

Małgorzata Wronka¹,
Monika Jezierska-Kazberuk²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia
Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego,
Collegium Medicum w Krakowie

²Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-
Zabiegowe MEDICINA Sp. z o.o. w Krakowie

Świat porcelanowych motyli. Blogi internetowe o tematyce odchudzającej jako źródło informacji o zaburzeniach odżywiania

The world of porcelain butterflies. Weight loss blogs
as a source of information regarding eating disorders

STRESZCZENIE

Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy istnieje możliwość uzyskania konkretnej informacji medycznej na temat występowania zaburzeń odżywiania poprzez analizę blogów pisanych przez społeczność dziewcząt odchudzających się. Ukazuje on również problem, jakim jest odrębny świat osób z zaburzeniami odżywiania, istniejący w przestrzeni wirtualnej i przenoszący się do świata realnego, a możliwy do obserwacji i analizy poprzez czytanie blogów (internetowych pamiętników) pisanych przez osoby z zaburzeniami odżywiania. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011, tom 2, nr 2, 102–112)

słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, pro-ana, bulimia, pro-mia, porcelanowe motyle, blog, blogger

ABSTRACT

The article attempts to answer the question as to whether it is possible to obtain pertinent medical information regarding eating disorders through analysis of blog entries written by dieting girls in the web community. It moreover demonstrates the alternative world of people with eating disorders which exists in virtual space, which is transferred to the real world and can be observed and analysed through their blog entries. (*Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2011, vol. 2, no 2, 102–112)

key words: eating disorders, anorexia, pro-ana, bulimia, pro-mia, porcelain butterflies, blog, blogger

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Wronka
Wydział Nauk o Zdrowiu
Instytut Zdrowia Publicznego CM UJ Kraków
ul. Grzegorzeczka 20, 30–644 Kraków

lek. Monika Jezierska-Kazberuk
SCDZ Medicina
ul. Grzegorzeczka 67C, 31–548 Kraków
tel.: 507 485 101
e-mail: monikajeziarskakazberuk@gmail.com

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Zaburzenia odżywiania (zaburzenia jedzenia) (ED, *eating disorders*) to jednostka chorobowa charakteryzująca się zaburzeniami łaknienia na podłożu psychicznym.

Obecnie w kulturze europejskiej i amerykańskiej niepodzielnie panuje ideał szczupłej sylwetki. Pierwsza modelka spełniająca kryteria w/w ideału (słynna Twiggy) pojawiła się w latach 60. XX wieku. Tak wtedy jak

obecnie w osiągnięciu ideału pomagają diety i aktywność fizyczna. Środki masowego przekazu ukazują nam istnienie bezpośredniego związku między szczupłą sylwetką a sukcesami w życiu zarówno w sferze życia osobistego, jak i zawodowego oraz poczuciem szczęścia i spełnienia. Kult szczupłej sylwetki oraz przekaz medialny sprawiają, że wzrasta liczba osób z zaburzeniami odżywiania, takimi jak: anoreksja, bulimia czy kompulsyjne objadanie się.

Kobietom cierpiącym na anoreksję ich ciała wydają się większe, niż by to wynikało z rzeczywistych rozmiarów. Okazuje się jednak, że opisywanie w ten sposób rozmiarów własnej sylwetki dotyczy również kobiet, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych w zakresie zaburzeń odżywiania. Większość ludzi przeszacowuje rozmiary swojego ciała, kobiety nawet o około 25% w stosunku do rozmiarów rzeczywistych [1].

ANOREKSJA

Termin anoreksja (jadłowstręt) wywodzi się z języka greckiego. Powstał w wyniku połączenia dwóch greckich słów: *an* 'brak, pozbawienie' oraz *orexis* 'apetyt'. Anoreksja jest ogólnym określeniem na brak łaknienia lub awersję do pokarmu [2].

Jadłowstręt psychiczny (AN, *anorexia nervosa*) jest zespołem chorobowym charakteryzującym się nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi wynikającymi z zaburzeń psychicznych oraz złożoną patogenezą. Jego leczenie wymaga kompleksowej terapii oraz wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Celem leczenia jest uzyskanie przez pacjenta należytej masy ciała i odzyskanie poczucia kontroli nad własnym zachowaniem i nawykami żywieniowymi [3].

Jadłowstręt psychiczny jest zespołem objawów uwarunkowanych czynnikami biologicznymi i psychologicznymi, które ujawniają się w sprzyjających warunkach środowiskowych i społecznych [4].

Przyczyny zachorowań na AN są do dziś niejasne. Prawie wszyscy badacze przyjmują, iż za zaburzenia odpowiada wieloczynnikowy model, na który składają się czynniki indywidualne, rodzinne i społeczno-kulturowe.

Do czynników indywidualnych zalicza się zaburzenia neuroprzebieżności w osi podwzgórze–przysadka–nadnercza i zaburzenia indywidualnego rozwoju emocjonalnego (kłopoty z akceptacją swojej kobiecości, seksualności, lęk przed dorosłością, a także samodzielnością). Czynniki rodzinne są rozpatrywane w kontekście systemu rodzinnego i wiążą się z pokonywaniem z sukcesem lub porażką poszczególnych faz w życiu rodziny, takich jak: dorastanie, osiąganie samodzielności i niezależności, a w końcowym etapie separacji. Czynniki społeczno-kulturowe odnoszą się do kreowanego współcześnie ideału urody kobiety — zwłaszcza szczupłej sylwetki — i umiejętności jednoczesnego pogodzenia wielu ról społecznych. Koegzystencja wyżej wymienionych czynników jest odpowiedzialna za wystąpienie AN wśród osób odchudzających się [5].

Jadłowstręt psychiczny pojawia się najczęściej w wieku pokwitania (12–18 lat), w większej części dotyczy dziewcząt (95%) niż chłopców, sporadycznie może występować we wczesnym dzieciństwie [6]. Zazwyczaj pierwsze symptomy pojawiają się przed 25. rż.

Częstość występowania AN wynosi 1–2%. Najwięcej zachorowań obserwuje się w Europie i Ameryce Północnej. Szczególny wzrost liczby osób dotkniętych tym schorzeniem odnotowano w drugiej połowie XX wieku [7].

W AN obserwuje się trzy stadia choroby, wyróżnione ze względu na zachodzące w organizmie zmiany biochemiczne, wywołane głównie głodzeniem się, co bezpośrednio wpływa na psychikę, zachowanie się i myśli osoby chorej.

Pierwszemu stadium choroby towarzyszy uczucie euforii. Restrykcyjna dieta oraz wzmożona aktywność fizyczna szybko przy-

►► Kult szczupłej sylwetki oraz przekaz medialny sprawiają, że wzrasta liczba osób z zaburzeniami odżywiania, takimi jak: anoreksja, bulimia czy kompulsyjne objadanie się ◀◀

►► Jadłowstręt psychiczny jest zespołem chorobowym charakteryzującym się nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi wynikającymi z zaburzeń psychicznych oraz złożoną patogenezą ◀◀

►► Charakterystyczną cechą chorych na AN jest myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”, tak zwane myślenie czarno-białe ◀◀

noszą zamierzone efekty w postaci utraty masy ciała. Chore nabierają pewności siebie, kontrolując swoją wagę i mając na nią bezpośredni wpływ, co utwierdza je w przekonaniu, że wszystkie poczynania zależą od ich silnej woli. W momencie, kiedy przestają miesiączkować, są przeświadczone o posiadaniu całkowitej kontroli nad ciałem. To przynosi im satysfakcję. Z czasem dochodzi do znacznych zaburzeń postrzegania kształtu własnego ciała.

W drugim stadium euforia ulega przeobrażeniu w poczucie „wyższości moralnej”. Anorektyczki potrafią nie ulegać pokusie jedzenia, z czego są bardzo dumne, ponieważ ten fakt zwiększa poczucie własnej godności i wartości. Czują się moralnie lepsze, ponieważ potrafią zapanować nad apetytem i głodem w przeciwieństwie do innych ludzi, którzy poddają się tym słabościom.

W trzecim stadium dominuje lęk i stałe poczucie nadmiernego spożywania pokarmów. Masa ciała i jedzenie stają się obsesją. W anoreksji typu bulimicznego mogą występować napady wilczego głodu, z którymi chora nie umie sobie poradzić, co często przejawia się „wielkimi ucztami”, które stają się źródłem wyrzutów sumienia i lęku przed przytyciem. Chora zaczyna wówczas stosować środki przeczyszczające bądź wywołuje wymioty [5].

Jadłowstręt psychiczny jest związany z określonym typem osobowości. Zgodnie z licznymi opracowaniami istnieje pewien zestaw cech, które powtarzają się u osób chorych na anoreksję. Anorektyczkę cechuje nadmierna skłonność do rywalizacji, zazwyczaj jej iloraz inteligencji przewyższa średnią lub jest rekompensowany wzmożoną pracą, ponadto nigdy nie sprawia problemów [6]. Jest wytrwała w dążeniu do wyznaczonego przez siebie celu, przesadnie ambitna, dąży do perfekcjonizmu za wszelką cenę. Z drugiej strony posiada niską samoocenę, przez co jest podatna na krytykę ze strony innych. Nie darzy zaufaniem samej siebie i innych lu-

dzi, co doprowadza do depresji i społecznie wycofania. Charakteryzuje się chłodem emocjonalnym.

Zwykle anoreksja ma swój początek w okresie dojrzewania, gdy ciało młodych dziewcząt ulega fizjologicznym przekształceniom, co wywołuje uczucie braku pewności odnośnie własnej osoby. Wielu psychologów twierdzi, że wkraczanie w okres dorosłości wywołuje lęk przed odpowiedzialnością i podejmowaniem ważnych życiowo decyzji oraz chęć ucieczki przed dojrzałością. Według chorych sposobem na to jest zahamowanie procesu dojrzewania przez powstrzymanie łaknienia, co powoduje zahamowanie wystąpienia cech dymorfizmu płciowego.

Według Hilde Bruch anorektyczki przejawiają zaburzenia postrzegania schematu własnego ciała, mają skłonność do przejawiania niezadowolenia ze swojej fizyczności, biorąc za podstawę rozmiary oraz wagę swojego ciała. Odbiór ich ciała jest nieprawidłowy, mają poczucie, że są otyłe, gdy w rzeczywistości mają niedowagę lub są znacznie wyniszczone. Oceniają wymiary swojego ciała jako znacznie większe niż są faktycznie [1].

Charakterystyczną cechą chorych na AN jest myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”, tak zwane myślenie czarno-białe, w którym ocenia się zbyt rygorystycznie siebie oraz innych, nie zauważając stanów pośrednich i kierując się w stronę myślenia pesymistycznego. Chora staje się drażliwa, łatwo się denerwuje, ma zmniejszoną zdolność koncentracji uwagi. Chore na anoreksję obsesyjnie myślą o jedzeniu. Anorektyczka, przygotowując posiłki, dzieli je na bardzo małe części i obsesyjnie liczy kaloryczność potraw. Jest stale niezadowolona ze swojego wyglądu, kształtów i proporcji ciała. Ma trudności z nawiązywaniem interakcji z innymi osobami.

Jadłowstręt psychiczny można zdiagnozować, potwierdzając występowanie określonych objawów klinicznych ujętych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International*

Statistical Classification of Diseases), klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV)* oraz *DSM-IV Text Revision (TR)*.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 rozpoznawanie AN wymaga potwierdzenia występowania równocześnie czterech objawów (u dzieci — pięciu objawów). Pierwszym, charakterystycznym zwiastunem choroby jest spadek masy ciała (u dzieci — brak przyrostu masy ciała) o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub prognozowanej dla wieku i wzrostu, wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) wynosi poniżej 17,5 kg/m². Wskaźnik masy ciała (powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach) pozwala łatwo ocenić u osoby dorosłej odchylenia od prawidłowej masy ciała (wg Światowej Organizacji Zdrowia). Zmniejszenie tego wskaźnika poniżej 17,5 kg/m² świadczy o spadku masy ciała, który jest charakterystyczny dla AN [8]. Spadek masy ciała jest wynikiem narzuconych ograniczeń żywieniowych, zwłaszcza wystrzegania się tak zwanego „tuczącego pożywienia” przez samego chorego, co stanowi drugi objaw choroby. Czasami chory prowokuje wymioty, stosuje środki przeczyszczające i wyczerpujące ćwiczenia fizyczne, używa leków tłumiących łaknienie albo moczopędnych. Kolejnym symptomem choroby jest zaburzony obraz samego siebie, postrzeganie siebie jako osobę otyłą, paniczny lęk przed przybraniem na wadze i utrzymywanie niskiej masy ciała. Następną oznaką są zaburzenia endokrynne osi przysadkowo-gonadalnej, co manifestuje się u kobiet zanikiem miesiączki, natomiast u mężczyzn utratą zainteresowań seksualnych i brakiem potencji. Występują wzrost stężenia hormonu wzrostu i kortyzolu w surowicy krwi, zmiany metabolizmu hormonów tarczycy i zaburzenia pra-

widłowego wydzielania insuliny. U dzieci obserwuje się opóźnienie lub zahamowanie procesów charakterystycznych dla okresu pokwitania (zatrzymaniu ulega wzrost, u dziewcząt nie rozwijają się piersi i występuje pierwotny brak miesiączek, natomiast u chłopców narządy płciowe pozostają nierozwinięte).

Zgodnie z klasyfikacją DSM-IV występują dwa podtypy AN — ograniczający (restrykcyjny) oraz z przejadaniem się i przeczyszczaniem (bulimiczny). W postaci ograniczającej podczas epizodu jadłowstrętu psychicznego osoba nie podejmuje regularnie zachowań typu objadanie się lub oczyszczanie (tzn. prowokowanie wymiotów, nadużywanie leków przeczyszczających, moczopędnych lub wlewów przeczyszczających). W postaci z napadami przejadania się i przeczyszczaniem podczas obecnego epizodu jadłowstrętu psychicznego osoba regularnie podejmuje zachowania typu objadanie się i/lub oczyszczanie.

Wśród wyznaczników rozróżniających poszczególne podtypy jadłowstrętu występuje czas odnoszący się do epizodów przejadania się i pojawiania się zaburzeń miesiączkowania, natomiast brak wskaźnika masy ciała. Wprowadzono dodatkową kategorię tak zwanego zespołu gwałtownego przejadania się (BED, *binge eating disorder*), która nie występowała dotychczas w ICD-10 [9].

Według kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-IV TR AN występuje, gdy osoba chora nie zgadza się na utrzymanie masy ciała odpowiedniej lub minimalnej (utrata masy ciała prowadząca do utrzymania masy ciała mniejszej niż 85% wartości oczekiwanej), zalecanej dla danego wieku i wzrostu. Pojawia się patologiczny lęk przed przybraniem na wadze oraz brak akceptacji siebie, co jest spowodowane zaburzeniem postrzegania wymiarów i sylwetki swojego ciała. U kobiet kryterium jest brak miesiączek (*amenorrhoea*) przez kolejne trzy cykle.

► Pierwszym zwiastunem choroby jest spadek masy ciała o co najmniej 15% poniżej prawidłowej lub prognozowanej dla wieku i wzrostu, wartość wskaźnika masy ciała wynosi poniżej 17,5 kg/m² ◀◀

▶▶ Bulimia pojawia się później niż AN, przeważnie między 18. a 25. rż., cierpią na nią raczej młode kobiety niż dziewczęta ◀◀

U dzieci i młodzieży nie można stosować BMI do oceny stopnia niedoboru lub nadmiaru masy ciała. W wieku rozwojowym jest to wskaźnik niemiarodajny, ponieważ wartość wskaźnika BMI zależy od płci i zmienia się wraz z wiekiem i wzrostem. Do oceny prawidłowej masy ciała u dzieci stosuje się siatki centylowe albo tabele wartości wskaźnika BMI dla płci i wieku. Niedobór masy ciała u dzieci i młodzieży stwierdza się, gdy wartość wskaźnika BMI badanej osoby znajduje się poniżej 5. centyla dla płci i wieku.

BULIMIA

Termin bulimia wywodzi się z języka greckiego i oznacza 'byczy głód'. Jako zespół kliniczny bulimię wyodrębniono w 1979 roku. Bulimia (BN, *bulimia nervosa*), zwana także żarłocznością psychiczną bądź wilczym głodem, jest chorobą o podłożu psychicznym, objawiającą się zaburzeniami w przyjmowaniu pokarmów. Po napadach niepojętym głodu połączonego ze zjedaniem niaturalnie dużych ilości pokarmów, chora prowokuje wymioty lub zażywa środki przeczyszczające i/lub moczopędne, a także wykonuje intensywne ćwiczenia fizyczne. Przedziedzenie się powoduje u osoby chorej lęk, że nadmiar spożytych kalorii spowoduje przyrost masy ciała. Z czasem wymioty mogą się pojawiać nawet kilka razy dziennie i bez prowokacji, jako efekt wyuczenia.

Samo prowokowanie wymiotów po obfitych posiłkach ma długą historię. W starożytnym Rzymie istniały tak zwane womitoria, czyli pomieszczenia przeznaczone do wymiotowania po jedzeniu. Zwyczaj ucztowania, a następnie wymiotowania, aby zwiększyć możliwości spożycia, był relatywnie powszechny.

Objawy psychopatologiczne, takie jak nadmierne zainteresowanie kształtem i masą ciała, występują zarówno w AN, jak i BN. Niejednokrotnie w przebiegu BN występuje epizod jadłowstrętu psychicznego.

Czas od epizodu wystąpienia bulimii do wystąpienia jadłowstrętu psychicznego (i *vice versa*) może wynosić od kilku miesięcy do kilku lat.

Dziewczęta chore na BN, podobnie jak chore na AN, potrafią perfekcyjnie maskować objawy choroby. Posiadają zazwyczaj prawidłową masę ciała. Charakterystycznymi i zauważalnymi objawami są przebarwienia i uszkodzenia szkliwa zębowego oraz stany zapalne dziąseł, które to zmiany powstają w wyniku działania kwasu żołądkowego w jamie ustnej podczas wymiotów.

Za zachorowanie są odpowiedzialne szeroko pojęte reakcje stresowe, nieakceptacja przez środowisko rówieśników bądź też chęć dotrzymania im kroku. Osoby chore na BN często posiadają specyficzne cechy osobowości, takie jak: brak wiary we własne siły, zmienność nastrojów, wybuchowość, zamykanie się we własnym świecie i depresja.

W etiopatogenezie BN są fundamentalne trzy grupy czynników: indywidualne, biologiczne — w których największy wpływ jest przypisywany zaburzeniom w przewodnictwie serotoninoergicznym w mózgu — oraz zaburzenia w procesie separacji od rodziny (chore na bulimię to najczęściej młode kobiety, częściowo już samodzielne). W rodzinach kobiet chorych na BN można zauważyć chaos wewnętrzny, brak struktury, a także częste przypadki patologii społecznych typu: alkoholizm, choroba psychiczna jednego z rodziców lub wykorzystywanie seksualne [10].

Bulimia pojawia się później niż AN, przeważnie między 18. a 25. rż., cierpią na nią raczej młode kobiety niż dziewczęta. Bulimia występuje częściej niż jadłowstręt psychiczny, choruje bowiem na nią około 4% kobiet w wymienionym wyżej przedziale wiekowym [9].

Bulimia według klasyfikacji ICD-10 charakteryzuje się okresowymi nawrotami żarłoczności i nadmierną koncentracją uwagi

▶▶ Bulimia według klasyfikacji charakteryzuje się okresowymi nawrotami żarłoczności i nadmierną koncentracją uwagi nad kontrolą swojej masy ciała ◀◀

nad kontrolą swojej masy ciała. Typowe jest prowokowanie wymiotów i/lub zażywanie środków przeczyszczających po epizodzie przejedzenia się. Powtarzające się wymioty mogą doprowadzić do zaburzeń elektrolitowych i powikłań somatycznych.

Napady żarłoczości charakteryzują się rytualnym konsumowaniem zbyt dużej ilości jedzenia naraz oraz poczuciem braku kontroli nad ilością i jakością spożywanego pokarmu. Charakterystyczne są także rytuały oczyszczające, mające uchronić przed przytęciem (prowokowanie wymiotów, stosowanie głodówek, środków przeczyszczających lub odwadniających i lewatyw). Objadanie się wywołuje u chorego poczucie winy i przekonanie, że aby utrzymać swoją masę ciała, należy się pozbyć spożytych kalorii. Napady objadania się i przeczyszczania organizmu występują w przybliżeniu 2 razy w tygodniu przynajmniej przez 3 miesiące z rzędu.

Wspólną cechą łączącą AN i BN jest nadmierne przywiązywanie wagi do szczupłej sylwetki, która stanowi podstawę poczucia własnej wartości. Masa ciała staje się miernikiem i wyznacznikiem szczęścia. Figura i waga definiują wartość danej osoby.

KOMPULSYJNE OBJADANIE SIĘ

Osoby chore na kompulsyjne objadanie się, określane mianem zespołu gwałtownego przejadania się (BED, *binge eating disorder*), często nie potrafią przestać jeść, czują, że nie mają nad tym kontroli. Są określane jako uzależnione od jedzenia. Podczas napadu objadania się jedzą szybko i w ukryciu, potem czują się winne, zawstydzone i zażenowane. Zazwyczaj jest to tak zwane zajądanie problemów, polegające na tłumieniu w ten sposób emocji i rozładowaniu stresu. Z czasem jedzenie staje się automatyczną reakcją na stan podwyższonego napięcia czy lęku. Spożywanie pokarmów pozwala zapomnieć o niemiłych przeżyciach, uczuciach albo służy zmniejszeniu codziennego napięcia spowodowanego koniecznością

podejmowania i wzięciem odpowiedzialności za ważne dla chorego decyzje życiowe.

Na kompulsyjne objadanie się cierpi do 4% populacji w Stanach Zjednoczonych. Nie wszystkie te osoby mają nadwagę. Tylko 8% ludzi otyłych cierpi na to zaburzenie. W przeciwieństwie do anoreksji i bulimii BED dotyczy w takim samym stopniu mężczyzn i kobiet [2].

Napady objadania się charakteryzują się spożywaniem dużej ilości jedzenia naraz i brakiem poczucia kontroli nad rodzajem i ilością przyjmowanego pożywienia.

Aby rozpoznać BED, napad powinien spełniać przynajmniej trzy warunki:

- posiłki są spożywane znacznie szybciej niż dotychczas;
- posiłki są spożywane mimo uczucia sytości i dyskomfortu, jedzone w dużych ilościach pomimo braku łaknienia, chory spożywa je w samotności i towarzyszy mu silne poczucie wstydu;
- po objedzeniu się występuje uczucie obrzydzenia, przygnębienia, depresji i winy.

Napady objadania się muszą występować około 2 razy w tygodniu przez 6 miesięcy [2].

KONSEKWENCJE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

Szacunkowa średnia roczna częstość występowania AN wynosi 20 na 100 tysięcy kobiet rocznie i 2 na 100 tysięcy mężczyzn rocznie. Anoreksja dotyczy w większej mierze kobiet niż mężczyzn (stosunek 1:10) [NICE, 2004]. Zgodnie z amerykańskim Narodowym Instytutem Zdrowia Psychicznego szacuje się, że 0,5%–3,7% kobiet cierpi na zaburzenia odżywiania związane z brakiem łaknienia w pewnym momencie swojego życia. W Stanach Zjednoczonych oraz w innych krajach wysoko rozwiniętych szacuje się, że u około 1 na każde 100 dorastających dziewcząt występują zaburzenia o typie anorektycznym [11].

Osoba chora neguje chorobę mimo znacznego wychudzenia, cały czas czuje się

►► Napady objadania się charakteryzują się spożywaniem dużej ilości jedzenia naraz i brakiem poczucia kontroli nad rodzajem i ilością przyjmowanego pożywienia ◀◀

►► Pro-ana to ideologia, w której dążenie do bycia chudym jest postrzegane jako dążenie do ideału ◀◀

gruba, przez co odrzuca leczenie. Anoreksja jest przyczyną poważnego wyniszczenia organizmu, 20% osób chorych, które nie są leczone, umiera, natomiast około 2–8% osób chronicznie chorych na anoreksję popełnia samobójstwo [9].

Śmiertelność wśród osób chorych na anoreksję wynosi około 5,6% rocznie i jest 12 razy wyższa niż roczna śmiertelność z powodu wszystkich przyczyn zgonów wśród kobiet w wieku 15–24 w populacji ogólnej. Najczęstszymi przyczynami śmierci są zaburzenia krążenia lub niedobory elektrolitowe, a także samobójstwa. Wczesne wykrycie pierwszych symptomów anoreksji umożliwia szybkie zdiagnozowanie schorzenia, wdrożenie adekwatnego leczenia i poprawia rokowanie. Najważniejsze jest, aby osoba chora zdała sobie sprawę z zagrożenia, jakie wiąże się z chorobą i przyznała się przed samą sobą, że boryka się z problemem zaburzenia odżywiania.

CHARAKTERYSTYKA TYPOWEGO BLOGU PRO-ANOREKTYCZNEGO I PRO-BULIMICZNEGO

Pro-ana (*pro-anorexia*, czyli 'za anoreksją') to ideologia, w której dążenie do bycia chudym jest postrzegane jako dążenie do ideału. Ruch pro-ana jest traktowany jako styl życia, w którym anoreksja nie jest poważną chorobą, ale alternatywnym sposobem odchudzania, będącym częściowo świadomym wyborem.

Po raz pierwszy portal pro-anorektyczny pojawił się na stronach anglojęzycznych w 2001 roku. Został utworzony z myślą o osobach cierpiących na anoreksję po to, aby chore mogły znaleźć wsparcie, kontaktować się między sobą i nie musiały cierpieć w samotności.

Idea była godna pochwały, z czasem jednak portal zmienił swój pierwotny charakter. Zaczęły go odwiedzać osoby zdrowe, dla których anorektyczki stały się niedoścignio-

nym wzorem. Takie osoby zaczęły tworzyć ruch pro-anorektyczny, w którym głodzenie się jest sposobem na osiągnięcie perfekcji.

Strony pro-ana zawierają thinspiracje (ang. *thin* 'chudy') motywujące do odchudzania, porady dotyczące odchudzania, sposobów ukrywania jedzenia, dbania o ciało tak, aby nie można było zauważyć negatywnych skutków długotrwałej głodówki.

Osoby związane z ruchem pro-ana mają niską samoocenę, nie potrafią zaakceptować widoku swoich niedoskonałych ciał, odczuwają nienawiść do jedzenia, które stanowi według chorego główny powód występowania tej niedoskonałości. Najważniejsza staje się motywacja do zrzucania zbędnych kilogramów, aby dojść do niedoścignionego ideału, jakim jest rozmiar XXS, czyli rozmiar zero. Anoreksja stanowi styl życia, sposób na osiągnięcie perfekcyjnego wyglądu, akceptacji otoczenia i szczęścia.

Do niedawna strony pro-ana funkcjonowały w ukryciu. Zazwyczaj były instalowane na prywatnych serwerach i zabezpieczone przed wejściem osób obcych i niewtajemniczonych hasłami i loginami. Obecnie są ogólnodostępne.

Wiodącym mottem ruchu pro-anorektycznego stało się hasło angielskiego dramaturga i poety z okresu elżbietańskiego Christophera Marlowa *Quod me nutrit me destruit*, czyli „To co mnie żywi, niszczy mnie”.

Rebeka Peebles z Uniwersytetu Stanforda opublikowała badania wykazujące zależność między stronami pro-anorektycznymi a osobami je odwiedzającymi. Fakt, iż takie strony są powszechnie dostępne w internecie, powoduje pogłębianie się choroby, a także uzależnianie się od ich odwiedzania. Strony o tematyce pro-anorektycznej są ogólnie szkodliwe, mogą wyzwolić niezdrowe postawy i zachowania. Ustalono, iż około 40% osób z zaburzeniami odżywiania odwiedza regularnie strony pro-anorektyczne.

Autorki blogów prawie zawsze umieszczają na stronach swojego pamiętnika tak

zwane przewodniki pro-anorektyczne, w których przekazują zasady dotyczące pro-ana oraz przykazania prawdziwej anorektyczki. Można w nich znaleźć różne informacje na temat odchudzania, na przykład jak niwelować uczucie głodu, w jaki sposób ukrywać pokarm podczas spożywania posiłków wspólnie z rodziną i jak w ogóle unikać jedzenia. Można też z blogów nauczyć się, jak przyspieszyć metabolizm, w jaki sposób ograniczać ilość tłuszczów i węglowodanów w spożywanych posiłkach. W przypadku słabnącej motywacji wystarczy przeczytać 40 powodów, dla których warto być chudym, oraz 10 powodów, dla których warto się głodzić. Autorki blogów przedstawiają również metody ukrywania spadku masy ciała poprzez noszenie szerokich ubrań, udzielają rady, jak zwiększyć w przypadku zewnętrznej kontroli swoją wagę przez napięcie się na przykład dużej ilości wody lub włożenie do kieszeni ubrania ciężkich przedmiotów. Aby wyglądać „zdrowiej”, należy używać pudru i kremu rozświetlającego na cienie pod oczami, nakładać róż na policzki, malować paznokcie, aby nie było widać ich zasinienia z głodu i zimna, myć włosy szamponem z czarnej rzepy, aby przeciwdziałać ich wypadaniu, zażywać suplementy diety z minerałami i witaminami oraz się uśmiechać.

Pro-mia (pro-bulimia, czyli 'za bulimią') to ruch opierający się na pro-anorektycznej ideologii, promujący formę bulimii jako świadomy sposób skutecznego odchudzania, styl życia, a nie schorzenie. Dziewczęta należące do tej grupy dążą do ideału, jakim jest szczupła sylwetka, poprzez diety i głodówki, ale od czasu do czasu pozwalają sobie na złamanie restrykcyjnych zasad żywienia. Tłumaczą, że jest to pewnego rodzaju słabość i aby przez nią nie zaprzepaścić skutków stosowanej diety, należy zaraz po napadzie pozbyć się w całości spożytego pokarmu, wymiotując i/lub stosując środki przeczyszczające.

Napady wilczego głodu pojawiają się spontanicznie, lecz czasem są planowane

z góry i sprawiają wrażenie rytuału. Napad jest poprzedzany zakupami jedzenia, które jest zakazane i na które ma się największą ochotę. Podczas „uczty” bulimiczki pochłaniają niewyobrażalne ilości pożywienia, mieszając smaki w sposób niemożliwy do przyjęcia dla zwykłego człowieka.

W ruchu pro-mia (w przeciwieństwie do pro-ana) nie krytykuje się samego jedzenia, gdyż jest ono zakończone wywołaniem wymiotów, co pozwala na zachowanie niskiej masy ciała bez potrzeby kontrolowania ilości i jakości spożywanego pożywienia, a w konsekwencji — bez liczenia zbędnych kalorii.

Na blogach pro-bulimicznych dziewczęta wymieniają się poradami dotyczącymi specyficznego stylu życia. Zamieszczają zdjęcia szczupłych modelek, porady dotyczące dbania o zęby, włosy, skórę, metody wywoływania wymiotów, sposoby przeczyszczania się za pomocą leków lub domowych środków.

Osoby mające problemy z łaknieniem w ruchu pro-mia dostrzegają sposób na szczęśliwe życie i osiąganie przez siebie wyznaczonych celów (takich jak zachowanie masy ciała lub jej utrata). Autorki blogów pro-mia otwarcie mówią o możliwości utraty zdrowia, jednocześnie namawiając do wywoływania wymiotów i podając wiele powodów, dla których warto to robić.

Dziewczęta z ruchu pro-anorektycznego uważają ruch pro-bulimia jako coś gorszego, wręcz pogardzają nim. Bulimiczki wprawdzie są towarzyszkami niedoli w walce o idealny wygląd, ale anorektyczki nie popierają wymiotowania, gdyż jest to sposób nieelegancki, brudny i uwłaczający, a napady obżarstwa to dowód słabości, braku silnej woli, braku perfekcji, która dominuje w ruchu pro-ana.

ŚWIAT ODCHUDZAJĄCYCH SIĘ BLOGEREK

Internet jest ogólnodostępnym środkiem masowego przekazu. Osoba, która chce zgubić zbędne kilogramy, bez trudu może odnaleźć w nim potrzebne informa-

►► Pro-mia to ruch promujący formę bulimii jako świadomy sposób skutecznego odchudzania, styl życia, a nie schorzenie ◀◀

►► Każdy posiłek to dla osoby z zaburzeniami jedzenia swoisty rytuał, zaczynający się od planowania ◀◀

cje, zaczynając od porad, opisów diet, tabel z wartościami energetycznymi poszczególnych produktów, zestawami ćwiczeń fizycznych, może odszukać kalkulatory, na podstawie których przelicza się dzienne zapotrzebowanie na kalorie (biorąc pod uwagę wiek, wzrost, masę ciała i codzienną aktywność fizyczną), wydatek energetyczny, jaki traci się podczas wykonywanych ćwiczeń fizycznych (w zmierzonej jednostce czasu, uwzględniając wiek i rodzaj treningu), swoją idealną masę ciała i wartości BMI. Prócz porad można znaleźć reklamy środków odchudzających, w których ich producenci zapewniają o fenomenalnych skutkach ich stosowania.

Osoby odchudzające się poszukują informacji, ale także wsparcia. Podobna grupa wiekowa, a także wspólny cel działają mobilizująco i motywująco. Osoby odchudzające stają się członkami społeczności, pomagają sobie w trudnych chwilach, pobudzają się wzajemnie do dalszego i bardziej efektywnego działania, dzielą się swoimi sukcesami, jak i porażkami, rywalizując i wspierając się jednocześnie. Porównują swoje wagi, obwody i metody odchudzania. Miernikiem sukcesu stają się kalorie codziennie liczone szczególnie, zarówno te dostarczone do organizmu, jak i te tracone w trakcie wysiłku fizycznego.

Każdy posiłek to dla osoby z zaburzeniami jedzenia swoisty rytuał, zaczynający się od planowania. Osoby odchudzające się dokładnie wiedzą, ile dany produkt ma kalorii i biorąc pod uwagę kaloryczność poszczególnych wyrobów, komponują swój posiłek. Poszczególne produkty są oddzielnie ważone na elektronicznych wagach w gramach, potem przeliczane na wartość kaloryczną. Przed spożyciem posiłek jest dzielony na kawałeczki, aby wydawało się, że talerz jest całkiem zapełniony. Pokarm jest spożywany bardzo powoli, aby osoby z otoczenia zdążyły skończyć jeść swój posiłek.

Jedzenie jest kojarzone z przybieraniem na wadze, każdy kęs wywołuje poczucie ty-

cia i wyrzuty sumienia. Głód staje się przyjacielem, dzięki niemu traci się zbędne kilogramy i tłuszcz. Głód, pustka i ssanie w żołądku to sygnały, że się chudnie, czyli rozpoczyna się spalanie zapasów węglowodanów, tłuszczów, w końcu białek organizmu.

W internecie osoby odchudzające się stają się anonimowe, dzięki czemu czują się bezpiecznie, tworzą swój azyl, miejsce ucieczki od codzienności i niezrozumienia. Bloggerki otwarcie opowiadają o swoich problemach, są szczere i autentyczne. Tutaj nie muszą nic ukrywać i mogą być sobą. „Zaburzenia w łaknieniu rozwijają się wtedy, gdy jedzenie i waga ciała stają się obsesyjnym centrum niezaspokojonych potrzeb psychicznych” [4].

BLOG JAKO ŹRÓDŁO INFORMACJI

Twórcą jednego z pierwszych interaktywnych dzienników, czyli weblogów (termin powstał w 1997 roku z połączenia angielskich słów *web* i *log*), był prawdopodobnie John Barger, pracownik instytutu pedagogicznego *North Western University*. Dwa lata później Peter Merholz zastosował wyraz *blog*, rozbijając tym samym termin Barger na *we blog*, czyli 'my blogujemy'.

Blog zazwyczaj ma charakter osobisty i przybiera formę internetowego pamiętnika (blog tekstowy). Jest pisany przez jedną osobę. Autor umieszcza datowane wpisy, które ujawniają się, począwszy od najnowszego. Blogi posiadają system archiwizacji wpisów, możliwość komentowania każdego wpisu przez czytelnika, w bocznych kolumnach są umieszczane zestawy przydatnych linków, jak i inne, ulubione przez autora blogi (blogroll).

Blogi zawierają osobiste przemyślenia, uwagi, komentarze, zdjęcia (fotoblog), czasami w tle słychać muzykę (audioblog), oddając w ten sposób niepowtarzalny świat samego autora. Zwykle blogi są dynamiczne, czyli takie, w których posty (czyli wpisy) pojawiają się przynajmniej raz dziennie, a także zawierają liczne komentarze.

Twórcy blogów w większości wypadków obserwują i nawiązują kontakty z innymi autorami blogów. Powstaje wówczas siatka blogów, która zaczyna działać jako większa i powiązana ze sobą całość, czyli tak zwana blogosfera. Blogosfera jest zjawiskiem społecznym i podlega badaniom socjologicznym. Połączone ze sobą blogi tworzą własną kulturę, sieć ludzi ze sobą powiązanych, mających podobne zainteresowania i cele.

Terminu *blogosphere* po raz pierwszy użył Brad L. Graham w 1999 roku, na początku w formie żartu. Określenie to jest związane z wyrazem *logosphere*, które pochodzi od greckiego słowa *logos* (czyli 'słowo') i oznacza 'świat słów' albo 'świat dyskusji'. Powszechnie używa się tego terminu od 2002 roku.

Blog jest źródłem informacji. Blogi o tematyce pro-anorektycznej czy pro-bulimicznej zawierają porady, praktyczne wskazówki, tabele kaloryczne, diety, opisy środków odchudzających. Osoby czytające blog stają się ekspertami w dziedzinie niekoniecznie zdrowego odchudzania.

Zwykle rodzina, widząc nadmierne wychudzenie bliskiej osoby, jest zaniepokojona i stara się nakłonić ją do spożywania większej ilości pożywienia. Najczęściej jest to traktowane przez osobę z zaburzeniami jedzenia jako przejaw braku aprobaty wobec niej i wobec odchudzania, co sprzyja izolacji. Dziewczyny zaczynają szukać zrozumienia i wsparcia, które łatwo odnajdują na stronach internetowych. Zawierają znajomości z osobami borykającymi się z podobnymi problemami. Odkrywają inny świat, znajdując w nim spokój, wewnętrzną równowagę i poczucie wspólnoty. Nie czują się osamotnione, gdyż natrafiają na wsparcie podobnych im osób. Zaczynają powoli nabierać pewności siebie, przekonują się, iż nie postępują źle, wręcz przeciwnie — że jest to pewnego rodzaju styl życia, ideologia wyznawana nie tylko przez samą blogerkę, ale przez wielu ludzi.

Blogerka, początkowo tylko czytająca, rozpoczyna z czasem sama prowadzić własny blog. Zapisuje skrupulatnie, co jadła i liczy kalorie poszczególnych posiłków, wpisuje kalorie, jakie traci podczas ćwiczeń fizycznych, umieszcza na stronach bloga różne rady, sztuczki i przykazania prawdziwej „Any” (anorektyczki) bądź „Mii” (bulimiczki). W ten sposób poszerza się blogosfera w internecie i jednocześnie powiększa się liczba osób z ryzykiem wystąpienia poważnego zaburzenia odżywiania.

PODSUMOWANIE

W internecie istnieją blogi, to znaczy pamiętniki internetowe, prowadzone przez osoby odchudzające się. Dziewczeta, które należą do ruchu pro-ana, nazywają siebie w internecie porcelanowymi motylami, ponieważ w swojej wyobraźni są delikatne, lekkie i kruche, a dzięki temu piękne. W ich mniemaniu nabywają subtelności, tracąc zbędne kilogramy. W rzeczywistości stają się przerażająco wychudzone i stopniowo doprowadzają swoje ciało do destrukcji.

Internetowy świat porcelanowych motyli ukazuje codzienne życie dojrzewających dziewcząt, które nie akceptują swojego wyglądu i za wszelką cenę chcą schudnąć. Prowadząc anonimowy blog, ukazują swoje prawdziwe oblicze, szukają wsparcia i akceptacji. Natrafiają na strony pro-anorektyczne bądź pro-bulimiczne, a z czasem pragną, aby ich życiem rządziła „Ana” (anoreksja) czy „Mia” (bulimia). Konstruują system iluzji, zaprzeczając chorobie, twierdząc, że nie jest to schorzenie, lecz styl życia, oraz personifikując schorzenie — anoreksja czy bulimia to nie choroba, tylko „przyjaciółka” („Ana” lub „Mia” i niedościgniony wzór do naśladowania).

Wczesne rozpoznanie osób, u których występuje zwiększone ryzyko pojawienia się zaburzeń odżywiania, może zapobiec wystąpieniu choroby dzięki działaniom profilaktycznym. Systematyczna analiza medyczna,

►► Internetowy świat porcelanowych motyli ukazuje codzienne życie dojrzewających dziewcząt, które nie akceptują swojego wyglądu i za wszelką cenę chcą schudnąć ◀◀

psychologiczna oraz socjologiczna sfer aktywności internetowej osób odchudzających się wydaje się ważna, aby odpowiednio wcześnie wykryć problem i właściwie na niego zareagować.

PIŚMIENNICTWO

- Głąbocka A., Kulbat J. (red.). Wizerunek ciała, portret Polek. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005: 39–40.
- Teachman B., Cocyle B., Dchwartz M. i wsp. Jak pokonać zaburzenia odżywiania u dzieci? Helion, Gliwice 2007.
- Keel K.P. Eating disorders. Lewitt P. (red.). Vanderbilt University, Chelsea, USA 2006: 10.
- Barg E., Urban K., Terlecka J. i wsp. Kogo może dotyczyć anorexia nervosa? Analiza materiału własnego. Endokr. Otył. Zab. Przem. Mat. 2006; 2: 43S–49S.
- Melosik Z. Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji. Edytor, Toruń 1999: 184.
- Apfeldorfer G. Anoreksja, bulimia, otyłość. Książnica, Katowice 1995: 126.
- Namysłowska I. Zaburzenia odżywiania — jadłowstręt psychiczny i bulimia. Przewodnik Lekarza 2000; 6: 88–91.
- Rybakowski J., Hauser J. Czynniki genetyczne w etiologii jadłowstrętu psychicznego. Genetyka molekularna zaburzeń psychicznych. Psych. Pol. 2002: 71–80.
- Mikołajczyk E., Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. Psychiatria 2004; 1 (2).
- Ziółkowska B. Ekspresja syndromu gotowości anorektycznej u dziewcząt w stadium adolescencji. WFH, Poznań 2001: 258.
- Jabłow M.M. Anoreksja, bulimia, otyłość. Gdańsk, GWP 2000: 39.

LISTA BLOGÓW PODDANYCH ANALIZIE

<http://ana-moja-jedyna-milosc.blog.onet.pl>
<http://ana-na-wieki.blog.onet.pl>
<http://ana-s.blog.onet.pl>
<http://artistry.blog.pl>
<http://autobusy-zaplakane-deszczem.blog.onet.pl>
<http://chcebychudaa.blog.onet.pl>
<http://droga-ku-marzeniom.blog.onet.pl>
<http://anusia-pro-ana.blog.onet.pl>
<http://breakdown-my-world.pl>
<http://detoks-any.blog.onet.pl>
<http://moje-zycie-proana.blog.onet.pl>
<http://perfectionist.blog.onet.pl>
<http://petitpapillon.blog.onet.pl>
<http://porcelanowy-motyl-ana.blog.onet.pl>
<http://pro-ana-my-world.blog.onet.pl>
<http://pure-perfection-wannabe.blog.onet.pl>
<http://szklana-dusza.blog.onet.pl>
<http://w-kazdym-motylu-tkwi-jakis-robak.blog.onet.pl>
<http://lekkie-marzenia.blog.onet.pl>
<http://marzenia-0-do-spelOnia5.blog.onet.pl>
<http://milosc-to-magia-zycia.ownlog.com>
<http://painfull2.blog.onet.pl>
<http://perfect-slimming.blog.onet.pl>
<http://raze.blog.onet.pl>
<http://rozmiar-xl.blog.onet.pl>
<http://s-c-h-u-d-n-e.blog.onet.pl>
<http://ss-chudne.blog.onet.pl>
<http://starving-death.blog.onet.pl>
<http://unabletable.blog.onet.pl>
<http://walka-o-szczescie.blog.onet.pl>
<http://ana-moja.blog.onet.pl>
<http://bellashit.ownlog.com>
<http://by-butterfly.blog.onet.pl>
<http://chudezero.blog.onet.pl>
<http://cien-naivnosci.blog.onet.pl>
<http://dieta-onz.blog.onet.pl>
<http://droga-ku-doskonalosci.blog.onet.pl>
<http://eat-disorder.blog.onet.pl>
<http://general0ee.blog.pl>
<http://intoxication-girl.blog.onet.pl>
<http://i-wanna-be-a.blog.onet.pl>
<http://love-your-body.blog.onet.pl>
<http://maitta.blog.onet.pl>
<http://malokatorii.blog.onet.pl>
<http://mia-perfect.blog.onet.pl>
<http://miracle-in-w.blog.onet.pl>
<http://mojesouthbeach.blog.onet.pl>
<http://moze-pro-anaa.blog.onet.pl>
<http://na-pewno-schudne.blog.onet.pl>
<http://7nelvana.blog.onet.pl>
<http://nemhain.blog.onet.pl>
<http://prawie-ana.blog.onet.pl>
<http://pro-ana-moja-druga-polowka.blog.onet.pl>