

Profilaktyka zaburzeń odżywiania się u dzieci i młodzieży. Część II. Programy profilaktyczne i ich efektywność

Prevention of eating disorders in children and adolescents. Part II. Prevention programmes and their effectiveness

Cezary Ż e c h o w s k i, Irena N a m y s ł o w s k a, Andrzej K o r o l c z u k,
Anna S i e w i e r s k a, Antoni J a k u b c z y k, Katarzyna B a ż y ń s k a,
Zofia B r o n o w s k a

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

Summary: This paper presents various models of child and adolescent prevention programmes of eating disorders with the emphasis on the efficiency of these models. On the ground of the available literature, the authors present the results of these methods.

It seems that in every prevention programme risk and protective factors, which are connected with the given intervention should be precisely defined. Therefore it is absolutely necessary that the programmes should be clear with better inner coherence which will consequently result in better efficiency.

Słowa klucze: zaburzenia odżywiania się, profilaktyka

Key words: eating disorders, prevention

Struktura programów profilaktycznych

Wiedza o czynnikach ryzyka zaburzeń odżywiania się, ich wzajemnej interakcji oraz o czynnikach ochronnych pozwala na tworzenie programów profilaktycznych. Programy te mogą mieć charakter uniwersalny (stosowany w grupie rówieśniczej bez zróżnicowania na grupę większego i mniejszego ryzyka) lub ukierunkowany (stosowany w grupach zwiększonego ryzyka) [1]. W praktyce przeważają programy uniwersalne, które realizowane są najczęściej w szkołach, w ramach poszczególnych klas (classrooms). Przykładową strukturę programu profilaktycznego przedstawiają Killen i wsp. [2] (cyt. za: Taylor i Altman [3]). Wiele z typowych programów przypomina ich model (tabela 1).

Punkty programu prewencji zaburzeń odżywiania się wg Killen i wsp. (za: Taylor i Altman)

Punkty programu
Prawidłowy rozwój
(a) Wzrost masy ciała jest naturalnym następstwem ludzkiego rozwoju. Zakres zdrowej masy ciała jest bardzo zróżnicowany.
(b) Dojrzewanie – fazy, cechy.
Niezdrowa regulacja masy ciała
(a) Wpływ stosowania diety na prawidłowy wzrost i rozwój; fizyczne i psychologiczne przyczyny, z powodu których stosowanie diety zawodzi.
(b) Niebezpieczeństwa niezdrowych sposobów regulowania masy ciała.
Przeciwdziałanie kulturowym naciskom promującym stosowanie diety, nadmiernie szczupłą idealną sylwetkę
(a) Rozpoznawanie społecznych/ medialnych wpływów.
(b) Ocena skutków stosowania się do społecznych/ medialnych nacisków.
(c) Identyfikowanie i użycie kontrargumentów.
Zdrowa regulacja masy ciała
(a) Właściwa dieta/odżywianie się.
(b) Ćwiczenia.
Czas trwania: 18 lekcji jednogodzinnych.
Forma zajęć:
(a) Tylko dziewczęta.
(b) Wykład.
(c) Interaktywny pokaz slajdów przedstawiający 7 dziewcząt jako przykłady zdrowego i niezdrowego regulowania masy ciała.
(d) Zeszyt do pracy i wyznaczanie zadań pisemnych.

Powyższy schemat, pomimo swej użyteczności, wydawał się jednak zbyt wąski. Taylor i Altman [3] zaproponowali, aby poszerzyć go o inne aspekty, takie jak oddziaływanie grupy rówieśniczej oraz czynniki odporności. Poszerzony program zawierał w sobie cztery główne tematy:

- (1) zdrowa i niezdrowa regulacja masy ciała,
- (2) oddziaływania grupy rówieśniczej dotyczące masy ciała i wyglądu (np. tzw. docinanie),
- (3) wartości kulturowe odnoszące się do stosowania diety i szczupłości,

(4) ufanie innym, zwłaszcza w odniesieniu do masy ciała i wyglądu; inne czynniki ochronne.

Z programów profilaktycznych słabiej zorganizowanych, wyłącznie psychoedukacyjnych, krótkoterminowych, powstały programy wewnętrznie spójne, które trwają dłużej i mają charakter zajęć interaktywnych z czynnym udziałem młodzieży [4]. Wiele z nich opiera się na koncepcjach terapii behawioralno-poznawczej (włączając w zakres swych oddziaływań takie aspekty, jak np. negatywne myślenie [4]). Programy te są poszerzane o kolejne moduły dotyczące innych czynników ryzyka. Dyskusję nad tym aspektem prewencji przeprowadza Piran [4]. Autorka zauważa, że w programach profilaktycznych rzadko bierze się pod uwagę subiektywne przeżycia i kontekst społeczny grupy, do której kierowana jest profilaktyka. Wg niej poszczególne grupy mogą bardzo różnić się od siebie w percepcji tego samego programu. Np. w środowisku, w którym kobiety uczone były powstrzymywania się od ekspresji uczuć, tłumienia i kontrolowania potrzeb, pragnień, apetytu, program profilaktyczny oparty na „kierowaniu zdrową masą ciała” może być odebrany jako kolejny kulturowy bodziec do kontrolowania i „kierowania swoim ciałem”.

Niva Piran [4] zauważa również, że większość programów profilaktycznych wyłącza ze swego oddziaływania środowisko społeczne dziecka (młodzieży). Tym samym wymagana jest zmiana od dziecka (młodzieży), ale faktycznie bez jakiegokolwiek wsparcia ze strony jego najbliższego otoczenia (rodzice, nauczyciele, lekarze). Autorka ta zauważa, iż podobny brak programów profilaktycznych skierowanych do dorosłych obserwowano w odniesieniu do prewencji nadużyć seksualnych wobec dzieci. W obu przypadkach programy profilaktyczne mogą nie doceniać roli dorosłych i niepotrzebnie przenosić nadmierną odpowiedzialność na dziecko. Interwencje dotyczące ważnych dorosłych niosą też mniej zagrożeń potencjalną jatrogenizacją oraz są mniej czasochłonne. W opisywanym przez siebie długoterminowym programie profilaktycznym realizowanym w szkołach autorka zwraca uwagę na konieczność udziału dorosłych, co daje możliwość zmian niejako „systemowych”, a więc ustanowienia nowych, konstruktywnych norm grupowych między uczniami, przyjęcia przez nauczycieli częściowej odpowiedzialności za doświadczenia ucznia w szkole, ustalenia długoterminowej relacji z osobą prowadzącą program. Tego typu złożona interwencja dawała możliwość tworzenia „alternatywnej subkultury” działającej ochronnie wobec potencjalnych czynników ryzyka oraz wspierającej proces zmiany.

Wśród programów profilaktyki zaburzeń odżywiania się istnieją takie, które adresowane są wyłącznie do osób dorosłych z najbliższego otoczenia młodzieży. Jednym z nich jest program prewencji skierowany do nauczycieli [5].

Oksfordzki program prewencji zaburzeń odżywiania się

Przykładem nowoczesnego programu prewencji zaburzeń odżywiania się jest program oksfordzki realizowany wśród uczniów szkół brytyjskich. Program ten adresowany jest do dziewcząt w 13–14 r.ż. Zdaniem autora [6] na wiek ten przypada początek dojrzewania – dochodzi wtedy do zmiany dotychczasowych wzorców behawioralnych i poznawczych, tworzące się nowe postawy nie są jeszcze tak silnie

utrwalone jak w okresie późniejszym. Młody człowiek silnie podlega wtedy wpływom rówieśniczym. Jednocześnie jest to typowy okres pojawienia się zaburzeń odżywiania. Nie zdecydowano się na wyłonienie grupy wysokiego ryzyka, ale potraktowano młodzieżową grupę dziewcząt jako ogólną grupę ryzyka. W program włączeni zostali nauczyciele, którzy mieli oddzielne spotkania dotyczące zaburzeń odżywiania się, oraz rodzice, którym rozesłano specjalne materiały pocztą, tak aby prowokować dyskusję dzieci i rodziców w domu. Cele programu przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Cele programu prewencji zaburzeń odżywiania się opartego na oddziaływaniach w szkole (Stewart [6])

Cel główny
Zapobieganie powstawaniu zaburzeń odżywiania się takich jak anoreksja nerwowa i bulimia nerwowa, poprzez zmniejszenie stresowania i intensywności diety oraz poziomu koncentracji na wadze i kształcie ciała.
Cele szczegółowe
<ol style="list-style-type: none"> 1. Odniesienie się do zadań rozwojowych okresu dojrzewania: <ol style="list-style-type: none"> a) poprawa wiedzy dotyczącej biologicznych zmian zachodzących w okresie dojrzewania, b) uświadomienie rozwoju strategii radzenia sobie z presją interpersonalną, c) uświadomienie uczniom wózków do realizacji realizowanych celów, d) uświadomienie uczniom wpływu porządku w rodzinie, e) pomoc uczniom w przeżywaniu siebie jako dojrzałych ludzi. 2. Odniesienie się do wpływu socjokulturowych: <ol style="list-style-type: none"> a) rozwój umiejętności krytycznej w odniesieniu do czynników kulturowych, których celem jest promowanie odchudzenia się, koncentracja na cięższym ciele bez względu na zagrożenia, b) uświadomienie uczniom w krytycznym odniesieniu się do przekazów medialnych dotyczących szczupłości i odchudzenia się. 3. Uświadomienie uczniom tworzenia (zdrowych) porządków w szkole i pracy własnego ciała. 4. Uświadomienie uczniom w rozwoju strategii radzenia sobie ze stresem. 5. Uświadomienie uczniom w radzeniu sobie z negatywnym myśleniem. 5. Poprawa zachowań dotyczących odżywiania się i stylu życia.
Cele ogólne
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie kultury, w której uczniowie nie uświadomili się wzajemnie w odchudzaniu. 2. Uświadomienie uczniom w wczesnym poszukiwaniu pomocy, jeśli rozwijają się u nich problemy z odżywianiem się.

Cele programu realizowane były w sześciu jednogodzinnych sesjach. Poszczególne sesje miały jasno zdefiniowany program i cele. Każda z sesji poświęcona była oddzielnej tematyce.

Tematy sesji podano w tabeli 3. Przykładowy przebieg sesji dotyczący czynników socjokulturowych przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 3

Tematyka sesji w programie profilaktyki zaburzeń odżywiania się

Sesja I	Czynniki społeczno-kulturowe
Sesja II	Obraz własnego ciała, regulacja głębiaru ciała i efekty odchudzania się
Sesja III	Zaburzenia odżywiania się
Sesja IV	Uzasadna interwencja w zaburzeniach odżywiania się
Sesja V	Zdrowe odżywianie się i zdrowy tryb życia: podjęcie nie polegające na odchudzaniu się
Sesja VI	Zdrowe odżywianie się opieranie się odchudzaniu

Tabela 4

Przebieg sesji dotyczącej czynników socjokulturowych

<ol style="list-style-type: none"> 1. Dyskusja w małych grupach na temat „Czy nasz wygląd i masa ciała ma jakiegokolwiek znaczenie?” 2. Feedback liderów grup. 3. Dyskusja o tym, jak wpływamy na wyobrażenia ludzi o ich postawy wobec wyglądu i masy ciała. 4. Pokaz zdjęć, wyjęci sp osób zmieniających idealne ciała w przeszłości i jak wyglądają one w różnych kulturach. 5. Dyskusja o współczesnych idealach piękna. 6. Dyskusja w małych grupach o wpływie reklam na to, jak przeżywamy samych siebie. 7. Praca domowa: zebranie reklam dotyczących produktów dietetycznych lub idealów piękna, które kształtują nieracjonalne przekonania dotyczące ciała. 8. Uprawianie nie do następnego sesji.

Program oksfordzki ma bardzo jasną i klarowną strukturę, opiera się na zajęciach interaktywnych z młodzieżą. W części teoretycznej wykorzystuje zasady terapii behawioralno-poznawczej. Integralną częścią programu jest jego ocena. W ocenie tej posłużono się kwestionariuszami Eating Disorder Examination [7], Eating Attitude Test [8], Piers-Harris Children’s Self Concept Scale [9] oraz kwestionariuszem wiedzy opracowanym przez autorów w niniejszego artykułu.

Efektywność programów profilaktycznych

Jak wynika z szerokiej literatury dotyczącej profilaktyki zaburzeń odżywiania się, większość z realizowanych i ocenianych programów profilaktycznych nie przynosiła pozytywnych efektów w postaci zmiany zachowań i postaw. Najczęściej obserwowano jedynie wzrost wiedzy dotyczącej omawianych zaburzeń, przy czym nie przekładał się on na pozytywną zmianę postaw i zachowań. W niektórych przypadkach obserwowano szkodliwe oddziaływanie programów, np. w postaci wzrostu niezadowolenia

z własnego ciała [10], przy czym te niekorzystne efekty utrzymywały się niekiedy jeszcze w badaniach follow-up po 1 roku. Programy tego typu polegały zazwyczaj na sesjach, które odbywały się w formie wykładów, z niewielkim aktywnym udziałem młodzieży. Wykłady te poświęcane były zazwyczaj zaburzeniom odżywiania się bez uwzględnienia kontekstu rozwojowego i relacyjnego.

Z drugiej strony obserwowano zjawiska, w których efekty jatrogenne dotyczyły tylko niektórych zagrożonych podgrup w obrębie grupy młodzieży objętej programem profilaktycznym [za 6]. W tym sensie hipotetycznie możliwe jest „korzystne” oddziaływanie programu wobec większości badanych, a jatrogeny efekt mógłby być wywierany w obrębie bardzo wąskich grup wysokiego ryzyka. Stąd postulat wysuwany przez NMIH [1] dotyczący potrzeby wnikliwej oceny efektywności programów profilaktycznych oraz ich potencjalnej szkodliwości, ponieważ osoby w danej grupie mogą reprezentować szeroki zakres czynników ryzyka.

Nowsze programy profilaktyczne przynoszą bardziej zachęcające wyniki (11, 12, 13, 14). Zabinski i wsp. [12, 13] opisali realizację programu edukacyjnego wśród uczennic szkoły średniej. W programie tym skupiono się na czynniku ryzyka, jakim jest nadmierna koncentracja na obrazie własnego ciała. Program realizowany był z użyciem Internetu. Obserwowano znaczące zmniejszenie się koncentrowania na masie i kształcie ciała oraz redukcję zaburzonych postaw wobec odżywiania się. Baranowski i Hetherington [14] badali zastosowanie programu psychoedukacyjnego dotyczącego takich czynników ryzyka, jak samoocena i zachowania związane z odchudzaniem się. Obserwowano obniżenie się poziomu zachowań dietetycznych, jednakże nie stwierdzono poprawy w zakresie samooceny. Interesujące wyniki przynoszą badania nad zastosowaniem programu oksfordzkiego [6]. Wyniki te wydają się szczególnie istotne ze względu na złożoną metodologię oceny efektywności programu. Po zakończeniu programu obserwowano nieznaczne zmniejszenie się nasilenia odchudzania się oraz negatywnych postaw wobec kształtu i masy ciała. Te pozytywne wyniki nie utrzymywały się w 6-miesięcznym badaniu typu follow-up. Mimo tego badania Stewart dowodzą, iż możliwa jest redukcja nieprawidłowych postaw w zakresie czynników uważanych dotąd za szczególnie trudne do zmiany.

Zalecenia NIMH w zakresie rozwoju badań nad programami profilaktycznymi zaburzeń odżywiania się

J. Pearson, D. Goldklang i R.H. Striegel-Moore w swoim artykule [1] streszczają dyskusję okrągłego stołu, jaka odbyła się w NIMH w kwietniu 2000 r. Dyskusja ta dotyczyła prewencji zaburzeń odżywiania się. Kończyły ją wnioski w zakresie rekomendacji kierunków przyszłych badań nad profilaktyką zaburzeń odżywiania się. Zespół ekspertów rekomendował następujące kierunki:

1. Rozwijanie jednolitych definicji symptomów, syndromów, czynników ryzyka i wyników oddziaływania (outcomes), aby móc lepiej ocenić postępowanie w epidemiologii i programach prewencji.
2. Wzmocnienie integracji badań w zakresie podstawowych nauk społecznych w odniesieniu do programów prewencji, tak aby móc ocenić efekt „marketingu norm społecznych” w redukowaniu czynników ryzyka.

3. Położenie nacisku na badania u zwierząt neuronalnych mechanizmów zaburzeń odżywiania się. Wymiana poglądów pomiędzy badaczami modeli zwierzęcych, klinicystami a badaczami z innych dziedzin na temat programów prewencji.
4. Tworzenie wytycznych do oceny naukowej programów prewencji; użycie, jako wzoru, wytycznych do prób klinicznych innych zaburzeń, np. nadużywania substancji psychoaktywnych.
5. Rozwój technik umożliwiających ocenę i minimalizowanie efektów jatrogennych. Ocena taka umożliwi identyfikację oddziaływań, które mają efekt szkodliwy.
6. Położenie nacisku na badania w zakresie biologii, cech osobowości, rodziny i grup społecznych oraz społecznych norm i wartości, które wpływają na zaburzenia odżywiania się. Badania te mogą posłużyć do tworzenia interwencji na poziomie indywidualnym („downstream”), na poziomie organizacji, miejsc pracy, społeczności, służby zdrowia („midstream”) oraz na poziomie norm społecznych i polityki („upstream”).
7. Wzrastająca świadomość zaburzeń odżywiania się jest zagadnieniem dotyczącym problemów zdrowia publicznego. Możliwe jest rozwijanie oddziaływań obejmujących poprawę sprawności fizycznej, prewencję otyłości i profilaktykę zaburzeń odżywiania się.
8. Badania zależności pomiędzy zdrowiem publicznym a zaburzeniami odżywiania się. Analiza percepcji, postaw, działania służb, które mogą mieć znaczenie w stygmatyzacji zaburzeń odżywiania się.
9. Desygnowanie osoby ds. zaburzeń odżywiania się w NIMH, która ułatwiałaby systematyczny rozwój i pomoc w wymianie pomiędzy różnymi agendami NIMH.

Podsumowanie

Dzięki rozwojowi wiedzy z obszaru etiologii zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wzrasta znaczenie tworzenia i weryfikacji skuteczności programów profilaktycznych. Uważa się, że przy tworzeniu takich programów istotną kwestią jest rozpoznanie procesów wpływających na rozwój zaburzenia. Dotyczy to przede wszystkim znajomości czynników ryzyka, ochrony oraz czynników podatności na zachorowanie.

Szeroka i rygorystyczna ocena wyników, zarówno całego programu, jak i jego składowych, wydaje się szczególnie istotnym elementem w realizowaniu programów tego typu. Uważa się także, iż w każdym programie prewencji powinny być zdefiniowane czynniki ryzyka i ochrony, do których odnosi się dana interwencja. Co za tym idzie, pojawia się konieczność większej zrozumiałości tych programów i lepszej, wewnętrznej integracji, dzięki czemu wzrastają szanse na ich większą skuteczność.

Inną ważną kwestią wydaje się konieczność udziału dorosłych, co daje możliwość zmian niejako „systemowych”, a więc ustanowienia nowych, konstruktywnych norm grupowych.

Na podstawie literatury dotyczącej profilaktyki zaburzeń odżywiania się można wysnuć wniosek, iż większość z realizowanych i ocenianych programów profilaktycznych nie dawała pozytywnych efektów w postaci zmiany zachowań i postaw. Mimo

- denbos G, Vandereycken W, red. *Prevention of eating disorders*. London: Athlone Press; 1998, s. 99–136.
7. Fairburn CG, Beglin SJ. *The assessment of eating disorders: Interview or self report questionnaire*. Int. J. Eat. Disord. 1994; 16, 363–370.
 8. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. *The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates*. Psychol. Med. 1982; 12: 871–878.
 9. Piers EV. *The Piers–Harris Children’s Self Concept Scale*. Los Angeles, California: Western Psychological Services; 1969.
 10. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood KM, Mann AH, Wakeling A. *Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up*. Psychol. Med. 1990; 20: 383–394.
 11. Zanetti T, Ferrara S, Favaro A, Santonastaso P. *Teaching teachers prevention interventions*. 6th General Meeting of ECED, Stockholm, 17.09.1999.
 12. Zabinski MF, Pung MA, Wilfley DE i in. *Reducing risk factors for eating disorders: targeting at risk-women with computerized psychoeducational program*. Int. J. Eat. Disord. 2001; 29: 119–124.
 13. Zabinski MF, Wilfley DE, Pung MA i in. *An interactive internet-based intervention for women at risk of eating disorders*. Int. Eat. J. Disord. 2001; 30: 129–137.
 14. Baranowski MJ, Hetherington MM. *Testing the efficacy of an eating disorder prevention program*. Int. J. Eat. Disord. 2001; 29: 119–124.

Otrzymano: 22.04.2003

Zrecenzowano: 16.05.2003

Przyjęto do druku: 25.09.2003

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
IPiN

