najczęściej pojawia się w okresie dojrzewania, w którym obecne są intensywne zmiany w relacjach z rodzicami i rówieśnikami. Mechanizmy łączące niską jakość relacji z psychopatologią zaburzeń odżywiania pozostają niejasne, choć niektóre badania sugerują, że kluczową rolę może odgrywać właśnie aleksytymia (Lukas i in., 2022).

Osobowość odgrywa znaczącą rolę w anoreksji (Bąba-Kubiś i in., 2018; Trojanowska i in., 2017; Rymarczyk, 2021). Cechy charakteru takie jak perfekcjonizm, próba kontroli każdego aspektu życia, obsesja dokładności predysponują w sposób zdecydowany do wystąpienia zaburzeń odżywiania. Osoby, które chorują na anoreksję zazwyczaj są bardzo wrażliwe, mają problemy z socjalizacją społeczną, boją się odrzucenia, czują się gorsze, nie akceptują siebie (Lukas i in., 2022; Mysior, Synowiec, 2018). Takie osoby za wszelką cenę dążą do perfekcji, utożsamiając ją z bardzo szczupłą sylwetką, która ma stanowić rozwiązanie problemów i pomóc odnaleźć się w społeczeństwie. Pragną być podziwiane, wyróżniać się i osiągać najlepsze wyniki, co wiąże się z nieustanną rywalizacją i narzucaniem sobie coraz bardziej wygórowanych standardów. Jedzenie może pełnić dla nich funkcję systemu nagród i kar, a walka z głodem staje się miernikiem ich wewnętrznej siły (Wierenga i in., 2022). Osoby takie postrzegają spożywanie pokarmów jako formę zależności od świata zewnętrznego, dlatego ich unikanie daje im poczucie niezależności (Mysior, Synowiec, 2018).

Osoby zmagające się z anoreksją wykazują zwykle określone cechy charakteru: są to zwykle osoby inteligentne, wzbudzające zaufanie i wytrwałe w dążeniu do wytyczonego celu (Bąba-Kubiś i in., 2018). Badania przeprowadzone w grupie 39 dziewcząt w wieku 13-17 lat hospitalizowanych z powodu anoreksji wykazały, że były one bardziej uległe i nieśmiałe w porównaniu do zdrowych rówieśniczek, o silnym poczuciu obowiązku, wrażliwe i wykazujące cechy niskiej samooceny

(Wiśniowiecka, Szewczyk, 2014). Wśród czynników wyzwalających anoreksję wymienia się uwagi rodziców lub nieprzychylne komentarze ze strony znajomych i/lub rówieśników oraz znalezienie się w trudnej, stresogennej sytuacji, jak np. rozwód rodziców (Nowak, 2013). U osób z anoreksją postrzeganie własnej atrakcyjności współwystępuje z nadmierną troską o własne błędy i nadmierną krytyką ze strony otoczenia, w tym rodziców (Świerczyńska, 2020). Osoby z wysokim poziomem gotowości do anoreksji postrzegają swoich rodziców jako bardziej krytycznych i wymagających (Świerczyńska, 2020). Zaburzenia odżywiania są ściśle powiązane ze specyficznymi relacjami rodzinnymi, które mogą przyczyniać się do pojawienia, nasilania i podtrzymywania objawów anoreksji (Suszyńska i in., 2014). Istnieje pojęcie tzw. „anorektycznej rodziny", która posiada predyspozycje do ewentualnego zmierzenia się z problemem anoreksji. Niektórzy autorzy wręcz stawiają tezę, że wzrost liczby zachorowań na anoreksję może być skutkiem błędów wychowawczych (Starzomska, 2015).

Celem rozdziału było przedstawienie wpływu rodziny na ryzyko zachorowania i przebieg anoreksji, a także możliwe działania profilaktyczne.

Wpływ środowiska rodzinnego na ryzyko wystąpienia anoreksji

Zależnie od przyczyn rozróżnia się dwa typy anoreksji: jadłowstręt reaktywny (główna przyczyna to silna presja społeczna i media) i jadłowstręt właściwy (główna przyczyna to nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny: nadmierna kontrola oraz nadopiekuńczość współistniejąca z odrzuceniem i ograniczaniem) (Suszyńska i in., 2014). Dysfunkcyjne relacje w rodzinie negatywnie wpływają na rozwój psychiczny i emocjonalny dziecka oraz zaburzają równowagę całego systemu rodzinnego. W takich rodzinach zwykle występuje nadmierna kontrola i nadopiekuńczość połączona z jednoczesnym ograniczaniem samodzielności dziecka, co wywołuje u niego dyskomfort. Rodziny nadopiekuńcze charakteryzuje wysoki poziom lęku, który powoduje ukierunkowanie na zapewnienie bezpieczeństwa dziecku, co prowadzi do ograniczenia jego autonomii i utrudnia funkcjonowanie poza rodziną, wymusza podporządkowanie i tłumi jego potrzeby i aspiracje. W takich rodzinach najczęściej osobą dominującą jest matka. Natomiast rodziny o sztywnych strukturach starają się utrzymać autonomię, traktując ją jako mechanizm obronny, który maskuje głębsze problemy, co najczęściej wynika z trudnych doświadczeń rodzinnych i nieprzepracowanych konfliktów z przeszłości (Suszyńska i in., 2014; Górska, 2014). Taka rodzina wykazuje

niską tolerancję na konflikty, nie podejmuje prób ich rozwiązania, natomiast za wszelką cenę je maskuje, aby nie dopuścić do destabilizacji. W takiej sytuacji często rodzice wciągają dzieci, zwłaszcza córki, w swoje konflikty, zmuszając do opowiedzenia się po jednej ze stron (Suszyńska i in., 2014). Prowadzi to do utraty autonomii jednostki i powstania silnej wzajemnej zależności pomiędzy członkami rodziny oraz apodyktyczności.

Niezależnie od typu relacji, w rodzinach osób z anoreksją zwykle oczekuje się całkowitego podporządkowania (Suszyńska i in., 2014). W takich rodzinach wszyscy żyją życiem innych, panuje nadmierna troska i opiekuńczość, jednak mimo bliskich relacji każdy członek rodziny odczuwa samotność (Rienecke i in., 2024). Bywa, że dziecko, które nie jest w stanie, z różnych powodów, spełnić oczekiwań rodziców chce przypodobać się im w inny sposób (Suszyńska i in., 2014; Starzomska, 2015). Badania wykazały również, że kobiety z anoreksją postrzegają swoje matki jako osoby wymagające i bezkompromisowe, podczas gdy kobiety zdrowe uważają, że ich matki są kochające i liberalne (Witkowska, 2013). W badaniach przeprowadzonych w Polsce stwierdzono istnienie zależności pomiędzy samooceną młodych dziewcząt a postawą prezentowaną przez ich rodziców: (1) kochająca i liberalna matka umożliwia wysoką samoocenę córki, (2) odrzucająca i krytyczna matka powoduje niską samoocenę córki, (3) kochający i opiekuńczy ojciec powoduje wysoką samoocenę córki, (4) odrzucający i niedostępny ojciec powoduje niską samoocenę córki (Witkowska, 2013).

Badania, w których porównano zachowania występujące u sióstr, wśród których tylko jedna zachorowała na anoreksję wykazały, że siostry anorektyczek postrzegały większą kontrolę macierzyńską i zgłaszały większy antagonizm i zazdrość wobec swoich sióstr niż siostry nie dotknięte anoreksją (Murphy i in., 2000). W cytowanym badaniu kobiety z anoreksją twierdziły, że miały mniej przyjaciół niż ich siostry. Wyniki te potwierdziły różnice pomiędzy kobietami z jadłowstrętem psychicznym i kobietami bez tego schorzenia. W innym badaniu skoncentrowano się na jakości relacji między kobietami z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego i ich siostrami w kontekście funkcjonowania rodziny (Zohar i in., 2016). W badaniu wzięło udział 112 par sióstr, w tym kobieta z rozpoznaniem anoreksji, oraz 356 par sióstr bez historii zaburzeń odżywiania. W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Relacji z Rodzeństwem, Skalę Środowiska Rodzinnego i Test Postaw Żywieniowych-26. Stwierdzono, że relacje siostrzane były mniej korzystnie oceniane przez kobiety ze zdiagnozowaną anoreksją niż przez ich

siostry, a także mniej korzystnie oceniane ogólnie w parach sióstr z anoreksją niż w zdrowych parach kontrolnych. Ponadto siostry z anoreksją postrzegały rodzinę jako mniej spójną i bardziej skonfliktowaną niż ich siostry nie dotknięte tym zaburzeniem. W badaniu tym stwierdzono, że relacje siostrzane mogą być złe podczas choroby jednej z nich, ale mogą poprawiać się wraz z ustępowaniem anoreksji, co sugeruje, że jakość relacji siostrzanych ma znaczenie kliniczne i może służyć jako wskaźnik powrotu do zdrowia. Badanie z wykorzystaniem Testu Subiektywnego Obrazu Rodziny przeprowadzone wśród sióstr, z których jedna była chora na anoreksję, wykazało istotnie niższą postrzeganą autonomię indywidualną i wyższą postrzeganą spójność u osób chorych w porównaniu z ich siostrami, co wynikało przede wszystkim z ich relacji z matkami i w mniejszym stopniu z ojcami (Karwautz i in., 2003).

Badania Borkowskiej i Nowakowskiej (2006) wykazały, że niektóre nawyki żywieniowe matek i ich dzieci chorych na anoreksję są zbieżne, co sugeruje, że nadmierna koncentracja rodziców na jedzeniu może zwiększać ryzyko rozwoju zaburzeń odżywiania u ich potomstwa. Matki dzieci z anoreksją częściej jedzą pod wpływem złych emocji, a spożywanie pokarmu wiąże się u nich z negatywnymi przeżyciami. Zaburzenia odżywiania występujące u matek są związane ze skrajnymi postawami i zachowaniami dotyczącymi masy ciała, wybieranych rodzajów produktów spożywczych oraz postrzegania własnego ciała, co może wpływać negatywnie na dzieci (Starzomska, 2016). Co więcej, wykazano, że osoby chorujące na anoreksję w dzieciństwie odczuwały wyraźną ignorancję ze strony rodziców w zakresie poszanowania ich potrzeb żywieniowych, np. nie otrzymywały pożywienia, kiedy były głodne, ale wtedy, gdy rodzice uznali, że należy spożywać posiłek (Starzomska, 2015). Ma to destrukcyjny wpływ na rozwój dziecka w zakresie własnej autonomii i prowadzi do przekonania, że wyłącznie rodzic (szczególnie matka) wie, co jest dla dziecka najlepsze i że bez matki nie jest w stanie funkcjonować. Takie przekonanie prowadzi do negatywnego stosunku do własnego ciała i jest charakterystyczne dla wielu osób z anoreksją. Nadmiar kontroli ze strony rodziców jest odbierany przez dziecko jako wymaganie perfekcjonizmu, któremu nie zawsze można sprostać (Starzomska, 2015).

Niektórzy autorzy uważają jednak, że dysfunkcje występujące w rodzinach anorektycznych nie są czynnikiem ryzyka, ale sprzyjają przystosowaniu się do choroby, ponieważ jedną z głównych biologicznych przyczyn anoreksji są zaburzenia w budowie i funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego lub

nieprawidłowa struktura DNA (Jaworski, 2014). Wniosek o uwarunkowanej genetycznie skłonności do anoreksji wysnuto na podstawie częstości występowania tej choroby wśród osób spokrewnionych. Na przykład ryzyko wystąpienia anoreksji wśród bliźniąt jednojajowych wynosi 50-80%, a wśród bliźniąt dwujajowych ok. 35% (Fairburn, Harrisson, 2003).

Wpływ anoreksji na funkcjonowanie rodziny

Wystąpienie anoreksji nie jest wyłącznym problemem osoby chorej, ale wpływa na funkcjonowanie całej rodziny. W ciągu ostatnich dwudziestu lat badania podkreśliły cierpienie i dysfunkcje rodzinne spowodowane koniecznością opieki nad anorektycznym dzieckiem wykazującym dysregulację emocji (Giles i in., 2021). Pomimo zwiększonej świadomości społecznej w zakresie anoreksji destrukcyjne zachowania osób chorych budzą u osób z najbliższego otoczenia niezrozumienie, zagubienie i poczucie zagrożenia (Józefik-Chojnacka, Józefik, 2007). Członkowie rodziny czują się często winni wystąpienia choroby, szczególnie, gdy są oskarżani przez osobę chorą. W rodzinach takich może pojawić się również poczucie wstydu, co z kolei może powodować wyparcie problemu i brak szukania wsparcia i pomocy (Józefik-Chojnacka, Józefik, 2007). Rodzice osób chorych mogą także zapadać na depresję wynikającą z bezsilności oraz oskarżeń otoczenia, że pozwolili na to, żeby ich dziecko zagłodziło się (Józefik-Chojnacka, Józefik, 2007). To z kolei może powodować izolowanie się rodziców od społeczeństwa i wycofywanie się z życia społecznego.

Anoreksji towarzyszy często wycofanie z kontaktów społecznych, szczególnie związanych ze spożywaniem posiłków, co dodatkowo prowadzi do odizolowania osoby chorej od pozostałych członków rodziny i przyjaciół i powoduje, że osoba taka może czuć się jeszcze bardziej samotna (Sarzała, 2017; Winiarska-Mieczan, Poterucha, 2010). To z kolei może prowadzić do szukania kontaktów nie wymagających bezpośredniego zaangażowania, na przykład wirtualnych. Niebezpieczeństwo w takim przypadku polega na nawiązywaniu kontaktu z osobami, które pozornie są w stanie w pełni zaakceptować osobę chorą i zrozumieć jej punk widzenia, a więc z uczestnikami forów internetowych pro-ana (Kaźmierczak i in., 2015). Informacje przekazywane na tego typu forach lub blogach przekonują, że anoreksja nie jest chorobą, nie zagraża zdrowiu ani życiu i jest po prostu stylem życia, który prowadzi do poprawy wyglądu ciała (Chruścikowska, 2016). Z drugiej strony izolowanie się chorego dziecka i separowanie się od rodziców

może u nich wywoływać poczucie winy wynikające z braku kontroli i wpływu na zachowanie dziecka, jak również utratę zaufania do niego i lęk o jego życie (Józefik-Chojnacka, Józefik, 2007).

Terapia rodzinna anoreksji

W ostatnich latach za najbardziej skuteczną metodę tzw. pierwszego rzutu leczenia anoreksji u dzieci i młodzieży uważana jest wyspecjalizowana interwencja rodzinna (Chęć, Michałowska, 2024). W przypadku, gdy leczenie pierwszego rzutu jest nieskuteczne, powinno się włączyć do planu terapii intensywny coaching rodziców, który jest ukierunkowany na poprawę umiejętności komunikacyjnych (Chęć, Michałowska, 2024). Do terapii rodzinnej należy włączyć wyłącznie osoby, do których osoba chora jest pozytywnie nastawiona (np. rodziców czy rodzeństwo) i wykluczyć z niej osoby, z którymi jest skonfliktowana. Proces terapii składa się z trzech faz: faza 1 dotyczy wdrażania prawidłowych zasad żywienia osoby chorej, za co odpowiedzialni są rodzice; faza 2 to wspieranie dziecka w procesie leczenia, odpowiedzialność za odżywianie jest stopniowo przekazywana z powrotem nastolatkowi w stopniu odpowiednim do wieku; faza 3 to ocena stanu rozwojowego dziecka po ustąpieniu zaburzeń oraz utrwalanie uzyskanych efektów w celu zapobiegania nawrotom choroby (Solich, Kolarczyk, 2021; Rienecke, Le Grange, 2022). W trakcie terapii rodzice muszą także uzyskać informacje dotyczące postępowania w przypadku nawrotu anoreksji (Solich, Kolarczyk, 2021).

Terapia rodzinna opiera się na pięciu założeniach: (1) terapeuta ma agnostyczny pogląd na przyczynę choroby; (2) terapeuta przyjmuje nieautorytarną postawę w leczeniu; (3) rodzice są upoważnieni do doprowadzenia do wyzdrowienia swojego dziecka; (4) zaburzenie odżywiania jest oddzielone od pacjenta i uzewnętrznione; oraz (5) terapia rodzinna wykorzystuje pragmatyczne podejście do leczenia (Rienecke, Le Grange, 2022). Na początku terapii precyzuje się cele terapii dotyczące masy ciała pacjenta. W ciągu roku sesje terapeutyczne odbywają się z coraz mniejszą częstotliwością, jest ich w sumie ok. 18-20 (Chęć, Michałowska, 2024). W trakcie terapii rodzinnej rozwiązywane są również problemy aktualnie występujące w rodzinie. Terapia prowadząca do wyeliminowania negatywnych emocji wynikających z krytyki rodzicielskiej na wczesnym etapie leczenia może poprawić wskaźniki remisji (Hughes i in., 2019). Badania wykazały, że pozytywny stosunek matki do osoby z anoreksją w większym stopniu

warunkuje skuteczność leczenia niż w przypadku ojca, natomiast krytyczna postawa matki działa negatywnie na terapię osoby z anoreksją (Rienecke i in., 2024; Allan i in., 2018).

Porównano względną skuteczność terapii rodzinnej i terapii skoncentrowanej na rodzicach, w której terapeuta spotyka się tylko z rodzicami, podczas gdy pielęgniarka monitoruje pacjenta (Le Grange i in., 2016). Wykazano, że terapia rodzinna była bardziej skuteczna w doprowadzaniu do remisji u nastolatków z anoreksją, chociaż zdaniem Lock i in. (2024) jej skuteczność wynosi jedynie ok. 40%. Jednak uzupełnienie terapii rodzinnej w intensywny coaching rodzicielski w niektórych przypadkach powoduje poprawę wskaźników remisji (Lock i in., 2024).

W obecnych czasach, gdzie duża część życia toczy się w świecie wirtualnym, rozpatrywane są możliwości wspomagania leczenia zaburzeń odżywiania za pomocą narzędzi internetowych, co może zwiększać dostęp do rodzinnego leczenia anoreksji. Wykazano, że terapia rodzinna *online* oparta na samopomocy, prowadzona w formacie grupy wielorodzinnej zapewnia dodatkowe wsparcie rodzicom (Matheson i in., 2024; Gurcan i in., 2024).

Cele i zadania działalności profilaktycznej w rodzinie

Anoreksja jest chorobą, która destabilizuje życie zarówno osoby chorej, jak i jej najbliższych. Z tego powodu istotna jest profilaktyka, która obejmuje przede wszystkim upowszechnianie wiedzy dotyczącej choroby, jej objawów oraz sposobów pomocy. Informacje te powinny być przekazywane zarówno młodzieży, jak i rodzicom, na przykład w szkole, jak również w ramach akcji społecznych. Należy położyć nacisk na wzmacnianie pozytywnego odbioru każdego człowieka, prawidłowe relacje z innymi ludźmi oraz edukację w zakresie redukowania stygmatyzacji ludzi ze względu na wygląd. O'Hara i in. (2007) zwrócili uwagę na to, że media niezwykle rzadko przedstawiają zaburzenia odżywiania w aspekcie medycznym, a zdecydowanie częściej w sposób zbyt uproszczony lub nawet sensacyjny. W związku z tym należy powoływać wyszkolone osoby, które poprzez środki masowego przekazu mogłyby wpływać na kształtowanie opinii publicznej w tym zakresie.

Profilaktyka stosowana jest w celu zapobiegania chorobom i zaburzeniom, zanim one wystąpią. Szczególnie istotne jest zapobieganie zaburzeniom odżywiania w rodzinach wysokiego ryzyka, a dotychczas nie zostały opracowane

skuteczne programy profilaktyczne dla takich rodzin (Levine, Sadeh-Sharvit, 2023). Niemniej jednak opracowanie takich programów profilaktycznych może przynieść korzyści również rodzicom, którzy borykają się z własnymi zaburzeniami odżywiania i zapobiec międzypokoleniowemu przekazywaniu tych zaburzeń. Jest to ważne, ponieważ daje nadzieję na zmniejszenie narażenia środowiskowego, które może zwiększyć ryzyko genetyczne, jakie mogą ponosić dzieci rodziców dotkniętych anoreksją (Bulik, 2023). Programy mogłyby wykorzystać mocne strony rodziny, które wzmacniają czynniki ochronne i zmniejszają czynniki ryzyka w sposób, który promuje zarówno zapobieganie, jak i trwały powrót do zdrowia osób, które są lub były chore na anoreksję (Levine, Sadeh-Sharvit, 2023).

Podsumowanie

Rodziny nie prowokują wystąpienia zaburzeń odżywiania, nawet jeśli są dysfunkcyjne. Nie ma jednak wątpliwości, że niektóre rodziny są narażone na wyższe ryzyko wystąpienia anoreksji, a jednym z markerów tego ryzyka jest obecność rodzica wykazującego w przeszłości lub obecnie zaburzenia odżywiania. Co więcej, wiele z dobrze udokumentowanych czynników ryzyka anoreksji może rozwijać się w rodzinach jako systemie, który odzwierciedla, pośredniczy, a czasem wzmacnia czynniki genetyczne i społeczno-kulturowe. Z tego powodu istotne jest poszerzanie wiedzy rodziców na temat właściwości rozwojowych dzieci i młodzieży, problematyki zaburzeń jedzenia, ale także kształtowanie świadomości oraz odpowiedzialności rodziców za wychowanie młodego pokolenia.

Literatura

1. Allan, E., Le Grange, D., Sawyer, S. M., McLean, L. A., Hughes, E. K. (2018). Parental expressed emotion during two forms of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 26*(1), 46-52.
2. Bąba-Kubiś, A., Pełka-Wysiecka, J., Liśkiewicz, P., Wroński, M., Konopka, A., Samochowiec, J. (2018). Anoreksja – jadłowstręt psychiczny. *Pomeranian Journal of Life Sciences, 64*(4), 5-9.
3. Borkowska, A., Nowakowska, K. (2006). Zwyczaje żywieniowe dziewcząt z rozpoznaniem anoreksji i ich matek. *Psychiatria Via Medica, 3*(3), 133-137.
4. Bulik, C. M. (2023). If we build it, will they come? Commentary on "Preventing eating disorders and disordered eating in high-risk families". *International. J. Eat Disord., 56*(3), 535-537.

5. Chęć, M., Michałowska, S. (2024). Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania w adolescencji z uwzględnieniem roli perfekcjonizmu. *Psychiatria Polska, 58*(5),773-788.
6. Chruścikowska, A. (2016). Charakterystyka blogów pro-ana. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 6*(4), 309-314.
7. Fairburn, C. G., Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet, 361*, 407-416.
8. Giles, E. M., Cross, A. S., Matthews, R. V., Lacey, J. H. (2021). Disturbed families or families disturbed: a reconsideration. *Eating and Weight Disorders, 27*(1), 11-19.
9. Górska, A. (2014). Bulimia i anoreksja – przyczyny, skutki i sposoby leczenia. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne, 4*, 101-112.
10. Gurcan, H., Couturier, J., Matheson, B., Jo, B., Lock, J. (2024). Protocol for a randomized clinical trial to confirm the effectiveness of online guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Contemporary Clinical Trials, 144*, 107618.
11. Hughes, E. K., Sawyer, S. M., Accurso, E. C., Singh, S., Le Grange, D. (2019). Predictors of early response in conjoint and separated models of family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 27*(3), 283-294.
12. Jaworski, M. (2014). Neuropsychologiczne aspekty zaburzenia procesów uwagi w przebiegu jadłowstrętu psychicznego. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia 9*(1), 30-37.
13. Józefik-Chojnacka, O., Józefik, B. (2007). Doświadczenie anoreksji psychicznej - perspektywa rodziców pacjentek. *Państwo i Społeczeństwo, 3*, 29-39.
14. Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogl, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Wöber-Bingöl, C., Friedrich, M. H. (2003). Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child Adolescent. Psychiatry, 12*(3), 128-35.
15. Kaźmierczak, N., Kiełbasa, S., Patryn, R., Niedzielski, A. (2015). Zachowania anorektyczne wśród społeczności pro-ana. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 21*(2), 168-173.
16. Le Grange, D., Hughes, E. K., Court, A., Yeo, M., Crosby, R. D., Sawyer, S. M. (2016). Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 55*(8), 683-692.
17. Levine, M. P., Sadeh-Sharvit, S. (2023). Preventing eating disorders and disordered eating in genetically vulnerable, high-risk families. *International Journal of Eating Disorders, 56*(3), 523-534.
18. Lock, J. D., Le Grange, D., Bohon, C., Matheson, B., Jo, B. (2024). Who responds to an adaptive intervention for adolescents with anorexia nervosa being treated with

family-based treatment? Outcomes from a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 63*(6), 605-614.

19. Lukas, L., Buhl, C., Schulte-Körne, G., Sfärlea, A. (2022). Family, friends, and feelings: the role of relationships to parents and peers and alexithymia in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 143.
20. Matheson, B. E., Van Wye, E., Whyte, A., Lock, J. (2024). Feasibility and acceptability of a pilot studying investigating multi-family parent-only guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 57*(8), 1769-1775.
21. Murphy, F., Troop, N.A., Treasure, J. L. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: a sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology, 39*(2), 193-203.
22. Mysior, R., Synowiec, I. (2018). Psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych na anoreksję. *Problemy Współczesnej Pedagogiki, 4*(1), 43-55.
23. Nowak, K. (2013). Socjodemograficzne i rodzinne czynniki ryzyka zaburzeń odżywiania młodzieży. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny, 32*, 121-146.
24. O'Hara, S. K., Smith, K. C. (2007). Presentation of eating disorders in the news media. What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Education and Counseling, 68*, 43-45.
25. Rienecke, R. D., Le Grange, D. (2022). The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders, 10*(1), 60.
26. Rienecke, R. D., Trotter, X., Jenkins, P. E. (2024). A systematic review of eating disorders and family functioning. *Clinical Psychology Review, 112*, 102462.
27. Rymarczyk, K. (2021). The role of personality traits, sociocultural factors, and body dissatisfaction in anorexia readiness syndrome in women. *Journal of Eating Disorders, 9*(1), 51.
28. Sarzała, D. (2017). Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii i profilaktyki. *Kwartalnik Naukowy, 4*(32), 296-311.
29. Solich, N., Kolarczyk, E. (2021). Opieka pielęgniarska nad pacjentem z anoreksją – studium przypadku. *Współczesna Pielęgniarka i Ochrona Zdrowia, 10*(1-4), 28-31.
30. Starzomska, M. (2015). „Spróbuj tylko nas zawieść…" Środowisko rodzinne osób z jadłowstrętem psychicznym i z narcystycznym zaburzeniem osobowości. *Kwartalnik Naukowy, 1*(21), 231-242.
31. Starzomska, M. (2016). Psychologiczna charakterystyka matek z zaburzeniami odżywiania. *Kwartalnik Naukowy, 1*(25), 299-319.
32. Suszyńska, K., Sobolewska, E., Kulik, T., Pacian, A. (2014). Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 20*(3), 235-240.

33. Świerczyńska, J. (2020). Coexistence of the features of perfectionism and anorexia readiness in school youth. *Psychiatria Polska, 54*(2), 239-252.
34. Trojanowska, A., Zarzycka, D., Trojanowska, P., Bernat, K., Bury, A., Ziętek, A. (2017). Przejawy zachowań anorektycznych wśród nastolatków. *Endokrynologia Pediatryczna, 4*(61), 281-288.
35. Wierenga, C. E., Reilly, E., Bischoff-Grethe, A., Kaye, W. H., Brown, G. G. (2022). Altered reinforcement learning from reward and punishment in anorexia nervosa: evidence from computational modeling. *Journal of the International Neuropsychological Society, 28*(10), 1003-1015.
36. Winiarska-Mieczan, A., Poterucha, E. (2010). Zagrożenie anoreksją i bulimią wśród studentek lubelskich uczelni. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 91*(1), 158-163.
37. Wiśniowiecka, M., Szewczyk, L. (2014). Struktura osobowości dziewcząt z zespołem anorexia nervosa. *Endokrynologia Pediatryczna, 2*(47), 25-34.
38. Witkowska, B. (2013). Percepcja postaw rodzicielskich a poziom samooceny dziewcząt z anoreksją psychiczną. *Psychiatria Polska, 3*, 397-409.
39. Zohar, A.H., Lev Ari, L., Bachner-Melman, R. (2016). My sister myself: a controlled study of the relationship between women with a lifetime diagnosis of anorexia nervosa and their sisters. *European Eating Disorders Review, 24*(6), 466-473.