

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA  
VPLIV IN VLOGA DRUŽINE PRI MLADOSTNIKI  
H Z  
MOTNJAMI HRANJENJA

BARBARA COLJA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja**

(Influence and role of the family in eating disorders)

Ime in priimek: Barbara Colja  
Študijski program: Biopsihologija  
Mentorica: doc. dr. Katarina Babnik  
Somentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, avgust 2013

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Barbara COLJA

Naslov zaključne naloge: **Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja**

Kraj: Koper

Leto: 2013

Število listov: 27

Število referenc: 53

Mentorica: doc. dr. Katarina Babnik

Somentor: doc. dr. Gregor Žvelc

UDK:

Ključne besede: motnje hranjenja, družina, mladostniki, zdravljenje, družinska terapija

Izvleček:

Motnje hranjenja so duševne motnje, ki se lahko pojavijo v vseh razvojnih obdobjih. Najpogosteje se pojavljajo v obdobju mladostništva. V zaključni nalogi v osnovi obravnavamo klasifikacijo motenj hranjenja, njihove značilnosti, pogostost pojava in etiologijo. Osredotočamo se predvsem na družinski vidik pojava motnje in od tu naprej raziskujemo, koliko in v kolikšni meri družina vpliva na razvoj motnje ter kolikšen delež lahko prispeva udeležba in pomoč družine k procesu zdravljenja. Pri procesu zdravljenja obolelega mladostnika se osredotočamo predvsem na tiste terapevtske tehnike, ki vključujejo družino kot najpomembnejši del zdravljenja. Natančno opišemo družinsko terapijo, vedenjsko sistemsko družinsko terapijo in Moudsleyjev pristop do zdravljenja. Ti terapevtski pristopi v terapijo vključujejo družino in starše učijo, kako prevzeti nadzor nad motnjo, za katero oboleva njihov mladostnik, hkrati pa kako se z njo spopadati in po uspešnem zdravljenju ohranjati ozdravitev. Prišli smo do ključnih ugotovitev, da lahko družina s svojo neučinkovito vzgojo in nefunkcionalnim vedenjem pomembno vpliva na razvoj motnje hranjenja pri mladostniku. Mnenje velike večine avtorjev je, da je zdravljenje s terapevtskim tehnikami, ki vključujejo družino kot del terapije najučinkovitejše in omogoča popolno ozdravitev, posledično pa izboljšanje družinske komunikacije in medosebnih odnosov.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Barbara COLJA

Title of the final project paper: **Influence and role of the family in eating disorders**

Place: Koper

Year: 2013

Number of pages: 27

Number of references: 53

Mentor: doc. dr. Katarina Babnik

Co-Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

UDK:

Keywords: eating disorders, family, adolescents, treatment, family therapy

Abstract:

Eating disorders are mental disorders that can occur in all developmental stages, most often in adolescence. In the final thesis, we basically discuss a classification of eating disorders, their characteristics, the frequency of occurrence of interference and the etiology of eating disorders. We focus mainly on the family aspect of the occurrence of disorder, and from there we research how much and to what extent family affect the development of disorders, and to what extent can the family participation contribute and help to the treatment process. In the process of treatment of adolescent patients, we focus on the therapeutic techniques that involve the family as the most important part of the treatment. We thoroughly describe family therapy, behavioural systematic family therapy and Maudsley's approach to treatment. This therapeutic approach in the treatment includes family and teaches parents how to take control over the eating disorder from which their adolescent suffers and simultaneously how to clash with it and after successful treatment maintain recovery. We found out that the family, with ineffective education and with non-functional behavior, has an important influence on the development of eating disorders in adolescents. The observation of a large majority of authors is that the treatment with therapeutic techniques, which include family as part of therapy, is most effective and provides complete recovery, therefore also improvement of family communication and interpersonal relations inside the family.

## ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, doc. dr. Katarini Babnik, in somentorju, doc. dr. Gregorju Žvelcu, za strokovno pomoč in nasvete pri pisanju zaključne naloge.

Svoji družini pa za potrpežljivost in podporo v času študija.

## Kazalo vsebine

|  |    |
|--|----|
| 1 UVOD.....  | 1  |
| 2 HRANA IN PREHRANJEVANJE .....                                    | 2  |
| 2.1 Normalno prehranjevanje .....                                  | 2  |
| 2.2 Nenormalno prehranjevanje .....                                | 3  |
| 3 MOTNJE HRANJENJA IN MOTNJE PREHRANJEVANJA .....                  | 3  |
| 4 MOTNJE HRANJENJA.....  | 3  |
| 4.1 Mednarodna klasifikacija motenj hranjenja MKB-10 .....         | 3  |
| 4.2 Vrste motenj hranjenja.....                                    | 4  |
| 4.2.1 Pika in ruminacija.....                                      | 4  |
| 4.2.2 Anoreksija nervoza .....                                     | 4  |
| 4.2.3 Bulimija nervoza .....                                       | 5  |
| 4.2.4 Kompulzivno prenažedanje.....                                | 6  |
| 4.2.5 Novejše oblike motenj hranjenja .....                        | 6  |
| 5 POGOSTOST MOTENJ HRANJENJA.....                                  | 7  |
| 5.1 Incidenca in prevalenca anoreksije nervoze .....               | 7  |
| 5.2 Incidenca in prevalenca bulimije nervoze .....                 | 8  |
| 5.3 Incidenca in prevalenca kompulzivnega prenažedanja .....       | 8  |
| 5.4 Razlike med spoloma .....                                      | 8  |
| 6 ETIOLOGIJA MOTENJ HRANJENJA.....                                 | 8  |
| 7 OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI OSEB Z MOTNJAMI HRANJENJA .....           | 9  |
| 7.1 Osebnostne značilnosti oseb z anoreksijo nervozo.....          | 9  |
| 7.2 Osebnostne značilnosti oseb z bulimijo nervozo.....            | 9  |
| 7.3 Osebnostne značilnosti oseb s kompulzivnim prenažedanjem ..... | 10 |
| 8 OBDOBJE MLADOSTNIŠTVA ALI ADOLESCENCE.....                       | 10 |
| 9 DRUŽINA IN DRUŽINSKO OZADJE.....                                 | 10 |
| 9.1 Učinkovita vzgoja staršev.....                                 | 11 |
| 9.2 Neučinkovita vzgoja staršev .....                              | 11 |
| 10 VPLIV DRUŽINE NA RAZVOJ MOTNJE HRANJENJA PRI MLADOSTNIKU.....   | 11 |
| 11 SKUPNE ZNAČILNOSTI DRUŽIN Z MOTNJAMI HRANJENJA .....            | 12 |
| 11.1 Značilnosti družin z anoreksijo nervozo.....                  | 13 |
| 11.2 Značilnosti družin z bulimijo nervozo.....                    | 13 |
| 11.3 Značilnosti družin s kompulzivnim prenažedanjem.....          | 13 |
| 12 ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA.....                               | 14 |
| 12.1 Družinski pristopi k zdravljenju motenj hranjenja .....       | 15 |
| 12.1.1 Družinska terapija.....                                     | 15 |

|   |    |
|---|----|
| 12.1.2 Vedenjsko družinska sistemska terapija (Behavioural Family Systems Therapy |    |
| □ BFST) .....   | 16 |
| 12.1.3 Maudsleyjev pristop k zdravljenju .....                                    | 16 |
| 13 VLOGA DRUŽINE PRI PROCESU ZDRAVLJENJA MOTENJ HRANJENJA .....                   | 17 |
| 14 SKLEPI.....  | 19 |
| 15 VIRI IN LITERATURA.....  | 22 |

## 1 UVOD

Hrana spremlja posameznika od rojstva do smrti. Človeku prinaša prvo izkušnjo ugodja in mu daje prijeten občutek, posameznik pa to informacijo ohrani v svoji podzavesti. Tako razvije odnos do hrane, ki je pri vsakem posamezniku specifičen. Na ustvarjanje pomena in odnosa do hrane ima že od rojstva pomembno vlogo družina, ki otroka vzgaja in ga uči ustvarjati vrednostni sistem do hrane in hranjenja, ki se v vsakem razvojnem obdobju spremeni. V obdobju mladostništva se hrana poveže s simboliko odraščanja, torej se takrat vrednostni sistem osredotoča na mladostnikovo rast in razvoj. Hrana lahko postane psihološka asimilacija tistega, kar je zunaj telesa, s tem, kar je v telesu. Hranjenje je tako prisposoda obvladovanja sveta, nalog, sprejemanja in premagovanja, nadomestek čustev in simbolična zamenjava za obvladovanje neobvladljivega (Tomori, 1999). Družina je osnovna celica družbe, je primarno okolje, znotraj katerega se vsak posameznik razvija in ustvarja identiteto. V družini z urejenimi in ljubečimi starši lahko poteka optimalni psihosocialni razvoj človeka (Rugelj, 2000). V družinah z neučinkovitim vedenjem in vzgojo, kamor uvrščamo konflikte, vpitje staršev, pridiganje, primerjanje mladostnika z drugimi posamezniki, uporabo groženj, sitnarjenje, vzbujanje krivde, izražanje pretirane skrbi za mladostnika, kritiziranje, kaznovanje in izražanje prizadetosti, lahko pride do razvoja resnih duševnih motenj pri mladostniku, med katere uvrščamo tudi motnje hranjenja (Good, 2000).

Nekateri znanstveniki zagovarjajo idejo, da lahko motnje hranjenja razumemo kot način sporočanja in izražanja čustev v družinskem sistemu, kjer so bila določena čustva zanikana, neprepoznana in odrinjena v stran (Erzar, 2000). Akademija za motnje hranjenja (Le Grange, Lock, Loeb, in Nicholls, 2010) pa zavrača idejo, da lahko družina sproži motnje hranjenja. Močno nasprotujejo etiološkim metodam motenj hranjenja, v katerih se vpliv družine šteje kot primarni vzrok za anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo. Ne izključujejo pa dejstva, da lahko pomembno vpliva na razvoj motnje. Zdravljenje motenj hranjenja je proces, ki posameznika vodi v prepoznavanje funkcij simptomov, zunanjih znakov, s katerimi se izraža motnja hranjenja. Motnje hranjenja lahko zdravimo farmakološko ali z različnimi vrstami terapevtskih tehnik, med drugim tudi s tehnikami, ki vključujejo družino v terapevtski proces kot pomemben del zdravljenja obolelega bolnika. Terapevtske tehnike, ki so v obdelanih raziskavah nakazovale najvišjo stopnjo učinkovitosti in popolno ozdravitev od motnje, so družinska terapija, vedenjsko sistemska družinska terapija in Maudsleyjev pristop k zdravljenju.

Namen zaključne naloge je torej opredeliti, kaj je normalno in kaj »nenormalno« oz. moteno prehranjevanje, opisati in definirati motnje hranjenja v vseh razvojnih obdobjih, poiskati, kakšna je pogostost motenj (prevalenca in incidenca), opredeliti razliko med motnjami hranjenja in motnjami prehranjevanja, opredeliti vse dejavnike tveganja za



Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

razvoj motenj hranjenja ter s pomočjo dosedanjih ugotovitev različnih strokovnjakov natančno opisati vlogo družine pri zdravljenju mladostnikov, ki obolevajo za motnjami hranjenja in predvsem strukturirano opisati, na kakšen način družina vpliva na razvoj motnje ter v kolikšni meri.

Cilj zaključne naloge je poiskati in pregledati literaturo o motnjah hranjenja v povezavi z družino, saj je lahko ravno družina glavni dejavnik tveganja za razvoj motnje. V primeru, da družina ni glavni dejavnik tveganja za razvoj motnje, pa so še vedno starši tisti, ki lahko v največji meri pomagajo mladostniku do uspešnega in kakovostnega zdravljenja. Menimo, da so dandanes starši obolelih otrok še vedno premalo ozaveščeni in poučeni o izvoru motnje in predvsem o pravilnem pristopu k zdravljenju. Brezplačnih družinskih terapij v Sloveniji primanjkuje, zato je dobro poznavanje ozadja motenj hranjenja temeljno pri starševski pomoči v procesu zdravljenja obolelih mladostnikov. Temeljni cilj zaključne naloge je predvsem usmeritev pozornosti na družino kot izhodiščno točko pojava motenj hranjenja in kot temelj v procesu zdravljenja.

## **2 HRANA IN PREHRANJEVANJE**

Hrana je v prvi vrsti vir preživetja, hkrati pa ima tudi zapleten psihološki pomen (Černelič Bizjak, 2007). Hranjenje je ena prvih izkušenj, ki jo doživi človek po rojstvu, saj prinaša prvo izkušnjo ugodja in užitka. Hrana postane prisposoda ugodja zato, ker se v otrokovi podzavesti poveže s sprejemanjem, z dajanjem, ljubeznijo, varnostjo, udobjem, močjo, s srečo, z zadovoljstvom (Končnik Goršič, 2004). Hrana je simbol otroštva: nezaveden, a tisočkrat utrjen spomin na tolažbo in občutek zadostitve ugodja in užitka, ki ju omogoča, spodbuja in dovoljuje človek, ki je otroku v njegovi bivanjski in čustveni odvisnosti najbližje (Tomori, 1995).

### **2.1 Normalno prehranjevanje**

Normalno hranjenje lahko opredelimo kot proces pravilnega uravnavanja lakote in sitosti in zaužitje uravnovežene prehrane (Kobal, 2009). Pri normalnem hranjenju gre za vnašanje razumnih količin hrane, brez obdobja popolne abstinence od hrane ali brez obremenjenosti s telesno težo. Osebe, ki se normalno prehranjujejo, se lahko v času hujšanja ustavijo na razumni točki (Logar, 2000).

## **2.2 Nenormalno prehranjevanje**

Vse motnje hranjenja označuje moteno oz. »nenormalno« prehranjevanje, o čemer nam daje informacijo že termin, s katerim jih poimenujemo in opredeljujemo (Logar, 2000). Logar (2000) označuje moteno prehranjevanje kot nekontrolirano, kaotično in neregulirano. »Nenormalnemu hranjenju« lahko pripišemo popolno odklanjanje hrane, pretiravanje hranjenja ali nenavadno hranjenje (Kobal, 2009). Številni avtorji poudarjajo, da je »nenormalno« prehranjevanje najprej samo reakcija na neugodje ali neuspešno reševanje težav, vendar lahko preraste v velik problem.

## **3 MOTNJE HRANJENJA IN MOTNJE PREHRANJEVANJA**

Motnje prehranjevanja moramo razlikovati od motenj hranjenja, saj prve v veliki večini veljajo za predstopnjo motenj hranjenja, hkrati pa ni nujno, da se motnje prehranjevanja razvijejo v motnje hranjenja. Med motnje prehranjevanja uvrščamo neustrezne prehranjevalne navade, kot so na primer: neredno hranjenje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnotežena prehrana) in podobno. Motnje prehranjevanja niso nujno znak določene duševne motnje (Serneck, 2008). O motnjah hranjenja pa govorimo v primerih, ko je pri posamezniku izražena klinična bolezenska slika, ki zahteva ustrezno medicinsko in psihiatrično pomoč (Benedičič, Čibej, Trpeski, 1999). Middleton in Smith (2012) definirata, da se motnja hranjenja pojavi, ko neurejeni vzorci prehranjevanja začnejo resno vplivati na človekovo čustveno in/ali telesno zdravje.

## **4 MOTNJE HRANJENJA**

Motnje hranjenja so duševne motenje, aktualne v vseh življenjskih obdobjih. V različnih obdobjih prevladujejo različne oblike teh motenj, nerazrešena tovrstna problematika v otroštvu pa je lahko podlaga kasnejši psihosomatski simptomatiki ali drugim telesnim in duševnim disfunkcijam. Pri obravnavi motenj hranjenja sta ključnega pomena psihološki pomen hrane in psihološki pomen simbolike (Tomori, 1999).

### **4.1 Mednarodna klasifikacija motenj hranjenja MKB-10**

Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 2008) uvršča motnje hranjenja v poglavje:

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

*Vedenjski simptomi, povezani s fiziološkimi in telesnimi dejavniki (F50-F59), kjer razdeli Motnje hranjenja (F50):*

- F50.0 Anoreksija nervoza;
- F50.1 Atipična anoreksija nervoza;
- F50.2 Bulimija nervoza;
- F50.3 Atipična bulimija nervoza;
- F50.4 Preobjedanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami;
- F50.5 Bruhanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami;
- F50.8 Ostale motnje hranjenja (Pika pri odraslih, psihogena izguba apetita);
- F50.9 Motnja hranjenja, neopredeljena.

*Motnje hranjenja v zgodnjem otroštvu (F98.2):*

- F98.3 Pika – motnja zaužitja neužitnih stvari;
- F98.2 Ruminacija – ponovno prežvekovanje že zaužite hrane.

## **4.2 Vrste motenj hranjenja**

### **4.2.1 Pika in ruminacija**

Pika – zauživanje neužitnih stvari (F 98.3)

Ruminacija – ponovno prežvekovanje že zaužite hrane (F 98.2)

Pika in ruminacija sta motnji, ki se lahko pojavita že v prvem letu življenja ali pa vsaj v zelo zgodnjem otroštvu. Pogosto sta povezani s splošnim zaostajanjem v duševnem in telesnem razvoju otroka ali pa sta del vzgojne in čustvene zanemarjenosti otroka (Kobal, 1999). Ti otroci jejo zemljo, barve, barvice, koščke oblek in druge predmete oz. snovi, ki jih življenjsko ogrožajo (Sternad, 2001).

### **4.2.2 Anoreksija nervoza**

Anoreksija nervoza (lat. *anorexia nervosa*) je duševna motnja, pri kateri obolela oseba čuti intenziven strah pred debelostjo in načrtuje ter uvaja izgubo telesne teže, strah pa se ne zmanjša niti ob doseženem znižanju telesne mase. Najpogosteje se pojavlja pri mladostnikih, na prehodu iz otroštva v adolescenco. Obolela oseba je prepričana o svoji debelosti, četudi so v resnici že izražene telesne posledice podhranjenosti (Serbec, 2009).

Pri tej motnji je telesna teža najmanj 15 % nižja od pričakovane v določeni starostni skupini, oz. je indeks telesne mase nižji od 17,5 (Kroger in Reich, 2009). Opažena je izrazita podhranjenost s sekundarnimi endokrinimi ter metaboličnimi spremembami in motnjami telesne funkcije. Simptomatika vključuje omejeno izbiro diet, pretirano telesno

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

aktivnost, bruhanje in defekcijo ter uporabo sredstev za dušenje apetita in uporabo diuretikov (MKB-10, 2008).

Bruch (1978, po Pandel Mikuš, 2003) navaja, da pri anoreksiji nervozi že pred izbruhom bolezni pride do motenj na treh ravneh psihološkega funkcioniranja. Pojavijo se resne motnje v doživljanju telesne podobe, neustrezna interpretacija zunanjih in notranjih dražljajev ter občutek neučinkovitosti in nemoči. Številne študije nakazujejo na naslednje osebnostne poteze obolelih oseb: perfekcionizem, obsesivno-kompulzivno vedenje, nizka samopodoba, nizko samospoštovanje, introvertiranost, čustvena hladnost, socialna negotovost, ekstremna ustrežljivost, nagnjenost k samoponiževanju, pomanjkanje avtonomije, rigidno in stereotipno mišljenje.

S pojavom bolezni se posledično pojavijo tudi spremembe v vedenju. Med mladimi je zelo pogosto samopoškodovanje. Oboleli mladostnik ima vedno manj stikov z vrstniki, s prijatelji in vedno manjšo zainteresiranost za interesne dejavnosti, kar bolnik nadomešča s hrano (Eivors in Nesbitt, 2007). Interesne dejavnosti pretvori v nenehno gibanje v obliki načrtne telovadbe, ki je dodatna metoda za znižanje telesne teže ali uravnavanje hiperaktivnosti (Mikuš Pandel, 2003).

Motnje hranjenja seveda v veliki meri vplivajo tudi na zdravje obolelega. Zdravstvene težave so nekakšen stranski učinek motenj hranjenja. Običajne zdravstvene posledice zaradi čezmerne izgube telesne mase so: nizek krvni pritisk, pešanje srca, oslabelost drugih mišic, anemija, neplodnost, osteoporoza (Middleton in Smith, 2012).

#### **4.2.3 Bulimija nervoza**

Bulimija nervoza je motnja hranjenja, za katero je značilno izmenjevanje obdobij prenajedanja in različnih neustreznih mehanizmov zmanjševanja telesne teže. Uporabljeni mehanizmi so lahko bruhanje, jemanje odvajal, diuretikov, stradanje in pretirana telesna aktivnost. Prisotna je zelo velika obremenitev z obliko svojega telesa, s telesno težo in stalen strah pred debelostjo ter občutki pomanjkljivega nadzora nad lastnim hranjenjem. Osebe z bulimijo nervozo imajo večinoma ustrezno ali nekoliko povečano telesno težo. Med prenajedanjem oseba z bulimijo zaužije bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobnih priložnostih. Zaužita hrana je visoko kalorična, sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob. Opisana oseba se svojega prenajedanja sramuje in ga izvaja na samem ter z njim nadaljuje do bolečin v želodcu. Ob pretiranem uživanju hrane sprošča napetost, temu sledi občutek krivde in posledični vedenjski vzorci za zniževanje telesne teže. Sram je prevladujoč občutek (Serbec, 2009). Ponavljajoče se bruhanje lahko izzove motnjo v razmerju telesnih elektrolitov (MKB-10, 2008), prebavne težave (Middleton in Smith, 2012) in ostale telesne zaplete.

Posamezniki, oboleli za bulimijo nervozo, pogosto doživljajo tudi anksioznost, depresijo ali vznemirjenost. Mnogi doživljajo tudi globoko krivdo, se odrekajo ugodju in vsemu, kar bi izboljšalo njihovo razpoloženje. Zanje je značilna nenehna skrb za druge. Prenajedanje lahko služi kot mehanizem umika vase, da se lahko končno posvetijo zgolj sebi. Pacienti nakazujejo na naslednje osebne dimenzije: čustvena nestabilnost, impulzivnost, težave v medosebnih odnosih, nizko samospoštovanje in kognitivna izkrivljenost (Johnson in Pure, 1986).

#### **4.2.4 Kompulzivno prenačjedanje**

Oseba s kompulzivnim prenačjedanjem se prenačjeda (nažira, baše) s hrano, ob tem ima občutek izgube nadzora nad telesnim hranjenjem. Obdobjem prenačjedanja ne sledijo mehanizmi za zniževanje telesne teže. Kompulzivno prenačjedanje je motnja, ki se pojavlja v zgodnjem in srednjem odraslem obdobju, najpogosteje med 35. in 45. letom. Osebe s to motnjo so lahko prekomerno hranjene, vendar to ni nujno. Pogosto se izmenjuje z bulimijo, večkrat pa tudi z anoreksijo nervozo. V teh primerih se seveda lahko pojavlja tudi že v adolescenci (Serbec, 2008).

Prekomerna telesna teža, predvsem pri mladostnikih, sproža nezadovoljstvo z zunanjo podobo, kar posledično vpliva na njihovo nizko samospoštovanje in samovrednotenje. Oboleni se zaveda svoje telesne drugačnosti, izogiba se stikov z drugimi ljudmi in se umika v samoto. Umik v samoto ga dela nesrečnega, nesprejetega in odrinjenega, čeprav je bila to njegova odločitev. Razočaranja ga silijo v dodatno prenačjedanje s hrano, s katero oboleni skuša nadomestiti svoje čustvene potrebe, vendar mu ta potreb ne nadomesti in tako nadaljuje s prenačjedanjem. Oblikuje se »začarani krog«, iz katerega posamezniku brez dodatne pomoči ne uspe izstopiti (Rozman, 1998). Običajne zdravstvene posledice zaradi čezmerno povečane telesne teže so bolezen srca in ožilja, težave s presnovo in sladkorna bolezen tipa 2, oteženo gibanje, povečano tveganje za nastanek drugih zdravstvenih težav (Middleton in Smith, 2012).

#### **4.2.5 Novejše oblike motenj hranjenja**

Med nove motnje uvrščamo ortoreksijo nervozo in bigoreksijo nervozo, ki še nista uvrščeni v evropske in ameriške klasifikacije.

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

Ortoreksija nervoza: ortoreksijo nervozo je leta 1997 prvi opisal dr. Steven Bratman, avtor knjige *Health-Food Junkies*. Opredelil jo je kot patološko obsedenost z biološko čisto hrano, ki vodi do izrazitih prehrabnih restrikcij. Obolevajo pretežno ženske v poznem mladostniškem in zgodnjem ter srednjem odraslem obdobju. V ozadju so izrazita potreba po kontroli, predhodno načrtovanje jedilnikov, ni pa strahu pred debelostjo niti težnje po vitkosti, torej ne gre za moteno telesno shemo. Vodi v izgubo socialnih stikov in čustvene motnje, predvsem depresivnega in anksioznega tipa.

Posameznik prične iskati rešitve za probleme v raznovrstnih ritualih, med drugim tudi z neprestanim razmišljanjem o zdravi prehrani. Razmišljanje o zdravi prehrani preide v motnjo, ko se ta razvije do te mere, da začne ovirati posameznikovo vsakdanje življenje in socialne stike. Skrajno mero ortoreksije pogosto povezujejo z anoreksijo in bulimijo, vendar pa je psihološki okvir drugačen. Motnja je nekoliko blažja, saj ni prizadeta samopodoba posameznika in želja po hujšanju, temveč bolj kompulzivna potreba po ohranjanju čistosti telesa. Prizadeti so predvsem posameznikov življenjski ritem in socialni stiki; zdravje in telesno stanje nista ogrožena (Jambrek, 2008, po Glavač, 2009).

Bigoreksija nervoza: bigoreksijo nervozo je prvi opisal dr. Roberto Olivardia leta 2001. Prvotno so to motnjo hranjenja poimenovali mišična ali »obrnjena anoreksija«. Gre za obsedenost s potrebo po mišičastem telesu. Obolevajo pretežno moški v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju. V ozadju motnje so slaba samopodoba, nizko samospoštovanje, motena telesna shema in izrazita potreba po nadzoru. Posledično pride do socialnega umika, pridružijo pa se tudi motnje razpoloženja, obsesivno-kompulzivne motnje in motnje spolnih funkcij. Oboleli pogosto zlorabljajo anabole steroide.

## **5 POGOSTOST MOTENJ HRANJENJA**

### **5.1 Incidenca in prevalenca anoreksije nervoze**

Incidenca anoreksije nervoze je v zadnjih tridesetih letih močno narasla. Prevalenca anoreksije nervoze se giblje med 0,5 in 1 %, najpogostejša pa je v starostnem obdobju med poznim mladostništvom in zgodnjo odraslostjo. Povprečna starost pričetka bolezni je 17 let, možnost pojava motnje pri osebah, starejših od 40 let, pa je zelo redka (Langrod, Ruiz in Strain, 2007).

## 5.2 Incidenca in prevalenca bulimije nervoze

Prevalenca bulimije nervoze je precej bolj pogosta v primerjavi z anoreksijo nervozo, s prevalenco od 1 do 3 % (Langrod idr., 2007; Kastelic, 1995), medtem ko Ser nec (2008) navaja prevalenco 3–5 %. Starost pričetka bolezni se giblje od 12 do 35 let, s povprečno starostjo 18 let.

## 5.3 Incidenca in prevalenca kompulzivnega prenejdanja

Podatki za pojavnost kompulzivnega prenejdanja še niso znani (Langrod idr., 2007), nekateri strokovnjaki to motnjo uvrščajo med nepurgativno bulimijo nervozo (Ser nec, 2008).

## 5.4 Razlike med spoloma

Sprva so motnje hranjenja veljale za izrazito žensko bolezen, danes ni več tako. Na 9–10 žensk z anoreksijo nervozo zboli 1 moški in na 7–8 žensk z bulimijo nervozo zboli 1 moški. Pri kompulzivnem prenejdanju je porazdelitev med spoloma približno enaka (Ser nec, 2008). Čufer, Ibic, Šolar, Švab, Trivič in Zih erl (1998) navajajo naslednje podatke glede pogostosti pojava motenj hranjenja med spoloma:

- anoreksija nervoze: 1 % žensk; 0,1 % moških;
- bulimija nervoze: 3–5% žensk; 0,3–0,5 % moških;
- kompulzivno prenejdanje: 12 % žensk, 12 % moških.

## 6 ETIOLOGIJA MOTENJ HRANJENJA

Danes je zelo uveljavljen integriran model razlage nastanka motenj hranjenja, ki razlaga vpliv splošne psihopatološke simptomatike, ki naj bi predstavljala bistvo za nastanek motenj ter vpliv specifičnih problemov, značilnih za motnje hranjenja (Bruce, Israel in Steiger).

Ti modeli v splošnem predpostavljajo, da so dejavniki tveganja za razvoj motenj hranjenja skupek (Copak in Uzman, 2010):

- bioloških faktorjev: temperament, kontrola impulzov, vpliv dednosti na razpoloženje;
- socialnih pritiskov (pričakovanja kulture in družbe glede načina vedenja in razmišljanja);

- psiholoških tendenc (družinski vzorci, ki posamezniku onemogočajo razvoj avtonomije, perfekcionizem, nagnjenost k redu in kontroli, preobčutljivost za socialne potrditve, nizko samospoštovanje);
- razvojnih procesov (prilagoditvene motnje zaradi prezgodnjega telesnega razvoja, menjave socialnih sredin, prilagajanje novim spolnim vlogam, večje zahteve na šolskem področju).

Poudariti pa je potrebno, da gre večinoma za več vzrokov, le redko lahko prepoznamo en sam jasni vzrok za nastanek motnje hranjenja (Serneck, 2009).

## **7 OSEBNOSTNE ZNAČILNOSTI OSEB Z MOTNJAMI HRANJENJA**

Povezava med motnjami hranjenja in osebnostjo posameznika je zelo kompleksna. K vzdrževanju motenj hranjenja prispevajo tudi motnje na področju osebnosti; te so predhodni ali oddaljeni faktorji (Wonderlich, 1995). Številne študije nakazujejo, da so za osebe z motnjami hranjenja značilne tudi neustrezne oblike navezanosti (Bruce, Israel in Steiger, 2003).

### **7.1 Osebnostne značilnosti oseb z anoreksijo nervozo**

Psihometrične študije in številna klinična poročila opisujejo osebnost bolnikov z anoreksijo nervozo kot obsesivno, čustveno zadržano, socialno inhibirano in ustrežljivo (Wonderlich, 1995).

Vitousek in Manke (1994, po Logar, 2000) anoreksičnim bolnikom ravno tako pripisujeta perfekcionizem, ustrežljivost in sramežljivost. Za osebe z anoreksijo nervozo je značilno, da razvijejo anksiozno obliko navezanosti (Kroger in Rodes, 1992).

### **7.2 Osebnostne značilnosti oseb z bulimijo nervozo**

Vitousek in Manke (1994, po Logar, 2000) opisujeta bulimične paciente kot paciente, ki imajo večjo socialno odprtost, histrionične poteze in kažejo znake čustvene nestabilnosti. Osebe z bulimijo nervozo razvijejo odvisnostno navezanost (občutki praznine in nemoči za avtonomno delovanje) ter navezanost s pomanjkljivimi občutki bazične varnosti (nezaupanje drugim, strah pred intimnostjo, neustreznostjo in javnim razkrivanjem nepopolnosti) (Jacobsin in Robins, 1989).



### **7.3 Osebnostne značilnosti oseb s kompulzivnim prenajedanjem**

Mere osebnosti kažejo, da je za kompulzivne jedce značilno, da izkazujejo več notranje napetosti, so bolj zaupljivi, nagnjeni k samooboževanju, imajo manj samokontrole in manj emocionalne stabilnosti. Nakazana je tudi večja potreba po odobravanju s strani drugih (Logar, 2000).

## **8 OBDOBJE MLADOSTNIŠTVA ALI ADOLESCENCE**

Mladostništvo ali adolescenca je razvojno obdobje (lat. *adolescere*, v prevodu pomeni *dozorevati*), ki se prične na koncu otroštva, torej pri 11–12 letih starosti in traja do začetka zgodnje odraslosti, med 22. do 24. letom starosti. Adolescenca je razvojno obdobje, ki se začne s predpuberteto in puberteto, z obdobjem pospešenega telesnega razvoja, vključno z razvojem reproduktivne zrelosti, ki sledi intenzivni telesni rasti, in se nadaljuje v zgodnja dvajseta leta (Zupančič, 2009).

Havighurst (1972, v Zupančič, 2009) navaja osem razvojnih nalog v mladostništvu: prilagajanje na telesne spremembe, čustveno osamosvajanje od družine in drugih odraslih, oblikovanje socialne spolne vloge, oblikovanje novih in stabilnih socialnih odnosov z vrstniki, razvoj socialno odgovornega vedenja, priprava na poklicno delo, priprava na partnerstvo in družino ter oblikovanje vrednotne usmeritve. Mladostništvo je razvojno obdobje, v katerem se adolescent začne osamosvajati od staršev in oblikovati intimne odnose z vrstniki.

V adolescenci se vprašanje hrane poveže s simboliko odraščanja. Mladostniku je hrana zagotovilo (ali grožnja) rasti in razvoja. Mladostnik se začne razvijati, raste, odrašča, predvsem pa je telo mladostnika spolno bolj opredeljeno. Tako se hrana v povezavi s telesnimi spremembami vplete v mladostnikov odnos do njegove samopodobe, spolnosti, telesa (Lajovic, 1997). Tomori (1995) navaja še odnos do identitete, odraslosti, samostojnosti, socialne sprejetosti in možnosti uveljavitve.

## **9 DRUŽINA IN DRUŽINSKO OZADJE**

Družina je osnovna celica družbe. V družini z urejenimi in ljubečimi starši lahko poteka optimalni psihosocialni razvoj človeka. Psihiatrični pacienti izhajajo iz patoloških družin, ki so v večini primerov navidezno urejene. Ljudje, ki izhajajo iz patoloških družin, so tudi v svoji odrasli dobi obremenjeni s patološkimi odnosi s svojimi starši, pa tudi brati in sestrami (Rugelj, 2000).

## 9.1 Učinkovita vzgoja staršev

Good (2003) navaja, da so starši mladostnika v tem obdobju izrednega pomena in morajo mladostnika vključevati v odločanje, postavljanje jasnih pravil, norm in vrednot. Hkrati meni, da je pomembno, da starši prisluhnejo mladostniku in so se pripravljene pogajati z njim, nadzorujejo njegovo vedenje in ne osebnosti, ga spodbujajo k oblikovanju lastnih stališč in k samoocenjevanju.

## 9.2 Neučinkovita vzgoja staršev

Med neučinkovito vedenje staršev v času konfliktov Good (2003) uvršča vpitje, pridiganje, primerjanje mladostnika z drugimi posamezniki, uporabo groženj, sitnarjenje, vzbujanje krivde, izražanje pretirane skrbi za mladostnika, kritiziranje, kaznovanje in izražanje prizadetosti. Neučinkovito vedenje staršev in njihova vzgoja lahko vodita do razvoja resnih duševnih motenj pri mladostniku, med katere uvrščamo tudi motnje hranjenja. Med neučinkovito vzgojo staršev uvrščamo odsotnost spremljanja mladostnika v času odraščanja in obdobju adolescence, odsotnost zanimanja za mladostnika, odsotnost čustvene razpoložljivosti staršev (Erzar, 2007).

Nestrpne, slabo prilagodljive družine, polne predsodkov pred vsem novim, različnim in drugačnim, ne dajejo le slabih izhodišč za notranje neravnovesje in zadovoljstvo posameznih družinskih članov, temveč tudi zavirajo njihovo izvirnost in ustvarjalnost (Sternad, 2001).

Družina je konfliktna skupina, vendar konfliktna čustva te skupine niso nevarna; nevarno je zanikanje teh čustev, kar je povezano z ravnanjem s čustvi v družini v splošnem. Otrok je odvisen od staršev, zato si lahko ti izsilijo čustvo, ki ga v določenem trenutku potrebujejo. Tako je lahko otrok uporabljen za ohranjanje zakona svojih staršev. Lahko pa tudi služi materi kot najzvestejši zaveznik v borbi (Čačinovič Vogrinčič, 1992).

## 10 VPLIV DRUŽINE NA RAZVOJ MOTNJE HRANJENJA PRI MLADOSTNIKU

Že dolgo je znano, da ima družina pomembno vlogo pri nastanku motenj hranjenja. Z vidika družinskega sistema motnje hranjenja razumemo kot način sporočanja in izražanja čustev v družinskem sistemu, kjer so bila določena čustva zanikana, neprepoznana in odrinjena. Tem čustvom, ki jih otroci nehote čutijo in jih zaman poskušajo razrešiti, saj so zaradi sramu nedostopna in nedovoljena, se lahko pridružijo še travmatična čustva iz

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

njihovega lastnega otroštva, čustva fizične ali spolne zlorabe, zavrženosti ali izgube. Zavračanje hrane s tega vidika pomeni način zavračanja zunanjega sveta in čustev, ki vdirajo v psihični svet posameznika, ne da bi se ta lahko pred njimi ubranil ali jih razumel in obvladal. Zavračanje hrane predstavlja skrajno in edino možno obliko kontrole, pri kateri se je še mogoče izogniti neposrednemu soočanju s problemi (Erzar, 2007).

V raziskavi Agusa, Cacciarrujeve in Lampisove (2013), ki je bila izvedena na 1083-ih italijanskih mladostnikih, med 14. in 19. letom starosti, je bil poleg zgodnjih indikatorjev, ki lahko sprožijo začetek motenj hranjenja (kot so izredna želja po suhosti, visoko nezadovoljstvo s telesom, povišana raven bulimije), proučiti tudi specifične indikatorje kvalitetnih družinskih odnosov (kot so družinska kohezivnost, prilagodljivost, materina ter očetova skrb in zaščita). Raziskovalci so glede odnosov v družini in motenj hranjenja ugotovili, da ima dimenzija kohezivnosti bistveno funkcijo. Osebe, ki so poročale o zelo nizkih stopnjah družinske kohezivnosti in visokega čustvenega umika, so nakazovale na visoko željo po suhosti, nezadovoljstvo s telesom, na bulimijo, asketizem, negotovost v medsebojnih odnosih, impulzivnost, neučinkovitost, strah pred odraslostjo in socialno negotovost.

Akademija za motnje hranjenja (AED) (Le Grange, Lock, Loeb in Nicholls, 2010) zavrača idejo, da lahko družina sproži motnje hranjenja. AED močno nasprotuje etiološkim metodam motenj hranjenja, v katerih se vpliv družine šteje kot primarni vzrok za anoreksijo nervozo in bulimijo nervozo. Stern (1995, v Podjavoršek, 2004) meni, da so motnje hranjenja zunanji pokazatelji obolelih odnosov iz najzgodnejšega obdobja otrokovega razvoja. Zavračanje hrane postane način iskanja lastne identitete.

## **11 SKUPNE ZNAČILNOSTI DRUŽIN Z MOTNJAMI HRANJENJA**

Družine, pri katerih je prisotna motnja hranjenja, so definirane kot družinski sistem, ki visoko vrednoti zunanji vtis, goji idealizirano podobo, je močnih, prepletenih vezi, nejasnih vlog in skupnega nediferenciranega ega (Minuchin, 1974). Raziskovalci na podlagi številnih raziskav ugotavljajo, da te družine delujejo na videz varno, brez konfliktov in negativnih čustev in imajo visoko zahtevna in ambiciozna pričakovanja. Matere definirajo kot izrazito avtoritativne, prezaščitniške, nezmožne upoštevati individualnost posameznika, ki so pogosto čustveno hladne, imajo težnjo po prekomernem nadzoru in obvladovanju. Očetje so za razliko od matere večinoma pasivni, medli, odsotni, brez avtoritete, pogosto imajo še vrsto nedokončanih in neizpoljenih nalog iz lastnega mladostniškega obdobja (Rojc, 1995). Odnosi med družinskimi člani so zelo specifični. Družinski člani v medsebojnih odnosih nakazujejo na pretirano soodvisnost, soodgovornost za počutje drugega, pretežno navezanost in hiperprotektivnost (Aguilera, 1998).

Po mnenju Folse in Krawzaka (2013) je večina primerov motenj hranjenja v družinah, kjer je ustvarjena slaba komunikacija, nizka skrbnost, nizka mera izkazane ljubezni in starševskih pričakovanj. Mladostnice, obbolele za bulimijo nervozo, opisujejo svojo družino kot manj kohezivno, z nizko čustveno podporo, z visoko stopnjo konfliktov, ki ima težave s komunikacijo in interakcijo med družinskimi člani.

### **11.1 Značilnosti družin z anoreksijo nervozo**

Mrevlje (1995) opredeli pogoste skupne značilnosti družin z motnjami hranjenja. Skupna značilnost družin z obolelimi za anoreksijo nervozo je njihova kontroliranost navzven in navznoter. Člani družine se izogibajo in bojijo sporov ter vzdržujejo podobo popolnosti na vseh ravneh. Rezultati številnih študij nakazujejo, da so za družine oseb z anoreksijo nervozo značilni še hiperaktivnost, separacijski problemi in omejevanje razvoja avtonomnosti, neobičajno nizko število konfliktov, izogibanje konfliktom ter redko izražanje čustev (Bruce, Israel in Steiger, 2003). Logar (2000) navaja še preobremenjenost z zunanjim videzom, odnosi znotraj družine izražajo preveliko bližino, preveliko vmešavanje brez separacije in individualizacije.

### **11.2 Značilnosti družin z bulimijo nervozo**

V družinah z obolelimi za bulimijo nervozo je pogosteje možno prepoznati konfliktno situacijo, ki je člani družine ne zmorejo razrešiti in je ta vzdrževalka ali pa posledica vsesplošne zmede, ki vlada v njihovih odnosih (Mrevlje, 1995). Starši v družinah, kjer otrok oboleva za bulimijo nervozo, so bolj zavirajoči, manj skrbni, izražajo manj empatije, pogosto zanemarjajo otroke in vzbujajo v njih občutke krivde. Matere so izrazito dominirajoče in zahtevne. V teh družinah je bilo ugotovljenega veliko več odkritega izražanja čustev, vendar so bila to čustva z negativno konotacijo (Bruce, Israel in Steiger, 2003). Obolele mladostnice opisujejo svoje očete kot zaprte in pasivne, neljubeče in manipulativne. Očetje prikazujejo tak vzorec vedenja, ker se počutijo nemočni nad hčerino boleznijo, hčere nato občutijo strah pred zapustitvijo, posledično pa zavračajo očetovo pomoč. Vse to še dodatno poslabša stike med hčerko in očetom in ovira zdravljenje ter povzroča nadaljnje napredovanje bolezni (Harris, Jones in Leung, 2006).

### **11.3 Značilnosti družin s kompulzivnim prenajedanjem**

Raziskave s podatki družinskih vzorcev oseb s kompulzivnim prenajedanjem so redke, zato je zelo težko podati splošen zaključek.

## 12 ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA

Zdravljenje motenj hranjenja je proces, ki posameznika vodi v prepoznavanje funkcij simptomov oz. zunanjih znakov, s katerimi se izraža motnja hranjenja. Proces zdravljenja v prvi fazi omogoča uvid, da so težave s hranjenjem z vsemi spremljajočimi značilnostmi samo zunanji pokazatelji kompleksnejših problemov (Rožman, 2013).

Kompleksni problemi izvirajo iz našega duševnega sveta, nezavedne psihične dinamike in potlačenega psihičnega doživljanja. Tako nam proces zdravljenja omogoča varno razkrivanje doživljanja sebe, nudi podporo in spodbuja napredek. Ko oboleli mladostnik zavestno spozna, da primaren vzrok nastanka motnje ni v hrani, načinu hranjenja ali telesni samopodobi, je pripravljen na naslednjo fazo zdravljenja □ prepoznavanje duševne stiske, ki je glavni vzrok nastanka motnje. V tej fazi zdravljenja mladostnik pridobi potrebne mehanizme za reševanje duševnih stisk. Sooča se s potlačenimi psihičnimi vsebinami na kognitivni, emocionalno afektivni in telesni ravni (Rožman, 2013).

V procesu zdravljenja motenj hranjenja se lahko uporablja tako farmakološko zdravljenje kot tudi zdravljenje z različnimi vrstami psihoterapevtskih obravnav. Resnost motnje je tista, ki določa intenzivnost zdravljenja. Po do sedaj znanih podatkih so najbolj uspešni programi, ki zagotavljajo čim bolj raznolike in hkrati celovite oblike obravnave: somatsko zdravljenje, vedenjsko kognitivna terapija, družinska terapija, psihodrama, muzikoterapija, plesno-gibalna terapija, likovna terapija, psihoedukacija, trening socialnih veščin (Pahole, 2005). Sam nastanek motenj hranjenja je zelo povezan z disfunkcionalnostjo duševnih procesov, zato je ravno psihoterapija ena izmed najpomembnejših načinov zdravljenja (Copak in Uzman, 2010).

V zaključni nalogi se bom osredotočila predvsem na terapevtske tehnike, ki vključujejo družino kot najpomembnejši pristop v procesu zdravljenja obolelega mladostnika.

## **12.1 Družinski pristopi k zdravljenju motenj hranjenja**

Termin družinski pristopi k zdravljenju mladostnikov, obolelih za motnjami hranjenja, definira, da so lahko v proces zdravljenja vključeni starši, sorojenci in pomembni drugi, s katerimi je pacient v tesnem odnosu (Honig, 2007).

### **12.1.1 Družinska terapija**

Družinski sistem definiramo kot skupino krožno povezanih posameznikov, kjer sprememba kateregakoli člana vpliva na druge posameznike in na skupino kot celoto. Sprememba celote naprej ponovno vpliva na vsakega posameznika (Kačič, Možina, Štajduhar in Šugman Bohinc, 2011). Vsaka družina funkcionira na svoj edinstven in specifičen način. Način funkcioniranja družine je odvisen predvsem od funkcioniranja družin prejšnjih populacij. Družinska terapija temelji na teoriji sistemov. Sistem je način, po katerem poteka življenje družine. Družina lahko funkcionira dobro ali slabo. V prvem primeru je »sistem« družine zdrav, saj vsak član lahko svobodno izraža svoje potrebe in občutke, pri tem pa je deležen razumevanja in podpore. V drugem primeru, primeru slabega funkcioniranja družine, izraža družina slabo komunikacijo, molk iz strahu, iz razloga, da ne bi vznemirjali drug drugega (Rugelj, 2000).

Družinska terapija predpostavlja, da je družina (svojci, starši ...) soodgovorna za razvoj motenj hranjenja zaradi družinskih stresorjev in neugodnih komunikacijskih vzorcev znotraj družine (Copak in Uzman, 2010). Družinska terapija je učinkovita predvsem pri mlajših dekletih, ki za motnjo hranjenja obolevajo kratek čas (Erzar, 2007). Družinska terapija v svojem procesu zdravljenja v terapijo vključuje aktivno sodelovanje svojcev pri obvladovanju nastalih težav s telesno težo in nepravilnem prehranjevanju, izboljšanju nefunkcionalne komunikacije znotraj družine, posebno med starši ter na razjasnjevanju razlik med ustreznim in sedanjim (neustreznim) načinom obvladovanja konfliktov v povezavi s simptomi osebe z motnjami hranjenja (Copak in Uzman, 2010). Družinska terapija je najbolj učinkovita, če se začne v zgodnji fazi motnje hranjenja in se aplicira v obdobju adolescence (Blow in Downs, 2013). Številni raziskovalci so ugotovili, da je družinska terapija bolj učinkovita od individualne terapije za paciente, ki so razvili anoreksijo nervozo pred 19. letom starosti in so imeli bolezen manj kot 3 leta (Russell idr., 1987; Dare idr., 1990, po Ogden, 2010). Nadaljnje študije so pokazale, da je družinska terapija pri zdravljenju obolelih mladostnikov bolj učinkovita tudi od podporne psihoterapije (Crosby, R.D., Le Grange, D., Leventhal, B.L. in Rathouz, P.J., 2007). Boachie, Foroughe, Girz, Jasper in Lafrance Robinson (2013) so ugotovili, da po zaključku zdravljenja z družinsko terapijo, 50 do 75 % mladostnikov (13–18 let), ki so obolevali za anoreksijo nervozo, pridobi nazaj normalno telesno težo ter da 60 do 90 % popolnoma ozdravi v časovnem obdobju 4 do 5 let.

### **12.1.2 Vedenjsko družinska sistemska terapija (Behavioural Family Systems Therapy**

#### **□ BFST)**

BFST je oblika družinske terapije, ki jo je razvil Falloon in njegovi kolegi leta 1984. Pristop združuje komponente vedenjskega, kognitivnega in družinskega sistema. V terapijo vključuje bolnika in starše. V prvem koraku terapevt spodbuja, da družina deluje in sodeluje kot skupina. Terapevt prevzame nadzor nad otrokovim prehranjevanjem in pridobivanjem telesne teže. Uporabljen je vedenjski program pridobivanja telesne teže z nadzorom staršev pri pripravi hrane, skupaj z implementiranjem pozitivnih in negativnih posledic glede na otrokovo vedenje (Koepke, T., Moye, A.W., Robin, A.L., Siegel, P.T. in Tice, S., 1994).

Druga stopnja zdravljenja se prične, ko starši pridobijo nadzor in otrok začne pridobivati na telesni teži. Na tej stopnji imajo starši še vedno pod nadzorom prehranjevanje, saj se terapija osredotoča na kognitivno distorzijo in družinsko strukturo. V tem koraku terapevt oblikuje hipoteze o simptomih motenj hranjenja in kakšno vlogo igrajo ti v družinskem okolju ter strateške intervencije, ki so uporabne kot pomoč za reševanje problema. Tretja stopnja zdravljenja se prične, ko bolnik doseže in vzdržuje pridobljeno težo. Na tej stopnji se terapija osredotoča na povrnitev nadzora mladostniku in pomoč mladostniku pri ustvarjanju individualnosti, tako da mladostnik preživlja manj časa s svojimi starši in več časa z vrstniki (Blow in Downs, 2013).

### **12.1.3 Maudsleyjev pristop k zdravljenju**

Maudsleyjev pristop je bil razvit s strani strokovnjakov Maudsleyjeve bolnišnice v Londonu, z osredotočenjem na učinkovitost družinske terapije pri zdravljenju motenj hranjenja. Model je prestal številne spremembe, ki potekajo še danes (Blow in Downs, 2013). Pristop se je na začetku osredotočil samo na anoreksijo nervozo, čeprav je bilo več študij narejenih tudi za bulimijo nervozo; danes se uporablja pri obeh motnjah. Pristop poteka na več stopnjah. V svoji prvotni obliki so bile tri naloge poglobitve za zdravljenje. Pri prvi nalogi je fokus na pridobivanju in ohranjanju družinskega sodelovanja s povišanjem intenzitete in potrebe po zdravljenju motnje. Poudarek specifične nevarnosti stanja je nujen. Druga naloga je oceniti organizacijsko strukturo družine in dinamiko povezanosti, razumevanje zaveznitva znotraj družine, uporabljene tehnike nadziranja in kako družina na splošno funkcionira ob prisotnosti motnje. Tretja in zadnja naloga terapije je uporabiti ukrep, ki bo pomagal družini pri uveljavljanju sprememb. Zdravljenje poteka v treh fazah, ki se med seboj prekrivajo (Blow in Downs, 2013).

Prva faza se osredotoča na vključevanje in sodelovanje staršev ter njihovo usposabljanje, da pridobijo nadzor nad povrnitvijo telesne teže v primeru anoreksije nervoze ali omeji

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

pretirano prehranjevanje v primeru bulimije nervoze. V drugi fazi poteka izobraževanje o prehrani; družina na zdravljenju pripravlja tipične obroke, ki predstavljajo normalno in zdravo družinsko prehranjevanje. Medtem ko se družina prehranjuje, terapevt opazuje in nadzoruje proces prehranjevanja ter prične posredovati tako, da usmerja družino in pomaga staršem, da pomagajo svojemu obolelemu otroku, da poje dovolj hrane in ga tako pripeljejo do povečanja in kasneje vzdrževanja telesne mase. Terapevt nameni največ pozornosti sami motnji hranjenja v povezavi z družinskim sistemom. Bistveno je prevzeti nadzor nad prehranjevanjem pacienta in ta nadzor predati staršem, ti pa postanejo odgovorni za nadaljnje hranjenje in nadziranje prehranjevanja mladostnika. Prva faza terapije se nanaša na vključevanje družine v terapijo in dvig motivacije staršev, da se lahko spopadajo z motnjo hranjenja (Blow in Downs, 2013).

Druga faza vključuje pomoč mladostniku, da se začne samostojno prehranjevati. Glavni cilji v tej fazi so skrb in vzdrževanje nadzora staršev pri prehranjevanju mladostnika ter priprava, da sčasoma postane samostojen pri pravilnem prehranjevanju in pridobivanju, kasneje vzdrževanju telesne mase (Blow in Downs, 2013).

Zadnja faza terapije se začne, ko se je telesna masa mladostnika pričakovano povišala, ko prehranjevanje normalno napreduje in otrok vzpostavi nadzor nad svojo prehrano. Maudsleyjev pristop je imel dolgoročne pozitivne učinke na ozdravljene osebe, kot so ponovna vzpostavitev normalnih stikov z družino, višja zaupnost znotraj družine, višja zaupnost znotraj prijateljskih krogov in višja samostojnost. V zadnjih 25-ih letih so se številni pristopi zdravljenja motenj hranjenja razvili ravno na podlagi Maudsleyjevega pristopa (Blow in Downs, 2013).

### **13 VLOGA DRUŽINE PRI PROCESU ZDRAVLJENJA MOTENJ HRANJENJA**

Družina je za otroke in mladostnike pomemben vir informacij glede prehrane, prehranjevalnih navad, zaznavanja pomena hrane in telesne samopodobe (Folse in Krawzak, 2013). Zato je sodelovanje vsakega družinskega člana pomembno za zdrav razvoj, ohranitev zdravja in hitro ter uspešno okrevanje.

Pomembno je, da si starši obolelih otrok ne zatiskajo oči pred resnico in sprejmejo dejstvo, da je njihov otrok zbolel. Sodelovanje družine pri pacientu v procesu zdravljenja je nepogrešljiv dejavnik, ki mladostniku pomaga premagati bolezen (Goršič Končnik, 2004). Pravilen pristop staršev k procesu zdravljenja otroka je poglobitnega pomena. Pomembno je, da starši razumejo ozadje bolezni in se zavedajo, da ne gre zgolj za »hrano in nepravilno hranjenje«, temveč za odnose v družini in probleme, ki izhajajo iz otroštva (Erzar, 2007). Najpogostejše napake staršev so medsebojno obtoževanje, občutek pretirane krivde in



Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

iskanje zunanjih krivcev. Vse to še bolj privede do občutka neobvladovanja boleznih in nezmožnosti pomoči s strani staršev. Zelo pomembno je, da se reševanja problema udeležita oba starša skupaj (Erzar, 2007).

Vzporedno z zdravljenjem obolelega se priporoča vključitev družine v zdravljenje. Namen je spremeniti odnos do hrane in prehranjevanja, spremeniti odnos do telesa in telesnih oblik ter korekcija popačenega dojemanja lastnega telesa in samopodobe (Erzar, 2007).

Odnos med starši in mladostniki bi moral biti središče za določene specifične preventivne projekte za starše, v katerih bi bile določene strategije rasti domačnosti, reševanja konfliktov, dajanje uvida v psihološko ranljivost in pomoč staršem, kako se soočiti s reševanjem le-te ter starše spodbujati in jih poučevati o vlogi matere in očeta. Te cilje bi bilo najlažje in najhitreje doseči z raznimi usposabljanji, namesto izobraževanja o vzrokih nastanka motnje (družinska disfunkcija,...). Samo na takšen način bi povzročila vključitev družine v proces zdravljenja pozitivne učinke. S takšnim pristopom bi postali starši pomemben del procesa zdravljenja in bi bili v veliko večjo pomoč pri doseganju zastavljenih ciljev (Ellingson, Homme, Lteif, Schak, Sim in Vande Voort, 2009).

Le Grange in drugi (2010) navajajo rezultate zadnjih raziskav, ki so prišle do ugotovitev o zmanjšanju psihološke in medicinske obolevnosti v primeru vključitve družine v terapevtsko zdravljenje, posebno pri mladih bolnikih s kratkotrajnimi motnjami hranjenja. Navajajo tudi višjo učinkovitost družinske terapije v primerjavi z individualno, vendar menijo, da je ta učinkovita predvsem pri mladostnikih obolelih za bulimijo nervozo.

Družinski člani, ki sodelujejo v zdravljenju, pogosto doživljajo stisko, tesnobo, žalost, nemoč. Pomembno je izobraževanje staršev na tem področju.

Akademija za motnje hranjenja zagovarja vključevanje družine v proces zdravljenja mladostnika, razen če strokovnjaki na kliničnem področju to močno odsvetujejo. V prvi fazi vključitve je pomembno ugotavljanje, kateri faktorji znotraj same družine lahko pospešijo okrevanje. Pomembna je pozorna analiza staršev, družinskega ozadja, njihova kompetenca, motivacija, izkušnje, ozaveščenost in način njihovega soočanja s travmatičnimi dogodki. Njihov delež sodelovanja in kako bi bile najbolj v pomoč, se razlikuje, saj je vsaka družina specifična in drugačna (Le Grange idr., 2010).

Britanski Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (2004, po Blow in Downs, 2013) je na podlagi vseh razpoložljivih raziskav do leta 2004 podal zaključek, da so najboljši rezultati zdravljenja pri pacientih, mlajših od 18 let, pri zdravljenju z družinsko terapijo. Pri starejših bolnikih pa je bilo narejenih premalo raziskav, da bi lahko podali enako mnenje.

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

Dallos in Denford (2008) sta v svoji študiji ugotovila, da je možen tudi prenos motenj znotraj generacij. Matere otrok, ki obolevajo za eno izmed oblik motenj hranjenja, v času obroka s svojimi dojenčki komunicirajo na konflikten in vsiljiv način. Iz tega izhaja, da je to lahko eden izmed vzrokov za nastanek motenj hranjenja pri dojenčku. Opisana vrsta komunikacije pa se lahko uporablja ne le med prehranjevanjem, temveč se lahko pojavi tudi med otroško igro in ostalimi interakcijami med otrokom in starši.

Prisotnost motnje hranjenja v družini vpliva na delovanje celotne družine in se dotakne vsakega družinskega člana. Številni starši od nastanka motnje naprej poročajo o večjih družinskih konfliktih. Številni raziskovalci so proučevali družinsko vzdušje oz. kako se to spreminja v času procesa zdravljenja in okrevanja mladostnika. Rezultati so pokazali pričakovane rezultate, in sicer, da se je družinsko vzdušje izboljšalo v družinah, kjer je otrok ozdravel od motnje hranjenja in poslabšalo v družinah ne ozdravelih mladostnikov, kar nakazuje, da že sama bolezen vpliva na vzdušje v družini. Starši ozdravelih otrok so se po uspešnem zdravljenju s svojimi otroki močno zblížali. Najvišji stres v družini je prisoten ob prvotnem soočanju družine z boleznijo, kasneje se pa vedno bolj niža. Obstajajo pa tudi določeni primeri, v katerih se kljub izboljšanju in ozdravitvi mladostnika od motnje hranjenja, stanje družinskega vzdušja ne izboljša (Engstrom, Hagglof in Nilsson, 2012).

## **14 SKLEPI**

Namen zaključne naloge je bil opredeliti, kaj je normalno in kaj »nenormalno« oz. moteno prehranjevanje, opisati in definirati motnje hranjenja v vseh razvojnih obdobjih, poiskati, kakšna je pogostost motenj (prevalenca in incidenca), opredeliti razliko med motnjami hranjenja in motnjami prehranjevanja ter opredeliti vse dejavnike tveganja za razvoj motenj hranjenja.

Temeljni cilj naloge je bil predvsem s pomočjo dosedanjih ugotovitev različnih strokovnjakov, ki se ukvarjajo s tem področjem, raziskati vpliv družine: ali vpliva na razvoj motenj, v kolikšni meri in zakaj ter s kakšnim vedenjem in vzgojo vpliva na razvoj motnje pri mladostniku.

Drugi del temeljnega cilja naloge pa je bil natančno opisati in opredeliti vlogo družine pri zdravljenju mladostnikov, ki obolevajo za motnjami hranjenja in predvsem strukturirano opisati na kakšen način vpliva družina na razvoj motnje ter v kolikšni meri, poiskati najbolj učinkovite terapevtske tehnike, ki kot najpomembnejši del zdravljenja obolelega mladostnika v terapijo vključujejo družino.

Rezultati raziskav številnih znanstvenikov so prišli do ugotovitev, da so dejavniki tveganja za razvoj motenj hranjenja večplastni in se med seboj prepletajo. Na razvoj motnje vplivajo

tudi psihološke tendence, ki lahko izvirajo iz družinskega sistema, ki lahko posamezniku onemogoča zdrav razvoj. Motnje hranjenja so tako zunanji pokazatelji obolelih odnosov iz najzgodnejšega obdobja otrokovega razvoja, ki najpogosteje izbruhnejo v obdobju adolescence, ko posameznik začne iskati lastno identiteto. Velika večina raziskav zagovarja dejstvo, da ima družina zelo velik vpliv na razvoj motnje, peščica znanstvenikov pa zavrača idejo, da lahko družina sproži razvoj motenj hranjenja in nasprotuje trditvam, da je vpliv družine primaren vzrok.

Obolele osebe so poročale o zelo nizkih stopnjah družinske kohezivnosti in visokega čustvenega umika; mnenja različnih raziskovalcev o podobnih značilnostih družin z motnjami hranjenja se med seboj skladajo. Takim družinam najpogosteje pripisujejo lastnosti pretirane soodvisnosti, soodgovornosti za početje drugega. Take družine so preveč zaščitniške, težijo k pretiranemu perfekcionizmu, imajo težnjo po prekomernem nadzoru, delujejo na videz varno, brez konfliktov in negativnih emocij ter imajo visoka in zahtevna pričakovanja. Znotraj družinskega sistema je pogosto vzpostavljena slaba komunikacija med družinskimi člani.

Ker je družina za otroka pomemben vir informacij glede prehrane in prehranjevalnih navad, je sodelovanje vsakega družinskega člana pri zdravljenju pomembno za zdrav razvoj, ohranitev zdravja in hitro ter uspešno okrevanje. Pravilen pristop staršev k procesu zdravljenja otroka je ključnega pomena. Najpomembnejše je, da starši razumejo ozadje bolezni in se zavedajo, da ne gre zgolj za hrano in nepravilno hranjenje, temveč za odnose v družini in probleme, ki izhajajo iz otroštva. Rezultati nedavnih raziskav nakazujejo na zmanjšanje psihološke in medicinske obolevnosti v primeru vključitve družine v terapevtsko zdravljenje, posebno pri mladih bolnikih s kratkotrajnimi motnjami hranjenja. Številni raziskovalci so ugotovili, da so terapije, ki pri svojem procesu zdravljenja vključujejo družinske člane, učinkovitejše v primerjavi z ostalimi, kot je na primer individualna terapija. Pri terapevtskih pristopih, ki vključujejo družinske člane, imata najvišjo vrednost izobraževanje in učenje staršev, kako prevzeti nadzor nad otrokovim prehranjevanjem in izboljšanje oz. zdravo vzpostavljanje komunikacije znotraj družine. Družinski pristopi imajo dolgoročne pozitivne učinke na ozdravljene osebe, hkrati pa poleg ozdravitve od motnje hranjenja naučijo vzpostaviti normalne stike z družino in posameznik v življenju lahko normalno funkcionira naprej. Na podlagi pridobljenih raziskav smo zaključili, da so najučinkovitejše tovrstne terapije družinska terapija, vedenjsko sistemska družinska terapija, t. i. Maudsleyjev pristop pa je bil izhodišče za razvoj številnih novejših pristopov zdravljenja.

Menim, da so dandanes starši obolelih otrok še vedno premalo ozaveščeni in poučeni o izvoru motnje in predvsem o pravilnem pristopu k zdravljenju. Brezplačnih družinskih terapij v Sloveniji primanjkuje, zato je dobro poznavanje staršev o ozadju motenj hranjenja temeljno pri njihovi pomoči v procesu zdravljenja obolelih mladostnikov. V prihodnje bi

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

se raziskovalci lahko osredotočili na raziskovanje, kolikšna je motivacija družin pri sodelovanju, v denimo družinski terapiji, in zakaj se določene družine soočajo z reševanjem problema na učinkovitejši način kot druge.

## 15 VIRI IN LITERATURA

- Aguilera, D.C. (1998). *Crisis Intervention. Theory and Methodology*. Boston: Mosby.
- Agus, M., Cacciarru, B. in Lampis, J. (2013). Quality of Family Relationships as Protective Factors of Eating Disorders: An Investigation Amongst Italian Teenagers. *Applied Research in Quality of Life*, 1–16.
- Benedičič, A., Čibej, B., Trpeski, S. (1999). *Motnje prehranjevanja*. Ljubljana: Mestna občina Ljubljana, Mestna uprava, Oddelek za predšolsko izobraževanje in šport, Urad za preprečevanje zasvojenosti, Ministrstvo za zdravje.
- Blow, A.J. in Downs, K.J. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *Journal of Family Therapy*, 35 (1), 3–28.
- Boachie, A., Foroughe, M., Girz, L., Jasper, K. in Lafrance Robinson, A. (2013). Adapting family-based therapy to a day hospital programme for adolescents with eating disorders: preliminary outcomes and trajectories of change. *Journal of Family Therapy*, 35 (1), 102–120.
- Bruce, K.R., Israel, M. in Steiger, H. (2003). Eating disorders. V G. Stricker, I.B. Weiner in T.A. Widiger (ur.), *Handbook of Psychology-Clinical Psychology (Volume 8): izbrane teme* (173–194). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Copak, M. in Ucman, S. (2010). Nefarmakološki pristop pri zdravljenju motenj hranjenja. *Farmakološki vestnik*, 61 (2), 113–116.
- Crosby, R.D., Le Grange, D., Leventhal, B.L. in Rathouz, P.J. (2007). A randomized controlled comparison trial of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64 (9), 1049–1059.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (1992). *Psihodinamski procesi v družinski skupini*. Ljubljana: Advance.
- Černelič Bizjak, M. (2007). Ko je hrana užitek in strup – psihološki pomen hrane in motnje hranjenja. *Revija za družboslovje in kulturo*, 31 (314/315), 48–56.
- Čufer, B., Ibic, L., Šolar, V., Švab, A., Trivič S., A. in Ziherl, A. (1998). *Ko hrana ni več »hrana« (predstavitev vizije skupin za (samo)pomoč pri motnjah hranjenja)*. Ljubljana: ŠOU.
- Dallos, R. in Denford, S. (2008). A Qualitative Exploration of Relationship and Attachment Themes in Families with an Eating Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13 (2), 305–322.
- Eivors, A. in Nesbitt, S. (2007). *Lačni razumevanja: Priročnik, ki naj mladim pomaga razumeti in premagati anoreksijo nervozo*. Maribor: Obzorja.
- Ellingson, J., Homme, J.H., Lteif, A.N., Schak, K.M., Sim, L.A. in Vande Voort, J.L. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (6), 531–539.

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

- Engstrom, I., Hagglof, B. in Nilsson, K. (2012). Family Climate and Recovery in Adolescent Onset Eating Disorders: A Prospective Study. *European Eating Disorders Review*, 20 (1), e96-e102.
- Engstrom, I., Hagglof, B. in Nilsson, K. (2012). Family Climate and Recovery in Adolescent Onset Eating Disorders: A Prospective Study. *European Eating Disorders Review*, 20 (1), e96-e102.
- Folse, V.N. in Krawzak K.M. (2013). Family Experience With Eating Disorders Scale: A Systematic Way to Engage the Family in Treatment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 10 (1111/ppc.12016), 1-9.
- Glavač, A. (2009). Analiza izobraževalnih programov pri zdravljenju motenj hranjenja. Diplomsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko.
- Good, P.E. (1993). *Helping kids help themselves*. Chapel Hill, NC: New View Publications.
- Harris, G., Jones, C.J. in Leung, N. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 319-330.
- Honig, P. (2007). Family approaches. V Bryant-Waugh, R. in Lask, B. (ur.), *Eating disorders in Childhood and Adolescence, Third Edition: izbrane teme* (215-228). London: Routledge.
- Jacobsin, R. in Robins, C.J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (6), 665-670.
- Johnson, C. in Pure, D.L. (1986) Assessment of Bulimia as multidimensional model. V D. K. Brownell in P.J. Foreyt (ur.), *Handbook of Eating Disorders: izbrane teme* (405-449). New York: Basic Books.
- Kačič, M., Možina, M., Štajduhar, D. in Šugman Bohinc, L. (2011). Sistemska psihoterapija. V J. Bohak, M. Možina in M. Žvelc (ur.), *Psihoterapija: izbrane teme* (415-501). Ljubljana: Inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje.
- Kastelic, A. (1995). Celostna obravnava oseb z motnjami hranjenja. V M. Tomori (ur.), *Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki: izbrane teme* (29-37). Ljubljana: Psihiatrična klinika v Ljubljani.
- Kobal, M.F. (1999). Znaki in simptomi duševnih motenj. V Tomori, M. in Zihlerl, S. (ur.), *Psihiatrija: izbrane teme* (47-100). Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Kobal, M.F. (2009). *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.
- Koepke, T., Moye, A.W., Robin, A.L., Siegel, P.T. in Tice, S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with with anorexia nervosa. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 15 (2), 111-116.
- Končnik Goršič, N. (2004). *Moj otrok odrasča*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

- Kroger, J. in Rodes, B. (1992). Parental bonding and separation – individuation difficulties among late adolescents eating disorders women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (4), 249–263.
- Kroger, S. in Reich, G. (2009). *Motnje hranjenja-ponovno odkrivanje zdrave prehrane*. Ptujška Gora: In obs medicus.
- Langrod, J.G., Ruiz, P. in Strain, E.C. (2007). *The Substance Abuse-Handbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. in Nicholls, D. (2010). The Role of the Family in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, (1), 1-5.
- Logar, S. (2000). *Prehranjevalne navade in nekatere značilnosti motenj prehranjevanja slovenskih srednješolcev*. Magistrsko delo, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Middleton, K. in Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja*. Koper: Ognjišče.
- Minuchin, S. (1974). *Families & Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MKB-10: *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene* (2008). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Mrevlje, G.V. (1995). Sociološki vidiki motenj hranjenja. V M. Tomori (ur.), *Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki: izbrane teme* (19–27). Ljubljana: Psihiatrična klinika v Ljubljani.
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: from Healthy to Disordered Behavior, Second edition*. United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Pahole, M. (2005). *Osebnostne dimenzije, slogi (tipi) navezanosti ter njihova generacijska skladnost pri osebah z motnjami hranjenja*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Pandel Mikuš, Ruža. (2003). Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah (1. del). *Obzor Zdr*, 37 (1), 29–36.
- Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celotnega sistema. *Psihološka obzorja*, 13 (4), 119–133.
- Rojc, S. (1995). Psihodinamsko razumevanje motnje hranjenja. V M. Tomori (ur.), *Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki: izbrane teme* (55-59). Ljubljana: Psihiatrična klinika v Ljubljani.
- Rozman, S. (1998). *Peklenska gugalnica: kako lahko postanete odvisni od hrane, seksualnosti, dela, iger na srečo, nakupovanja ter zadolževanja, sanjarjenja in televizije, duhovnosti, odnosov ... in kako se tega rešite*. Ljubljana: Vale-Novak.
- Rožman, A. (2013). Motnje hranjenja, boleče strategije preživetja. *Didakta*, 47–49.
- Rugelj, J. (2000). *Pot samouresničevanja*. Ljubljana: samozal.: Slovensko društvo terapevtov za alkoholizem, druge odvisnosti in pomoč ljudem v stiski.
- Sernec, K. (2008). Novosti pri obravnavi motenj hranjenja. V N. Kopčavar-Guček in D. Petek (ur.), *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini; zbornik*

Colja B. Vpliv in vloga družine pri mladostnikih z motnjami hranjenja.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije, 2013

- predavanj; 34. srečanje delovnih skupin: izbrane teme (37–41). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine: Zavod za razvoj družinske medicine.*
- Sernec, K. (2009). Motnje hranjenja. V R. Kobentar in P. Pregelj (ur.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju; učbenik: izbrane teme (249–254)*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.
- Sternad, M. (2001). *Motnje hranjenja*. Ljubljana: samozaložba.
- Tomori, M. (1995). Telo med ugodjem in tesnobo. V M. Tomori (ur.), *Motnje hranjenja – IX. Seminar o delu z mladostniki: izbrane teme (5–12)*. Ljubljana: Psihiatrična klinika v Ljubljani.
- Tomori, M. (1997). Psihološki pomen hrane in motnje hranjenja. V J. Lajovic (ur.), *Prehrana – vir zdravja: izbrane teme (158–168)*. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije.
- Tomori, M. (1999). Duševne motnje v razvojnem obdobju. V Tomori, M. in Zihlerl, S. (ur.), *Psihijatrija: izbrane teme (317–353)*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Wonderlich, S.A. (1995). Personality and eating disorders. V K.D. Brownell in C.G. Fairburn (ur.), *Eating disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, izbrane teme (171–176). New York: The Guilford Press.
- Zupančič, M. (2009). Opredelitev razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija: izbrane teme (511–524)*. Ljubljana: Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.