

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA  
MOTNJE HRANJENJA KOT  
POSLEDICA ZLORABE V OTROŠTVU

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Motnje hranjenja kot posledica zlorabe v otroštvu**

(Eating disorders as a consequence of childhood abuse)

Ime in priimek: Maja Lešnik

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Koper, avgust 2016

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Maja LEŠNIK

Naslov zaključne naloge: Motnje hranjenja kot posledica zlorabe v otroštvu

Kraj: Koper

Leto: 2016

Število listov: 42

Število referenc: 56

Mentor: izr. prof. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: spolna zloraba, fizična zloraba, čustvena zloraba, zanemarjanje, motnje hranjenja, sram, krivda, zdravljenje

Izvleček: V zaključni nalogi so v prvem delu opisane in predstavljene različne vrste zlorabe v otroštvu in značilnosti glavnih motenj hranjenja, kot so anoreksija nervoza, bulimija nervoza in kompulzivno prenajedanje. Na podlagi pregleda literature ugotavljamo, da avtorji zlorabo večinoma pojmujejo kot nespecifični faktor vpliva na razvoj motenj hranjenja. Zloraba v otroštvu ima torej lahko veliko število različnih negativnih posledic, med katerimi so lahko tudi motnje hranjenja. Na podlagi raziskav lahko potegnemo zaključke, da žrtve zlorab v otroštvu lahko razvijejo motnje hranjenja kot strategijo za soočanje s travmo, vendar ni nujno, da jih bodo. Nekatere žrtve zlorabe se počutijo krive, sebe doživljajo kot umazane, zato se kaznujejo s stradanjem. Druge žrtve poskušajo čustveni distress in grozljive občutke sramu ter nevrednosti zmanjšati z intenzivnim prenajedanjem, ki mu navadno sledijo še hujši občutki krivde in posledično prisiljeno bruhanje. Na podlagi izsledkov iz literature obstaja več mediatorskih spremenljivk, kot so impulzivne in kompulzivne tendence, čustvena disregulacija, čustvena disociacija, depresija in druge, ki razlagajo in pojasnjujejo odnos med preučevanima fenomenoma. Med tehnikami zdravljenja žrtev zlorab z motnjami hranjenja, poleg kognitivno vedenjske terapije, v zadnjem času pridobivajo na pomenu narativna terapija ter pristopi usmerjeni na čuječnost in sočutje. Področje zahteva še veliko dela pri odkrivanju uspešnih načinov zdravljenja, prav tako pa bi moralo biti več raziskav usmerjenih na moško populacijo.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Maja LEŠNIK

Title of the final project paper: Eating disorders as a consequence of childhood abuse

Place: Koper

Year: 2016

Number of pages: 42

Number of references: 56

Mentor: Assoc. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: childhood abuse, sexual abuse, physical abuse, emotional abuse, neglect, eating disorders, shame, guilt, treatment

Abstract: In the final project paper are first described and presented different types of childhood abuse. In the next chapters are presented most common eating disorders, such as anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating. Based on literature, childhood abuse is considered as unspecified risk factor for development of eating disorders. Childhood abuse has a lot of negative consequences, one of them can be eating disorders. Victims of childhood abuse can develop eating disorders, as a strategy for coping with abuse. Some victims feel guilty and think about themselves as dirty, so they try to punish themselves with starvation. Others try to lose emotional distress and horrible shameful feelings with binge eating and then purging. Different studies show a lot of mediating variables, such as impulsive and compulsive tendencies, emotional dysregulation, emotional dissociation, depression and others, which try to explain the connection between childhood abuse and eating disorders. In the context of treatment, narrative therapy and mindfulness-oriented approach are becoming more important in the last years. In order to find the best way to help victims of abuse with eating disorders, this field still needs a lot of research in the future. More studies should also be targeted on male population.

## **Zahvala**

Zahvaljujem se mentorju dr. Gregorju Žvelcu za vso strokovno pomoč, nasvete in predloge, ki jih je delil z mano v času pisanja zaključne naloge. Prav tako bi se za podporo rada zahvalila tudi vsem svojim bližnjim.

## Kazalo vsebine

1	UVOD.....	1
2	ZLORABA V OTROŠTVU .....	2
2.1	Čustvena zloraba.....	2
2.2	Fizična zloraba.....	3
2.3	Zanemarjanje .....	4
2.4	Spolna zloraba .....	5
3	MOTNJE HRANJENJA.....	8
3.1	Anoreksija nervoza.....	9
3.2	Bulimija nervoza .....	11
3.2.1	Biološki faktorji.....	13
3.2.2	Socialni faktorji .....	13
3.2.3	Psihološki faktorji.....	13
3.3	Pretirana ješčnost / kompulzivno (prisilno) prenažedanje .....	14
4	ZLORABA V POVEZAVI Z MOTNJAMI HRANJENJA .....	15
4.1	Spolna zloraba in motnje hranjenja .....	16
4.1.1	Mediatorji spolne zlorabe v otroštvu in motenj hranjenja.....	17
4.2	Čustvena zloraba in motnje hranjenja .....	18
4.2.1	Mediatorji čustvene zlorabe in motnje hranjenja .....	19
4.3	Fizična zloraba in motnje hranjenja.....	21
4.4	Spolna zloraba in pretirana ješčnost .....	22
5	SRAM V POVEZAVI Z ZLORABO IN MOTNJAMI HRANJENJA.....	24
6	ZDRAVLJENJE .....	26
7	SKLEPI.....	29
8	LITERATURA IN VIRI.....	31

## 1 UVOD

Starševsko zanemarjanje in zlorabljanje otrok, ki je lahko spolno, fizično ali čustveno, pusti na žrtvah ogromno posledic. Nekatere se lahko pokažejo kmalu, druge pa v kasnejših obdobjih. Vztrajajo lahko vrsto let in negativno vplivajo na posameznikovo doživljanje in funkcioniranje na različnih področjih. Jackson in Deye (2015) navajata, da so posledice zlorab in zanemarjanja lahko fizične, psihološke in vedenjske. V literaturi so najpogosteje omenjene: posttravmatska stresna motnja (Holzer, Uppala, Wonderlich, Crosby in Simonich, 2007), težave z zaupanjem, slabša samopodoba, zmanjšano samospoštovanje (Tomori in Zihlerl, 1999), aleksitimija, anksioznost, depresivnost (Mazzeo in Espelage, 2002), zloraba psihoaktivnih snovi (Bašič, 2010) in mnoge druge. Ena od posledic zlorabe, ki so jo nedavno začeli intenzivneje raziskovati, so motnje hranjenja (Tomori in Zihlerl, 1999). Moje zanimanje je sprožila ravno povezava med zlorabo v otroštvu in motnjami hranjenja, zato bom v nadaljevanju predstavila oba pojma in na koncu izpostavila spremenljivke, ki ju povezujeta in nanj vplivata. Že na začetku je dobro poudariti, da večina avtorjev zagovarja dejstvo, da zloraba nima direktnega vpliva na razvoj motenj hranjenja, kar pomeni, da ne moremo sklepati, da bo vsaka žrtev zlorabe kasneje razvila eno izmed motenj hranjenja. Te so samo ena od mnogih posledic, ki jih lahko utrpijo žrtve zlorabe. Fenomen povezave me je pritegnil, ker se mi zdi izredno zanimiv in kompleksen, hkrati pa pušča še veliko prostora za raziskovanje in odkrivanje ter vedno večje razumevanje povezave. Ravno zato je namen mojega zaključnega dela poglobiti znanje o dveh osrednjih pojavih in odkriti čim več informacij o njuni povezavi. Prav tako želim opozoriti na specifično in pomembnost povezave med zlorabo otroka in motnjami hranjenja ter povečati zanimanje za raziskovanje omenjenega problema. Glavni cilj zaključne naloge je predstaviti povezave in skupne točke obeh fenomenov ter na podlagi zbrane literature čim bolj razložiti, na kakšen način lahko različne zlorabe v otroštvu vplivajo na razvoj motenj hranjenja. Poleg tega bom v zadnjem delu poskušala obrazložiti in navesti ideje za najprimernejše zdravljenje zlorabljenih oseb v otroštvu, ki kasneje obolijo za motnjami hranjenja. Naj še povem, da se v svojem delu nisem želela osredotočiti le na žensko populacijo, vendar večina študij vključuje samo ženske, saj so te v primerjavi z moškimi večkrat žrtve tako zlorab kot motenj hranjenja.

## 2 ZLORABA V OTROŠTVU

Trpinčenje ali zloraba otrok pomeni vsakršno ravnanje, s strani staršev ali skrbnikov, ki je usmerjeno h grožnjam otroku in povzroča dejansko ali potencialno škodo otroka (Leeb, Lewis in Zolotor, 2011).

Otroci so lahko čustveno, fizično, spolno zlorabljeni in žrtve zanemarjanja. Čeprav poznamo različne vrste zlorab, je potrebno vedeti, da se med seboj ne izključujejo in so zato lahko večkrat prisotne skupaj (otrok, ki ga doma pretepajo, bo prav tako lahko kazal znake čustvene zlorabe, bo zanemarjen ali pa spolno zlorabljen) (Bašič, 2010).

### 2.1 Čustvena zloraba

»Čustvena zloraba je dejanski ali možen neugoden vpliv na čustveni in vedenjski razvoj otroka, ki ga povzroča stalno ali resno čustveno trpinčenje ali zavračanje. Je stalen vzorec verbalne zlorabe, ravnanj in vplivov, ki otroku povzročajo občutke, da ni nič vreden, da ni ljubljen, da ni zaželen« (Bašič, 2010, str. 15).

Ko govorimo o čustveni zlorabi, to obsega predvsem pomanjkanje nujno potrebne nege, skrbi in zaščite otroka. Med različne oblike čustvene zlorabe štejemo: nepravilno kaznovanje, krute in ponižujoče naloge, zapuščanje, neprimerno medicinsko oskrbo, ujetost med prepire staršev, prevzemanje odgovornosti odraslih in še mnoge druge. Ena izmed glavnih oblik je pomanjkanje dotika. Ta lahko po mnenju raziskovalcev kasneje v življenju vodi v nasilje in spolno zlorabljanje (Carnes, 2006).

Otroka starši lahko čustveno zlorabljujejo ne da bi bil žrtev še drugih zlorab, vendar ne smemo pozabiti na dejstvo, da vse naštetе oblike zlorab vedno vključujejo tudi delce čustvene zlorabe (Bašič, 2010).

Čustveno nasilje staršev prinese vrsto negativnih posledic, ki usodno vplivajo na poškodbe otrokove zmožnosti osebnostnega razvoja, na občutje zadovoljstva in na občutek, da je ljubljen (National Association for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2005, po Temnik, 2010). Med psihološkim nasiljem in samouničevalnim vedenjem so kot pomemben



mediator navedli samokritiko, kar so ugotovili na primeru namernih poškodb (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto in Nock, 2007, po Temnik, 2010).

Na prvi pogled lahko otroci, ki so čustveno zlorabljeni, delujejo, kot da se počutijo dobro, vendar lahko pri poglobljenem opazovanju zaznamo, da:

- imajo zelo nizko samospoštovanje in občutke nevrednosti,
- pogosto iščejo pozornost,
- so pasivni in nezahtevni ali agresivni, neobvladljivi in jezni,
- pogosto nespoštljivi do drugih, nesocialni in destruktivni,
- so slabše jezikovno, percepcijsko in motorično sposobni,
- ne znajo in ne zmorejo sprejeti uspehov,
- so zelo sumničavi, kronično žalostni in lahko tudi samomorilsko nastrojani,
- imajo slabše razvite miselne procese (logično razmišljanje, reševanje problemov) (Bašič, 2010),
- so agresivni, impulzivni in depresivni,
- so hiperaktivni, anksiozni in manj uspešni v šoli,
- imajo motnje hranjenja in somatske težave (Leeb, Lewis in Zolotor, 2011).

Bašičeva navaja, da se zaradi čustvenega zanemarjanja lahko pojavi tudi zaostajanje v fizičnem razvoju, vendar ne kot posledica nezadovoljenih potreb po hranjenju. Kljub temu, da je otrok ustrezno prehranjen in njegova teža ustreza njegovi višini, lahko pripelje do tega, da celotna telesna konstitucija ni v pravem razmerju z njegovo starostjo (Bašič, 2010).

## **2.2 Fizična zloraba**

»Fizična zloraba otroka je dejanska ali možna fizična poškodba otroka ali nesposobnost preprečiti fizično poškodbo ali trpljenje otroka, vključujoč namerno zastrupljanje, davljenje in Munchausenov sindrom« (Bašič, 2010, str. 17).

Na fizično zlorabo lahko posumimo, ko nam otrok ne zna razložiti oziroma nam neprimerno razloži poškodbo. Prav tako so lahko starši, ki fizično zlorabljujejo otroke, zelo defenzivni in občutljivi, medtem ko so po navadi (odgovorni) starši v primeru poškodbe otroka v hudem stresu in se počutijo krive. Fizično zlorabljeni otroci se pogosto znajdejo

na klinikah ali na oddelkih nujne pomoči. Pozorni moramo biti tudi na izjave otrok, ki sporočajo, da ga je določena oseba ranila. Lahko pride tudi do Munchausnovega sindroma, kjer gre za to, da starši namerno pri zdravem otroku želijo ustvariti bolezenski sindrom zaradi lastnih koristi in ga zato fizično poškodujejo. Čeprav so pri otrocih nezgode pogoste in so lahko večkrat poškodovani, se tipične poškodbe, ki pri tem nastanejo, precej razlikujejo od poškodb, ki jih povzročijo starši oziroma odrasla oseba (Bašič, 2010).

Znaki fizične zlorabe so lahko:

- poškodovana mesta kože (npr. znaki nohtov, znaki zob, sledovi pasu),
- skeletne poškodbe (npr. zlom reber),
- opekline in oparine,
- številne modrice,
- modrice mesnatih delov telesa (npr. na licih, stegnih, zadnjici),
- poškodbe glave (poškodbe možganov) (Leeb, Lewis in Zolotor, 2011),
- agresivno vedenje,
- labilno razpoloženje,
- depresija, anksioznost,
- nizko samospoštovanje (Sadock in Sadock, 2007).

### **2.3 Zanemarjanje**

»Zanemarjanje je stalno ali resno zanemarjanje otroka ali neustrezna zaščita otroka pred izpostavljanjem kakršnimkoli nevarnostim, vključujoč mrazu ali lakoti, ali neustrezna skrb za otroka, posledica katere je ogroženost otrokovega zdravja ali razvoja (telesnega, duševnega, socialnega, vedenjskega)« (Bašič, 2010, str. 12).

Zanemarjeni otroci so torej tisti, ki jim starši ne nudijo osnovne skrbi, ki bi jim omogočila normalen čustveni in fizični razvoj. Neustrezna starševska skrb, in posledično moten razvoj, lahko povzroči endokrinološke spremembe, ki nastanejo zaradi zmanjšane delovanja ravnega hormona. Otroško telo ne zraste in se ne razvije, za to so otroci zelo majhni za svoja leta. Na podlagi tega se lahko razvijejo bizarni načini prehranjevanja, med drugim kompulzivno prenašanje, uživanje odpadkov in neužitnih snovi, pitje straniščne vode in načrtno bruhanje (Sadock in Sadock, 2007).

Ko govorimo o zanemarjanju, ne mislimo na revščino. Pri slednji gre za to, da starši oziroma skrbniki otroku ne morejo zagotoviti osnovnih stvari za normalen razvoj, zato (v družbi) to poskušajo urediti s pomočjo zakonov. V družinah, kjer otroka zanemarjajo, pa starši otrokom lahko omogočijo hrano, oblačila, zdravniško oskrbo, šolske potrebščine, vendar tega ne storijo. Prav tako se zanemarjanje kaže tudi na čustvenem področju. Taki otroci niso nikoli deležni pohvale ali priznanja in nimajo zadovoljenih potreb po varnosti in ljubezni (Bašič, 2010).

Zanemarjanje sodi med najštevilnejše zlorabe, vendar se o njem premalo govori in nanj opozarja, čeprav ima hude posledice za otroke. Ko pomislimo na starše, ki otroke zanemarjajo, si najbrž predstavljamo, da so to slabi in zlobni ljudje, vendar se to lahko zgodi tudi sprva dobrim in odgovornim staršem, ki zaradi naporene službe ali drugih stresnih situacij v življenju začnejo zanemarjati otrokove potrebe (Bašič, 2010).

Zanemarjanje otrok se lahko kaže v naslednjih stvareh:

- otroci so lahko ob katerikoli uri ponoči zunaj brez staršev,
- nimajo urejene telesne higijene (o tem pričajo neprijetne vonjave),
- so izjemno suhi ali majhni za svoja leta,
- so neprimerno oblečeni glede na vreme in letni čas,
- so pogosto bolni,
- velikokrat zamujajo ali izostajajo od pouka itd (Bašič, 2010).

Na zanemarjanje lahko prav tako posumimo, ko imamo opravka z otroki, pri katerih gre za:

- nespoštovanje medicinskih postopkov zdravljenja,
- neprisotnost ali zamujanja na zdravstvene preglede,
- nekontrolirano prekomerno debelost,
- vedenjske probleme,
- brezdomstvo (Leeb, Lewis in Zolotor, 2011).

## **2.4 Spolna zloraba**

»O spolni zlorabi govorimo, kadar polnoletna oseba v svoje spolne dejavnosti vključuje otroka. Glavni motiv teh zadovoljitev so spolne želje odraslega, lahko pa tudi gmotna ali

kakšna druga korist« (Tomori, 1999, str. 350). Spolna zloraba vključuje tako otipavanje kot spolne odnose ali prisiljevanje otroka v različne spolne navade odraslega (npr. ogledovanje pornografskih vsebin). Kot že napisano zgoraj, pa lahko odrasli otroke spolno zlorablajo zaradi denarnih ali kakršnihkoli drugih koristi in jih zato silijo v prostitucijo ali k fotografiranju in snemanju za pornografska gradiva.

Odrasli, ki spolno zlorablajo otroke, so najpogosteje člani ožje ali širše družine. Prav taki primeri pa so za otrokovo doživljanje še toliko bolj problematični, saj se otrok toliko težje nekomu potoži oziroma izpove, hkrati pa spolna zloraba s strani osebe, od katere je otrok življenjsko in čustveno odvisen, povzroči v otrokovi samopodobi in njegovem doživljanju še hujše ter bolj problematične posledice (Tomori, 1999).

Žrtve spolnih zlorab so lahko že dojenčki, med tretjim in petim letom naj bi se zgodili malo manj kot dve tretjini zlorab, najpogosteje pa do zlorabe pride pri otrocih med osmim in devetim letom starosti. Po analizah podatkov lahko trdimo, da so deklice večkrat žrtve spolnih zlorab, vendar znanstveniki opozarjajo, da je lahko pri dečkih več neodkritih zlorab (Bain in Sanders, 1996).

#### *Posledice spolne zlorabe pri otroku:*

Posledice zlorabe so pri vsaki žrtvi drugačne, saj se pri vsaki žrtvi razlikuje način zlorabe in trajanje, na posledice pa močno vpliva tudi žrtvin sorodstveni odnos s storilcem (Bain in Sanders, 1996). Prav tako so posledice odvisne od osebnosti in starosti otroka ter od okoliščin, v katerih je prišlo do zlorabe (»igra«, nasilje, groba prisila itd.) (Tomori in Zihlerl, 1999). Posledice zlorab se med žrtvami razlikujejo tudi po tem, kakšne pomoči in razumevanja so bile deležne iz okolja in kako so si s tem znale pomagati (Bain in Sanders, 1996).

Kljub temu, da posledice zlorab niso pri vsaki žrtvi enake, lahko naštejemo nekaj posledic, ki so večinoma bolj značilne za zgodnje otroštvo in nekaj, ki se izrazijo v kasnejših obdobjih (Tomori in Zihlerl, 1999).

*»Možne zgodnje posledice spolne zlorabe pri otroku:*

- akutna stresna reakcija,
- motnje razpoloženja: potrlost, jokavost, preplašenost, povečana čustvena občutljivost, razdražljivost, tesnoba,
- motnje vedenja: umik v pasivnost ali pa povečan nemir, nagajivost, kljubovalnost, zmanjšana ali povečana komunikativnost,
- hiperseksualnost,
- značilne telesne težave (glavoboli, prebavne motnje, trebušne bolečine, poškodbe v urogenitalnem in analnem predelu)« (Tomori in Ziherl, 1999, str. 352).

*»Možne kasnejše posledice spolne zlorabe v otroštvu:*

- nizko samospoštovanje, negativna samopodoba,
- odklonilen odnos do telesa: samopoškodbe, motnje hranjenja,
- odpor in strah pred spolnostjo, umik iz stikov z osebami drugega spola ali pa iskanje pogostih, neselektivnih spolnih stikov,
- težave v navezovanju odnosov,
- osebnostne motnje,
- spolno zlorabljanje otrok« (Tomori in Ziherl, 1999, str. 352).
- »posttravmatska stresna motnja,
- socialne fobije,
- strah in anksioznost,
- krivda in sram,
- depresija in samomor,
- zloraba substanc« (Repič, 2008, str. 39).

### **3 MOTNJE HRANJENJA**

Psihologi opažajo, da so v zadnjih desetletjih motnje hranjenja zelo narasle in se zato na njih sklicujemo kot na bolezni nove dobe (Berčnik, 2013).

»Motnje hranjenja lahko opredelimo kot moten odnos do hrane in/ali telesa« (Ogris, 2000, str. 26).

Kot uvod v razumevanje motenj hranjenja, bom najprej predstavila psihološki pomen hrane in z njo povezano simboliko, ki ima velik pomen znotraj človeškega doživljanja in posledično vedenja (Tomori, 1999). Prvi stik s hrano novorojenčku že predstavlja prvo izkušnjo ugodja, ki ga v trenutku pomiri, zadovolji in sprosti. Poleg čutnega vznemirjenja, ki mu ga prinese dotik ust in njegove okolice, otrok preko hrane doživlja občutek sprejetosti in ljubljenosti. Hrana predstavlja v prvem obdobju ključni dejavnik, s pomočjo katerega se otrok najtesneje poveže z osebo, ki ga hrani. Hranjenje otroku prinaša varnost in zaščito (Tomori, 1999).

Motnje hranjenja so lahko prisotne v vseh življenjskih obdobjih (Tomori, 1999). »V različnih dobah prevladujejo različne oblike teh motenj, nerazrešena tovrstna problematika v otroštvu pa je lahko podlaga kasnejši psihosomatski simptomatiki ali drugim telesnim in duševnim disfunkcijam« (Tomori, 1999, str. 345).

V mladostništvu oziroma adolescenci se simbolika hrane prenese iz težnje po sprejetosti in varnosti v simboliko odraščanja. Hrana predstavlja mladostniku nujni vir rasti in zorenja, kar mladostnik lahko dojema tudi kot grožnjo. V mladostništvu pa s telesnim razvojem telo postane vedno bolj spolno določeno (Tomori, 1999). »Tako se hrana prek povezave s telesnimi spremembami vplete v mladostnikov odnos do svoje zunanje podobe, do spolnosti, do svojega telesa kot sporočila o širši spolni identiteti« (Sternad, 2001, str. 37).

Pri odraslih se simbolika hrane spet nekoliko spremeni. Hrano odrasli poleg ugodja povezujejo 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 prisposoda obvladovanja sveta, nalog in zadolžitev, sprejemanja in premagovanja, ne le

nadomestek čustev, ne zgolj iskanje sicer težje dosegljivih orodij, dušenje tesnobe in nezadovoljstva, ampak tudi simbolična zamenjava za obvladovanje neobvladljivega« (Tomori, 1999, str. 346).

Pri človeku torej, od začetka življenja do konca, hranjenje nerazdružljivo povezuje telesno z duševnim in obratno. Prav zato je pri zdravljenju motenj hranjenja, ki jih bom podrobneje opisala v nadaljevanju nujno, da upoštevamo in se posvečamo tako telesni kot duševni razsežnosti (Tomori, 1999).

### **3.1 Anoreksija nervoza**

»Anoreksija nervoza je bolezen, ki jo označuje zavestno povzročeno znižanje telesne teže za več kot petnajst odstotkov od tiste, ki bi ustrezala pacientovi starosti in telesni višini« (Tomori, 1999, str. 347).

V DSM-V-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000) je anoreksija nervoza označena kot motnja, pri kateri posamezniki neustavljivo hujšajo, kar vodi do pretirane izgube teže. Stradanje in nizka teža ohranjata patološki strah pred rejenjem. Gre za napačno predstavo oziroma percepcijo telesa.

Izraz anoreksija je prvi skoval Gull leta 1873, ko je opisoval skupino žensk, ki so odklanjale hrano (Sternad, 2001). Prvi del imena bolezni izhaja iz grščine in pomeni izgubo apetita, drugi del imena navaja živčni izvor bolezni in izhaja iz latinščine (Sadock in Sadock, 2007). Dobesedni prevod anoreksije je zavajajoč, saj pomeni izgubo apetita, medtem ko večina anoreksičnih pacientk navaja povečan apetit (Sternad, 2001). Izguba apetita se redko pojavi na začetku bolezni (Sadock in Sadock, 2007). Prvič se anoreksija največkrat pojavi v adolescenci, s povprečno starostjo od 14-18 let in pri mladih odraslih ženskah (Sternad, 2001). Najbolj pogosto lahko žrtve anoreksije najdemo pri poklicih oziroma profesionalnih karierah, ki zahtevajo ekstremno suhost, kot na primer pri baletkah in manekenkah (Sadock in Sadock, 2007). Nekoliko manj pogosto, vendar prav tako v adolescenci, se pojavlja tudi pri predstavnikih moškega spola (Sternad, 2001).

Za žrtve anoreksije nervoze je značilna pretirana obsedenost s svojim telesom in njegovo obliko. Prav tako imajo zmotno predstavo glede svojega telesa (Sternad, 2001). »Motnja

telesne podobe se kaže kot pretiran občutek debelosti ali hud strah pred njo, ne glede na dejansko telesno težo, ki je po navadi nizka ali celo zelo nizka« (Sternad, 2001, str. 60). Med značilnosti anoreksije, ki so potrebne za postavitev diagnoze, štejemo tudi primarno in sekundarno amenorejo. Pri prvi zaradi tako zgodnjega znižanja telesne teže do menstruacije sploh ne pride. Pri sekundarni amenoreji pa gre za izgubo menstruacije zaradi izgubljene teže. Zaradi hitrega in neprestanega hujšanja pride tudi do drugih telesnih oziroma somatskih obolenj, kot so bradikardija, edemi, hipotermija, hipotenzija, spremembe v EKG-ju (npr. inverzija T vala, podaljšana QT doba, znižan ST segment) in motnje elektrolitskega ravnotežja. Pacientke so močno preobremenjene z vprašanji glede hrane. Pri mnogih pripelje do tega, da drugim vsiljujejo svoj zdrav način kuhanja in priprave hrane, popolnoma nekritične pa so do svojega ekstremnega načina hujšanja in stradanja. Anoreksične bolnice večinoma stradajo tako, da odklanjajo hrano, pri hujšanju pa si lahko pomagajo tudi z uživanjem odvajal, diuretikov, bruhanjem in neprestano intenzivno telesno vadbo. Velikokrat pacientke svoje motnje sprva ne opazijo oziroma jo predvsem zanikajo in se upirajo zdravljenju, kar lahko kmalu privede do življenjske ogroženosti (Sternad, 2001). Po Millar, Wardell, Vyvyan, Naji, Prescott in Eagles (2005) ima anoreksija najvišjo stopnjo umrljivosti med vsemi duševnimi motnjami.

Poznamo dva tipa, ki se delita glede na strategijo, s katero bolnica poskuša vzdrževati manjšo telesno težo:

- *Restriktivni tip:* Zanj je značilno, da posameznice poskušajo zmanjšati in vzdrževati nizko težo s tem, da največkrat odklanjajo vso hrano, v nekaterih primerih pa le ogljikove hidrate. Prav tako se velikokrat poslužujejo naporne telesne aktivnosti.
- *Purgativni tip:* Za razliko od restriktivnega tipa pri tem bolnice poskušajo ohranjati nizko telesno težo z bruhanjem, odvajali in/ali diuretiki (Serneck, 2010).

Epidemiološko je bolezen razširjena predvsem v razvitem svetu, natančneje v srednjem in višjem družbenem sloju. Pojavlja se večinoma v družinah, ki so medsebojno povezane in imajo posebno družinsko dinamiko v kombinaciji s prikrito disfunkcionalnostjo. Hipoteze teorij, ki poskušajo razložiti pojav anoreksije v adolescenci in njeno psihološko ozadje, trdijo, da gre pri žrtvah za notranji konflikt med prehodom iz dekliskosti v ženstvenost. Prav tako pri razvoju bolezni sodelujejo občutki nemoči in težave pri vzpostavljanju



avtonomije. Kot del anoreksije nervoze se lahko pojavijo tudi simptomi, značilni za bulimijo nervozo, ki jo bom podrobneje opisala v nadaljevanju (Sadock in Sadock, 2007).

Anoreksija nervoza je povezana tudi z drugimi boleznimi oziroma kliničnimi diagnozami. V največ primerih, in to kar v 65 odstotkih, se pojavlja skupaj z depresijo, v 34 odstotkih primerov skupaj s socialno fobijo in v 26 odstotkih z obsesivno kompulzivno motnjo (Sadock in Sadock, 2007).

### **3.2 Bulimija nervoza**

»Glavna značilnost bolezni so faze izrazito pretiranega hranjenja, ki imajo obliko nekakšnih napadov, ki jim sledi zavestno povzročeno bruhanje. Vse to spremlja občutek nesposobnosti nadzora nad tem vedenjem ter pretirana zaposlenost s telesno podobo, postavo in telesno težo« (Tomori, 1999, str. 348).

Gull je leta 1873 prvi opisal simptome bulimije, vendar kot del anoreksije. Nekoliko kasneje so bulimijo nervozo klasificirali ločeno, kot samostojno entiteto s svojimi značilnostmi (Sternad, 2001).

Med klinične znake bulimije štejemo:

- »napade pretiranega hranjenja,
- zavestno izzvano bruhanje,
- drugo vedenje, ki preprečuje zvišanje telesne teže (odvajala, pretirana telesna dejavnost),
- možne telesne posledice: znižanje kalija, srčna aritmija, odpovedovanje ledvične funkcije, otekle parotidne žleze« (Tomori, 1999, str. 348).

Poleg naštetih lahko bulimijo prepoznamo tudi po naslednjih znakih:

- »nihanje telesne teže,
- neredna menstruacija,
- otekle žleze slinavke, ki dajejo obrazu okrogel videz,
- prebavne motnje,
- zobna gniloba

- žulji na hrbtni strani rok, ki jih povzroča pritisk zob ob samopovzročenem bruhanju« (Reljič Prinčič, 2003, str. 23).

Bulimijo lahko razdelimo na dva tipa:

- *Purgativni tip*: Posameznice za uspešno vzdrževanje teže po prenašanju sprožijo bruhanje, ki se po nekem času sproži refleksno, poleg tega lahko uporabljajo tudi diuretike.
- *Nepurgativni tip*: Predstavlja 10-20% primerov, kjer gre ob prenašanju za ohranjanje teže s stradanjem ali s pomočjo zelo intenzivne telesne aktivnosti (Serbec, 2010).

Napadi pretiranega hranjenja so različno pogosti. Do njih lahko pride tudi večkrat dnevno (Sternad, 2001). »Nekaterim bolnikom in bolnicam daje že samo bruhanje določeno ugodje, tako da je pretirano hranjenje zanje le sredstvo, ki sproži bruhanje« (Sternad, 2001, str. 62). Po napadih hranjenja in bruhanju največkrat sledijo močni občutki krivde in sramu. Bolniki in bolnice se sami sebi gabijo, počutijo se ničvredne in so večkrat depresivno razpoloženi (Sadock in Sadock, 2007).

Telesna teža bulimičnih bolnikov lahko neprestano niha, postopoma pada. Za razliko od pacientov z anoreksijo lahko težo vzdržujejo na normalni ravni in je bolezen zato bolj skrita, traja lahko več let pred odkritjem diagnoze. Vmes so lahko tudi obdobja brez simptomov. V primerih, ko je potek bolezni zelo dolg, lahko pride do raznih telesnih zapletov, npr. srčna aritmija, tetanija, motnje v ravnotežju elektrolitov itd. Največkrat zaradi ogromnih količin izbruhane hrane pride do dilatacije želodca. Želodčna kislina, ki se izloča kot posledica bruhanja, pa privede do želodčnega kroničnega vnetja (Sternad, 2001).

Obolevanje za bulimijo se običajno prične kasneje kot za anoreksijo: v adolescenci ali v zgodnjem odraslem obdobju, za njo prav tako boleha več žensk kot moških. Čeprav se bulimija razvije večinoma pri dekletih z normalno telesno težo, se včasih razvije tudi pri dekletih, ki so imele v preteklosti prekomerno telesno težo (V industrializiranih državah je izmerjen približno 1 odstotek takih primerov) (Sadock in Sadock, 2007).

Za bulimične pacientke oziroma paciente je značilna nesposobnost izražanja čustev navzven, negotovost, zaprtost vase, narcističen strah pred pomanjkljivostmi zunanje

podobe in zelo poudarjena skrb za vtis (Sternad, 2001). Značilna je tudi velika stopnja impulzivnosti, pogost primer so kraje. V spolnosti so velikokrat promiskuitetne in okupirane s svojo spolno privlačnostjo. Poleg tega je značilna tudi zloraba psihoaktivnih snovi (Sternad, 2001).

### **3.2.1 Biološki faktorji**

Raziskovalci so znotraj bioloških faktorjev, ki vplivajo na razvoj bulimije, našli povezavo med fazami prisilnega prenašanja in bruhanja z različnimi nevrološkimi prenašalci, predvsem s serotoninom in norepinefrinom. Pri nekaterih pacientih naj bi se po bruhanju dvignile plazemske endorfinske ravni in prav zaradi tega naj bi pacienti občutili prijetno olajšanje (Sadock in Sadock, 2007).

### **3.2.2 Socialni faktorji**

Pri bulimiji nervozi pacienti in pacientke, tako kot pri anoreksiji, stremijo k uspešnosti in si prizadevajo biti čim bolj vitki pod vplivom pritiskov družbe. Družine posameznikov z bulimijo naj bi bile manj povezane in ljubeče ter bolj konfliktne kot pri posameznikih z anoreksijo (Sadock in Sadock, 2007). Bolniki tožijo, da so jih starši zanemarjali in zavračali in so velikokrat depresivni. Prav tako je depresija pogosta tudi znotraj družine (Sadock in Sadock, 2007).

### **3.2.3 Psihološki faktorji**

Bulimični pacienti so bolj družabni in bolj pogosto zahajajo ven kot anoreksični pacienti. Prav tako so bolj jezni in impulzivni. Kot sem že omenila, je pri njih tudi pogosta zloraba alkohola oziroma psihoaktivnih snovi, večkrat kradejo in so čustveno labilni (Sadock in Sadock, 2007). Zaradi šibkega super ega oziroma neuspešnega kontroliranja svojih impulzov so, poleg že naštetega, destruktivni tudi v svojih seksualnih razmerjih. Za veliko bulimičnih pacientov velja, da so se v otroštvu težko odtrgali od svojih staršev oziroma skrbnikov, kar se je pokazalo kot odgovor na odsotnost tranzitornih objektov v zgodnjih letih otroštva. Nekateri pacienti kot tranzitorni objekt uporabljajo svoje telo. Ambivalentnost odnosa s skrbniki se v bolezni kaže skozi simboliko hrane (Sadock in Sadock, 2007). Prenajedanje lahko kaže nezavedno težnjo po bližini s skrbniki, izločanje oziroma bruhanje hrane pa težnjo po separaciji od skrbnikov (Sadock in Sadock, 2007). Podoben zaključek lahko povzamemo po Sternad (2001, str. 62), ki pravi: »Neposredna

simbolika te bolezni govori o razdvojenosti med dajanjem in jemanjem, sprejemanjem in odklanjanjem« (Sternad, 2001, str. 62).

### **3.3 Pretirana ješčnost / kompulzivno (prisilno) prenajedanje**

Pretirana ješčnost oziroma kompulzivno prenajedanje je bilo v preteklosti manj opaženo v primerjavi s priznanima in dobro raziskanima boleznima anoreksijo in bulimijo. Dandanes vedno več ljudi trpi za neobvladljivim prenajedanjem. Tuj izraz za to motnjo se glasi »binge eating« in pomeni basanje oziroma prenajedanje (Ogris, 2000). V sedaj veljavnem DSM-V (2013) so pretirano ješčnost uvrstili kot samostojno klasificirano motnjo hranjenja, za katero je značilno zaužitje pomembno večje količine hrane v kratkem času, v primerjavi z drugimi ljudmi v podobnih okoliščinah. Prenajedanje spremljajo epizode nekontroliranosti in občutja krivde, sramu in gnusa. Prenajedanje večinoma poteka naskrivaj.

»Sam izraz, kompulzivno (prisilno) prenajedanje, označuje tisto, kar tako početje spremeni v motnjo – gre za prisilno vedenje, ker človek počne nekaj, česar si v bistvu ne želi, vendar se temu ne more upreti« (Ogris, 2000, str. 26). Kljub temu, da se žrtve zavedajo, da prekomerno hranjenje zanje ni dobro, se zaradi notranje prisile ne morejo ustaviti in lahko pride celo do fizične slabosti. Do prenajedanja lahko pride različno pogosto. Lahko se pojavi v ekscesnih epizodah, lahko pa poteka polagoma čez cel dan. Med prenajedanjem lahko pride do izgube kontrole, kljub prizadevanjem za vzpostavitev kontrole nad prehranjevanjem in hudih občutkov krivde ne morejo zaustaviti notranje sle, mogoče le za kratek čas (Ogris, 2000).

Pri pretirani ješčnosti se, podobno kot pri anoreksiji, v psihodinamiki bolezni skrivajo vsebine odpora do odraslosti in samostojnosti. Tako kot anoreksični bolniki, ki z odvrčanjem hrane ohranjajo svoje drobno telo, ki jim daje iluzijo, da so še otroci in se tako branijo pred odraslim svetom, se prav tako žrtve prenajedanja zatekajo v hrano, ki jim skozi odvisnost, pasivno preskrbljenost in zadoščenje predstavljajo varnost pred možnimi nevarnostmi v odraslosti. Nasprotno pa pretirano ješčim mladostnikom največkrat manjkajo že najmanjše sledi lastnosti, ki so značilne za anoreksijo, kot so: perfekcionizem, odločnost, aktivnost ter doslednost. To jih pogosto močno ovira na različnih življenjskih področjih (Tomori, 1990).

## 4 ZLORABA V POVEZAVI Z MOTNJAMI HRANJENJA

Ameriška psihiatrinja Judith Herman, ki je v svojem raziskovanju in delu osredotočena na travmo v otroštvu ter travmatski stres, je leta 1992 podala hipotezo, da so otroci, ki so bili v otroštvu podvrženi neizogibnemu stresu, bolj nagnjeni h kompulzivnosti in k samouničevalnemu vedenju. Spolna zloraba znotraj družine se v veliko primerih kronično ponavlja in otroci poleg zlorabe največkrat doživljajo tudi vsakodnevno zanemarjanje (Schwart in Cohn, 1996). Statistike raziskav kažejo, da je od 30% do 50% posameznikov z motnjami hranjenja v preteklosti bilo žrtev spolne ali fizične zlorabe (Smolak & Murnen, 2012, po Balfour idr., 2013).

Obstaja kar nekaj aktualnih raziskav, pri katerih so znanstveniki ugotavljali, kako lahko preko teorije oziroma stilov navezanosti razložimo vpliv zgodnje zlorabe in zanemarjanja na kasnejše motnje hranjenja (Tasca idr., 2013). V slednji so ugotovili, da ima zloraba v zgodnjih letih življenja, ki vključuje čustveno, telesno, spolno travmatiziranje in zanemarjanje s strani staršev, direktno povezavo z motnjami hranjenja. Pri žrtvah zlorabe opazajo dva tipa negotove navezanosti, in sicer anksiozni ter izogibajoči. Omenjena stila enako vplivata oziroma delujeta kot enakovredni mediacijski spremenljivki na odnos med zlorabo v otroštvu in odraslimi motnjami hranjenja. Če povzamem, rezultati so pokazali, da poleg direktnega vpliva zlorabe v otroštvu na moteno hranjenje, lahko tudi s teorijo negotove navezanosti delno pojasnimo, kako močan vpliv ima zgodnja zloraba na odrasle simptome motenj hranjenja (Tasca idr., 2013). Zloraba v otroštvu je nespecifični faktor tveganja za nastanek motenj hranjenja kasneje v življenju (Jacobi, Hayward, Zwaan, Agras, Kraemer in Agras, 2004).

Čeprav se je v zadnjih desetletjih raziskovanje korelacij motenj hranjenja izrazito povečalo, avtorji opozarjajo, da je še veliko neraziskanega na področju njihove etiologije (Mazzeo in Espelage, 2002). Avtorji več študij razlagajo spolno zlorabo kot samostojni nespecifični faktor za razvoj motenj hranjenja, spet drugi dokazujejo, da je njena vloga močnejša v kombinaciji z drugimi zlorabami (Messman-Moore in Garrigus, 2007, po Moulding, 2015).

## 4.1 Spolna zloraba in motnje hranjenja

Spolna zloraba je zelo močna kršitev in poseg v telo drugega, prav tako deluje uničevalno na posameznikove sposobnosti navezovanja in na odnose z drugimi ljudmi. Pri žrtvah spolnih napadov lahko sproži samouničevalno vedenje. Ena od oblik, ki lahko nastopi po spolni zlorabi, je motnja prehranjevanja. Znanstveniki so potrebovali dolgo časa, da so odkrili povezavo med spolno zlorabo in motnjami hranjenja, čeprav je bilo leta 1993 na inštitutu »Reader« zabeleženo, da je 80 odstotkov ljudi z motnjo hranjenja doživelo spolno zlorabo. V povezavi je še vedno nekaj kontroverznosti in študije različnih avtorjev si tudi nasprotujejo. Razlog tiči v tem, da povezave med zlorabami in motnjami hranjenja niso enostavne in napovedljive. Zelo pomembno je, da se zavedamo dejstva, da se pri osebah, ki so bile v otroštvu spolno, fizično in čustveno zlorabljene ali zanemarjene, ne nujno pojavijo motnje hranjenja in obratno, veliko oseb z motnjami hranjenja ni doživelo zlorabe v otroštvu (Schwartz in Kohn, 1996).

Prve zapise o spolni zlorabi pri pacientih, ki so trpeli za motnjami hranjenja, lahko najdemo že leta 1950, nastali pa so na podlagi kliničnega opazovanja in opisovanja primerov (Wooley, 1993). Moulding (2013) navaja, da je od takrat nastalo veliko študij, ki so potrdile bolj pogosto spolno zlorabo pri ženskah z motnjami hranjenja (Briere in Runtz, 1993; Brown, Russell, Thornton in Dunn, 1997; Cachelin, Schug, Juarez in Monreal, 2005; Johnson, Cohen, Kasen in Brook, 2002; Jonas idr., 2010; Oppenheimer, Howells, Palmer in Chaloner, 1985).

Na tem mestu se kritično sprašujem, zakaj lahko zloraba v otroštvu vpliva na vedenje prehranjevanja. Obstaja več razlag, ki poskušajo razložiti odnos med fenomenoma, čeprav ta še danes ni povsem raziskan in pojasnjen. V nadaljevanju ga bom na podlagi pridobljene literature poskusila čim bolj pojasniti.

Prehranjevanje v otroštvu je vedno vezano na starševsko skrb za otroka in pripravo obrokov. Hranjenje dokazuje skrb in ljubezen staršev, medtem ko zloraba sporoča ravno obratno, kar pri otroku spodbudi zmedene in nejasne občutke, ki jih je težko povezati in integrirati.

Prav tako so v veliko družinah, kjer prihaja do zlorab, skupna kosila v najboljšem primeru samo konfliktni čas, v najslabšem primeru pa za otroka pravi pekel. Kot primer si lahko predstavljamo očeta, ki pri kosilu terorizira svojega otroka in z nasiljem ustvarja kontrolo nad njegovim prehranjevanjem. Pri skupnih obrokih se največkrat vzbudi in odvije celotna družinska težavna dinamika. Posledično lahko otroci razvijejo odpor in strah do prehranjevanja, kar vodi do motenj hranjenja.

Po spolni zlorabi otroci začnejo doživljati svoje spolne organe kot slabe, negativne in umazane. Sovražni odnos do svojih spolnih organov je del strategije soočanja z zlorabo, saj morajo otroci za preživetje še naprej ohranjati pozitivno mišljenje o starših, zato krivdo za zlorabo preusmerijo na svoje spolne organe. Otroci si zlorabo poskušajo razložiti in integrirati vase, torej tako, da so po njihovem starši dobri in zanesljivi, njihovo telo je slabo, zato mora biti kaznovano. Začnejo se sramovati svojega telesa. Nekatere ženske začnejo s hranjenjem regulirati svoje telo, zavedajo se, da hranjenje vpliva na rast in razvoj ženskega telesa in s tem lahko zmanjšajo možnosti, da bi prišlo spet do zlorabe. Druge ženske pa doživljajo svoje telo kot edini razlog, da bi si jo moški želel, saj se počutijo znotraj popolnoma zlomljene in pokvarjene. Zato si obsesivno prizadevajo zato, da bi bilo njihovo telo privlačno in ne bi ostale same (Schwartz in Cohn, 1996).

Pri otrocih, ki so bili spolno zlorabljeni in imajo v sebi porušene sheme varnosti, zato lahko hrana predstavlja tranzitorni objekt, saj so starši preveč strašljivi (Schwartz in Cohn, 1996).

#### **4.1.1 Mediatorji spolne zlorabe v otroštvu in motenj hranjenja**

Po empiričnih podatkih ene izmed študij lahko spolno zlorabo v otroštvu in kasnejše motnje hranjenja razložimo z vrsto mediacijskih spremenljivk (Dworkin, Javdani, Verona in Campbell, 2014). Doživetje zlorabe naj bi pri žrtvah spodbudilo različne strategije spoprijemanja, ki se kažejo kot impulzivne in kompulzivne težnje in vplivajo na kontrolo hranjenja. Omenjene težnje oziroma mediatorji lahko vodijo k motnjam hranjenja. Tako impulzivne kot kompulzivne težnje naj bi žrtvam zlorab pomagale pri soočanju s travmo, saj naj bi kratkoročno sprostile stresne in tesnobne trenutke. Dolgoročno se potem lahko razvijejo v neustrezne in škodljive načine prehranjevanja oziroma v motnje hranjenja.

Podatki potrjujejo hipoteze, da lahko impulzivne težnje, ki so povezane z zmanjšano kognitivno kontrolo in vedenjsko dezinhibicijo, vodijo k prenajanju oziroma k napadom zaužitja ogromnih količin hrane, v angleškem jeziku »binge eating«. Pri kompulzivnih tendencah pa gre za povečano vedenjsko kontrolo, ki na začetku zavira posameznika pri določenih vedenjih, kasneje pa sproži stroga, ponovljiva vedenja, ki delujejo v smislu kontroliranja teže, npr. večurna telesna aktivnost, da ne pride do povečanja telesne teže. Tako impulzivne kot kompulzivne tendence so pomembne pri razlagi vpliva spolne zlorabe na motnje hranjenja, vendar so rezultati pokazali, da imajo nekoliko večjo vlogo kompulzivne tendence. Znanstveniki trdijo, da je vlogo impulzivnih in kompulzivnih tendenc najbolje predstaviti v obliki modela, prikazujoč omenjene tendence kot mediatorske spremenljivke, ki vplivajo na odnos med zgodnjo spolno zlorabo in kasnejšimi motnjami hranjenja, za razliko od modela, ki prikazuje direkten vpliv zlorabe na motnje hranjenja (Dworkin, Javdani in Verona in Campbell, 2014).

Hozler, Uppala, Wonderlich, Crosby in Simonich (2007) poudarjajo, da je značilen in močan mediator odnosa med spolno zlorabo v otroštvu in motnjami hranjenja tudi posttravmatska stresna motnja (PTSM). Z drugimi besedami, pri spolno zlorabljenih posameznikih, pri katerih so se pojavile motnje hranjenja, se bo najverjetneje razvila tudi simptomatika posttravmatske stresne motnje. Pomembni komponenti, ki vplivata na mediatorski odnos, sta fiziološko vzburjenje in socialna izolacija.

Posttravmatsko stresno motnjo Dansky, Brewerton, Kilpatrick in O'Neill, (1997) razlagajo kot naravno posledico travme, motnje hranjenja pa so odgovor oziroma orodje, s katerim posamezniki poskušajo kontrolirati čustveno vzburjenje, ki je povezano z PTSM.

## **4.2 Čustvena zloraba in motnje hranjenja**

Bernstein in Fink sta čustveno zlorabo definirala kot: »besedni napad na otrokovo zavest o lastni vrednosti ali kakršnokoli zaničevanje, poniževanje ali ogrožanje vedenja otroka s strani odrasle osebe« (Bernstein in Fink, 1998, str. 2).

V študiji, ki je bila osredotočena na čustveno zlorabo v otroštvu in motnje hranjenja v ženski zgodnji odraslosti, so postavili model, ki poskuša prikazati in razložiti povezavo med omenjenima pojmom (Espelage in Hund, 2006). Model je zgrajen na podlagi teorije



o travmi v otroštvu, ki pravi, da je posledica vztrajne čustvene zlorabe v otroštvu najprej zmanjšanje samospoštovanja, ki lahko vodi v aleksitimijo. Na kratko jo lahko definiramo kot čustveno hladnost oziroma nezmožnost ubeseditve čustev. Zloraba lahko hkrati vpliva na določeno stopnjo depresije in anksioznosti oz. na generalni stres, vse skupaj pa v zgodnji odraslosti vodi k škodljivim strategijam soočanja s stisko (Rorty in Yager, 1996, po Espelage in Hund, 2006). Te so lahko motnje hranjenja (Follette, Ruzak in Abueg, 1998, po Espelage in Hund, 2006).

Kljub temu, da ni dolgo tega, odkar so znanstveniki začeli raziskovati povezave med zlorabami in motnjami hranjenja, je bilo veliko več študij usmerjenih predvsem v raziskovanje spolne zlorabe in njenih učinkov. Določene vrste zlorab, npr. čustvena zloraba, so bile v raziskavah zapostavljene. Ko pa so znanstveniki začeli raziskovati učinke čustvene zlorabe, so opozorili na njeno pomembnost (Kent in Waller, 2000). Danes obstaja več študij, ki pričajo o njeni pomembni vlogi.

#### **4.2.1 Mediatorji čustvene zlorabe in motnje hranjenja**

V eni izmed nedavnih raziskav so avtorji postavili hipotezo, da kot možni mediatorski spremenljivki odnosa zlorabe v otroštvu in motnjami hranjenja lahko nastopata čustvena disregulacija in disociacija (Moulton, Newman, Power, Swanson in Day, 2015). Pri tem so čustveno disregulacijo opisali kot mehanizem, ki je nasproten čustveni regulaciji. Čustvena regulacija vključuje zavedanje, razumevanje ter sprejemanje svojih čustev. Pri disociaciji gre za naravni obrambni mehanizem, ki se pojavi kot odgovor na travmo v otroštvu in posameznikom povzroča spremembe v zavedanju, gre za pojave, kot so amnezija, depersonalizacija, derealizacija in absorpcija (Gershuny in Thayer, 1999, po Moulton idr., 2015). Avtorja Briere in Scott (2012) sta moteno hranjenje, kamor štejemo nekontrolirano basanje, bruhanje in restriktivne načine obnašanja, razložila kot sredstva, ki posamezniku pomagajo pri disociiranju od težkih čustev, ki jih vzbudijo travmatski spomini (Moulton idr., 2015).

Moulton in drugi (2015) so testirali 5 spremenljivk oziroma oblik zlorabe, in sicer: čustveno, fizično, spolno zlorabo ter čustveno in telesno zanemarjanje. Pri vseh oblikah zlorab se je pokazala pomembna povezanost z motnjami hranjenja, ki je potrdila hipoteze

avtorjev raziskave. Prav tako je vseh pet vrst zlorab signifikantno napovedalo čustveno disregulacijo in disociacijo, čeprav je bila čustvena zloraba edina zloraba, ki je neodvisno napovedala čustveno disregulacijo. V omenjeni študiji so opazovali specifični indirektni vpliv čustvene zlorabe na motnje hranjenja skozi spremenljivko čustvene disregulacije. Avtorji študije so na podlagi rezultatov potrdili večjo vlogo čustvene zlorabe, navajajo pa tudi druge raziskave, ki se skladajo z njihovimi zaključki. Na primer: (Burns idr., 2012; Kennedy, Ip, Samra in Gorzalka, 2007; Kent idr., 1999). Poleg tega, so podrobneje opazovali odnos med čustveno zlorabo in motnjami hranjenja pod vplivom emocionalne disregulacije (Moulton idr., 2015). Pri pregledu raziskav je možno opaziti, da avtorji dosedanjih študij podajajo različne zaključke glede mediatorske spremenljivke disociacije.

Avtorji večine raziskav, povezujejo zlorabo kot faktor tveganja za razvoj bulimije, zato sta Racine in Wilder (2014) raziskovali čustveno disregulacijo kot posledico zlorabe v otroštvu, vendar natančneje v odnosu z anoreksijo nervozo. Navedli sta, da so žrtve čustvene zlorabe v otroštvu pokazale večjo čustveno disregulacijo in resnejše simptome anoreksije. Čustvena zloraba in simptomatika anoreksije sta povezani oziroma medirani s čustveno disregulacijo. Povedano drugače, čustvena zloraba povzroči čustveno disregulacijo, zaradi katere se razvijejo simptomi anoreksije. S temi pa posamezniki poskušajo regulirati čustva.

Kaplow in Widom (2007) sta navedla, da je pri posameznikih, ki so doživeli zlorabo v otroštvu, večja verjetnost za kasnejši razvoj depresivnih in anksioznih simptomov, za razliko od posameznikov, ki zlorabo doživijo kasneje v življenju, pri katerih je bolj verjetno, da bodo razvili agresivnost in odvisnost od psihoaktivnih substanc.

Avtorji Michopoulos, Powers, Moore, Villarreal, Ressler in Bradley (2015) so v svojem znanstvenem prispevku preučevali vlogo čustvene disregulacije in depresije v odnosu med čustveno zlorabo in (motenim) čustvenim prehranjevanjem.

Postavili so hipotezo, da so trpinčenje oz. zlorabljanje otrok, depresija in čustvena disregulacija povezani s čustvenim prehranjevanjem. Poleg tega so želeli preučiti, ali je emocionalno prehranjevanje pod vplivom mediacijskih spremenljivk depresivnih simptomov, PTSM simptomov in čustvene disregulacije. Navedli so, da je čustvena

zloraba, v primerjavi z drugimi vrstami zlorab, bolj povezana oziroma z večjo verjetnostjo napoveduje čustveno prehranjevanje. Prav tako so rezultati pokazali, da je odnos med zlorabo v otroštvu, še posebno čustveno medirano s spremenljivkama depresije in čustvene disregulacije. Slednja je pokazala večji signifikantni vpliv (Michopoulos in drugi, 2015). Čustveno disregulacijo oziroma neuspešno reguliranje negativnih in intenzivnih čustev so znanstveniki razložili kot posledico doživetja močnega stresa, v katerega spada tudi zloraba v otroštvu (Pollak, 2008).

### **4.3 Fizična zloraba in motnje hranjenja**

Fizična zloraba in njeni vplivi na motnje hranjenja se v literaturi pogosto pojavljajo skupaj s čustveno zlorabo in njenimi vplivi, ker obe spadata v skupino nespolnih oblik zlorabe v otroštvu. Obe sta bili v primerjavi s spolno zlorabo v preteklosti zapostavljeni pri raziskovanju in imamo o njih manj podatkov. Kljub manjšemu številu raziskav sta Mazzeo in Espelage (2002) navedla, da se je pri posameznikih z motnjami hranjenja pokazala višja prisotnost čustvene in fizične zlorabe v otroštvu kot pri posameznikih brez motenj hranjenja. Poleg tega sta ugotovila, da spolna, fizična zloraba in zanemarjanje niso direktno povezani z motnjami hranjenja, temveč gre za indirektno povezavo, na katere vplivata mediacijski spremenljivki depresija in aleksitimija (Mazzeo in Espelage, 2002).

Kent, Waller in Dagnan (1999) so istočasno raziskovali različne vrste travm in prišli do že omenjenih rezultatov, ki so pokazali, da je samo čustveno zloraba pokazala signifikantno povezanost z motnjami hranjenja.

Welch in Fairburn (1996) sta raziskovala, ali spolna in fizična zloraba povečata tveganje za nastanek bulimije nervoze in ali predstavljata specifičen vpliv za njen nastanek. Navedla sta, da je tako spolna kot fizična zloraba faktor tveganja za pojav le-te. Ugotovila sta, da je bila spolna zloraba s fizičnim kontaktom bolj prisotna v skupini z bulimičnimi posamezniki kot v kontrolni skupini. Kljub temu primerjava skupine bulimičnih pacientk s skupino posameznic s splošno psihiatrično motnjo ni pokazala razlik v pogostosti zlorabe, zato spolna in fizična zloraba nista specifična faktorja za nastanek bulimije. Razlika se je pojavila le v primeru hude, ponavljajoče se spolne zlorabe, ki jo je bilo mogoče opaziti bolj pogosto pri bulimičnih posameznicah (8,8%) kot pri posameznicah z drugo psihiatrično motnjo (2,9%). Avtorja sta zaključila, da sta spolna in fizična zloraba dejavnika tveganja

za nastanek bulimije samo v manjšini primerov, v večini je za to odgovornih več drugih faktorjev. Tako spolna kot fizična zloraba torej nista specifična dejavnika za nastanek bulimije nervoze, ampak pripomoreta na splošno k razvoju drugih psihičnih obolenj pri mladih odraslih ženskah (Welch in Fairburn, 1996).

#### **4.4 Spolna zloraba in pretirana ješčnost**

Kot sem omenila v uvodu, tudi avtorji novejših raziskav navajajo, da ima zloraba v otroštvu negativne posledice na psihološko in socialno delovanje posameznikov, prav tako pa lahko povzroči prekomerno debelost v kasnejših obdobjih, predvsem pri ženskah. Do zdaj so bile povezave med zlorabo in povečanjem telesne mase še precej neraziskane, čeprav obstaja vrsta dokazov, ki potrjujejo, da zloraba v otroštvu preko stresno motenega prehranjevanja vpliva na možnost razvoja prekomerne debelosti v povezavi s prekomernim hranjenjem. V raziskavi, v kateri so želeli ugotoviti, v kolikšni meri stresno motena prehranjevanja vplivajo na povezavo med zlorabo in povečanjem telesne mase v zgodnjem odraslem obdobju, so se osredotočili samo na ženske, ker podatki kažejo na večjo povezavo med zlorabo in prekomernim hranjenjem in večjo prisotnost stresno motenega hranjenja pri ženskah kot pri moških. Rezultati raziskave so potrdili hipotezo, da fizična, čustvena ali spolna zloraba pred enajstim letom vpliva na povišano telesno maso v zgodnjem odraslem obdobju pri ženskah (Austin idr., 2015).

Noll, Trickett, Harris in Putnam (2008) navajajo, da se pretirana ješčnost kot posledica spolne zlorabe v otroštvu velikokrat pojavi v kombinaciji z depresijo, impulzivnostjo, težavami z vrstniki, z zlorabo alkohola in drog ter nizkim samospoštovanjem. Rezultati raziskave so pokazali, da so bile matere zlorabljene v otroštvu, bolj nagnjene k pretirani ješčnosti, k odvisnosti od prepovedanih substanc in nasilju doma ter so imele več psihičnih problemov. Več jih je zanosilo in opustilo šolanje v najstniških letih. Prav tako navajajo, da je pri otrocih staršev s pretirano ješčnostjo velika verjetnost, da bodo to motnjo razvili tudi sami. Ta pa otroke postavlja pred nevarnost, da bodo imeli težave na socialnem in čustvenem področju ter na področju medosebnih odnosov (Hornor, 2010, po Trickett, Noll, Reiffman, Putnam, 2001).

Grilo, Masheb, Brody, Toth, Burke-Martindale in Rothschild (2005) so pri ženskih in moških posameznikih s prekomerno telesno težo ugotavljali vpliv starševskega trpinčenja v otroštvu. Iskali so povezave med spolom, značilnostmi motenj hranjenja in psihološkim funkcioniranjem. 340 posameznikov je izpolnilo vprašalnik o različnih vrstah zlorabe v otroštvu. Med spoloma ni bilo večjih razlik, le emocionalna zloraba je bila bolj pogosto navedena s strani žensk. V nasprotju z drugimi navedenimi študijami so rezultati te pokazali, da v splošnem različne oblike starševskega trpinčenja otrok niso povezane s kompulzivnim prenajedanjem, sedanjim indeksom telesne teže ali značilnostmi motenj hranjenja. Signifikantna je bila samo večja povezanost čustvene zlorabe in zanemarjanja z višjo stopnjo depresije in nižjim samospoštovanjem.

## 5 SRAM V POVEZAVI Z ZLORABO IN MOTNJAMI HRANJENJA

Moulding (2015) je v svojem znanstvenem prispevku, ki bazira na odkritjih raziskav drugih avtorjev, želela predstaviti, kako žrtve na podlagi lastne izkušnje razumejo in doživljajo odnos med spolno, fizično ali čustveno zlorabo in pojavom motenj hranjenja. Čeprav se je v zadnjih nekaj desetletjih povečalo zanimanje za raziskovanje teh dveh pojavov, je bilo premalo poudarka namenjenega socialnemu kontekstu in specifičnim čustvom, ki vodijo do različnih motenj hranjenja. Študija Mouldingove (2015) temelji na intervjuju, ki ga je avtorica opravila s štirinajstimi ženskami, ki so v otroštvu doživele različne vrste zlorab. S pomočjo intervjuja je želela pridobiti čim več informacij o čustvih, povezanih z zlorabo, kot sta sram in prezir, in kako se ta lahko manifestirajo v motnjah hranjenja. Od žensk, ki so sodelovale v študiji, jih je sedem trpelo za anoreksijo, tri za bulimijo, dve za anoreksijo in bulimijo, zadnji dve pa sta podlegli kompulzivnemu (prisilnemu) prenažanju.

Čeprav so zlorabe udeleženkam pustile veliko negativnih posledic, so kot najtežjo navedle negativen čustveni vpliv. Pri ženskah sta se izrazila dva načina soočanja z zlorabo, ki sta se razvila v motnjo hranjenja. V okviru prvega so se udeleženke, ki so bile žrtve čustvene zlorabe, kompulzivno prenaždale, saj jim je hrana predstavljala tolažbo in zatočišče v stiski, k hrani so se zatekle, ko preveč intenzivnih čustev zlorabe niso mogle drugače predelati. V trenutkih intenzivnega basanja s hrano so doživljale pozitivne trenutke zaradi manjšanja čustvenega distresa in slabše razsodnosti. V trenutku, ko so se zavedle, koliko hrane so pojedle, so se počutile osramočene in krive. Nekatere so se kasneje začele obremenjevati s svojo težo, saj se niso želele zrediti in so posledično pričele z bruhanjem. Če povzamem, gre za to, da je zloraba pri posameznicah sprožila močan sram, občutke nevednosti in prezira, usmerjenega proti sebi in v sovražnost do sebe. Zatekanje v hrano jim je za nekaj trenutkov izboljšalo počutje v lastni koži, vendar se je stanje na koncu še poslabšalo v primerjavi s prej in vzbudilo še hujše občutke krivde. Ti izvirajo iz vsesplošnega kulta vitkosti v današnji družbi (Moulding, 2015). Harper (2011) tudi navaja, da motnje hranjenja ne osvobodijo žrtev sramu, ki se je v njih ponotranjil zaradi zlorabe, ampak postanejo še bolj nagnjene k doživljanju tega. Prenaždanje pa jim za nekaj trenutkov pomaga zbežati od teh preveč intenzivnih občutij.

V nasprotju z zgoraj opisanimi primeri drugi dve udeleženki, ki sta bili v otroštvu večkrat spolno zlorabljeni, v hrani nista iskali zatočišča, se prenajedali ter kasneje bruhalo, sta pa zaradi močnih občutkov sramu, prezira, krivde in sovražnosti do sebe svoje telo kaznovali s stradanjem. Pri njiju se je razvila anoreksija nervoza. Svoje doživljanje sta opisali kot močne občutke sramu in nevrednosti, počutili sta se, kot da si hrane ne zaslužita. Pri eni od njiju je zloraba pustila tako močne občutke sovražnosti, krivde in nevrednosti, da je ponoči spala na tleh, saj si po njenem ni zaslužila spati na postelji.

Stradanje in posledično vitkost postane maska za doživljanja nemoči in nekontroliranosti v notranjosti, ki ga žrtve želijo prikriti. Svetu sporočajo, da so vsaj v nečem perfektne in poskušajo sram in krivdo obvladati tako, da imajo svoje telo popolnoma pod nadzorom.

Pri drugi udeleženki, ki je bila prav tako žrtev spolnih napadov, se obvladovanje občutkov sramu ni razvilo v stradanje, ampak v napade prenajedanja z nekvalitetno hrano in bruhanje. V nasprotju s primeri čustvene zlorabe zgoraj v prenajedanju ni našla utehe in pozitivnih občutij, temveč ji je to predstavljalo kazen, saj se je sama počutila krivo za spolne napade. Za razliko od zgornjih primerov ni želela biti suha ali privlačna. Basala se je z vso hrano, ki ji je prišla v tistih trenutkih pod roko, samo zato, da bi si škodovala, ker je čutila, da si to zasluži. Po prenajedanju so se tudi pri njej pojavili velikanski občutki krivde, ki so jo pripravili do tega, da je vso zaužito hrano izločila iz telesa. Poleg bruhanja se je hrane poskušala znebiti tudi z odvajali. Na koncu se je zaradi občutkov krivde glede vsega še grobo drgnila v kadi in se tako še dolgo časa vrtela v tem ponavljajočem vzorcu (Moulding, 2015).

## 6 ZDRAVLJENJE

Pri zdravljenju posameznikov z motnjami hranjenja, ki so bili prej zlorabljeni, je nujno, da strokovnjak individualno s pacientom dobro razišče naravo zlorabe, ki jo je doživel ter razume pomen le-te zanj. Poleg tega mora psihoterapevt natančno ugotoviti, kakšne so čustvene posledice za pacienta in kako se kažejo v njegovi motnji hranjenja (Moulding, 2015).

Schmidt, Humfress in Treasure (1997) poudarjajo, da je zloraba v otroštvu pri posameznikih z motnjami hranjenja, še posebno pri bulimičnih pacientih, relativno pogosta, zato mora psihoterapevt raziskati in oceniti posameznikovo otroštvo in družinsko ozadje. Zdravljenje tovrstnih posameznikov je za terapevte zelo velik izziv. V trenutku, ko posumi na zlorabo v otroštvu je, zelo težko, vendar pomembno, da zna oceniti pravi čas za omembo le-te. V primeru, da začne spraševati o zlorabi prezgodaj, lahko pacienta prestraši, ker tega še ni pripravljen deliti z njim. Terapevt lahko s tem doseže, da posameznik popolnoma utihne in ne more deliti trpeče izkušnje. Nasprotno, v kolikor terapevt ne načne teme o zlorabi in vztraja pri tišini, lahko posameznik sebe začne dojemati kot nesprejemljivega (Schmidt, Humfress in Treasure, 1997). Pri sprejemanju odločitev za zdravljenje se morajo terapevti zavedati, da se približno 60 odstotkov posameznikov z motnjo hranjenja, ki so bili zlorabljeni, sicer želi zaupati drugemu, večinoma oz. 93% pa se na pobudo sploh ne odzove ali pa se odzove negativno (Schmidt in drugi, 1997, po Waller in Ruddock, 1992).

Rodriguez, Perez in Garcia (2005) navajajo, da ima lahko spolna zloraba v povezavi z drugimi nasilnimi vedenji v otroštvu negativen vpliv na začetno zdravljenje motenj hranjenja. Posamezniki, ki so doživeli spolno zlorabo, so tudi večkrat odstopili od zdravljenja, v primerjavi s posamezniki, ki zlorabe niso doživeli. Prav tako je bilo med žrtvami spolne zlorabe tudi več povratnikov k zdravljenju motenj hranjenja.

Pri načrtovanju zdravljenja se mora terapevt odločiti, ali bo zlorabo v obravnavo vključil na začetku, na koncu ali med simptomatskim zdravljenjem. Zdravljenje simptomov je za nekatere najboljša štartna točka, saj z napredovanjem zdravljenja klient dobi več samozavesti in posledično razvije zaupanje v terapevta. Nasprotno je zdravljenje, ki je



preveč osredotočeno le na zdravljenje simptomov in klientu ne da možnosti, da bi spregovoril o svoji zlorabi, lahko za klienta prisilno in neuporabno. Prav tako pa je zelo pomembno, da terapevt ne daje pretirane teže zlorabi in ne premočno vztraja pri vprašanih, povezanih s preteklostjo in zlorabo, saj bo v tem primeru pacient lahko razvil prepričanje, da terapevta zanima le njegova zgodovina. Zdravljenje bo lahko doživljal kot prisilno in zelo kontrolirano, v najslabšem scenariju pa kot nadaljnjo zlorabo (Schmidt in drugi, 1997).

Terapijo čuječnosti (angl. »Mindfulness«), s poudarkom na meditaciji in sočutjem do samega sebe (angl. »Self compassion«), uporablja vedno več terapevtov, ki se ukvarjajo z žrtvami zlorab (Moulding, 2015, po Neff, 2004). Sočutje do samega sebe je močno povezano z dobrim psihološkim funkcioniranjem (Neff, 2004). Neff (2004) v svojem prispevku izpostavlja povezavo med sočutjem do samega sebe in samospoštovanjem. S pomočjo omenjene terapije lahko posamezniki vzpostavijo boljše samospoštovanje. V nasprotju s samospoštovanjem sočutje do sebe ne temelji na samoocenah kompetentnosti in svoje vrednosti. Med terapijo posamezniki spoznajo, da si zaslužimo prijaznost in sočutje do sebe, ker smo človeška bitja in ne zato, ker imamo določene dobre lastnosti, na primer lepoto, talentiranost ali pamet (Neff, 2004). Terapevti s pomočjo omenjene tehnike želijo posameznikom pomagati na način, ki ni usmerjen na hrano, obliko in težo, kot so to po navadi standardne vedenjsko kognitivne terapije. Slednje so lahko primerne za posameznike z motnjami hranjenja, ki v otroštvu niso utrpeli zlorabe. Za posameznike, ki so razvili motnje hranjenja kot strategijo za soočanje s posledicami zlorabe, pa lahko terapevti kognitivno vedenjske terapije, s pomočjo katere večinoma zdravijo le simptome in ne vzrokov, posvetijo premalo pozornosti zlorabi in njenemu učinku na pacienta (Holzer, Uppala, Wonderlich, Crosby, in Simonich, 2007). Kot navaja Moulding (2015), se je veliko posameznic z motnjami hranjenja, ki so bile zlorabljene v otroštvu, pri klasičnih oblikah zdravljenja motenj hranjenja počutilo nerazumljeno s strani terapevta in posledično jim standardni principi zdravljenja niso ustrezali.

Druga tehnika terapije, ki je zelo poznana in uporabljena pri žrtvah zlorab, je narativna terapija (Hanisch in Moulding, 2011). Izkazala se je za zelo uspešno predvsem pri posameznikih, ki so doživeli spolno zlorabo. Kot je bilo že omenjeno, lahko ta žrtvam povzroči veliko raznovrstnih posledic, od alkoholne odvisnosti in drog, motenj hranjenja,

depresije, anksioznosti do osebnostnih motenj. Narativna oziroma pripovedna terapija spada med postmoderne oblike psihoterapije (Hanisch in Moulding, 2011). Oblikovana je tako, da klient razlaga svojo zgodbo, terapevt pa posluša, ne da bi na zgodbo vplival s svojimi osebnimi prepričanji, mnenji, teorijami, reakcijami ali pričakovanji. Zagovorniki narativne terapije želijo poudariti, da je vsaka zgodba odvisna od socialnega konteksta. Na naše zgodbe oziroma interpretacije dogodkov, ki se nam zgodijo v življenju, imajo velik vpliv socialna sporočila prijateljev, družine, medijev in širšega kulturnega okolja (Hanisch in Moulding, 2011, po White, 2007). Med terapijo se zgodba pacientov začne spreminjati. Sebe ne doživljajo več kot žrtve, ampak kot močne posameznike, ki so zlorabo preživeli in predelali. Zlorabo ločijo od drugih stvari v svojem življenju in jo na koncu terapevtskih srečanj začnejo doživljati kot le en aspekt življenja, ki je del preteklosti (Phillips in Daniluk, 2004).

Posameznice z motnjami hranjenja, ki so v otroštvu doživele zlorabo, navajajo, da mora biti glavna pozornost zdravljenja usmerjena v moč in odnose z drugimi, raje kot v individualne spremembe. Terapevti morajo torej pri svojem delu predvsem podpirati samostojno prakticiranje tehnik za pridobitev psihične moči in usmerjanje pacientov v vzpostavljanje zdravih in podpornih odnosov z drugimi ljudmi (Moulding, 2015).

## 7 SKLEPI

V svoji zaključni nalogi sem se poglobila v odnos med zlorabo v otroštvu in motnjami hranjenja. V uvodnem delu sem predstavila spolno, fizično, čustveno zlorabo in zanemarjanje ter glavne oblike motenj hranjenja: anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in pretirano ješčnost. Zloraba v otroštvu ima za žrtve veliko negativnih posledic, ki ovirajo posameznikovo psihološko in socialno delovanje. Osredotočila sem se predvsem na to, kako se zloraba v otroštvu manifestira v kasnejših motnjah hranjenja.

Iskanje oz. raziskovanje povezav med zlorabo v otroštvu in motnjami hranjenja se je začelo šele okoli leta 1980, čeprav so prvi zapisi o zlorabah starejši. Znanstveniki so potrebovali veliko časa, da so se začeli resnično zanimati za to področje in odkrili prva dejstva, ki razlagajo povezave. Raziskovanje je bilo najprej usmerjeno v spolno zlorabo, pri kateri so našli povezave z bulimijo nervozo in pretirano ješčnostjo. Žrtve spolnih zlorab zaradi močnega čustvenega distresa in drugih močnih občutij sramu, prezira in sovražnosti do sebe, razvijejo različne strategije za soočanje z njimi. Nekatere svoje telo zasovražijo in se počutijo krive za zlorabo, zato se kaznujejo s prenajedanjem oziroma basanjem. Raziskave pričajo tudi o razvoju prekomerne debelosti pri žrtvah spolne zlorabe iz otroštva zaradi obvladovanja intenzivnih, negativnih čustev s pomočjo kompulzivnega prenajedanja. Spet druge svoje občutke nemoči, krivde in sramu poskušajo obvladati in prikrivati s stradanjem in posledično vitkim telesom ter s tem sporočajo, da imajo kontrolo nad sabo. Raziskovanje učinkov čustvene zlorabe je bilo dolgo zapostavljeno in v senci odkrivanj na področju spolne in fizične zlorabe, zadnja leta pa vedno več avtorjev poudarja prav pomembno vlogo čustvene zlorabe pri kasnejših motnjah hranjenja. Nekateri avtorji izpostavljajo močnejšo vlogo čustvene zlorabe v primerjavi z drugimi. Skupno jim je, da povezavo med čustveno zlorabo in motnjami hranjenja razlagajo s pomočjo vloge mediatorskih spremenljivk, kot so depresija, anksioznost, čustvena disregulacija, čustvena disociacija in aleksitimija, ki se najpogosteje pojavijo skupaj z motnjami hranjenja. Žrtve čustvene zlorabe negativna občutja poskušajo obvladovati z zaužitjem ogromne količine hrane, ob kateri v trenutkih prenajedanja doživijo pozitivna občutja, vendar jih kmalu zamenjajo še hujši občutki krivde. Ti jih prisilijo v bruhanje in jih vedno znova vračajo v začaran krog. V svoji zaključni nalogi sem poskusila povezave različnih zlorab z motnjami hranjenja, predstaviti in opisati ločeno, da bi jih bolje razumeli. Poudariti moram, da je to težko, saj avtorji raziskav velikokrat različne vrste zlorab raziskujejo skupaj. To je seveda

razumljivo, saj se v realnem življenju zlorabe večinoma prekrivajo oziroma pojavljajo istočasno. Kot primer, v mnogih družinah, kjer je prišlo do spolne zlorabe, je pogosto prišlo tudi do fizičnega napada ali pa so otroka vseskozi zanemarjali. Predvsem čustvena zloraba se velikokrat prekriva in pojavlja skupaj z drugimi zlorabami in tako še poveča negativni učinek, ki ga ima le-ta na posameznika.

Menim, da bi morali v prihodnosti še več raziskav usmeriti v iskanje načinov, razlogov in zakonitosti, zakaj in kako se zloraba lahko odraža v motnjah hranjenja, saj si avtorji niso v vsem enotni in tudi povezave niso še povsem pojasnjene. Prav tako bi se morali pri raziskovanju bolj osredotočiti na posameznikovo doživljanje pri zlorabi in posledičnih motnjah hranjenja znotraj socialnega konteksta.

Pri pregledu literature omenjenih dveh pojavov in njune povezave, sem opazila, da so v študijah te problematike sodelovale večinoma ženske. Najbrž je temu tako, ker so bolj pogoste zlorabe med ženskami in več žensk kot moških trpi za motnjami hranjenja. Možno pa je, da je odstotek zlorab moških s strani žensk, oziroma zlorabljenih sinov s strani mater, veliko večji kot se nam zdi, vendar podatki niso tako znani kot pri ženskah. Prav tako še ni dovolj raziskano, koliko moških se sooča z motnjami hranjenja zaradi doživete zlorabe v otroštvu. Ravno zaradi tega menim, da bi v prihodnosti raziskovanje moralo biti usmerjeno tudi na moško populacijo.

Na koncu naj še dodam, da ostajajo premalo raziskane možnosti za pomoč ljudem, ki so bili zlorabljeni v otroštvu in so kasneje razvili motnje hranjenja. Pri standardnih kognitivno vedenjskih terapijah, ki se v glavnem uporabljajo za posameznike z motnjami hranjenja, se veliko žrtev zlorab počuti nerazumljene. Terapevti se namreč premalo posvečajo zlorabi oziroma vzroku težav in so večinoma usmerjeni le v hrano in načine prehranjevanja oziroma v simptome. Zato so v zadnjih letih vedno bolj aktualne alternativne terapije, kot sta narativna terapija in na čuječnost ter sočutje usmerjeni pristopi, ki so pri zdravljenju posameznika usmerjeni tako v zlorabo kot v motnje hranjenja. Vsekakor bi morali v prihodnosti temeljito raziskati, na kakšne načine lahko kar najbolj pomagamo oziroma si v otroštvu zlorabljeni posamezniki z motnjami hranjenja najboljše pomagajo.

## 8 LITERATURA IN VIRI

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 izd.)*. Washington DC: Author.
- Austin, S.B., Harlow, B.L., Katz-Wise, S.L., MacLehose, R. F., Mason, S.M., Neumark-Sztainer, D., Rich-Edwards, J.W. (2015). Childhood abuse victimization, stress-related eating, and weight status in young women. *Annals of Epidemiology*, 25, 760-766.
- Bain, O. in Sanders, M. (1996). *Ko pride na dan: vodič za mlade, ki so bili spolno zlorabljeni*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše: Co Libri.
- Bašič, K. (2010). *Naše geslo- delajmo z znanjem in skupaj za zaščito otrok*. Ljubljana: Združenje proti spolnemu zlorabljanju.
- Berčnik, S. (2013). Motnje hranjenja in njihovo prepoznavanje v osnovni šoli. V Z. Rutar Ilc (ur.), *Vzgoja in izobraževanje (56-60)*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Bernstein, D.P. in Fink, L. (1998). *Childhood trauma Questionnaire: A retrospective self-report (Manual)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Briere, J. in Runtz, M. (1993). Child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Brown, L., Russell, J., Thornton, C. in Dunn, S. (1997). Experiences of physical and sexual abuse in Australian general practice attenders and an eating disordered population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 398-404.
- Cachelin, F.M., Schug, R.A., Juarez, L.C. in Monreal, T.K. (2005). Sexual abuse and eating disorders in a community sample of Mexican American women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27, 533-546.
- Carnes, P. J. (2006). *Ne recite temu ljubezen. Pot iz seksualne zasvojenosti*. Ljubljana: Studio Moderna.

- Dansky, B.S., Brewerton, T.D., Kilpatrick, D.G. in O'Neill, P.M. (1997). The National Women's Study: Relationship of crime victimization and PTSD to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 213-228.
- Dworkin, E., Campbell, R., Javdani, S. in Verona, E. (2014). Child Sexual Abuse and Disordered Eating: The Mediating Role of Impulsive and Compulsive Tendencies. *Psychology of Violence*, 4 (1), 21-36.
- Espelage, D. L. in Hund, A. R. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress, *Child Abuse & Neglect*, 30 (2006), 393-407.
- Grilo, C.M., Masheb, R.M., Brody, M., Toth, C., Burke-Matrindale, C.H. in Rothschild, B.S. (2005). Childhood Maltreatment in Extremely Obese Male and Female Bariatric Surgery Candidates. *Obesity research*, 13 (1), 123-130.
- Hanisch, D. in Moulding, N. (2011). Power, Gender, and Social Work Responses to Child Sexual Abuse. *Affilia: Journal of women and Social Work*, 26 (3), 278-290.
- Harper, J.M. (2011). Regulating and Coping with Shame. V R. Trnka, K. Balcar in M. Kuška (ur.), *Re-constructing emotional spaces. From Experience to Regulation* (str. 189-206). Praga: Prague College of Psychosocial Studies Press.
- Holzer, S.R., Uppala, S., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D. in Simonich, H. (2007). Mediation significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child Abuse & Neglect*, 32, 661-566.
- Honor, G. (2010). Child Sexual Abuse: Consequences and Implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24 (6), 358-364.
- Jackson, A.M. in Deye, K. (2015). Aspects of abuse: Consequences of Childhood Victimization. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45, 86-93.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwan, M., Kraemer, HC. in Agras, WS. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general terminology. *Psychol Bull*, 130 (1), 19-65.

- Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E., Cooper, C., King, M. in Brugha, T. (2010). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 41, 709-719.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. in Brook, J.S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400.
- Kaplow, J.B. in Widom, C.S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-187.
- Kent, A., Waller, G. in Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *The International journal of eating disorders*, 25 (2), 159-167.
- Kent, A. in Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20 (7), 887-903.
- Leeb, R.T., Lewis, T. in Zolotor, A.J. (2011). A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5 (5), 454-468.
- Mazzeo, S.E. in Espelage, D. (2002). Association Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Disordered Eating Behaviors in Female Undergraduates: An Investigation of the Mediating Role of Alexithymia and Depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49 (1), 86-100.
- Messman-Moore, T.L. in Garrigus, A.S. (2007). The association of child abuse and eating disorder symptomatology: The importance of multiple forms of abuse and revictimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14 (3), 51-72.
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J. in Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129-136.

- Millar, H.R., Wardell, F., Vyvyan, J.P., Naji, S.A., Prescott, G.J. in Eagles, J.M. (2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 753-757.
- Moulding, N. (2015). »It Wasn't About Being Slim«: Understanding Eating Disorders in the Context of Abuse. *Violence Against Women*, 21 (12), 1456-1480.
- Moulton, S.J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. in Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child abuse & Neglect*, 39, 167-174.
- Neff, K. (2004). Self-Compassion and Psychological Well-Being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9 (2), 27-37.
- Noll, J.G., Trickett, P.K., Harris, W.W. in Putnam, F.W. (2009). The Cumulative Burden Borne by Offspring Whose Mothers Were Sexually Abused as Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (3), 424-449.
- Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja – kompulzivno (prisilno) prenejedanje. *Psihološka obzorja*, 9 (3), 25-44.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R.L. in Chaloner, D.A. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: A preliminary description. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 357-361.
- Phillips, A. in Daniluk, J. (2004). Beyond »survivor«. How childhood sexual abuse informs the identity of adult women after concluding treatment. *Journal of Counselling & Development*, 82, 177-184.
- Pollak, S.D. (2008). Mechanisms Linking Early Experience and the Emergence of Emotions. Illustrations From the Study of Maltreated Children. *Current Directions in Psychological Science*, 17 (6), 370-375.
- Racine, S.E. in Wildes, J.E. (2014). Emotion Dysregulation and Anorexia Nervosa: An Exploration of the Role of Childhood Abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (1), 55-58.
- Reljič Prinčič, A. (2003). Motnje hranjenja. *Vzgoja*, 5 (18), 20-24.



- Repič, T. (2008). *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Rodriguez, M., Perez, V. in Garcia, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 299-306.
- Sadock, B.J. in Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer Business.
- Schmidt, U., Humfress, H. in Treasure, J. (1997). The Role of General Family Environment and Sexual and Physical Abuse in the Origins of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 5 (3), 184-207.
- Schwartz, M. F. in Cohn, L. (1996). *Sexual abuse and eating disorders*. New York & London: Brunner-Routledge.
- Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. New aspects in the treatment of eating disorders. *Review Scientific Articles*, 61, 106-109.
- Sternad, M. D. (2001). *Motnje hranjenja: od besed, ki ranijo k besedam, ki celijo*. Ljubljana: samozaložba.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., Demidenko, N., Hayden, G., Wong, A. in Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*. 36 (2012), 32-39.
- Temnik, S. (2010). Čustvena zloraba otrok: Vreden sem toliko kot me imajo radi. *Psihološka obzorja*. 19 (2), 129-141.
- Tomori, M. in Zihlerl, S. (1999). *Psihijatrija*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Trickett, P.K., Noll, J.G., Reiffman, A. in Putnam, F.W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: implications for short and long-term development. *Development & Psychopathology*, 13 (4), 1001-1019.

Waller, G. in Ruddock, A. (1992). Experiences of disclosure of childhood sexual abuse and psychopathology. *Child Abuse Review*, 2, 185-195.

Welch, S.L. in Fairburn, C.G. (1996). Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: A community-based case control study. *Child Abuse & Neglect*, 20 (7), 633-642.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.

Wooley, S.C. (1994). Sexual abuse and eating disorders: The concealed debate. V P. Fallon, M.A. Katzman in S. C. Wooley (ur.), *Feminist perspectives on eating disorders* (171-211). New York: Guilford Press.