

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
OSEBE Z MOTNJAMI HRANJENJA V SVOJIH OČEH
IN OČEH DRUGIH

NIKA BAJDA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Osebe z motnjami hranjenja v svojih očeh in očeh drugih

(People suffering from eating disorders in their own eyes and in the eyes of others)

Ime in priimek: Nika Bajda

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, avgust 2013

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Nika BAJDA

Naslov zaključne naloge: Osebe z motnjami hranjenja v svojih očeh in očeh drugih

Kraj: Trbovlje

Leto: 2013

Število listov: 36

Število slik: 0

Število tabel: 0

Število prilog: 0

Št. strani prilog: 0

Število referenc: 54

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Somentor: /

UDK:

Ključne besede: Motnje hranjenja, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prenejanje, samopodoba, samospoštovanje, družina, mediji

Izvodček: Motnje hranjenja pokrivajo zelo širok spekter - od manjših problemov s težo in postavo pa vse do kroničnih oblik s smrtnim izidom. Med vsemi psihološkimi motnjami je smrtnost zaradi motenj hranjenja najvišja, celo višja od depresije, zato pa predstavljajo pomemben javno-zdravstveni problem. Motnje hranjenja so aktualne v vseh življenjskih obdobjih. Razlikujemo tri glavne oblike motenj hranjenja; anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in prisilno (kompulzivno) prenejanje. Vzroki za motnje hranjenja niso enoznačni. Na njihov razvoj vplivajo biološko-genetski, družinski in sociokulturni dejavniki tveganja. Družine imajo lahko pomemben vpliv na telesno samopodobo, prav tako pa so pomemben dejavnik tveganja tudi mediji.

Osebe, ki so razvile motnjo hranjenja, imajo načeloma nizko stopnjo samospoštovanja in samozavesti. Neskladnost med idealom in dejanskim telesnim stanjem je premosorazmerna z motnjo hranjenja. Obravnava motenj hranjenja, zdravljenje in odpravljanje njihovih telesnih in duševnih posledic ter zapletov zahtevajo od zdravnika celostno razumevanje problematike. Motivirana oseba, ki nima močno izražene klinične slike ene od motenj hranjenja, se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko obravnavo. Osebe, ki pa so telesno ogrožene, pa potrebujejo bolnišnično zdravljenje na ustreznem internističnem oddelku.

Key words documentation

Name and SURNAME: Nika BAJDA

Title of the final project paper: People suffering from eating disorders in their own eyes and in the eyes of others

Place: Trbovlje

Year: 2013

Number of pages: 36

Number of figures: 0

Number of tables: 0

Number of appendix: 0

Number of appendix pages: 0

Number of references: 54

Mentor: Matej Kravos, MD, PhD

Co-Mentor: /

UDK:

Keywords: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating, self-image, self-esteem, family, media

Abstract: Eating disorders represent a fairly large range of psychological disorders, covering minor problems concerning weight and figure as well as chronic disorders with fatal consequences. Among all psychological disorders eating disorders show the highest death rate, which is even higher than the death rate reported on those suffering from depression, thus causing a significant problem concerning public health. Eating disorders occur at all stages of life. There are three main eating disorder types: anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. The causes for eating disorders are not uniform. The development thereof is influenced by biological and genetic, family and sociocultural risk factors. Families may have a significant influence on one's body image; another important risk factor is represented by the media as well.

In principle, people with eating disorders suffer from lack of self-esteem and self-confidence. The discrepancy between an ideal and actual body shape is in direct proportion to the eating disorder. The treatment of eating disorders, remedy of physical and psychical consequences and resolution of complications require a thorough understanding of the issues by the specialist involved. A motivated person with vaguely manifested clinical picture of one of the eating disorders can undergo an outpatient, individual or group treatment. However, people endangered by physical complications should be admitted to inpatient treatment in an appropriate internal medicine ward.

Zahvala

Za idejo, strokovne in oblikovne nasvete se zahvaljujem svojemu mentorju dr. Mateju Kravosu, ki je me je usmerjal od začetka do konca nastajanja zaključne naloge.

Ne nazadnje pa gre za potrpežljivost in vso pomoč pri nastajanju tega dela zahvala tudi moji družini.

Kazalo vsebine

1 UVOD.....	1
2 PSIHOLOŠKI POMEN HRANE	1
3 MOTNJE HRANJENJA.....	2
3.1 Zgodovina motenj hranjenja.....	3
3.2 Duševne posledice motenj hranjenja	3
3.3 Težave na področju medčloveških odnosov	4
3.4 Motnje hranjenja in spol.....	4
3.5 Motnje hranjenja in rasna pripadnost	5
4 TEORETSKI KONCEPTI S PODROČJA MOTENJ HRANJENJA	5
4.1 Medicinski vidik motenj hranjenja.....	5
4.1.1 Anoreksija nervoza	6
4.1.2 Bulimija nervoza	7
4.1.3 Kompulzivno prenehanje ali pretirana ješčnost.....	9
4.1.4 Ortoreksija	10
4.1.5 Bigoreksija nervoza	10
4.2 Sociološki vidik motenj hranjenja	11
4.3 Socialno-psihološki vidik motenj hranjenja	12
5 VZROKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA MOTNJE HRANJENJA.....	13
5.1 Družina kot dejavnik tveganja.....	14
5.2 Mediji kot dejavnik tveganja	15
5.3 Samopodoba in samospoštovanje kot dejavnik tveganja	16
5.3.1 Temeljni vidiki samopodobe	16
5.3.2 Opredelitev samospoštovanja	17
5.3.3 Zgodovina samopodobe.....	18
5.3.4 Razvoj samopodobe in samospoštovanja	19
5.3.5 Kako se vidijo sami in kako jih vidijo drugi?.....	19
5.3.6 Kaj spodbuja negativno podobo?	20
5.3.7 Posledice negativne telesne samopodobe	20
5.3.8 Občutek lastne vrednosti	21

5.3.9 Doživljanje telesa	21
6 OBLIKE ZDRAVLJENJA IN POMOČI	21
6.1 Kdaj je pri anoreksiji nervozi nujno bolnišnično zdravljenje?	22
6.2 Kdaj je bolnišnično zdravljenje nujno pri bulimiji nervozi in prisilnem prenajedanju?	23
6.3 Zdravljenje in družina.....	24
6.4 Zdravljenje motenj hranjenja v Sloveniji	24
7 POMEN ZA JAVNO DUŠEVNO ZDRAVJE.....	24
8 SKLEPI.....	25
9 VIRI.....	27

1 UVOD

Ta teoretska zaključna naloga analizira najpogostejše dejavnike tveganja za motnje hranjenja in izmed vseh izpostavlja samopodobo in samospoštovanje. Sama tematika pa se posledično nanaša na motnje hranjenja.

Namen zaključne naloge je oblikovati teoretsko osnovo dejavnikov tveganja za motnje hranjenja, ki bo v okviru magistrskega študija razširjena v empirično nalogo. Cilji dane zaključne naloge so pojasniti pojem motenj hranjenja in psihološkega pomena hranjenja, predstaviti različne teoretske koncepte motenj hranjenja, opisati vzroke in analizirati najpogostejše dejavnike tveganja za motnje hranjenja, izpostaviti nizko samopodobo in nizko samospoštovanje kot temeljnih dejavnikov tveganja za motnje hranjenja, opisati oblike zdravljenja in pomoči ter ovrednotiti motnje hranjenja za javno duševno zdravje.

2 PSIHOLOŠKI POMEN HRANE

Hrana daje človeku prvo izkušnjo ugodja. Prijeten občutek, ki je povezan s hranjenjem, mu vsaj začasno prežene vsa druga neugodja, ga potolaži, pomiri in sprosti. Pri hranjenju otrok prvič doživlja, da mu dotikanje nekega dela telesa (ust) in njihove okolice povzroča čutno ugodje in vznemirjenje. Hrana ga povezuje s človekom, ki skrbi zanj in zato z njo dobiva občutek, da je sprejet, ljubljen in pomemben. Hranjenje je povezano z dotikom in toplino človeka, od katerega je bivanjsko in čustveno odvisen, zagotavlja mu varnost in zaščito. Ker je hrana v otrokovem doživljanju, čutnem in čustvenem svetu povezana s prvimi zadovoljujočimi občutki, mu ostane še kasneje v podzavesti kot simbol ugodja, zadoščenosti in tolažbe (Tomori, 1999).

V različnih življenjskih obdobjih je simbolika hrane vpeta v vrednostni sistem, značilen za določeno življenjsko obdobje. V otroštvu je povezana s prisposobno sprejetosti, varnosti in ugodja. V adolescenci se vprašanje hrane povezuje s simboliko odraščanja. Mladostniku je hrana zagotovilo (ali grožnja) rasti in zorenja. Pri odraslih je pomen hrane poleg ugodja povezan tudi z doživljanjem lastne sposobnosti; hrana lahko postane psihološka asimilacija tistega, kar je zunaj telesa, s tem, kar je v telesu in kar telo je. V tem smislu je hranjenje prisposoba obvladovanja sveta, nalog in zadolžitev, sprejemanja in premagovanja, ne le nadomestek čustev, ne zgolj iskanje težje dosegljivih ugodij, duševne tesnobe in nezadovoljstva, ampak tudi simbolična zamenjava za obvladovanje neobvladljivega (Tomori, 1999).

3 MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja pokrivajo zelo širok spekter - od manjših problemov s težo in postavo pa vse do kroničnih oblik s smrtnim izidom. Dolgoročno spremljanje ljudi z motnjo je pokazalo, da jih v desetih letih zaradi motnje umre kar 5%, v daljšem časovnem obdobju pa vse do 20%. Med vsemi psihološkimi motnjami je smrtnost zaradi motenj hranjenja najvišja, celo višja od depresije (Vitiello & Lederhendler, 2000).

Motnje hranjenja ne smemo enačiti z motnjami prehranjevanja, ki veljajo za predstopnjo motenj hranjenja, ni pa nujno, da se vedno v njih razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade kot so na primer: neredno prehranjevanje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnovešena prehrana) in podobno. Prav tako za te motnje ni nujno, da so posledica duševne motnje (Treasure, 1997).

Motnje hranjenja so aktualne v vseh življenjskih obdobjih. V različnih obdobjih prevladujejo različne oblike motenj hranjenja, nerazrešena problematika v otroštvu pa je lahko podlaga kasnejši psihosomatski simptomatiki ali drugim telesnim in duševnim disfunkcijam (Tomori, 1999).

Motnjo hranjenja kot duševno motnjo mora vedno diagnosticirati zdravnik. Samo strokovna ocena določene motnje omogoča odločitve o ustreznem zdravljenju (Reich in Kröger, 2009).

Pri hranjenju se telesno prepleta z duševnim in obratno, zato se pri obravnavi motenj hranjenja ni mogoče posvetiti le eni razsežnosti, drugo pa izključiti. Vztrajanje le pri eni in zanemarjanje druge je eden od pglavitnih razlogov za sorazmerno neučinkovito obravnavo teh motenj, ki - če se predolgo vleče brez pravega učinka - vključi več telesnih in duševnih sekundarnih zapletov (Tomori, 1999).

Moteno prehransko vedenje se prepozna po naslednjih značilnostih: oseba se hrane boji, pri svojem prehranskem vedenju se ravna po zunanjem videzu, prehransko vedenje je togo ali kaotično, prehransko vedenje je izmenično togo in kaotično, misli obvladuje hrana, prehransko vedenje je močno odvisno od telesne teže, prehranjevanje je v veliki meri odvisno od razpoloženja (Reich in Kröger, 2009).

Razlikujemo tri glavne oblike motenj hranjenja:

1. Anoreksija (anorexia nervosa)
2. Bulimija (bulimia nervosa)
3. Prisilno (kompulzivno) prenaždanje (motnja hranjenja z napadi prenaždanja) (Reich in Kröger, 2009).

Psihiatrična klasifikacija zajema pri motnjah hranjenja samo najresnejše oblike motenj, ki so že vzrok izrazitih telesnih simptomov oziroma odstopov v telesni teži, ločimo pa še številne druge s hrano povezane probleme, s katerimi se srečujejo tudi drugi profili strokovnjakov. Sem spadata t.i. *pika*, ki pomeni zauživanje neužitnih snovi (F 98.3) in *ruminacija*, ki pomeni ponovno prežvekovanje že zaužite hrane (F 98.2). Ti dve motnji se navadno pojavita že v prvem letu življenja ali pa vsaj v zelo zgodnjem otroštvu. Večkrat sta povezani s splošnim zaostajanjem v duševnem in telesnem razvoju otroka ali pa sta del vzgojne in čustvene zanemarjenosti otroka (Tomori, 1999).

Odklanjanje hrane ali sitiofobijo srečamo kot občasni, pa tudi trajnejši simptom pri osebah z depresijo ali preganjalno motnjo, ki so trdno prepričani, da je hrana zastrupljena. Osebe z manijo, osebe s shizofrenijo, duševno manj razvite osebe ali osebe z demenco, pogosto tudi osebe z anksioznimi motnjami, izražajo pretirano sitiomanijo ali žejo (dipsomanijo). V posebnih okoliščinah osebe uživajo lastno blato, kar imenujemo koprofagija (Kobal, 1999).

3.1 Zgodovina motenj hranjenja

Motnje hranjenja kot duševno motnjo obravnavamo šele zadnjih 50 let, čeprav so bili že pred tem znani številni primeri iz bližnje in daljne zgodovine, različnih opisov vedenj, stanj in ritualov, ki bi jih danes lahko uvrstili v to skupino duševnih motenj. Tako je že Sokrat v svojih spisih opisal svojega prijatelja takole: »Je, da bi bruhal, in bruha, da bi jedel.« (Serneck, 2010).

3.2 Duševne posledice motenj hranjenja

Motnje hranjena povzročajo stisko, telesno, duševno in socialno prizadetost ter pojavljanje sekundarnih duševnih motenj, predvsem depresije. Hujše oblike vodijo v kronično obolevnost, zmanjšano sposobnost, v skrajnem primeru pa celo v smrt. Anoreksija nervosa spada med duševne motnje z najvišjo smrtnostjo (Serneck, 2010).

Pred leti se je razširilo pojmovanje, da je depresija vzrok motenj hranjenja, toda današnje raziskave kažejo drugače, in sicer, da depresija sledi bulimiji in je prej reakcija nanjo (Brownell & Fairburn, 1995; Hsu, 1990). Bulimijo in prisilno prenašanje velikokrat spremljajo tudi različne oblike zasvojenosti (na primer odvisnost od alkohola) ali druge motnje pri uravnavanju dražljajev (na primer odvisnost od nakupovanja) (Reich in Kröger, 2009).

3.3 Težave na področju medčloveških odnosov

Motnje hranjenja neredko pomenijo poskus rešitve težav v medosebnih odnosih. Osebe z motnjami hranjenja skušajo na primer z vitkostjo ali s skrajnim hujšanjem izboljšati svojo samozavest. Poleg tega imajo le-te pogosto težave v reševanju konfliktnih situacij (Reich in Kröger, 2009).

Ker motnje hranjenja posrkajo vase vso posameznikovo energijo, čas, pozornost, mišljenje in vedenje, prav tako osebo odtegnejo od stikov z domačimi, prijatelji in življenjskih izzivov. Svoji in najbližji pogosto težko razumejo in sprejmejo motnje hranjenja. Zavedanje, da nekdo, ki ga imajo radi in skrbijo zanj, ki šele začne svojo pot v življenje, strada in si tako škoduje, svojcem predstavlja velik stres. Tako v veliki večini postanejo vsiljivi v želji, da bi oseba čim prej začela normalno jesti, kar povzroči še večjo odtujenost osebe z motnjo hranjenja, ki še vedno živi v svojem svetu prikrivanja, pretvarjanja in prilagajanja (Erzar, 2007).

3.4 Motnje hranjenja in spol

Sernečeva (2010) in Renerjeva (1998) navajata, da so motnje hranjenja značilne predvsem za žensko populacijo, vsaj desetino od teh pa naj bi predstavljali moški. Margojeva (2002) piše o isti ugotovitvi, zraven pa še dodaja, da je število fantov z razvito motnjo hranjenja od 12-krat do 20-krat manjše od števila deklet s to motnjo. Pogostnost anoreksije nervoze se razlikuje glede na starost in spol. Na 100.000 prebivalcev zbolijo 8,6 žensk, v primerjavi z moškimi, ki jih zbolijo 0,7 na 100 000 prebivalcev, kar glede na spol predstavlja razmerje 12:1. Glede na starost in spol zbolijo kar 34,6 žensk oziroma deklet na 100.000 prebivalcev v starostnem obdobju od 10 do 19 let. Za bulimijo nervozo pa po podatkih zbolijo 12,4 žensk na 100.000 prebivalcev v primerjavi z moškimi, ki jih zbolijo 0,7 na 100 000 prebivalcev, kar glede na spol predstavlja razmerje 18:1. Glede na starost in spol pa zbolijo 35,8 žensk oziroma deklet na 100.000 prebivalcev v starostnem obdobju od 10 do 19 let (Currin, Schmidt, Treasure in Jick, 2005).

Dejavniki, ki povzročijo razvoj te motnje, so podobnih pri obeh spolih, z razliko, da se pri fantih najpogosteje pojavi motnja s fizično zlorabo. Pri dekletih pa je motnja povezana predvsem z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu (Margo, 2002).

Telesni razvoj v adolescenci pripelje fante bližje »idealni« moški postavi, dekleta pa od te postave oddalji. V povprečju se fantje večinoma bolje počutijo v svojem telesu, s to izjemo, da si moški želijo še močnejše postave in da mislijo, da je taka postava bolj všeč tudi ženskam, kar pa le redkokdaj drži (Pope idr., 2000).

3.5 Motnje hranjenja in rasna pripadnost

Ženske svojo dejansko težo uvrščajo daleč nad tisto, ki jo imajo za idealno. Iz tega sledi, da so v povprečju ženske zelo stroge do lastnega telesa, da se v njem redko počutijo privlačne in pomirjene, prav tako pa lahko moški nevede pripomorejo k temu, da se ženske glede svojega telesa počutijo bolje. To potrjuje raziskava med Afroameričani moškega spola, ki so jim v primerjavi z belci bolj všeč močnejša dekleta, kar bi bil lahko eden izmed vzrokov za manjšo pojavnost motenj hranjenja med temnopoltimi dekleti in boljšo samopodobo, saj je nezadovoljstvo s težo bistveno manjša (Crago, Shisslak in Estes, 1997). Margojeva (2002) pravi, da pri motnjah hranjenja ni izvzeta nobena rasa, noben ekonomski razred in nobena etnična skupina.

4 TEORETSKI KONCEPTI S PODROČJA MOTENJ HRANJENJA

4.1 Medicinski vidik motenj hranjenja

Po uradni razvrstitvi duševnih motenj s strani Svetovne zdravstvene organizacije so med motnjami hranjenja zajete le skrajnosti hranjenja, pri katerih so vidni izraziti telesni simptomi oziroma spremenjena telesna teža ali pa tiste, ki imajo spremenjeno klinično sliko. Motnje hranjenja so v 20. stoletju vse bolj pridobivale na pomenu kot klinične slike in so kot take dobile tudi mesto v diagnostičnih priročnikih (Sternad, 2001).

Gledano z medicinskega vidika, so motnje hranjenja opredeljene v obeh klasifikacijah duševnih motenj, tako v Priročniku Ameriške psihiatrične zveze (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)), kot tudi v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10). Pri MKB-10 spadajo pod poglavje F, ki je namenjeno duševnim in vedenjskim motnjam. Motnje hranjenja spadajo v podpoglavje Vedenjski sindromi, povezani s

fiziološkimi motnjami in fizičnimi dejavniki (F50-F59). Vključene so anoreksija nervoza, atipična anoreksija nervoza, bulimija nervoza, atipična bulimija nervoza, prenajedanje povezano z drugimi psihološkimi motnjami, bruhanje povezano z drugimi psihološkimi motnjami, druge motnje hranjenja in neopredeljene motnje prehranjevanja. Pri klasifikaciji DSM-IV pa motnje hranjenja spadajo k motnjam v duševnem razvoju in se delijo na priznane in nepriznane motnje hranjenja. Med priznane motnje hranjenja spadajo anoreksija nervoza, bulimija nervoza, drugače specificirane motnje hranjenja, kompulzivna motnja hranjenja in pica (APA in APA, 1994; Moravec Berger, 2005).

Zadnja leta se pojavljajo nove oblike motenj hranjenja kot sta ortoreksija (hranjenje izključno z »zdravo«, biološko neoporečno hrano) in bigoreksija (obsedenost z mišičastim telesom) nervoza. To so kronične, ponavljajoče se motnje, ki so pogosto povezane s psihiatrično komorbidnostjo in resnimi telesnimi zapleti. Vsaka izmed njih ima značilno klinično in epidemiološko sliko (Serneck, 2010).

4.1.1 Anoreksija nervoza

Anoreksija je duševna motnja, ki jo opredeljuje zavestno povzročeno znižanje telesne teže za več kot 15% od tiste, ki bi ustrezala pacientovi starosti in telesni višini (Tomori, 1999). Indeks telesne mase je nižji od 17,5. Osebe z duševno motnjo jedo omejeno in se izogibajo visoko kalorični hrani. Značilna je za dekleta v puberteti in mlade ženske, trinajstkrat redkejša pa je pri odraščajočih fantih. Praviloma se začne med 14. in 18. letom, lahko tudi kasneje. Novejše ugotovitve pa to mejo še močno znižujejo. Že mnoge majhne deklice so obsedene s telesnim videzom, zaznavajo se kot predebele in hujšajo. V ospredju je velik strah pred debelostjo. Za osebo z anoreksijo je značilna motena predstava o lastnem telesu oz. razvitje tako imenovane motene telesne sheme. Takšne osebe se bojijo, da se bodo zredile, čeprav imajo prenizko telesno težo. Pogosto se bojijo, da bodo s svojo težo presegle neko določeno, običajno zelo nizko postavljeno mejo. Pri dekletih ob skrajnem zniževanju teže izostane tudi menstruacija. V primerih, ko se anoreksija pojavi že pred puberteto, se nadaljnji telesni razvoj ustavi. Osebe z anoreksijo so pretirano zaposlene s svojim videzom in vprašanji hrane, ves čas se panično bojijo zrediti, ne glede na objektivno, včasih že prav dramatično shujšanost. Težo znižujejo z različnimi dejavnostmi: odklanjajo in skrivajo hrano, bruhamo, jemljejo odvajala, sredstva za izločanje vode, sredstva za zmanjševanje teka ali pa se pretirano ukvarjajo s športom. Osebe s to duševno motnjo zanikajo posledice le-te ter slabo telesno in duševno stanje ter v večini primerov ne priznajo, da trpijo za to motnjo, zato je smrtnost 9-15%, ki je v primerjavi z drugimi duševnimi motnjami zelo visoka (Reich in Kröger, 2009; Tomori, 1999).

Hudo izgubo telesne teže lahko spremljajo še drugi bolezenski znaki, kot so: hipotermija, bradikardija, edemi, povečana poraščenost ter hormonske in presnovne spremembe. Anoreksija se povezuje s kompulzivnim vedenjem, kot je pretirano umivanje rok, slabim nadzorom impulzov, zlorabo psihoaktivnih snovi, tudi alkohola. Prav tako pa se povezuje tudi z določenimi osebnostnimi potezami, kot na primer pretirana redoljubnost, vzornost, visoka storilnost in perfekcionizem (Tomori, 1999).

Bruch (1973) je opredelil 3 psihološke vidike pomembne za anoreksijo nervozo:

1. izkrivljena samopodoba,
2. netočno zaznavanje lastnih duševnih stanj,
3. hromeč občutek neuspešnosti.

Tudi občutek nadzora, nizko samospoštovanje in sovražen odnos do sebe so dejavniki tveganja, ki so značilni za osebe z anoreksijo nervozo (Williams idr., 1993).

Raziskave biokemičnih procesov so pokazale, da imajo ljudje z anoreksijo spremenjene vrednosti serotonina in norepinefrina. Pri osebah z anoreksijo nervozo je pogosto zvišana raven kortizola (hormona, ki se sprošča pod vplivom stresa) in vazopresina (hormona, ki ga v nenormalnih koncentracijah opažamo pri osebah z multikompulzivno motnjo) (Eivors in Nesbitt, 2007).

Psihodinamika duševne motnje temelji na odklanjanju odraslosti in z njo spolnosti. Vračanje v otroškost telesa predstavlja simbolični umik pred vsem, kar prinaša vloga odraslosti (Tomori, 1999).

Psihoterapevtska obravnava, usklajena z ustreznim zdravljenjem primarnih in sekundarnih telesnih motenj, je običajno dolgotrajna, včasih pa zaradi odklonilnega odnosa osebe z anoreksijo do sodelovanja sploh ni mogoča (Tomori, 1999).

4.1.2 Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je včasih veljala za atipično obliko anoreksije nervoze, kot samostojno duševno motnjo pa jo obravnavamo šele od šestdesetih in sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenajedanja (tako imenovana »volčja lakota«) in različni neustrezni/kompenzatorni mehanizmi zmanjševanja telesne mase (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna aktivnost). Obdobja prenajedanja in neustreznih mehanizmov zmanjševanja telesne se povprečno pojavljajo vsaj dvakrat tedensko vsaj tri mesece. Glede na vrsto uporabljenih

kompensatornih vedenjskih vzorcev za vzdrževanje ustrezne telesne mase bulimijo nervozo delimo na dve obliki: purgativno obliko bulimije nervoze, kjer prenajedanju sledi sprva hoteno, izzvano bruhanje, ki se kasneje sproži refleksno. Poleg bruhanja lahko te osebe zlorabljajo tudi odvajala in/ali diuretike. Ustrezno telesno maso torej vzdržujejo z bruhanjem. Ta oblika predstavlja 80–90% vseh primerov bulimije nervoze. Pri tem podtipu se pojavlja več telesnih zapletov in psihiatričnih, pridruženih motenj kot pri nepurgativni obliki bulimije nervoze, kjer ob prenajedanju ustrezno telesno maso vzdržujejo s stradanjem in/ali pretirano telesno aktivnostjo (Serneck, 2010).

Gre za občutek nesposobnosti ob takšnem vedenju in za pretirano zaposlenost s telesno podobo in telesno težo. Napadi pretiranega hranjenja so lahko zelo pogosti in si (izmenično z bruhanjem) lahko sledijo tudi po večkrat na dan. Tem epizodam navadno sledijo občutja krivde in ničvrednosti, tudi depresivne motnje niso redke. Telesna teža lahko niha, pada ali pa ostaja ista. Za osebe z bulimijo nervozo je značilna pogosta zloraba psihoaktivnih snovi in druge oblike impulzivnega vedenja, kot je na primer kraja. Občasno se pojavi predhodni izostanek rednih mesečnih krvavitev. Potek duševne motnje je dolgotrajen (več let), lahko pa ga prekinejo krajša obdobja brez simptomov (obdobja diet in posta) (Reich in Kröger, 2009; Tomori, 1999).

Osebe z bulimijo imajo navadno strogo določeno mejo telesne teže, nad katero se nočejo zrediti. Lahko pa imajo tudi normalno, celo preveliko telesno težo. Njihova telesna teža ni pod mejo anoreksije, torej z indeksom telesne mase (ITM), nižjim od 17,5, saj bi šlo sicer za anoreksijo z značilnostmi bulimije, torej za komorbidno motnjo. ITM je večinoma med 18 kg/m² in 25 kg/m² (Reich in Kröger, 2009).

Bulimija je motnja hranjenja, ki se pojavi na prehodu iz pubertete v zgodnje odraslo obdobje. Med prenajedanjem oseba z bulimijo poje bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je običajno visoko kalorična, sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob. Opisana oseba se svojega prenajedanja sramuje, zato ga navadno izvaja na samem, vse do bolečin v želodcu (Birmingham in Beumont, 2004). Populacijske študije prikazujejo življenjsko razširjenost bulimije nervoze pri 1-4,2% populacije, vendar je prisotnost med specifičnimi populacijami, predvsem dijakinjami in študentkami, višja (Serneck, 2010). Slovenska raziskava iz leta 2000, v kateri so o prehranjevalnih navadah povprašali 4700 srednješolcev, kaže na še višje deleže neustreznih prehranjevalnih vedenjskih vzorcev: 13,8% dijakinj in 7,8% dijakov je navajalo obdobja prenajedanja (Tomori in Rus-Makovec, 2000). Pri dekletih je pogostejša kot pri fantih, saj je podobno kot pri anoreksiji nervozi 90-95% vseh oseb z bulimijo ženskega spola (Serneck, 2010).

Povezuje se s premorbidno osebnostjo, za katero je značilna negotovost vase, nesposobnost za izražanje čustev navzven, pretirano poudarjena skrb za vtis, ki ga napravi na druge ljudi, narcistična bojazen pred pomanjkljivostmi zunanje podobe. Neposredna simbolika te duševne motnje govori o ambivalentnosti med dajanjem in jemanjem, sprejemanjem in odklanjanjem. Potrebna je psihoterapevtska obravnava, ki je navadno težavna in dolgotrajna (Tomori, 1999).

4.1.3 Kompulzivno prenajedanje ali pretirana ješčnost

Sam izraz kompulzivno (prisilno) prenajedanje označuje tisto, kar dela tako početje motnjo. Gre za prisilno vedenje, ker oseba ponavlja nekaj, kar sicer ne želi, ampak se temu ne more upreti. Notranja prisila kompulzivnega jedca nezadržno vodi v prekomerno uživanje hrane, čeprav ve, da zanj to ni dobro. Za kompulzivno prenajedanje je značilno bolj ali manj pogosto prenajedanje, lahko celo do fizične slabosti. Oseba se lahko prenjeda po malem čez cel dan in/ali v ekscesnih epizodah. Pogosto lahko opazimo vzorec cikličnega izmenjavanja odrekanja hrani (lahko celo postenje), čemur sledi prenajedanje (Ogris, 2000). Med napadi osebe z motnjo hranjenja pojedjo bistveno več, kot bi zdrav človek zaužil v podobnih razmerah: jedo, ko niso lačni, bistveno hitreje kot zdrav človek in vse do neprijetnega občutka polnosti. Zaradi ogromnih količin zaužitega, se osebe svojega prehranskega vedenja pogosto sramujejo, zato so med napadi prenajedanja najraje same. Kasneje se redno pojavlja občutek odpora do sebe, duševna potrtoost ali občutek krivde in sram. Napadi prenajedanja so povezani z jasnim občutkom trpljenja in izgubo kontrole. Poenostavljeno bi lahko rekli, da je motnja hranjenja z napadi prenajedanja bulimija brez bruhanja ali uporabe drugih metod, kot je na primer zloraba odvajal (Reich in Kröger, 2009). Starostno območje za prisilno prenajedanje je zelo široko, najbolj pogosto pa je pri ženskah med štiridesetim in petdesetim letom, v splošnem pa velja, da se pojavi iz zgodnjega v srednje odraslo obdobje (Reich in Kröger, 2009).

Čezmerna telesna teža že pri otroku sorazmerno zgodaj vpliva na njegovo predstavo o sebi in sproži nezadovoljstvo s samim seboj. To pogosto pripelje do družbene osamitve. Osamljen in nesrečen otrok zamuja priložnost socialnega učenja, ker se med vrstniki ne počuti dobro v svoji koži, se prične še bolj umikati in tolažiti s hrano. Opaznejša debelost ga še bolj osami in krog se sklene. Nezadovoljstvo s svojo zunanjo podobo je za mladostnika huda ovira pri druženju z vrstniki in sodelovanju pri njihovih dejavnostih. Čeprav se v večini umikajo sami in zavestno, se počutijo odrinjene in nesprejete. Zaščita doma jim je hkrati nujna in odvečna. Ta ambivalentnost pripelje do konfliktov z domačimi, občutja krivde, pri tem pa se še večja potreba po tolažbi s hrano (Tomori, 1999).

Psihodinamika pretiranega hranjenja v adolescenci se povezuje s skritim odporom do odraslosti in samostojnosti. Zatekanje v otroško ugodje hranjenja, ki je prisposodba odvisnosti in preskrbljenosti, poskuša zadržati čas in preprečiti možne nevarnosti, ki jih prinaša odraslost (Tomori, 1999).

V nasprotju z osebami z anoreksijo so mladostniki s čezmerno telesno težo po navadi neodločni, negotovi in pasivni, nedosledni in omahljivi, kar jih lahko ovira na različnih življenjskih področjih (Tomori, 1999).

4.1.4 Ortoreksija

Z ortoreksijo označujemo »bolezensko pravilno prehranjevanje« oziroma »bolezensko zdravo prehranjevanje«. Beseda ima grške korenine (orthos = pravilno). Zdi se, da je ta motnja hranjenja bolj razširjena pri moški populaciji, kot pri ženski. Pri drugih motnjah hranjenja (zlasti pri anoreksiji in bulimiji) je obratno. Osebe strogo ločijo med dovoljenimi in nedovoljenimi živili. Za izbiro ustreznega živila porabijo veliko časa, tudi več ur na dan. Za to motnjo je značilno preštevanje ali preračunavanje kalorij, vitaminov, hranilnih vrednosti, škodljivih snovi itd. Dovoljeno količino živil postopoma zmanjšujejo in jedo z vedno manjšim užitek, kar posledično vodi v hujšanje. Tudi pri tej motnji hranjenja se lahko pri ženskah pojavi amenoreja. Zaradi pomanjkanja hranil obstaja nevarnost srčno-žilnih obolenj. Tako kot pri ostalih motnjah hranjenja tudi ta vodi do socialne izoliranosti. Značilen je občutek moralne premoči nad drugimi, saj so zaverovani vase, da ravnajo prav, druge pa označujejo kot »jedce slabe hrane«. Pri odklonih od togih prehranskih pravil se pogosto pojavijo občutki krivde, precenjene ideje se lahko v nekaterih primerih izoblikujejo vse do blodnih potez. Osebe z ortoreksijo večinoma nimajo uvida v svojo duševno motnjo (Reich in Kröger, 2009).

4.1.5 Bigoreksija nervoza

Za osebe z bigoreksijo nervozo ali mišično dismorfijo je značilna obsedenost s potrebo po mišičastem telesu in izrazito motena telesna shema (kljub pretirano mišičastemu telesu se doživljajo kot presuhe in premalo možate). V ozadju motnje se skrivata nizka samopodoba in nizko samospoštovanje. S to motnjo se soočajo predvsem moški v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti, ki večino svojega časa preživljajo v fitnes studiih. Zloraba anabolnih steroidov ni redkost, kar še dodatno ojači pridruženo depresivno motnjo in povzroči motnje spolnih funkcij, ki so lahko neobrnljive (Serneck, 2010).

4.2 Sociološki vidik motenj hranjenja

Antropologi in sociologi motnje hranjenja uvrščajo med etnične duševne motnje. Za te duševne motnje je značilna povezava med osebnostnimi značilnostmi posameznika in širšim družbeno-socialnim in ekonomskim sistemom. Tako v bogatih sredinah velja izrek, da nikoli nisi dovolj bogat in nikoli preveč suh (Serneck, 2010; Stice, 2002).

Simptom motenj hranjenja leži v zahodni kulturi. Motnje hranjenja so razširjene po vsem zahodnem svetu in v deželah, ki se zgledujejo po zahodnem načinu življenja. V zadnjih desetih letih so v strmem porastu, zaradi njih pa trpi ozka populacija mladih deklet iz višjih družbeno ekonomskih slojev, ki živijo v svetu tekmovalnosti in teženj po popolnosti. Zato motnje hranjenja veljajo za eno redkih oblik, kjer je vloga sociokulturnih dejavnikov tako izrazita (Erzar, 2007).

Osebe z motnjo hranjenja posnemajo, izkoriščajo in nadgrajujejo siceršnjo preobremenjenost ljudi v določenem okolju (diete, vitkost, telesni trening in skrb za telo) in jo uporabljajo kot obrambo za rešitev svojih intimnih stisk. Gre torej za nek socialni vzorec, katerega bistvo je doseganje posebnosti in pozornosti prek odklonskega ravnanja. Razlogi za motnje hranjenja so naslednji:

- vloge žensk se spreminjajo. Ženske komaj lovijo ravnotežje med ideali uspešnosti in tradicionalnimi pričakovanji, ki jih ima okolje do njih;
- preobremenjenost ljudi z videzom in telesno podobo se stopnjuje in je povezana z zapovedmi modne institucije in potrošništva, kjer imajo mediji poseben pomen;
- zunanji vidiki obsedenosti z videzom se odražajo v kulturnih normah in vrednotah, pravih vedenja in pritiskih na neprestan nadzor telesne teže in spodbujanju strahu pred prekomerno telesno težo (Mravlje, 1995).

Pritiski na ženske glede njihove uspešnosti, sposobnosti tekmovalnosti, večje avtonomnosti in neodvisnosti so vse večji, kar je še vedno v nasprotju z veljavno tradicionalno vlogo ženske v zahodni kulturi. Dekleta so še vedno vzgajana pretežno s ciljem, kako ugajati drugim, manj pa v smislu večje samoiniciativnosti in avtonomnosti, če to primerjamo z načeli vzgoje fantov (Mravlje, 1995).

Danes je strah pred debelostjo tisti, ki vzdržuje rituale hranjenja, diet in telesnih vaj. Debelost lahko razumemo tudi kot zrcalno sliko naših občutkov in doživljanja, da sebe v teh razmerah življenja več ne obvladujemo. To poraja fantazijo, da si v svetu izobilja in vse bolj krhkih meja, norm in vrednot lahko privoščimo razkošje, kljub temu, da nič ne jemo. Ne gre več za to, da ljudje danes želijo in hočejo biti suhi, ampak sovražijo debelost.

Današnja družba je s težo obsedena družba. Debeli ljudje so postali zaničevani, žrtve razlikovanja pri zaposlovanju in še pri vrsto drugih socialnih situacijah. Širi se z anoreksijo in bulimijo ogrožena populacija mladih ljudi kot so atleti, telovadci, jahalci, veslači, umetnostni drsalci (poleg že dolgo poznanih baletnikov in manekenk) in celo rokoborci v nižjih kategorijah (Sternad, 2001).

Ob vsem tem pa je v teh istih okoljih, ki občudujejo vitkost, lepo telo in samopremagovanje, hrana še vedno simbol blaginje, obilja in etike iskanja užitka. Debelost, anoreksija nervoza in bulimija so oblike samoregulacije v okoljih, kjer lahko govorimo o prekomernem razvoju odtujene proizvodnje in potrošnje, ne samo hrane, temveč vsega, čemur rečemo potrošniške dobrine. Doživljanje občutkov zadovoljstva, da ob vsem izobilju ne ješ nič, je tako fantazija in izkušnja strašnih privržencev diet, pri posamezniku z resnično prekomerno telesno težo, anoreksijo in bulimijo pa to ustvarja obsesivne dimenzije odvisnosti (Sternad, 2001).

Razraščajoča obsedenost s svojim videzom je tako simptom družbenih odnosov in vse bolj tudi način preživetja (Sternad, 2001).

4.3 Socialno-psihološki vidik motenj hranjenja

Ne samo hrana, ampak tudi hranjenje in motnje v zvezi z njim simbolizirajo zakonitosti in razvojne naloge posameznih življenjskih obdobj. Hrana prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja in ostaja še naprej simbol zadoščenosti, sprejetosti, ljubezni in tolažbe. Hranjenje govori o kvaliteti medčloveških odnosov, sposobnosti dajanja in jemanja, sprejemanja in odklanjanja. Ne samo, da otroka hrana potolaži, pomiri in sprosti, s hrano ga pomembni drugi nagradijo, kaznujejo, mu dokazujejo skrb in naklonjenost, ga podkupujejo, obvladujejo ali vežejo v odvisnost (Tomori, 1990). Pretirano ješč otrok v hrani najde nadomestilo čustvom, za katera je prikrajšan ali pa si z njo blaži notranjo stisko in tesnobo. Kadar hrano odklanja ali je izrazito izbirčen posredno odklanja tistega, ki ga je prizadel in se nezavedno brani odvisnosti od njega. Predvsem pomembni drugi so tisti, ki otroku v zgodnjih razvojnih obdobjih pogojujejo razvoj motenj hranjenja (Sternad, 2001).

Vprašanje hrane se v adolescenci poveže s prisposodbo odraščanja, oblikovanja identitete in osamosvajanja. Mladostniku je hrana zagotovilo ali grožnja rasti in zorenja in jo prek povezave s telesnimi spremembami zaplete v odnos do svoje zunanje podobe in spolnosti, ji oblikuje predstavo o lastni vrednosti ter posamezniku določi mesto v širšem socialnem okolju. Z odklanjanjem hrane je mogoče imeti telo pod nadzorom, ga vzdrževati v brezspolni predstavi ter s tem obvladovati neprijetna čustva in strah pred odraslostjo. Motnje hranjenja so v bistvu zunanji izraz notranjih čustvenih viharjev, obrambni

mehanizmi, možnost samoobvladovanja, način obvladovanja medosebnih odnosov, sveta in nasploh življenja. Preko že samouničujočega odrekanja pa je moč dobiti le navidezen občutek moči, kontrole in neodvisnosti, navidezno odkloniti odraslost, zanikati ženskost in ostati dekle. Sestradano telo kot iluzija otroškosti daje varljiv občutek varnosti pred vstopom v svet odraslosti. Psihološki pomen hrane je kasneje povezan tudi z doživljanjem lastne učinkovitosti in zmožnosti. Hrana lahko postane ponotranjena vsebina tistega, kar je zunaj telesa, kar se želi obvladati in premagati in ne vedno le iskanje sicer težje dosegljivih ugodij, duševne tesnobe in nezadovoljstva (Tomori, 1990).

5 VZROKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja so kompleksen in večplasten problem. Vzroki za motnje hranjenja niso enoznačni. Na njihov razvoj vplivajo biološko-genetski, družinski in sociokulturni dejavniki (Pelc, 2012).

Motnje hranjenja vedno nastanejo zaradi skupnega učinka različnih dejavnikov. Vplivi teh različnih dejavnikov so individualno različno izraženi, zato jih moramo v vsakem primeru raziskati in določiti njihov pomen. Poleg genetskih so zelo pomembni tudi družbeno (ideal vitkosti), družinsko in osebno pogojeni vplivi, pri ljudeh s prekomerno telesno težo pa poleg teh še pomanjkanje gibanja. Zdravljenje mora biti torej multimodalno (Reich in Kröger, 2009).

Motnje hranjenja predstavljajo globoko duševno in čustveno vznemirjenost v kombinacij z zavračanjem sprejemanja samega sebe, ki je izražena navzven. Osebe z motnjo hranjenja svoje čustvene težave izražajo s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Navidezni problem s hrano predstavlja globlje trpljenje, ki je nastalo iz različnih vzrokov. Hranjenje ali odklanjanje hrane simbolno predstavlja osvoboditev notranjih bolečih ali neprepoznanih čustev. Motnje hranjenja se kažejo kot mehanizem izogibanja, saj človek vso svojo energijo osredotoči na hrano in se na ta način izogne bolečim čustvom in različnim problemom. Predstavljajo način za obvladovanje življenjskih problemov ali pa gre za kontroliranje lastnega telesa, ko prizadeti čuti, da ga kontrolirajo drugi. So pa tudi reakcija na dolgo trajajočo, nerazrešeno stresno situacijo (Serneck, 2006).

Dejavnikov tveganja, ki pogojujejo nastanek motenj hranjenja je veliko. Delimo jih na tri skupine: sociokulturne (vpliv medijev, povečevanje vitkosti, stigmatizacija debelosti), biološko-genetske (prekomerna telesna masa novorojenčka, specifične osebne lastnosti) in družinske dejavnike tveganja (kronične telesne in duševne motnje staršev, ki pri otroku in mladostniku povzročajo občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje

varnosti; nefunkcionalen oziroma neustrezen partnerski odnos (stalno prepiranje, pretirana nadvlada enega od staršev nad drugim, nasilje v družini); nefunkcionalno starševstvo (otrok mora prevzemati vloge, ki jim ni dorasel); hrana kot vzgojni pripomoček oziroma sredstvo nadzorovanja; neustrezna komunikacija med staršema in otrokom; duševne, telesne in spolne zlorabe (Treasure, 1997).

5.1 Družina kot dejavnik tveganja

Motnje hranjenja so način sporočanja in izražanja čustev v družinskem sistemu, kjer so bila določena čustva zanikana, neprepoznana ali odrinjena. Takšna čustva izvirajo iz generacije staršev, če so bili ti zanemarjeni, zavrženi, nezaželeni ali pa so imeli občutek, da se vsiljujejo. Tem čustvom, ki jih otroci nehote čutijo in jih poskušajo razrešiti in so zaradi sramu nedostopna in nedovoljena, se lahko pridružijo še travmatična čustva iz njihovega otroštva, kot so čustva fizične in spolne zlorabe, zavrženosti ali izgube. Zavračanje hrane v tem smislu pomeni način zavračanja zunanjega sveta in čustev, ki vdirajo v psihični svet posameznika. Zavračanje hrane predstavlja tako edino možno obliko kontrole, pri kateri se je še mogoče izogniti neposrednemu soočanju s problemi (Erzar, 2007).

Pri anoreksiji nervozi je najpogosteje v ospredju močna potreba po kontroli navzven in navznoter. Člani družine se izogibajo sporom, se jih na nek način bojijo in navzven vzdržujejo podobo popolnosti. Pri osebah z bulimijo pa so v družinah bolj pogosto prisotne težave, ki jih ne zmorejo uspešno razrešiti sami. Značilni so konflikti, ki prispevajo k nejasnosti vlog v družini in privedejo do kaotičnosti (Pelc, 2012).

Za družine oseb z anoreksijo so značilni homogenost, togost, pretirano zaščitništvo, izogibanje sporom in zavračanje individualnosti (Minuchin, Rosman in Baker, 1987). Storilnost je pomembna vrednota družine – običajno eden ali kar oba od staršev intenzivno posegata v otrokov svet. V družinah, kjer poteka vse po togih, vnaprej postavljenih pravilih lahko otrokov prehod v mladostniško dobo zbudí občutek ogroženosti (Palazzoli, 1978).

Družine, kjer se motnje hranjenja pojavljajo pogosteje, so opisane kot tiste, ki visoko vrednotijo zunanost, idealizirano podobo, ki na videz deluje brez sporov in neprijetnih čustev, z visokimi zahtevami in ambicioznimi pričakovanji. V tovrstnih družinah imajo navadno osrednjo vlogo matere. Te so avtoritarne, preveč zaščitniške, preveč zaskrbljene, lahko tudi čustveno hladne ali ambivalentne s težnjo po prekomernem nadzoru in obvladovanju. Očetje so medli, pasivni, odsotni, običajno brez avtoritete. V taki družini običajno odrastejo pretirano poslušni, pridni in submisivni otroci, vajeni podrejeni se pričakovanjem, željam in potrebam drugih za ceno lastne notranje gotovosti, trdnosti in pristnosti. V družinskem sistemu, kjer je prepoznana motnja hranjenja, se vzpostavi posebna dinamika vzdrževanja notranjega ravnovesja. Odnose v družini označuje

prepletena soodvisnost, dvosmerno in preveliko zaščitništvo, soodgovornost, povezanost, togost, pomanjkljivost pri prepoznavanju in razreševanju problemov. Pogosto je v ozadju partnerski konflikt. Z željo po odvisnosti in avtonomnosti odraščajoči vedno izbere anoreksični simptom – se hkrati upira, obvladuje in predaja (Sternad, 2001).

Družine imajo lahko pomemben vpliv na telesno samopodobo preko informacij, modelov in odzivov v zvezi s telesnim videzom in prehranjevanjem. Družinski člani so glavni vir informacij glede prehranjevalnih navad in nadzоровanja teže (Kuhar, 2003). Hrana v rokah odraslih pogosto postane sredstvo vzgajanja, kaznovanja, pogojevanja in odklanjanja, podkupovanja, omejevanja in nadzora. Na ta način so odrasli otrokom zrcalo. Sporočajo mu kakšen je, kaj je sprejemljivo, kaj ni, kaj dovoljujejo, kako ga vidijo. Na tej osnovi otrok gradi podobo in vrednostno sodbo o sebi. Tako si ustvarja ali ruši samospoštovanje (Pelc, 2012).

5.2 Mediji kot dejavnik tveganja

Pomemben dejavnik tveganja so mediji, lepotna tekmovanja, moda in poudarjanje zdrave prehrane, hujšanje ter sama vitkost v javnosti. Prav tako je bilo dokazano, da listanje modnih in ženskih revij ter gledanje televizije pozitivno vzpostavlja medsebojni odnos z nezadovoljstvom z lastnim telesom (Levine in Smolak, 1996). Jasno je, da današnjih lepotnih standardov ne more doseči večina deklet in žensk, kar jih posledično vodi do hujšanja. Hujšanje in različne diete pa imajo nemalokrat ravno nasprotni učinek, kjer je končni rezultat teža, ki presega težo, ki je bila prisotna pred hujšanjem. Svoj delež poleg kulture pa prispeva tudi družba, saj se dekleta družijo s tistimi dekleti, ki imajo do svojega telesa podobno držo in s katerimi lahko delijo svoje težave glede hujšanja in hrane. Prav tako so značilna populacija za motnje hranjenja plesalci, gimnastiki in modeli v modni industriji (Erzar, 2007).

Mladi, ki občutijo močnejše pritiske v zvezi s telesnim videzom s strani družine, medijev, poročajo o večjem nezadovoljstvu z lastnim telesom in o višji stopnji problematičnih telesnih praks, npr. o pretiranih dietah, zlorabi odvajal itd. Mediji igrajo pomembno vlogo pri odnosu do telesa, še posebej med mladostniki v času pubertete. Ker so medijske podobe lepote tako ozko definirane in preveč poudarjene, lahko izpostavljenost medijem poveča neskladje med predstavo o lastnem telesu in zaznanim družbeno sprejetim standardom (Kuhar, 2003).

Okolje močno vpliva na nagnjenost mladih k motnjam hranjenja. Sporočila medijev, vrstnikov in družine se hitro vtisnejo v mladostnikov sistem vrednot in prepričanj, kjer so sprejete kot »resnica«. Takšno je na primer prepričanje, da človek, ki želi biti v življenju

uspešen, tehta X kilogramov in nič več od tega. Herzog in sodelavci (1984) menijo, da v okoliščinah, kjer je zelo pomemben telesni videz in sama teža (na primer balet, manekenstvo, poklicno jahanje), posamezniki obeh spolov težijo k temu, da bi čim bolj ustrezali družbenemu idealu vitkosti (Eivors in Nesbitt, 2007).

V modernem svetu je telo temelj samopodobe. Postane projekt, na katerem je treba delati, ga oblikovati in spreminjati. Močan poudarek na videz telesa ustvarja zlasti oglaševanje izdelkov in storitev povezanih z videzom. Modna in oglaševalska industrija narekujeta, kakšno je popolno telo in tudi to je eden izmed razlogov, da je obremenjenost s telesno samopodobo, debelostjo in dietami v naši kulturi tako zelo velika (Natkovski, 2002).

5.3 Samopodoba in samospoštovanje kot dejavnik tveganja

Osebe, ki so razvile motnjo hranjenja, imajo načeloma nizko stopnjo samospoštovanja in samozavesti. Pogled v zrcalo daje popačeno sliko posameznikovega telesa, saj je njegovo doživljanje, občutenje in čutenje zasenčeno s predstavo o sebi, kakšen bi v resnici moral biti. Neskladnost med idealom in dejanskim telesnim stanjem je premosorazmerna z motnjo hranjenja. Opazna je nizka samopodoba in samospoštovanje, odklanjanje sebe in posnemanje specifičnih idolov (Pelc, 2012).

V osnovi to niso motnje v hranjenju, ampak motnje v sprejemanju samega sebe. Osebe, ki imajo motnjo hranjenja, se doživljajo kot neprivlačne, nesposobne in neuspešne. Nikoli niso zadovoljne same s seboj. Tako so posledično nesamozavestne, se ne spoštujejo in imajo slabo samopodobo (Serbec, 2012).

5.3.1 Temeljni vidiki samopodobe

Samopodoba je množica odnosov, ki jih posameznik vzpostavlja do samega sebe. Razvija se postopoma s pomočjo predstav, občutkov, vrednotenj, ocen samega sebe, tipičnih socialnih naravnosti in ravnanj, ki jih najprej preko prvotnega objekta, nato preko širšega družbenega okolja posameznik razvija že od rojstva dalje (Nastran-Ule, 1994). S pomočjo le-teh posameznik uravnava in usmerja svoje ravnanje, so v tesni povezavi z obstoječim vrednostnim sistemom posameznika ter ožjega in širšega družbenega okolja ter pod nenehnim vplivom delovanja posameznikovih obrambnih mehanizmov – nekakšne membrane med nezavednim in zavestnim, ki prepušča le tiste vsebine, ki so sprejemljive za posameznika (Kobal, 2001).

Enakovredno izražena posamezna področja samopodobe vodijo k psihično zdravi in samozavestni osebi. Tako stabilna in pozitivna samopodoba vodi do uspešne družbene samoumestitve posameznika (Kobal, 2001).

5.3.2 Opredelitev samospoštovanja

Samospoštovanje je osebna lastnost, ki jo definiramo kot vrednostno oceno samega sebe. Deluje kot blažilec tesnobe, je pomembno povezano z osebnostnimi lastnostmi in pomembno vpliva na različne vidike telesnega in duševnega zdravja (Lavikainen, Fryers in Lehtinen, 2006).

Po Rosenbergu (1965) je samospoštovanje opredeljeno kot pozitivno ali negativno stališče posameznika do sebe. Pozitivno oziroma visoko samospoštovanje pomeni, da se posameznik sprejema takšnega kot je, da se ceni, da je zadovoljen sam s seboj in da se čuti vrednega spoštovanja. Za negativno oziroma nizko samospoštovanje velja ravno obratno (Rosenberg, 1985).

Coopersmith (1967) definira samospoštovanje kot pozitivno ali negativno oceno samopodobe, ki se nanaša na odobravanje ali zavračanje samega sebe in kaže stopnjo posameznikovega prepričanja v svojo sposobnost, vrednost in pomembnost.

Burns (1979) pa v samospoštovanju vidi proces, v katerem posameznik ocenjuje svoje podvige, sposobnosti in lastnosti v skladu s svojimi ponotranjenimi standardi in vrednotami.

Po Komparetovi, Stražišarjevi, Dogša, Vecu in Curkovi (2006) je samospoštovanje vrednostna ocena samega sebe (samoocena), ki nam pove, koliko je posameznik zadovoljen s seboj, kako se ocenjuje, v kakšnem obsegu se sprejema in zavrača takšnega, kot je.

Po mnenju številnih avtorjev je za samospoštovanje značilna precejšnja stabilnost v času in v različnih situacijah (Trzesniewski, Donnellan in Robins, 2003). Posameznikovo samospoštovanje je deloma odvisno od različnih situacijskih dejavnikov, vendar pa v splošnem velja, da se samospoštovanje v otroštvu, predvsem v prvih petih letih, razvija in je zato razmeroma nestabilno, tudi v mladostništvu zaradi različnih dejavnikov nekoliko niha, v odraslosti pa postane razmeroma stabilno in se ne spreminja bistveno glede na različne življenjske situacije (Rosenberg, 1986 v Kobal, 2001). V srednjih letih in starosti stabilnost samospoštovanja počasi upada (Trzesniewski in drugi, 2003). Praviloma velja,

da pozitivne življenjske izkušnje pripomorejo k višjemu, negativne pa k nižjemu samospoštovanju (Brown, Adler in Bifulco, 1990 v Salsali in Silverstone, 2003).

Samospoštovanje je ključnega pomena za zdravje in dobro počutje, saj močno vpliva na posameznikova prizadevanja, cilje in odnose, ki jih ima z okoljem (Mann, Hosman, Schaalma in Vries, 2004). Med samospoštovanjem in posameznikovim duševnim zdravjem obstaja kompleksna povezava, saj je samospoštovanje tako varovalni dejavnik kot tudi nespecifični dejavnik tveganja v primeru telesnega in duševnega zdravja. Visoko samospoštovanje vodi k boljšemu vsesplošnemu zdravju, medtem ko je nizko samospoštovanje povezano s številnimi duševnimi težavami in motnjami (depresijo, anksioznostjo, samomorilnostjo, motnjami hranjenja, nasiljem, tvegano in škodljivo rabo alkohola in drugih psihoaktivnih snovi ...) (Mann in drugi, 2004). Vendar pa povezava ni enosmerna: tudi slabše zdravje, bodisi telesno bodisi duševno, vodi k manjši učinkovitosti in s tem zmanjšanemu občutku lastne vrednosti (Mann in drugi, 2004). V tem smislu je potrebno izpostaviti vlogo psihosocialnih stresorjev in posameznikove interpretacije ter odziva nanje, pri čemer je posameznikovo nizko samospoštovanje močno povezano z daljšo izpostavljenostjo negativnim življenjskim okoliščinam, ki močneje vplivajo na posameznikov občutek lastne vrednosti. Tovrstne izkušnje imajo pomembno negativen vpliv, zlasti v otroštvu in mladostništvu, ko je posameznikovo samospoštovanje v procesu izgradnje in močno pod vplivom zunanjih dejavnikov, npr. slabih odnosov v družini, odsotnosti tesnih medosebnih odnosov, zanemarjanja s strani staršev, negativnega odziva na vedenje s strani pomembnih drugih ipd. Pomemben vpliv na posameznikovo samospoštovanje ima tudi doživljanje močnejših, negativnih življenjskih dogodkov v odraslosti, npr. izguba zaposlitve, smrt partnerja ipd., medtem ko manjši, akutni stresorji nimajo pomembnejšega vpliva na posameznikov občutek vrednosti (Salsali in Silverstone, 2003; Dernovšek, Gorenc in Jeriček 2006).

5.3.3 Zgodovina samopodobe

Samopodoba je povezava med telesnim in duševnim. Duševni del samopodobe je lahko človeku usoden, saj vpliva na njegovo samospoštovanje in vedenje. Zgodovina znanstvenega proučevanja in razumevanja telesne podobe se je začela v ordinacijah nevrologov. »Telesna shema« je bil prvi uporabljen izraz za celovito predstavo o telesu, ki jo človek ves čas potrebuje za učinkovito usklajevanje svojih telesnih dejavnosti. Z opisom »fantomskega uda« - zmotnim zaznavanjem dela telesa, ki ga objektivno ni več, so številni nevrologi opozorili na subjektivno pomembnost telesnih zaznav, ki pogosto v določenih duševno motenih stanjih postanejo človeku pomembnejše od objektivne resničnosti (Tomori, 1995).

5.3.4 Razvoj samopodobe in samospoštovanja

Stopnja zaupanja vase je odvisna od tega, kakšno predstavo imamo o sebi. Predstava o sebi je temelj, na katerem stoji zgradba našega duševnega zdravja. Ker posameznik že od rojstva razvija podobo o sebi, je samopodoba nezavedno organizirana. Predstava o sebi je priučena in ne prirojena. Spoznavanje samega sebe je zapleten proces, ki poteka skozi naše celotno življenje, kljub temu, da se ga sploh ne zavedamo. Večina psihologov meni, da je naše samospoštovanje v veliki meri odvisno od tega, kako so z nami ravnali drugi, torej od naših preteklih izkušenj. Šele na osnovi teh »pomembnih drugih« otrok oblikuje sliko o samemu sebi, ki jo imenujemo predstava o sebi. Pomembni drugi so v začetku vsi tisti, s katerimi so otroci najtesneje povezani: starši, sorojenci in širši družinski člani. Z odraščanjem pa se območje otrokove dejavnosti širi in v krog pomembnih drugih vstopijo poleg družine še drugi ljudje. Samoaktualizacija in visoka stopnja objektivnega odnosa pripomore k tem, da je človek sposoben preseči okvirje lastnega jaza in se soočiti s širšimi problemi okolice. Ta pogled na življenje je mogoč šele po tem, ko človek zadovolji svoje egocentrične želje in potrebe, ki pa so pogoj za pozitivno samopodobo in samospoštovanje (Sternad, 2001).

5.3.5 Kako se vidijo sami in kako jih vidijo drugi?

Skoraj vsak človek ima kaj, kar mu na njegovem telesu ni všeč. Nekateri ljudje pa imajo izredno negativen ali popačen pogled na svoje telo in večine tistega, kar vidijo, ne marajo. Negativna telesna podoba je lahko povezana z majhno samozavestjo, depresijo, spolnimi motnjami, slabimi zdravstvenimi navadami in z duševnimi motnjami. Prav tako ima negativen vpliv tudi na čustva, vedenje, medosebne odnose, zmožnost za odločanje in vsakdanje življenje. Pomembno je zavedanje, da igra genetika pomembno vlogo in da na vse ne moremo vplivati. Številne raziskave navajajo, da so ljudje v povprečju nezadovoljni s težo in postavo, celo ljudje, ki jim ne bi bilo treba shujšati, včasih mislijo, da bi morali (Sternad, 2001).

Osebe z motnjo hranjenja skušajo na primer z vitkostjo ali s skrajnim hujšanjem izboljšati svojo samozavest. Pri osebah z anoreksijo ali bulimijo je samopodoba izjemno krhka in negotova, saj jih spremlja občutek, da jih zredi že ena sama zaužita sladica in da po uživanju hrane z vsebnostjo maščob, čutijo vsako maščobno celico v telesu (Erzar, 2007). Prav tako so s svojim telesnim videzom kompulzivni jedci v glavnem nezadovoljni. Mnenja o ugotovitvah glede distorzije telesne samopodobe pri kompulzivnih jedcih še vedno niso enotna: nekateri menijo, da imajo, tako kot osebe z anoreksijo in/ali bulimijo

nervozo, izkrivljeno telesno samopodobo, drugi pa menijo, da imajo bolj realno predstavo o svojih telesnih dimenzijah (Ogris, 2000).

Splošno soglasje je, da večina moških hrepeni po mišičastem telesu. Raziskave kažejo, da je precejšen odstotek moških nezadovoljnih z določenim vidikom svoje telesne oblike, zlasti z mišično maso in tonusom mišic. Tiste ženske, ki pa niso zadovoljne s svojo težo, pa bi običajno bile vitkejše, pri nezadovoljnih moških pa je odstotek tistih, ki bi bili radi vitkejši, enak odstotku tistih, ki bi bili radi težji. Vendar pa so moški pri zaznavanju lastnega telesa bolj realistični in točni kot ženske, saj sebe prej vidijo tako, kot jih vidijo drugi (Grogan, 1999).

Na splošno so fantje bolj zadovoljni s svojim telesom v puberteti kot dekleta zato, ker se v večji meri osredotočajo na učinkovitost svojega telesa in na fizične sposobnosti, medtem ko dekleta ocenjujejo telesne spremembe glede na to, ali postajajo bolj ali manj fizično privlačna (Hoyt in Kogan, 2001).

5.3.6 Kaj spodbuja negativno podobo?

Negativno podobo sprožajo številni dejavniki, kot so: povečanje telesne teže, povečevanje lepote in sreče, ki naj bi ju prinašala vitkost, nezmožnost dojetanja sebe, kot vitke osebe, pritiski okolja, nesporazumi v partnerskem razmerju, nihanje razpoloženja, telesne spremembe (na primer nosečnost), kronične bolezni, posmehovanje ali zbadanje v otroštvu in spolna zloraba (Sternad, 2001).

5.3.7 Posledice negativne telesne samopodobe

Negativna telesna samopodoba lahko privede do različnih duševnih motenj, v skrajnih primerih tudi do samomora. Pri motnjah hranjenja je telesna samopodoba skrajno popačena. Pri posameznikih s temi motnjami je med njihovo dejansko težo in tem, kako jo dojemajo, veliko manevrskega prostora, zato takšne motnje zahtevajo zdravljenje. Nekateri poklici so le-tem še posebej izpostavljeni, kot na primer plesalci, manekeni in nekatere športne panoge, vendar to ne pomeni, da se ne more pojaviti tudi pri drugih ljudeh. Da je dojetanje teže pogosto moteno, dokazujejo številne ameriške raziskave, kjer so ugotovili, da približno polovica Američank precenjuje svojo težo. O telesni dismorfni motnji govorimo takrat, ko imajo posamezniki tako slabo podobo o lastnem telesu, da odklanjajo delo in vključevanje v družbo. Pri tej motnji je prav tako priporočljivo psihiatrično zdravljenje. Za te osebe je značilno, da so povsem obsedene s tistim, kar jih po njihovem mnenju kazi (Sternad, 2001).

Odnos do samega sebe, hrane in svojega telesa ima pri uspešnosti zdravljenja motenj hranjenja glavno vlogo. Ko se nezadovoljstvo številnih porazov in le začasnih zmag sklene v začaran krog, telo še bolj odklanja, nerealno ocenjuje telesne razsežnosti in znižuje telesno težo z drugimi manevri (Sternad, 2001).

5.3.8 Občutek lastne vrednosti

To je občutek, ki ga ima posameznik o sebi. V bistvu gre za zavestno in podzavestno razmišljanje in presojanje samega sebe. Tako posameznik lahko razmišlja pravilno, spodbudno in koristno, lahko pa napačno, negativno ter škodljivo. Občutek popolnega sprejemanja in ljubezni do samega sebe pomeni zdrav občutek lastne vrednosti. Pomeni, da se spoštujemo, cenimo, pozitivno vrednotimo svoje dobre in slabe lastnosti, saj lahko le tako vzpostavimo zdrave in ljubeče odnose z drugimi ljudmi (Sternad, 2001).

Predstava o lastnem telesu je sestavni del celotne samopodobe, ki je povezana s samospoštovanjem in oceno lastne vrednosti. Kdor se ceni in se ima rad, pozitivno sprejema tudi svoje telo. Odklonilen odnos do telesa, sramovanje le-tega in različne boleče izkušnje pa znižujejo človekovo samovrednotenje (Serneck, 2012).

5.3.9 Doživljanje telesa

Motnje hranjenja so manipulacija z lastnim telesom, ki ni znak nečimrnosti, ampak vdaje pred prehudimi pritiski iz notranjosti in zunanjega okolja. Simbolika hrane je tesno prepletena s simbolizmom telesa, z identiteto, samopodobo, odraslostjo, samostojnostjo, socialno spretnostjo in možnostjo uveljavitve. Telo prej ali slej izda, če je bilo hrane preveč ali premalo, spregovori o tem, kar ni bilo izrečeno z besedami (Sternad, 2001).

6 OBLIKE ZDRAVLJENJA IN POMOČI

Obravnava motenj hranjenja, zdravljenje in odpravljanje njihovih telesnih in duševnih posledic ter zapletov zahtevajo od terapevta celostno razumevanje problematike. Motnje hranjenja so ena od duševnih motenj, ki so na zdravljenje najbolj odporne. Značilne so pogoste povrnitve bolezní po navideznem ozdravljenju, trdovratno rastoča ali padajoča teža (z vsemi čustvenimi, vedenjskimi in socialnimi spremljevalniki) in pogosto opuščanje že zastavljenih prizadevanj, neprestano vračanje na staro stanje, že po opaznem izboljšanju, kar potrjuje dejstvo, da so v problematiko hranjenja vključeni zapleteni, globoki in težko razrešljivi notranji mehanizmi, ki jih ne more razplesti le svetovanje o zdravi prehrani. Pri zdravljenju je pomembna individualna poglobljenost v vsako osebo

posebej in (po potrebi) povezanost s strokovnjaki drugih terapevtskih programov in medicinskih vej (Tomori, 1999).

Povprečno mine od 5-6 let od pojava motenj hranjenja preden oseba prvič poišče strokovno pomoč. Zdravljenje ne služi le vzdrževanju življenja (pomoč pri hranjenju in nadzor nad hranjenjem, psihiatrično in internistično spremljanje) in izvajanju motivacijskega procesa, temveč mora voditi v zdravje – telesno in duševno. Pomembno je ločevanje med reševanjem življenja in zdravljenjem motenj hranjenja. Zdravljenje je možno le s pristankom osebe, uspešnost pa je odvisna od motivacije (Serneck, 2009). Program zdravljenja je pri nas plod poznavanja različnih modelov zdravljenja motenj hranjenja v Evropi in prilagojen slovenskim razmeram. Motivirana oseba, ki nima močno izražene klinične slike ene od motenj hranjenja, se lahko vključi v ambulantno, individualno ali skupinsko obravnavo. Pacienti, ki so ogroženi s telesnimi zapleti, potrebujejo bolnišnično zdravljenje na ustreznem internističnem oddelku. Na varovane oddelke psihiatričnih bolnišnic sodijo samomorilno ogroženi, tisti pod pritiski akutno zaostrenih življenjskih okoliščin in pa trajno izpostavljeni neugodnim psihohigienskim razmeram (Sternad, 2001). Osnova zdravljenja je individualna ali skupinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko-kognitivne in dinamsko-razvojne psihoterapije. Prva je usmerjena predvsem v obvladovanje simptomatike posamezne motnje hranjenja, druga pa sega globlje in je usmerjena v prepoznavanje vzrokov, ki so do motnje pripeljali. Pogosto so pridružene tudi druge psihične motnje, na primer motnje razpoloženja, odvisnosti, obsesivno-kompulzivne motnje in motnje osebnosti. V teh primerih je poleg psihoterapije potrebna tudi farmakoterapija (Serneck, 2010). Medikamentozna terapija (zlasti antidepresivi) se predpisuje v primeru resnejše depresivne simptomatike posameznikom z lažjo obliko bulimije, drugih psihotropnih zdravil pa navadno ne (Sternad, 2001).

Zdravljenje vseh motenj hranjenja je zelo pomembno, saj le-te predstavljajo največji odstotek smrtnosti med vsemi psihiatričnimi motnjami. Anoreksija nervosa se v skoraj 10% konča s smrtnim izidom, ne redko tudi s samomorom (Margo, 2002; Roth in Fonagy, 1996).

6.1 Kdaj je pri anoreksiji nervozi nujno bolnišnično zdravljenje?

Ker načeloma vse oblike motenj hranjenja težijo k temu, da postanejo kronične, je bolnišnično zdravljenje pogosto nujna faza. Le-to je lahko vključeno v ambulantno psihoterapijo ali pa pomeni začetek zdravljenja. Pogosto je potrebnih več poskusov zdravljenja motenj hranjenja, preden je zdravljenje resnično uspešno, zato terja veliko potrpežljivosti. Oseb z anoreksijo z indeksom telesne mase 14,5 ali manj ni priporočljivo zdraviti ambulantno ampak je boljše zdravljenje v psihiatrični bolnišnici. Pri indeksu

telesne mase 12 ali manj je nujno zdravljenje v bolnišnici, kjer zaradi telesne šibkosti tudi psihoterapija ni več mogoča (Reich in Kröger, 2009).

6.2 Kdaj je bolnišnično zdravljenje nujno pri bulimiji nervozi in prisilnem prenajedanju?

Pri bulimiji in prisilnem prenajedanju je bolnišnično zdravljenje potrebno, če se napadi prenajedanja pojavljajo vsak dan ali večkrat na dan. Tovrstno zdravljenje je potrebno tudi, če se pogosto pojavljajo telesne težave, kot sta vrtoglavica ali občutek šibkosti. Poleg tega je priporočljivo bolnišnično zdravljenje tudi zaradi morebitnih duševnih motenj, na primer depresije ali strahu (Reich in Kröger, 2009).

Zdravljenje z antidepresivi je delno učinkovito za bulimijo, učinkovitost pri anoreksiji pa še ni bila dokazana. Za najučinkovitejše se je pokazalo psihosocialno zdravljenje v smeri vedenjsko-kognitivnih in medosebnih modelov. Vedenjsko-kognitivni model, ki ga je razvil Christopher Fairburn (1985), ima več stopenj. Na prvi stopnji zdravljenja osebam z bulimijo poda informacije o zdravstvenih posledicah prenajedanja, različnih diet in purgativnih oblik. Prav tako se osebam z motnjo hranjenja predpiše nov režim prehrane, s številnimi (petimi do šestimi) manjšimi obroki z največ triurnimi presledki med obroki, katerih namen je preprečitev prenajedanja ali stradanja. Na naslednji stopnji se terapija usmerja na spreminjanje prepričanj in pojmovanj o telesnih oblikah, teži, hranjenju, izdelavi načrta za ustavitev želje po bruhanju in prenajedanju ter načrtovanje družbenih aktivnosti. Prav tako se je za učinkovito izkazala tudi medosebna psihoterapija, ki se sicer ne posveča neposredno motnjam hranjenja, ampak stremi k spremembi vzorca čustvovanja in povezanosti v intimnih odnosih (Erzar, 2007).

Omenjene oblike zdravljenja pa so bistveno manj učinkovite pri anoreksiji. Glavni cilj zdravljenja anoreksije je seveda pridobitev normalne teže. Pogosto se tej fazi zdravljenja osebe z motnjo hranjenja podredijo in pridobijo težo, temu pa navadno sledi ponovitev. V nadaljevanju zdravljenja je potrebno ublažiti odpor do ponovnega pridobivanja teže in spremeniti pogled na telesno težo in suhost, kot osrednjo sestavino srečnega in uspešnega življenja. V zdravljenje je zaželeno vključiti družino, katere namen je sprememba odnosa do hrane in prehranjevanja, telesa in telesnih oblik ter korekcija popačenega dojemanja lastnega telesa in samopodobe. Družinska terapija pa je učinkovitejša pri mlajših dekletih s kratko dobo motnje (Erzar, 2007).

6.3 Zdravljenje in družina

Družina je pomemben dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja, zato je ključnega pomena, ne samo za vzpostavitev zdravja, temveč tudi za njegovo ohranitev in preprečevanje pojava motenj hranjenja. Motnja hranjenja je odgovor na nerazrešeno družinsko dinamiko, zato ni dovolj ozdraviti le posameznika, temveč celotno družino. S pomočjo družinske ali zakonske terapije lahko terapevt pomaga osebi z motnjo hranjenja. V primeru, ko se družine niso sposobne vključiti v družinsko terapijo, lahko tudi individualna terapija pomaga pri tem, da se posameznik zave, da njegova motnja pomaga razreševati probleme celotne družine (Margo, 2002 v Podjavoršek, 2004).

6.4 Zdravljenje motenj hranjenja v Sloveniji

Ambulantno zdravljenje motenj hranjenja v Sloveniji je organizirano po posameznih regijah. Kolikor pa je potrebna bolnišnična obravnava, pa se otroci do 14. leta zdravijo na Pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani in Nevropsihiatričnem oddelku Splošne bolnišnice Maribor. Mladostniki do vključno 16. leta se zdravijo v Enoti za adolescentno psihiatrijo Psihiatrične klinike v Ljubljani, mladostniki starejši od 17 let in odrasli pa od leta 2000 v Enoti za zdravljenje motenj hranjenja (EMH) Psihiatrične klinike v Ljubljani (Serbec, 2010).

7 POMEN ZA JAVNO DUŠEVNO ZDRAVJE

Motnje hranjenja danes predstavljajo pomemben javno-zdravstveni problem, saj se z njimi sooča kar 2-12% žensk med 15. in 35. letom starosti. Po podatkih tujih zdravstvenih registrov je vsako leto na novo odkritih 7 primerov anoreksije in 14 primerov bulimije nevroze na 100.000 prebivalcev (Turnbull, Ward, Treasure, Jick in Derby, 1996).

Nekateri avtorji, ki obravnavajo motnje hranjenja s sociokulturnega zornega kota, opozarjajo, da posamezniki, ki imajo simptome pogoste v določenem času in sociokulturnem okolju, pravzaprav zrcalijo dvome in konflikte, ki so v tistem prostoru in času aktualni v celotni družbi. Gre za patološko uporabo prevladujočih in cenjenih vzorcev obnašanja v družbi. So torej odgovor na družbene norme, ki določajo, kakšno je zaželeno telo. Simptom motenj hranjenja je povezan z zahodno kulturo, kjer je telo dobilo spremenjen, simbolen pomen (Zaviršek, 1995).

8 SKLEPI

Motnje hranjenja imajo širok spekter - od manjših problemov s težo in postavo, pa vse do kroničnih oblik s smrtnim izidom. Ker je med vsemi duševnimi motnjami smrtnost zaradi motenj hranjenja najvišja, pa predstavljajo tudi pomemben javno-zdravstveni problem.

Motnje hranjenja so aktualne v vseh življenjskih obdobjih. Znane so tri glavne oblike motenj hranjenja: anoreksija nervoza, bulimija nervoza in prisilno (kompulzivno) prenažanje. Anoreksija nervoza je duševna motnja, ki jo opredeljuje zavestno povzročeno znižanje telesne teže za več kot 15% od tiste, ki bi ustrezala starosti in telesni višini osebe z motnjo hranjenja. Pri osebi z bulimijo nervozo se izmenjujejo obdobja prenažanja in različni neustrezni/kompenzatorni mehanizmi zmanjševanja telesne mase. Za kompulzivno prenažanje pa je značilno bolj ali manj pogosto prenažanje, ki lahko privede do fizične slabosti.

Na motnje hranjenja lahko gledamo iz različnih vidikov. Sociologi motnje hranjenja uvrščajo med etnične duševne motnje, kjer je značilna povezava med osebostnimi značilnostmi posameznika in širšim družbeno-socialnim in ekonomskim sistemom. Psihologi pa v motnjah hranjenja vidijo zunanji izraz notranjih čustvenih viharjev, obrambne mehanizme, možnost samoobvladovanja, način obvladovanja medosebnih odnosov, sveta in življenja nasploh.

Vzroki za motnje hranjenja niso enoznačni. Na njihov razvoj vplivajo biološko-genetski, družinski in sociokulturni dejavniki tveganja. Pomemben vpliv na telesno samopodobo imajo lahko družine, prav tako pa so pomemben dejavnik tveganja tudi mediji. Ker so medijske podobe lepote tako ozko definirane in preveč poudarjene, lahko izpostavljenost medijem poveča neskladje med predstavo o lastnem telesu in zaznanim družbeno sprejetim standardom.

Osebe, ki so razvile motnjo hranjenja, imajo načeloma nizko stopnjo samospoštovanja in samozavesti. Pogled v zrcalo daje popačeno sliko posameznikovega telesa, saj je njegovo doživljanje, občutenje in čutenje zasenčeno s predstavo o sebi, kakšen bi v resnici moral biti. Neskladnost med idealom in dejanskim telesnim stanjem je premosorazmerna z motnjo hranjenja.

Ker se pri motnjah hranjenja telesno prepleta z duševnim, je za zdravljenje le-teh potrebna celostna obravnava. Osebe, ki nimajo močno izražene klinične slike ene od motenj hranjenja, se lahko vključijo v ambulantno, individualno ali skupinsko obravnavo. Osebe,

ki pa s ogrožene s telesnimi zapleti, pa potrebujejo bolnišnično zdravljenje na ustreznem psihiatričnem ali internističnem oddelku.

Ta teoretska zaključna naloga je iztočnica za nadaljnje raziskovanje dejavnikov tveganja pri mladostnikih z motnjami hranjenja v Sloveniji, saj področje motenj hranjenja še vedno ni docela raziskano. Pomembno bi bilo ugotoviti, kolikšen delež tveganja za motnje hranjenja predstavljajo mediji, družina ter nizka samopodoba in samospoštovanje. Ali sta nizka samopodoba in samospoštovanje glavna dejavnika tveganja in ali se pojavljata pri vseh mladostnikih z motnjami hranjenja? Ali se nizka raven samopodobe in samospoštovanja po končani terapiji v okviru zdravljenja zviša ali ne?

9 VIRI

American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Amer Psychiatric Pub Inc.

Birmingham, C. L. in Beumont, P. (2004). *Medical management of eating disorders*. Cambridge: Cambridge University press.

Brownell, K. D. in Fairburn, C.G. (1995). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.

Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.

Burns, R. B. (1979). *The self concept in theory, measurement, development and behaviour*. London: Longman.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: WH Freeman

Crago, M., Shisslak, C. M. in Estes, L. S. (1997). Eating disturbances among American minority groups: A review. *The International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 239-248.

Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132-135.

Dernovšek, M., Gorenc, M., in Jeriček, H. (2006). *Ko te stresa stres: kako prepoznati in zdraviti stresne, anksiozne in depresivne motnje*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Eivors, A. in Nesbitt, S. (2007). *Lačni razumevanja*. Maribor: Založba Obzorja.

Erzar, T. (2007). Motnje hranjenja. V A. Arko (ur.), *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji* (str. 145-152). Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Grogan, S. (1999). *Body image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London in New York: Routledge.

Herzog, D. B., Norman, D. K., Gordon, C., in Penpose, M. (1984). Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of Psychiatry*, 141, 989-994.

Hoyt, W. in Kogan, L. R. (2001). Satisfaction with body image and peer relationships for males and females in a college environment. *Sex Roles*, 45 (3/4), 199-216.

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford Press.

Kobal, D. (2001). *Temeljni vidiki samopodobe*. Ljubljana: Pedagoški inštitut.

Kobal, M. (1999). Znaki in simptomi duševnih motenj. V M. Tomori in S. Zihlerl (ur.), *Psihiatrija* (str. 86-87). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Kompare, A., Stražišar, M., Dogša, I., Vec, T., in Curk, J. (2006). *Uvod v psihologijo*. Ljubljana: DZS.

Kuhar, M. (2003). Zakaj dekleta pazijo na svojo težo? Družbno-kulturni in medsebojni vplivi na telesno samopodobo in na nadzorovanje teže. *Psihološka obzorja*, 12(2), 113-127.

Lavikainen, J., Fryers, T. in Lehtinen, V. (2006). *Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project*. Stakes: Helsinki.

Levine, M. P. in Smolak, L. (1996). Media as a context for the development of disordered eating. V L. Smolak, M. P. Levine in R. Striegel-Moore (ur.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (str. 235-257). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H., Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372.

Margo, M. (2002). *Clinical update, eating disorders*. New York: The American Association for Marriage and Family Therapy.

Minuchin, S., Rosman, B. L. in Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moravec Berger, D. (ur.). (2005). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Mravlje, G. (1995). *Sociološki vidik motenj hranjenja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, Plantprint, d.o.o.

Nastran-Ule, M. (1994). *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Natkovski, T. (2002). *Ženski liki v oglaševanju*. Diplomsko delo, Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja - kompulzivno (prisilno) prenažedanje. *Psihološka obzorja*, 9(3), 25-44.

Palazzoli, M. S. (1978). *Self-starvation: From the Intrapsychic to the Intrapersonal Approach to Anorexia Nervosa*. New York: Aronson.

Pelc, J. (2012). Prvi koraki na poti ozdravitve. V B. Rustja (ur.), *Motnje hranjenja* (str. 6-13). Koper: Ognjišče d.o.o.

Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celega sistema. *Psihološka obzorja obzorja*, 13 (4), 119-133.

Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R. in Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297-1301.

Reich, G. in Kröger, S. (2009). *Motnje hranjenja*. Ptujška Gora: In obs medicus, d.o.o.

Renner, T. (1998). Sociopatologije vsakdanjosti: Anoreksija nevroza. *Družboslovne razprave*, 27/28, 55-62.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent Self-image*. Princetone, NJ: Princetone University Press.

Roth, A. in Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.

Salsali, M. in Silverstone, P.H. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(1), 3. Pridobljeno 28. 6. 2013, iz <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1475-2832-2-3.pdf>

Sernec, K. (2006). Motnje hranjenja. *MedenoSrce*. Pridobljeno 15. 7. 2013, iz <http://www.medenosrce.net/pogled.asp?ID=1327>

Sernec, K. (2009). Motnje hranjenja. V P. Pregelj in R. Kobentar (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju* (str. 249-254). Ljubljana: Rokus Klett.

Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farmacevtski vestnik* 2, 61(2), 106-109.

Sternad, D. M. (2001). *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*. Ljubljana: samozal.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.

Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Tomori, M. (1995). Telo – med ugodjem in tesnobo. V *Motnje hranjenja: IX. Seminar o delu z mladostniki* (str. 5-12). Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete: Psihiatrična klinika.

Tomori, M. (1999). Duševne motnje v razvojnem obdobju. V M. Tomori in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 345-350). Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Tomori, M. in Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression and self - esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 361-367.

Treasure, J. (1997). Eating disorders. V R. Murrey, P. Hill in P. McGuffin (ur.), *The Essentials of Postgraduate Psychiatry* (str. 192-221). Cambridge: Cambridge University Press.

Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B. in Robins, R.W. (2003). Stability of Self-Esteem Across in Life Span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 205-220.

Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., in Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research base. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712.

Ule, M. (2000). *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Vitiello, B. in Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: current status and future prospect. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777-786.

Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowless, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F. in Jackson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem and self-direct hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 27-32.

Zaviršek, D. (1995). Motnje hranjenja: žensko telo med kaosom in nadzorom. *Delta*, 3(4), 67-82.