

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA  
PRIMARNA DRUŽINA KOT DEJAVNIK TVEGANJA  
ZA RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA

MAJA ČEČEK

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Primarna družina kot dejavnik tveganja za razvoj motenj  
hranjenja**

(Primary Family as a Risk Factor of the Development of Eating Disorders)

Ime in priimek: Maja Čeček

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, avgust 2018

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Maja ČEČEK

Naslov zaključne naloge: Primarna družina kot dejavnik tveganja za razvoj motenj hranjenja

Kraj: Koper

Leto: 2018

Število listov: 30

Število referenc: 48

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Somentor: /

Ključne besede: motnje hranjenja, družina, dejavniki tveganja, zdravljenje

Izvleček: Motnje hranjenja uvrščamo med duševne motnje, ki v sodobnem času predstavljajo pogost javnozdravstveni problem. Med glavne skupine motenj hranjenja uvrščamo anoreksijo, bulimijo, kompulzivno prenažanje, bigoreksijo in ortoreksijo. O motnjah hranjenja govorimo, ko posameznik/ca v hrani išče rešitve ter tolažbo za svoje čustvene stiske. Tako na prvi pogled težave s hrano in hranjenjem v ozadju skrivajo posameznikovo trpljenje, ki je posledica prepleta različnih dejavnikov, med katere štejemo biološko-genetske dejavnike, socio-kulturne dejavnike in družinske dejavnike. V zaključni nalogi želim preučiti predvsem družinske dejavnike tveganja za razvoj motenj, hkrati pa želim opozoriti na pomembnost odnosov, ki se razvijajo znotraj sistema družine in igrajo pomembno vlogo pri posameznikovi izgradnji identitete, samopodobe, samospoštovanja ter občutka varnosti.

Osredotočila se bom na raziskovanje profilov družin z razvitimi motnjami hranjenja ter opisala ključne značilnosti le-teh. Natančneje bom predstavila stopnje razvoja motenj hranjenja z vidika mehanizma projekcijsko-introjekcijske identifikacije, kot ga razlaga relacijska družinska paradigma. V zaključnem delu naloge bom predstavila sisteme pomoči in načine zdravljenja, podrobnejši opis pa bom namenila družinski terapiji, ki je ena izmed najpogostejših pristopov za zdravljenje motenj hranjenja.

### Key words documentation

Name and SURNAME: Maja ČEČEK

Title of the final project paper: Primary Family as a Risk Factor for the Development of Eating Disorders

Place: Koper

Year: 2018

Number of pages: 30

Number of references: 48

Mentor: Assoc. Prof. Matej Kravos, PhD

Co-Mentor: /

Keywords: eating disorders, family, risk factors, treatment

Abstract: Eating disorders are classified under mental disorders, which present a frequent public health problem in modern times. Main groups of eating disorders are anorexia, bulimia, compulsive eating, bigorexia and ortorexia. We can talk about eating disorders when an individual searches for solutions and comfort for their emotional distress in food. Therefore, what appears as issues with food and nutrition can hide an individual's suffering that is a result of different factors, such as biological genetic factors, socio-cultural factors and family factors. This thesis focuses primarily on family factors that affect the development of disorders, and, at the same time, it emphasizes the importance of relationships that develop within the family system and that play an important role in the formation of an individual's identity, self-esteem, self-respect and sense of security. The focus of the thesis are the profiles of families with developed eating disorders and descriptions of their key characteristics. Development stages of eating disorders from the aspect of the mechanism of projection-introjection identification as examined in the relational family paradigm are presented in detail. The final part of the thesis provides an overview of aid systems and ways of treatment, as well as a comprehensive description of family therapy, which is one of the most frequent approaches towards treating eating disorders.

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju Mateju Kravosu za strokovno vodenje v času pisanja diplomske naloge. Zahvalo namenjam Tamari Arh, ki mi je nudila podporo v času pisanja, poleg tega se ji zahvaljujem za pomoč pri prevajanju strokovne angleške literature. Za pomoč pri prevajanju se zahvaljujem tudi Maši Primožič. Zahvalo za tehnično pomoč namenjam Timu Kotniku. Posebno zahvalo namenjam svoji mami, ki neizpodbitno verjame vame. Hvala tudi vsem prijateljem.

## KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
2	MOTNJE HRANJENJA.....	2
2.1	Zgodovina motenj hranjenja .....	2
2.2	Razlike med motnjami hranjenja in motnjami prehranjevanja.....	3
2.3	Motnje hranjenja kot odvisnost.....	3
2.4	Simbolika hrane .....	4
2.5	Samopodoba v problematiki motenj hranjena .....	5
3	VRSTE MOTENJ HRANJENJA .....	5
3.1	Anoreksija nervoza .....	5
3.2	Bulimija nervoza .....	6
3.3	Kompulzivno prenašanje .....	7
3.4	Ortoreksija nervoza.....	8
3.5	Bigoreksija nervoza .....	8
4	DEJANIKI TVEGANJA ZA RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA .....	9
4.1	Družinski dejavniki .....	9
4.2	Socio-kulturni dejavniki tveganja.....	9
4.3	Biološko-genetski dejavniki tveganja.....	10
5	VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA TELO .....	11
6	DRUŽINA .....	12
6.1	Družinska dinamika v povezavi z motnjami hranjenja .....	13
6.2	Družine oseb z razvito anoreksijo nervozo.....	13
6.3	Družine oseb z razvito bulimijo nervozo.....	14
6.4	Navezanost in motnje hranjenja .....	14
6.5	Odnos med otrokom in starši.....	15
7	MOTNJE HRANJENJA V LUČI RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE .....	15
7.1	Primarna družina in mehanizem projekcijsko-introjekcijske identifikacije .....	15
7.2	Temeljni afekt.....	16
7.3	Regulacija afekta.....	17
7.4	Afektivni psihični konstrukt.....	17
8	ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA.....	18
8.1	Družinska terapija.....	18
9	SKLEPI.....	20
10	VIRI.....	21

## 1 UVOD

Motnje hranjenja so diagnostični pojem, izhajajoč iz psihiatrije, le-tega pa se poslužuje širša družba. V dvajsetem stoletju se je incidenca tovrstnih motenj drastično zvišala, zaradi česar je to tudi velik socialni in zdravstveni problem. Motnje hranjenja so težko ozdravljiva duševna motnja, ki utegne ogroziti življenje za tovrstno motnjo obolelega posameznika. Najpogosteje se motnja pojavlja v obdobju adolescence, zasledimo pa jo lahko v katerikoli starostni skupini. Za motnje hranjenja je značilen bolesten strah pred debelostjo in motena predstava o lastnem telesu. Motnje hranjenja so zunanji izraz za globlje socialno-psihološke in čustvene probleme (Sternad, 2001). Vzroke za motnje hranjenja delimo na tri glave skupine, in sicer biološke, sociokulturne ter družinske. Poudariti je treba, da gre pri razviti motnji hranjenja za preplet več dejavnikov in seštevanje vzrokov iz vseh treh omenjenih skupin. Redko lahko prepoznamo le en sam jasen vzrok za nastanek motenj hranjenja. Motnje hranjenja se lahko kažejo kot mehanizem izogibanja, ko posameznik vso svojo energijo osredini na hranjenje in hrano ter se tako izogne bolečim čustvom in težavam (Sternad, 2001). Motnje hranjenja lahko predstavljajo način obvladovanja življenjskih težav, ki se zdijo nerešljive ali pa gre za prizadevanje nadzorovati lastno telo in življenje v razmerah, ko prizadeti čuti, da ga nadzirajo drugi (Serneck, 2012). Motnje hranjenja so lahko tudi odziv na dolgotrajno, leta trajajočo, nerazrešeno situacijo (Serneck, 2012).

Sama sem se v diplomski nalogi osredotočila na družino kot dejavnik tveganja za nastanek psihičnih stisk in s tem motenj hranjenja. V družinskem okolju, ki dolgoročno ovira otrokov duševni razvoj in izražanje njegovih potreb, je otroku oteženo razvijanje osebne integritete. Slednje mu onemogoča spontano doživljanje sebe, naravno sprejemanje sebe ter učinkovito izražanje sebe (Introspekta, 2018). Otrok tako ostaja neopremljen za spopadanje s frustracijami in z življenjskimi stiskami. Takšno okolje zviša možnosti, da se otrok v problemstkih situacijah zateče k samouničevalnemu vedenju. V primeru stiske kronične narave lahko otrok razvije vzorec samouničevalnega vedenja, ki mu služi kot strategija preživetja (naprimer motnje hranjenja). Iz systemskega vidika je motnja hranjenja odraz družinskih odnosov. Oseba, ki se bori z motnjo hranjenja, nosi nezavedno breme družine, ki se v družinski realnosti pogosto izraža na področjih izražanja čutenj, medosebne komunikacije, razmejitev med člani družine in reševanja konfliktov znotraj družine. Otrok z razvito motnjo hranjenja navadno pripomore k vzdrževanju ustaljenega načina družinskega funkcioniranja (Introspekta, 2018).

Z zaključno nalogo želim spodbuditi zavedanje posameznikov o pomenu družinske dinamike za razvoj psihopatologij v otroštvu, mladostništvu ter odrasli dobi. Ozaveščanje javnosti o pomembnosti odnosov v primarni družini je glavno izhodišče zaključne naloge. V zaključnem delu diplomske naloge sem predstavila sisteme pomoči kot pomemben del promocije javnega duševnega zdravja.

## 2 MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja (MH) v sodobnem času veljajo za pomemben javnozdravstveni problem. Motnje hranjenja uvrščamo med duševne motnje, delimo jih na bulimijo, anoreksijo in kompulzivno prenajedanje, v sodobnem času pa sta vse pogostejši tudi ortoreksija in bigoreksija (Nicolas, 2008). Motnje hranjenja kot bolezensko entiteto obravnavamo zadnjih 50 let, čeprav so bili že pred tem znani številni opisi bolezni, ki bi jih v današnjem času uvrstili med MH (Gordon, 1990). Motnje hranjenja uvrščamo med etnične motnje.

Motnje hranjenja so duševne motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz različnih stopenj duševne stiske in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja samega sebe. Oseba, ki trpi za MH, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja (Taylor, Parker, Bagby, Bourke, 1996). Navidezen problem s hrano v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi palete različnih dejavnikov. Hranjenje in odklanjanje hrane postane izraz za osvoboditev notranjih bolečin in neprepoznanih čustev (Strien in Ouwers, 2007). Dejavniki tveganja za nastanek MH so številni, le redko pa lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Pri večini gre za preplet različnih dejavnikov, ki osebo počasi, a vztrajno vodijo v motnjo. Dejavnike tveganja lahko razdelimo v tri skupine, in sicer v socio-kulturne dejavnike, biološko-genetske dejavnike in družinske dejavnike tveganja (Myers in Crowther, 2009).

Socio-kulturni dejavniki zajemajo vpliv medijev, stigmatizacijo debelosti in povečevanje vitkosti.

Biološko-genetski dejavniki zajemajo prekomerno telesno maso novorojenčka in specifične osebnostne lastnosti.

Pod družinske dejavnike pa uvrščamo kronične telesne in duševne bolezni staršev, ki pri otroku sprožajo občutek negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanje varnosti, nefunkcionalen oz. neustrezen partnerski odnos, prepire, pretirano nadvlado enega od staršev nad drugim ali nasilnost (otrok v takih primerih prevzema vloge, ki jim ni dorasel – posredovalec, pogajalec, amortizer in rabsodnik med starši), hrano kot vzgojni pripomoček oz. sredstvo nadzorovanja, neustrezno komunikacijo med starši in otrokom (dvojna sporočila), duševne, telesne in spolne zlorabe (Treasure, 1997).

### 2.1 Zgodovina motenj hranjenja

Prvi klinični opis motenj hranjenja se je pojavil v Franciji in Angliji skorajda hkrati v šestdesetih letih prejšnjega stoletja (Renner, 1998). William Gull je v Oxfordu prvič pisal o simptomih anoreksije že leta 1869. Prvi bolj množičen pojav motenj hranjenja, in sicer anoreksije, je bil zabeležen ob koncu prejšnjega stoletja, kar je mogoče povezati s Faucaultovo tezo o histerizaciji ženskih teles in s krizo urbane družine srednjega sloja. V tem času se je zgodil »izum« adolescence kot posebej nevarnega obdobja, ki mu ljudje dotlej niso pripisovali nobenega pomembnega pomena (Renner, 1998).



Izvor besede bulimija izhaja iz grške besede limos (lakota) s predpono bou iz grške besede bous (bik, tudi vol), kar pomeni volčja lakota (Garner in Garfinkel, 1997). Prvi opis bulimije nervoze sega v antiko. Bogati Rimljani naj bi uživali tolikšno količino hrane, da so jo morali izbljuvati. Bulimija nervoze je dobila svojo veljavo in današnji pomen šele okoli leta 1970. Pogostost bulimije nervoze je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja preseгла stopnjo obolelih za anoreksijo nervozo, zato so bulimijo opredelili kot samostojno motnjo (Garner in Garfinkel, 1997).

## 2.2 Razlike med motnjami hranjenja in motnjami prehranjevanja

Motnje hranjenja moramo razlikovati od motenj prehranjevanja. Motnje prehranjevanja sodijo v nekakšno predstopnjo motenj hranjenja, ni pa nujno, da se v njih tudi razvijejo (Hafner, Ser nec, Copak, Kuhar in Čarapić, 2011). Med motnje prehranjevanja štejemo neustrezne prehranjevalne navade, kot so naprimer pogosto nihanje telesne teže zaradi diet, neuravnotežena prehrana, neredno hranjenje idr. Motnje prehranjevanja pa niso nujno znak določene motnje (Hafner idr., 2011).

Motnje hranjenja so čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Motnje predstavljajo zunanji izraz globoke dušene stiske in čustvene vznemirjenosti ter nesprijemanja sebe. Navidezni problem s hrano v globini torej skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi palete različnih dejavnikov. Hranjenje oz. odklanjanje hrane postane način osvoboditve notranjih bolečin ter neprepoznanih čustev (Ser nec, 2012).

## 2.3 Motnje hranjenja kot odvisnost

Različni vzorci hranjenja osebe z razvitimi motnjami hranjenja lahko vodijo v odvisnost, ki lahko pomeni za stradajoče včasih tudi smrt (Zaviršek, 1994). Oseba lahko na začetku odklanja hrano zaradi določenih nepredelanih travmatskih izkušenj, estetskih ali socialnih vzrokov (Sternad, 2001). Pri tem lahko zavračanje hrane dobi tudi psihološke dimenzije in postane simbolno izražanje čustvenih potreb. Mnoge družine zanikajo odvisnost družinskega člana, kar povzroči, da postane zasvojenost s stradanjem, prenajedanjem ali bruhanjem dolgoletno dejstvo, ki ga nihče ne opazi. Takšna odvisnost prinaša telesu določeno ugodje ter postane normalno stanje, na katerega se telo privadi, vse to pa posamezniku otežuje prekinitev odvisnosti (Sternad, 2001). Motnje hranjenja so bolj zapletena odvisnost kot vse ostale, saj pri hrani nevarne substance ne moremo kar prenehati uživati. Ne moremo namreč prenehati jesti, temveč moramo hrano jesti in pri tem najti neko ravnovesje. Če pri ostalih odvisnostih lahko merimo ozdravitev s količino samodiscipline, tega pri odvisnosti s hrano ne moremo. Tu smo postavljeni pred dejstvo, da moramo za ozdravitev motenj hranjenja najti vzroke za nastanek. Vsem oblikam motenj hranjenja je skupno, da so prisilnega – kompulzivnega značaja (Sternad, 2001). To pomeni, da se oseba zelo trudi, da bi s tem početjem prenehala, vendar tega ne more storiti (Bercht,

1997). Zaradi te značilnosti lahko motnje hranjenja štejemo pod odvisniško motnjo. Odvisnost nastane iz palete doživetih in pridobljenih izkušenj. Vedno pa je odvisnost vtkana v individualno življenjsko zgodbo. Gre za značilnost v odvisnosti, ki se izmakne lastnem hotenju, mišljenju in delovanju, tako da postane vsakokratna snov ali proces izključno hrana, življenjski smisel in življenjska vsebina (Bercht, 1997). Od ostalih odvisnosti se motnje hranjenja med drugim razlikujejo po tem, da gre za skrito (celo najbližji več let ne vedo, kaj se dogaja) in osamljeno početje (vsakdo ritual izvaja sam zase) (Švab, 1998).

## 2.4 Simbolika hrane

Hrana prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja v življenju. Občutek zadovoljstva, ki je povezan s hranjenjem, mu vsaj začasno prežene vsa nelagodja, ga potolaži, umiri in sprosti (Sternad, 2001). Pri hranjenju otrok prvič doživlja, da mu dotikanje nekega dela telesa (ust in njegove okolice) povzroča čutno ugodje in vznemirjenje. Hrana ga najtesneje povezuje s človekom, ki skrbi zanj in zato prek nje dobiva občutek, da je sprejet, pomemben in ljubljen. Hranjenje je povezano z dotikom in toplino človeka, od katerega je otrok čustveno in bivanjsko odvisen ter mu zagotavlja zaščito in varnost. Ko je hrana v otrokovem doživljanju, čutnem in čustvenem svetu povezana s prvimi zadovoljujočimi in ugodnimi občutji, mu ostane v podzavesti tudi pozneje kot simbol ugodja, tolažbe ter zadovoljstva. Hrana kot prisposoba nečesa, kar otrok dobiva od ljudi, ki ga imajo radi in jim nekaj pomeni, kot sredstvo za odpravljanje stiske ter zagotovilo prijetnega počutja se vključi v otrokovo doživljanje medosebnih odnosov (Sternad, 2001). To lahko otroku in kasneje odrasli osebi postane tudi nadomestilo za prevelike in nestvarne čustvene potrebe ter pričakovanja. S prekomernim hranjenjem lahko zato še pozneje v svojem življenju duši občutja čustvene nezadovoljenosti. S hrano si rahlja tesnobo ter z njo lajša občutke osamljenosti. Po drugi strani pa lahko s hrano odklanja, ko se vpleta v napetosti v svojem okolju. S hrano lahko simbolično odklanja tistega, ki ga je prizadel, podzavestno se s tem odreka svoje odvisnosti od njega (Sternad, 2001). V različnih življenjskih obdobjih je simbolika hrane vpeta v vrednostni sistem, značilen za posamezno obdobje (Tomori, 1990). Tako je v otroštvu hrana povezana predvsem s prisposobo sprejetosti, varnosti, ugodja in ljubezni. V adolescenci se vprašanje hrane poveže s simboliko odraščanja. Mladostniku je hrana zagotovilo ali grožnja rasti in zorenja, razvitejše telo pa ni le večje, odraslejše, ampak tudi spolno bolj opredeljeno (Tomori, 1990). Pri odraslih je pomen hrane lahko povezan tudi z njihovim doživljanjem lastne odgovornosti ter zmožnosti. Hrana lahko postane prisposoba obvladovanja in zavzemanja sveta, nalog in zadolžitve, sprejemanja in premagovanja, tudi simbolična zamenjava za obvladovanje neobvladljivega, za premagovanje nepremagljivega (Tomori, 1990).

## 2.5 Samopodoba v problematiki motenj hranjenja

Temeljna prizma, skozi katero se ljudje zavedamo sebe, je naša duševnost. Zmožnost duševnega doživljanja prepoznavamo v zaznavanju dogajanj v lastnem duševnem svetu (Rožman, 2013). Slednje nam omogoča, da se zavedamo svojega duševnega počutja, določenega razpoloženja in specifičnih čustev ter miselnih predstav, ki sestavljajo naše trenutno duševno doživljanje in sočasno ustvarjajo telesno stanje. Samozavedanje nam daje podlago za izbiro našega delovanja. Posamezniki, ki razvijejo problematiko motenj hranjenja, imajo močno okrnjene sposobnosti samozavedanja (Rožman, 2013). Njihov duševni svet pogosto obvladujejo impulzivna čustva, ki otežujejo kontrolo vedenja, otopelost, ki prekine emocionalno povezavo z drugimi, negativne misli, ki prisilno narekujejo vedenje, duševna zmeda, ki uničuje sproščenost, in pobitost, ki jemlje posamezniku voljo do življenja. Posameznik tako nima stabilne duševne opore, iz katere bi lahko izhajal pri svojem delovanju v zunanjem svetu (Rožman, 2013). Skrajna posledica omenjenega samozavedanja je kronično nepoznavanje sebe. To pomeni, da posameznik ne pozna oz. ne prepozna svojega duševnega doživljanja, hkrati pa ne prepozna svojih resničnih potreb, talentov in želj. Posameznikova samozavest tvori temelj njegovemu delovanju v svetu. Človeku omogoča, da uresničuje svoje cilje in ambicije. Samozavest daje posamezniku pogum, da presega okvirje domačega ter dosega željene cilje. V problematiki motenj hranjenja se večkrat izpostavlja vidik samopodobe, ki se izraža preko nezadovoljstva s telesnim videzom (Rožman, 2013). Obremenjevanje s svojim telesnim videzom v problematiki motenj hranjenja pomeni varovati sebe pred spoznavanjem vseh vidikov doživljanja, ki so za posameznika tako zelo boleči, da bi v zavestni obliki posamezniku povzročili neobvladljivo bolečino. Tako je nezadovoljivo doživljanje lastnega telesa za posameznika rešitev, ki mu omogoča, da na varen način doživlja bolečino. Posamezniki z razvito motnjo hranjenja lahko namesto svoje resnične podobe vidijo izkrivljene poteze telesa, okončin (Pelc, 2012). Duševno doživljanje lahko premaga kognitivno percepcijo doživljanja realnosti fizičnega sveta. Za posameznike z razvitimi motnjami hranjenja je torej značilna nizka stopnja samopodobe in samospoštovanja, posamezniki so odklonilni do sebe, hkrati pa želijo doseči specifični ideal. Višja kot je disharmonija med doživljanjem dejanskega stanja sebe ter specifičnega ideala, globlja je motnja (Pelc, 2012).

## 3 VRSTE MOTENJ HRANJENJA

### 3.1 Anoreksija nervoza

Termin anoreksija je prvi uporabil William Gull leta 1873 in z njim opisal skupino adolescentk ter mlajših odraslih žensk, ki so odklanjale hrano (Sternad, 2001). Sama beseda pomeni izgubo apetita in je neustrezna, saj večina klientk navaja povečano željo po hrani. Anoreksija nervoza je motnja, ki jo označuje zavestno povzročeno znižanje telesne

teže. Najpogostejša je pri dekletih v adolescentnem obdobju in pri mladih ženskah, pojavlja se (sicer mnogo redkeje) tudi pri fantih oz. moških (Smink, Hoeken, Hoek, 2012). Anoreksija je motnja razvitega sveta, večinoma pa se motnja pojavi pri posameznikih iz srednjega in višjega sloja in družin, ki imajo posebno družinsko dinamiko s prikrito disfunkcionalnostjo (Sternad, 2001). Razen nizke telesne teže je za osebe z razvito motnjo značilna motena telesna podoba oziroma nestvarna predstava o svojem telesu ter primarna ali sekundarna amenoreja pri dekletih. Motnja telesne podobe se kaže kot pretiran občutek debelosti ali hud strah pred njo, ne glede na dejansko telesno težo, ki je navadno nizka ali zelo nizka. Osebe z anoreksijo so preobremenjene s svojo zunanjo podobo in z vprašanji glede hrane. Pri anoreksiji se lahko pojavijo tudi drugi bolezenski znaki, kot so hipotermija, bradikardija, edemi, presnovne, hormonske in elektrolitske spremembe (Sternad, 2001). Mnoge za anoreksijo obolele osebe imajo določene osebnostne značilnosti, opazne že pred hujšanjem: rednost, vzornost, storilnost in perfekcionizem (Cassin in Ranson, 2005). Velikokrat se osebe z razvito motnjo izolirajo od družbe ter nimajo potrebe po navezovanju partnerstva. Pri veliko osebah z anoreksijo opazimo tudi nekatere druge psihološke motnje, kot so obsesivno kompulzivno vedenje, depresivnost, motnje spanja in anksioznost (Sternad, 2001). Diagnoza anoreksija nervoza se v približno 10% konča s smrtnim izidom, pogosto s samomorom (Fairburn in Harrison, 2003).

Poznamo dve vrsti anoreksije (Hafner idr, 2011):

1. restriktivna oblika anoreksije nervoze: osebe s to obliko bolezni vzdržujejo nizko telesno težo z odklanjanjem hrane. Običajno je izguba telesne teže posledica odklanjanja vseh vrst hrane, včasih pa osebe odklanjajo samo ogljikove hidrate in hrano, za katero so prepričane, da je visoko kalorična.
2. purgativna oblika anoreksije nervoze: osebe s to obliko bolezni, kot sredstva za vzdrževanje nizke telesne teže, uporabljajo ritual bruhanja (predhodno pa se tudi prenajedajo), zauživajo odvajala in diuretike ter so pretirano telesno aktivne.

### **3.2 Bulimija nervoza**

Bulimija nervoza je obravnavana kot samostojna diagnoza šele od šestdesetih let prejšnjega stoletja. Prej je veljala za atipično obliko anoreksije nervoze. Za bulimijo nervozo so značilna ponavljajoča se obdobja prenajedanja (nažiranja, basanja s hrano), občutek pomanjkanja nadzora nad lastnim hranjenjem v obdobjih prenajedanja, ki mu sledijo neustrezni mehanizmi za zmanjševanje telesne teže. To so lahko bruhanje, jemanje odvajal, stradanje in pretirana telesna aktivnost. Za bulimijo je značilna tudi preokupiranost z obliko svojega telesa in telesno težo, ki se kaže predvsem v strahu pred debelostjo (Hafner idr., 2011).

Bulimijo nervozo delimo na dva tipa: purgativni in nepurgativni tip. Za purgativni tip je značilno, da prenajedanju sledi sprva hoteno izzvano bruhanje, kasneje pa se bruhanje sproža tudi že refleksno. Ustrezno telesno težo navadno osebe vzdržujejo prav z

bruhanjem. Za nepurgativni tip pa so značilni različni vedenjski vzorci, s katerimi oseba vzdržuje ustrezno telesno težo. Lahko uporablja odvajala, diuretike, strada ali pa se pretirano ukvarja s telesno aktivnostjo ob prenašanju (Michel in Willard, 2003). Ta nenehen fokus pa negativno vpliva na njeno telesno samopodobo. Interes, povezan z dietami, hujšanjem in preoblikovanjem telesa, postane obsesija in navadno te osebe nihajo med strogimi striktnimi dietami in med obdobji prenašanja. Njihovi rituali postanejo kot droga, saj jim velike količine hrane omogočajo umirjanje njihove čustvene stiske, s katero se ne zmorejo spoprijeti na drugačen način (Michel in Willard, 2003). Ob pretiranem uživanju hrane sproščajo napetost, temu pa sledi občutek krivde in posledični vedenjski pojavi za zniževanje telesne teže (Hafner idr., 2011). Želijo se znebiti hrane, ki so jo zaužili, in se »kaznovati« za svoje slabo vedenje – prenašanje. Zato sledi prenašanju bruhanje ali pretirana telesna aktivnost, izraba odvajal in diuretikov, kasneje pa lahko sledijo obdobja stradanja (Michel in Willard, 2003). Kljub ponavljajočim ritualom prenašanja imajo osebe z bulimijo večinoma normalno ali pa nekoliko povečano telesno težo (Hafner idr., 2011).

Raziskave kažejo pomembno povezavo med bulimijo nervozo in depresivno motnjo, namreč kar 75% oseb z bulimijo ima diagnosticirano tudi klinično obliko depresije, posledično pa so pogostejši tudi samomorilni poskusi. Osebe z bulimijo so tudi bolj nagnjene k odvisnostim od psihoaktivnih snovi in imajo pogosto motnje v kontroli impulzov. Zato so pogosta nagnjene h samopoškodovalnemu in promiskuitetnemu vedenju (Hafner idr., 2011).

### 3.3 Kompulzivno prenašanje

Kompulzivno (prisilno) prenašanje je oblika motenj hranjenja, kjer gre za prisilno vedenje, ki ga človek ponavlja, čeprav ve, da to zanj ni dobro. Oseba se tako hrani, četudi ne občuti fizičnih znakov, ki bi opozarjali na lakoto. Oseba se prekomerno prenaša celo do fizične slabosti, kar lahko počne po malem tekom dneva, ali pa gre za posamezna obdobja prenašanja (nažiranja, basanja s hrano), pri tem pa izgubi nadzor nad svojim vedenjem in se kljub občutkom krivde ne more zaustaviti oz. to zmore le za kratek čas (Ogris, 2000). Obdobju prenašanja ne sledi potreba po nižanju telesne teže, vendar je pri motnji pogosto prisotna prekomerna telesna teža. V obdobju adolescence se motnja pogosto izmenjuje z bulimijo ali pa anoreksijo (Hafner idr., 2011).

Kompulzivno prenašanje je glede na bulimijo in anoreksijo nervozo najmanj tipična oblika motnje, ki se veže na mladostništvo ter prehod v odraslost. Motnja je nekoliko pogostejša pri ženskah, lahko pa se razvije že v otroštvu ali pa v puberteti ter kasneje v odrasli dobi (Ogris, 2000).

Kompulzivno prenašanje je kot oblika zasvojenosti, saj oseba izgubi kontrolo nad količino zaužite hrane in je tudi psihično ter fizično odvisna od nje. Pojavljajo se tudi negativni vidiki tega početja, kot sta prekomerna telesna teža in socialna izolacija (Ogris, 2000). Prav tako pa oseba, ki je zasvojena z rafiniranimi ogljikovimi hidrati ali maščobami ter s sladkorjem, občuti podobne abstinenčne simptome kot npr. oseba odvisna od

alkohola. Hrana tako postane depresor oz. stimulant, ki osebo pomiri, ublaži bolečino ter otopi čustva in občutke. Če se oseba skuša vzdržati hrane, postane anksiozna, nemirna, slabo spi, je razdražljiva in se zelo težko sooča s težavami in stiskami (Ogris, 2000). Hrana taki osebi predstavlja drogo, ki pa mu po drugi strani povzroča ogromne občutke krivde, zato je užitek zelo omejen (Ogris, 2000).

Ker je hrana sama po sebi nujna za preživetje in legalna ter zadovoljujoča, je motnja hitro spregledana z vidika, da gre le za osnovno biološko potrebo, ki jo imamo vsi. Ta oblika motenj hranjenja je še vedno najmanj raziskana ter tudi še ni priznana kot specifična motnja, ampak se jo vključuje v kategorijo nepurgativne bulimije nervoze oz. jo najdemo tudi pod izrazom »binge-eating« (Fairburn in Harrison, 2003). Zaradi obsežnosti motnje neobvladljivega prenajedanja številne raziskave kažejo, da bi moralo kompulzivno prenajedanje zavzemati enakovredno mesto ankoreksiji in bulimiji nervoze (Ogris, 2000).

### **3.4 Ortoreksija nervoza**

Ortoreksija predstavlja patološko obsedenost s pravilno prehrano. Obolevajo predvsem ženske v poznem mladostniškem obdobju in zgodnjem ter srednjem odraslem obdobju. V ozadju motnje je nizka samopodoba, izrazita potreba po kontroli in nadzoru, ni pa strahu pred debelostjo ali težnje po vitkosti, zato ne gre za moteno telesno shemo. Obsedenost z biološko čisto ter neoporečno hrano vodi do izrazitih prehrabnih restrikcij, kasneje pa lahko tako kot pri ostalih motnjah hranjenja privede do izgube socialnih stikov in razvoja depresivnega ter anksioznega tipa (Hafner idr., 2011).

### **3.5 Bigoreksija nervoza**

Bigoreksija, imenovana tudi mišična dismorfija, je motnja, za katero je značilna pretirana usmerjenost na oblikovanje svojega telesa (Ser nec, 2010). Posameznik, obolel za tovrstno motnjo, ima obsesivno potrebo po mišičastem telesu. Pogosta je izrazito motena telesna shema, posamezniki se namreč kljub pretirano mišičastemu telesu dojemajo ter doživljajo kot presuhe in premalo možate. V ozadju omenjene motnje je nizko samospoštovanje ter slaba samopodoba. Za tovrstno motnjo obolevajo predvsem mlajši moški, motnja pa se najpogosteje pojavlja v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti. Oboleli večino svojega časa posvetijo obiskom fitnesa, pogoste pa so tudi zlorabe anabolnih steroidov, kar vpliva na ojačanje depresivne motnje, ki je pogosto pridružena motnja bigoreksije. Zaradi zlorabe steroidov so pogosto pridružene še motnje spolnih funkcij (Ser nec, 2010).

## **4 DEJANIKI TVEGANJA ZA RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA**

Dejavnikov, ki vplivajo na nastanek motenj hranjenja, je veliko. Večinoma gre za kombinacijo številnih dejavnikov, ki osebo vodijo v motenje hranjenja. Dejavnike tveganja za razvoj motenj hranjenja delimo na tri glavne tipe, in sicer: biološko-genetski dejavnike, socio-kulturne dejavnike in družinske dejavnike.

### **4.1 Družinski dejavniki**

Družinske vzroke za nastanek motenj hranjenja je treba poznati, saj jih mora posameznik med psihoterapevtsko obravnavo prepoznati, šele nato pa lahko spremeni svoje emocionalno doživljanje ter odzivanje nanje ter posledično opusti nefunkcionalne vedenjske vzorce (Hafner idr., 2011). Če je v družini oseba s kronično duševno ali telesno boleznijo, to lahko povzroči otroku ali mladostniku občutek pomanjkanja varnosti, nestabilnosti in negotovosti. Občutek varnosti je ključen za razvoj ustreznega samovrednotenja, samospoštovanja in samopodobe. Eden izmed pomembnih dejavnikov, ki imajo velik vpliv na razvoj psihopatologij pri otroku je tudi nefunkcionalen partnerskih odnos. Partnerji, ki se veliko prepirajo med seboj, pretirano nadvladajo nad drugim partnerjem, so nasilni (psihično, verbalno, fizično, spolno), pri otroku pogosto vplivajo na razvoj različnih duševnih bolezni. Pomemben dejavnik za razvoj motenj hranjenja je tudi starševstvo, ki je nefunkcionalno in ob katerem otrok prevzema vloge, ki jim ni dorasel (Hafner idr., 2011). Vloge, ki jih otrok pogosto prevzame, so vloga pogajalca, posredovalca, rabsodnika ali amortizerja med starši. Kot nefunkcionalen odnos med starši in otrokom, ki lahko pripelje do razvoja motenj, je tudi pretirano varovanje svojih otrok in prepuščanje otroku preveč svobode v odločitvah. Otroku nekatere odločitve sam težko sprejema, saj jim ni dorasel, to pa lahko otroku povzroči občutke krivde, izgubljenosti, strahu, jeze idr. Hrana v družinskem okolju ne sme biti sredstvo nagrajevanja ali kaznovanja. Otroci pogosto v sebi iščejo krivdo za grehe odraslih, kar pa lahko v osebi zbudi občutek krivde. Občutek krivde pogosto potencira še druge neprijetne občutke, otrok na primer lahko na ta način razvije nizko samopodobo in samospoštovanje (Hafner idr., 2011).

### **4.2 Socio-kulturni dejavniki tveganja**

S socio-kulturnega vidika najpogosteje za motnjami hranjenja zbolijo ženske, čeprav v sodobni družbi narašča tudi število moških, obolelih za motnjami hranjenja. Pri moških je najpogostejša oblika motenj hranjenja bigoreksija nervoza (Hafner idr., 2011). To lahko povezujemo z naraščanjem preokupiranosti moških s svojim telesnim videzom in telesno težo, predvsem pa močno željo po občudovanja vrednem mišičastem telesu. Preokupiranost s telesnim videzom nam vseskozi vsiljujejo množični mediji in modna

industrija. Vitkost nam predstavljajo kot merilo sreče in uspeha. Predvsem ženske imajo v sodobni družbi obilico odgovornosti, ki jih morajo izpolniti, da bi veljale za uspešne. Pričakuje se, da so zaposlene, hkrati pa opravljajo še druge naloge, kot so gospodinjstvo, skrb za otroke, dom, poleg tega pa morajo biti še vitke in lepe. Vsi našteti pritiski pogosto pripomorejo k samemu razvoju motenj hranjenja (Hafner idr., 2011).

### 4.3 Biološko-genetski dejavniki tveganja

Številne vrste raziskav kažejo na možnost, da k patogenezi motenj hranjenja prispevajo motnje v možganskih nevrottransmiterjih. Med temi nevrottransmitskimi sistemi so serotoninske in dopaminske poti ter številni neuropeptidi (Uher, Murphy, Brammer, Dalglish, Phillips, Andrew, Williams, Campbell, Treasure, 2004).

#### ANOREKSIIJA NERVOZA:

CT in MRI študije so pokazale, da imajo klienti z razvito anoreksijo zvečane sulkuse in ventrikle ter zmanjšano možgansko maso. Čeprav se te spremembe začnejo vračati v normalno stanje s pridobivanjem teže, pa raziskovalci niso prepričani ali se stanje normalizira (Uher idr., 2004). Najobsežnejše strukturalne študije, ki so bile opravljene pri 13 adolescentnih dekletih z razvito anoreksijo, so pokazale zmanjšan volumen sivine ter beline in povečan volumen možganske tekočine (likvorja). Longitudinalna študija šestih žensk je pokazala, da se je volumen beline povrnil po okrevanju oz. po pridobitvi teže, primanjkljaj v sivini pa je ostal. Posamezniki z razvito anoreksijo imajo zvišano koncentracijo kortizola v likvorju (Uher idr., 2004). Ena izmed značilnosti bolnikov z razvito anoreksijo nervozo je tudi izkrivljena telesna podoba. Študija, ki je vključevala tri posameznice z razvito anoreksijo in tri posameznice kontrolne skupine, je pokazala, da imajo bolnice z anoreksijo višjo aktivacijo v možganskem deblu, desni amigdali in fuziformnemu girusu. To nakazuje na povezanost anksioznosti z doživljanjem telesa, ki se odraža v aktivnost amigdal (Uher idr., 2004). Znanstveniki potrjujejo, da imajo ljudje, ki trpijo za anoreksijo, v primerjavi s posamezniki brez diagnosticirane motnje zvišano količino serotonina v možganski tekočini. Slednja sprememba naj bi bila povezana s stradanjem, telo namreč sintetizira serotonin s pomočjo zaužite hrane (Kaye, Fudge, Paulus, 2009).

Genetske raziskave so pokazale, da imajo posamezniki višjo stopnjo 5HT<sub>2A</sub>-serotoninskega receptorja, ki naj bi bil odgovoren za količino serotonina v možganih. V času stradanja naj bi se obolelim za anoreksijo počutje izboljšalo, saj se je količina serotonina zmanjšala. Ko obdobje stradanja in odrekanja hrani traja daljše časovno obdobje, možgani zvišajo količino serotoninskih receptorjev in tako lahko možgani bolje izkoristijo preostalo količino serotonina. Da se oseba počuti bolje, mora torej stradati, kar lahko povzroči začaran krog. Ko za anoreksijo nervozo obolel posameznik prične ponovno jesti, se količina serotonina ponovno zviša, kar povzroči hudo anksioznost in čustveni kaos, ki otežuje okrevanje (Kaye idr., 2009).



### BULIMIJA NERVOZA:

CT in MRI študije so pri osebah z diagnosticirano bulimijo potrdile spremembe v hipofizi, cerebralno atrofijo in ventrikularno zvečanje (Uher idr., 2004). Osebe z razvito bulimijo nervozo naj bi glede na kontrolne subjekte imele zmanjšano aktivnost v desnem čelnem režnju. Pred obrokom naj bi bila zvečana prekrvavitev možganov v desni spodnji čelni in levi skorji. Spremembe v serotoninskih receptorjih imajo lahko specifične vplive na vedenje. Pri osebah z bulimijo je bila odkrita zmanjšana orbitofrontalna vezava serotonina na 5HT<sub>2A</sub>-receptorje. Orbitofrontalne spremembe bi lahko odražale vedenjske motnje pri bulimiji, med drugim impulzivnost in spremenjeno čustveno procesiranje (Uher idr., 2004). Posamezniki z razvito bulimijo nervozo imajo disfunkcijo v serotoninskem sistemu (Kaye idr., 2009). Osebi, ki se prenaledanju odreka dlje časa, upade količina serotoninskih receptorjev, kar pripelje do hude razdražljivosti in želje po prekomernem hranjenju. Spremembe v serotoninskem sistemu naj bi bile prisotne tudi po ozdravitvi, kar posredno nakazuje, da so bile prisotne že pred pričetkom motnje (Kaye idr., 2009).

## **5 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA TELO**

Posledice motenj hranjenja in z njimi povezanih motenj uravnavanja občutka lakote in sitosti so praviloma hude. V nadaljevanju so našteje le nekatere posledice motenj hranjenja (Reich in Kroger, 2007):

- Motnje delovanja srca in krvnega obtoka: pri anoreksiji in bulimiji nista redka nihanje krvnega tlaka ter upočasnjeno delovanje srca. Motnje krvnega obtoka in delovanja srca so pri anoreksiji najpogostejši vzrok smrti. Nastanejo zaradi motenj v tako imenovanem elektrolitskem ravnovesju – zlasti zaradi pomanjkanja kalija. Motnje krvnega obtoka povzročajo preslabo prekrvavitev perifernih telesnih tkiv (noge, roke, obraz) in povišano občutljivost na mraz. Posledice čezmerne telesne teže so prav tako hude. Pojavljajo se motnje krvnega obtoka in delovanja srca, poapnitev žil, posledica katere je ogroženost zaradi srčnega infarkta in možganske kapi, visok krvni tlak in zvečano kopičenje vode v tkivih. Slednje se dogaja tudi pri anoreksiji.
- Hormonske motnje: pri vseh motnjah hranjenja se lahko pojavijo hude hormonske motnje, izostanek menstruacije je eden najpogostejših spremljevalnih znakov anoreksije, včasih tudi bulimije. V skrajnih primerih lahko povzroči neplodnost. Poleg tega lahko izostanek menstruacije, ki traja več let, pospešuje razgradnjo kostne mase (bolnicam z motnjo hranjenja grozi osteoporoza).
- Prebava: najpogostejše prebavne težave pri motnjah hranjenja so zaprtje, napenjanje in hemeroidi.

- Črevesne glivice: pri motnjah hranjenja se v črevesni flori pogosto razvije visoko število glivic. Črevesne glivice se razvijejo zaradi presladkih jedi s premalo vlakninami, zaradi stresa, zdravljenja z antibiotiki in hormonskih motenj. Zavedati pa se moramo, da vzrok nenehnega napenjanja pri osebah z motnjami hranjenja navadno ni kandidiaza, ampak neredna prehrana.
- Želodčne težave: pri za anoreksijo obolelih osebah velikokrat pride do skrajnega skrčenja želodca. Bolečine v predelu želodca večinoma nastanejo tudi zaradi prevelikih obrokov (značilno za bulimijo in kompulzivno prenehanje). Želodčni čir se pojavi redko. Lahko pa se zaradi pogostega bljuvanja pojavijo razjede na požiralniku, to lahko povzroči tiščanje, zgago in bolečine za prsnico. Nevarnost, da postanejo bolečine kronične, je velika, dolgoročno je lahko posledica tudi rak na požiralniku.

## 6 DRUŽINA

V obči literaturi lahko najdemo veliko definicij družine. Družina je socialna skupina, ki sloni na časovni in prostorski povezanosti ter pripadnosti članov znotraj nje (Lukas, 1993). Družina je sestavljena iz sistemov oseb, znotraj katerih obstajajo tesni stiki. Sistemi znotraj družine vplivajo in predstavljajo kontekst obnašanja, doživljanja ter razvoja posameznika. Odnosi se razvijajo skozi skupno življenje, pogosto to vodi do skupnih želja, delovanja in doseganja ciljev, to pa je bistvo osebnostnega razvoja v kontekstu družine (Ule, 1993). Družina je na eni stani sistem z določenimi notranjimi odnosi, skozi ves čas pa je istočasno v stiku in soodvisnosti z zunanjim okoljem (Tomori, 1994). Koncept družine je sestavljen iz sistemov odnosov, navzdol je odprt do svojih podsistemov, prav tako pa je sistem družine odprt tudi navzgor do raznovrstnih nadsistemov. Družina kot sistem ima določeno stopnjo stabilnosti ter sposobnosti prilagajanja notranjim in zunanjim spremembam (Ule, 2008). Sistem družine je zgrajen na podlagi hierarhije pravil, kjer bazična pravila zajemajo specifična dejanja in predpise o vedenju posameznikov znotraj družine (Ule, 2008). Socialno-psihološka definicija opisuje družino kot interakcijski in komunikacijski sistem posameznikov, hkrati pa poudarja pomembnost notranje psihološke stvarnosti. Za otroka je družina prvi socialni sistem, v katerem živi in skozi odnose z družinskimi člani internalizira izkušnje zunanjega sveta. Družina omogoča zadovoljevanje otrokovih potreb po človeškem kontaktu, hkrati pa ključno sovpliva na oblikovanje otrokove osebnosti (Ule, 2008).

Odnos med otrokom in staršem se prične že takoj ob rojstvu otroka in traja do smrti staršev. Ima več faz. V prvih fazah razvoja je otrok vsestransko odvisen od staršev, postopoma se v procesu odraščanja prične osamosvajati. Ključne naloge staršev v odnosu do svojih otrok so vzgoja, čustvena podpora, oskrba, nadzor in ozaveščanje družbeno odgovornega vedenja ter delovanja. Zaradi močne navezanosti med otroki in starši so sledeči odnosi močno zasidrani v vsakdanjem življenju posameznika (Ule, 2008).

## 6.1 Družinska dinamika v povezavi z motnjami hranjenja

Družina je institucija, kjer se otrok razvija tako intelektualno kot tudi telesno. Otrok znotraj družine razvija svojo osebnost, čustva, socialne ter moralne norme, prav tako pa tudi vrednote in vrednostni sistem. Otrok znotraj družine razvija svojo in družinsko identiteto (Dečman Dobrnjič in Zlokovič, 2007).

Psihodinamski pristop poudarja pomen zgodnjega obdobja otrokovega življenja, kasnejših izkušenj in oblikovanja osebnosti. Izrednega pomena je odnos med tistim, ki je hranjen, in tistim, ki ga hrani. Za osebe z motnjami hranjenja so značilne neizpolnjene in nerazrešene naloge v razvoju (Tomori, 1995). Motnje hranjenja se pogosteje pojavljajo v družinah, ki gojijo idealizirano podobo, visoko vrednotijo zunanji videz, so močnih in prepletenih vezi, hkrati pa so v družini nejasne vloge njenih članov (Rojc, 1995). Darja Zaviršek (1995) navaja, da so družine oseb z razvitimi motnjami hranjenja na zunaj neopazne. Družbene norme so v celoti upoštevane. Starši nadzirajo ter določajo, kaj posameznik lahko dela in česa ne, postavljene so stroge norme glede tega, kaj je prav in kaj ne itd. Ker v družini prevladuje nadzor staršev nad otroki, lahko hrana postane način, kako posameznik, deležen tolikšnega pritiska, vendarle uspe nadzorovati del svojega življenja (svoje telo). V družinah z motnjo hranjenja so omejeni izrazi individualnosti članov družinskega sistema. Družina kot sistem navidezno deluje brez sporov in negativnih čustev, z ambicioznimi pričakovanji in visokimi zahtevami.

V tovrstnih družinah imajo navadno osrednjo vlogo matere, ki so avtoritarne, preveč zaščitniške in nezmožne upoštevati posameznikovo individualnost; imajo tudi visoko težnjo po nadzoru in obvladovanju. Takšne matere niso sposobne vzpostaviti prave vezi s svojimi otroki. Velikokrat se zgodi, da svojega otroka dojemajo kot emocionalnega partnerja, ki naj bi zapolnil praznino, ki nastane kot posledica nefunkcionalnega odnosa med partnerjema oz. nefunkcionalnih odnosov v zunanjem okolju (Gostečnik, 2000).

Tudi očetje zaznamujejo svoje otroke, tu govorimo o paleti ambivalentnih čustev, ki se raztezajo od globoke čustvene navezanosti očeta in otroka, do odsotnosti le-teh odnosov, ki so lahko nečustveni in polni zavračanj (Gostečnik, 2000). Družinske odnose označujeta soodgovornost in soodvisnost za počutje drugega. Pogosti so pretirana povezanost, pretirano zaščitniško vedenje in visoka stopnja nadzora, kar se izraža v obeh smereh (starši-otrok) (Aguilera, 1998, po Mikuš, 2003).

## 6.2 Družine oseb z razvito anoreksijo nervozo

Meje v družinah posameznikov z anoreksijo so pogosto zelo rigidne – na nek način je jasno, kdo v družini je otrok, ki uboga, in kdo starš, ki ukazuje, po drugi strani pa se pomešane vloge razlivajo na vse družinske člane (Podjavoršek, 2004). Motnjo hranjenja navadno razvije ravno tisti član, ki ima v družini središčno vlogo. Družine s člani, ki imajo motnjo hranjenja, so si med seboj zelo podobne. Pogosto so prisotni očetje, ki skušajo biti

svobodni in zato čustveno niso na razpolago drugim članom, niti svoji ženi. Žena, ki je tudi mati, tako pogosto ostane sama s svojimi čustvi, za katere ni dovolj močna, nakar jih začne deliti z otroki (Podjavoršek, 2004). Anoreksična dekleta so močno povezana z obema staršema. Na račun te lojalnosti pa so pripravljena žrtvovati sebe in potlačiti svoje lastne potrebe. Otroci takšnih staršev se trudijo od njih pridobiti naklonjenost in priznanje, toda za to se morajo zelo potruditi. Mnogokrat se od njih pričakuje odličnost. Pogosto se zgodi, da v družinah, v kateri član razvije motnjo, niso sprejeta čustva, kot so nevoščljivost, bes... Pogosto se v takšni družini pokažejo tudi težave pri komunikaciji. Ko se pojavi motnja, zakonski konflikti med partnerjema pogosto izginejo, član z motnjo pa prevzame vlogo »grešnega kozla« svoje družine in postane mirovnik v odnosu med starši (Podjavoršek, 2004).

### 6.3 Družine oseb z razvito bulimijo nervozo

Veliko oseb z bulimijo prihaja iz družin, kjer ima glavno besedo mati. Matere lahko igrajo vlogo mučenice ali pa so posedovalne (Jovanović, 2013). Pri materah, ki so posedovalnega značaja, so očetje vedno v ozadju, nimajo besede in zato se umaknejo, saj se ne želijo prepirati. Posedovalne matere imajo vedno prav in nikoli ne priznajo, da so se v čem zmotile. Večkrat se primerjajo s hčerkami in jih nadzorujejo. Včasih pride tudi do primerjave z očetom v negativnem smislu. Matere mučenice pa pri svojih otrocih zbujajo občutke krivde, na ta način pa dosežejo, da otroci delujejo na način, da bi jih osrečili. Takšne matere manipulirajo s čustvi svojega otroka (Jovanović, 2013). Lahko so glasne ali tihe mučenice. Glasne s svojim tarnanjem pokažejo, kako zelo trpijo za svoje otroke, kako je na svetu hudo in jih nihče ne spoštuje, tihe mučenice pa sporočila otroku prenašajo s trpečim izrazom in tišino. Ne glede na to, kako zelo se otrok v takšnih situacijah trudi, bo vedno znova v vlogi preganjalca, mati pa v vlogi mučenice. Oče se v takšnih odnosih pogosto umakne, lahko je narcisistično pretirano usmerjen vase ali pa ga vzgoja otrok preprosto ne zanima in zato vse skupaj prepusti ženi. Nekateri očetje so lahko despotski in uporabljajo moč ter ustrahovanje nad vsemi družinskimi člani. Takšni očetje so pogosto nevrotiki, ki za masko skrivajo svoj pravi jaz (Husarić, Selilmović, Emić, 2018).

### 6.4 Navezanost in motnje hranjenja

Med starši in otroki se vzpostavi odnos, ob tem se razvije navezanost (Kompan Erzar, 2006). Starši se uglasijo na otroka in se na njegove potrebe odzivajo. Zgodnje izkušnje navezanosti se shranijo v otrokov nezaveden implicitni spomin. Če otrok odrašča v ugodnih družinskih razmerah, se zgodnji miselni, čustveni in vedenjski vzorci strukturirajo, tak posameznik pa je sposoben v zahtevnih razmerah delovati na kontroliran in trden način. Ob neugodnih razmerah otrok razvije osebnost z majhno trdnostjo in slabo kontrolo, ki je skozi čas čedalje bolj ranljiva. Ta struktura določa, kako bo otrok oz.

kasneje odrasla oseba reagirala ob težkih dogodkih (Bowlby, 1982, po Kompan Erzar, 2006). Moč navezanosti je torej pomembna. Ko otrok v družini ne občuti pripadnosti, lahko poišče nadomestne načine umirjanja ter tolažbe sebe, le-to pa je posledica nevarnih oblik navezanosti (Kompan Erzar, 2006).

## **6.5 Odnos med otrokom in starši**

Prvi znaki otrokove ranjenosti v družini se prepoznajo iz odnosa med njimi in starši. Vsakodnevne situacije ustvarjajo skupna doživetja otroka in staršev, na podlagi katerih lahko starš prepozna, kako njegovo delovanje vpliva oz. učinkuje na otroka. Otrok prek tega intimnega odnosa staršem sporoča, da nekaj ni v redu, da jih potrebuje, da se morajo do njega drugače obnašati (Rožman, 2014). Starši s svojim počutjem nenehno vplivajo na otrokovo duševno doživljanje. Svojega počutja starši pred otrokom ne morejo prikriti, zato starševska obdobja depresivnosti, anksioznosti, tesnobe in druga ponavljajoča starševska stanja vplivajo tudi na otroka. Prav tako imajo ustaljene težave v partnerskem odnosu, napetosti na delovnem mestu in druga nezadovoljstva staršev posreden vpliv na otroka prek doživljanja staršev (Rožman, 2014). V najzgodnejšem otrokovem obdobju se težave izražajo skozi zaplete z otrokovo razdražljivostjo, z otrokovim hranjenjem, z otrokovimi rituali spanja, agresivnostjo, otopelostjo, pretirano mirnostjo itd. (Rožman, 2014). Starši lahko v najzgodnejšem obdobju otrokove težave najzanesljivejše prepoznajo v sebi. Starši lahko nastajajoče težave pri dojenčku in nato otroku prepoznajo skozi opazovanje sebe ter svojega duševnega počutja. Spoznanja, ki jih prinese starševsko samoopazovanje, so normalna, dokler si jih starš priznava in jih rešuje. Starševsko zanikanje neprijetnega doživljanja ob otroku pa je tisto, kar dolgoročno povzroča otroku težave. Starš, ki ni sposoben v polnosti doživljati svojih čustvenih stanj, ni osebno opremljen za ravnanje z otrokom, za nudenje čustvene opore in tolažbe, ki ju otrok potrebuje za spoznavanje in razreševanje lastnega emocionalnega življenja. Otrok se na to odzove s problematičnostjo, s katero kliče na pomoč (Rožman, 2014).

## **7 MOTNJE HRANJENJA V LUČI RELACIJSKE DRUŽINSKE TERAPIJE**

### **7.1 Primarna družina in mehanizem projekcijsko-introjekcijske identifikacije**

Relacijska družinska paradigma predstavlja sintezo med sistemsko teorijo in relacijskimi teorijami. Paradigma temelji na predpostavki, da ponavljajoči vzorci odnosov v človekovem doživljanju iz zgodnje mladosti ne izhajajo iz principa iskanja ugodja, kakor navaja nagonski model, ampak se le-ti ponavljajo in ohranjajo iz temeljne potrebe po

povezanosti, ohranitvi, kontinuiteti, pripadnosti osebnem svetu odnosov ter domačnosti, ki jo nudijo posamezne oblike odnosov (Gostečnik, 2004, po Mirt Čampa, 2013). Relacijska družinska paradigma kot pomemben mehanizem navaja projekcijsko-introjekcijsko identifikacijo, kjer naprimer oče, mati, otrok ali partner (pošiljatelj) pripiše osebi, v katero projicira (naslovnik), svoje odcepljene, disociirane ali zanikane notranje vidike. S ponavljanjem projekcij na drugega pritiska, da se z njim identificira. Mehanizem se lahko ustavi, če naslovnik ne sprejme projekcij (Gostečnik, 2011).

Relacijska družinska paradigma motnje hranjenja razume kot način izražanja in sporočanja čustev v družinskem sistemu, kjer so bili določeni afekti odrinjeni ali zavrženi. Navadno govorimo o afektih, ki izvirajo iz staršev, ki so bili sami zavrženi, zanemarjeni ali pa so imeli občutek, da staršem ne bodo nikoli pripadali. Nepredelane psihične vsebine so se na način trajnega stresa vrsto let kopičile v telesih družinskih članov, zlasti tistih, ki so najbolj ranljivi – otrok, ki se pogosto iz svoje stiske zatečejo k motnjam hranjenja (Erzar, 2000, po Mirt Čampa, 2013). Sledenje lahko povežemo s pojmom »identificirani pacient« ali »grešni kozel«, to je oseba, ki nezavedno ali celo prisilno sprejme prenose nerazrešenih mentalnih vsebin in se z njimi poistoveti. Na tak način se vedenjski, miselni in afektivni modeli ponovno aktivirajo in ponavljajo iz generacije v generacijo (Gostečnik, 2011).

## 7.2 Temeljni afekt

Temeljni afekti oziroma organske emocije vsebujejo globoke nezavedne psihosomatske vsebine, zato tudi govorimo o somatskem oziroma implicitnem spominu (Rothschild, 2006). Poleg tega gre za psiho-biološka stanja, ki že po svoji zasnovi najgloblje zaznamujejo vsakega posameznika in tudi sisteme spomina, zato v relacijski družinski terapiji vedno znova iščemo ravno te temeljne afekte. Le-ti predstavljajo osnovno dinamiko, ki povzroča in vzdržuje tako funkcionalnost kakor tudi patologijo v najrazličnejših odnosih (Gostečnik, 2011). Gre za psihosomatske vsebine in z njimi zavezane afekte oziroma psiho-biološka stanja, utemeljena na telesnih senzacijah, ki pa so bile primarno ustvarjene v čistem telesnem stiku z materjo. Osnovnih oziroma temeljnih afektov je šest (gnus, sram, strah, veselje, jeza, žalost). Pri posameznikih je vedno eden izmed afektov konstruktiven pri posameznikovih zakonskih ali družinskih strukturah, le da je največkrat prisoten globoko v nezavedni ravni psihičnega doživljanja in da ga je zato velikokrat zelo težko zaznati (Rothschild, 2006). Mogoče ga je razkriti in prepoznati v zapletu večplastnosti najrazličnejših odnosov, v katere vstopa posameznik. Mogoče ga je torej razkriti v medosebnih odnosih, kjer se na bolj plastičen način vedno znova pojavlja, regulira ter usmerja način mišljenja in delovanja, ustvarja pa tudi bistveno afektivno dinamiko. Ta dinamika se vedno znova obnavlja, ne da bi posamezniki, par, družina to vedeli oziroma se zavedali, kako in zakaj, saj se vedno znova enostavno znajdejo v podobnih vzdušjih, ki so večkrat zelo boleča (Gostečnik, 2011). Vzpostavitev odnosa v terapiji je bistvenega pomena, to namreč omogoča, da se temeljni afekti oziroma psiho-biološka stanja znova prebudijo. Tokrat v terapevtskem odnosu, kjer pa jih je mogoče na bolj funkcionalen način prepoznati ter predelati, in sicer tako, da terapevt skupno s

posameznikom ustvari dinamičen psihični prostor, v katerem je možnost, da posameznik ustvari novo psihično strukturo (Gostečnik, 2011).

### 7.3 Regulacija afekta

V relacijski družinski paradigmi velja za ključni mehanizem človekovega razvoja mehanizem regulacije afekta, ki je tudi eden izmed glavnih pojmov slednje paradigme. To je mehanizem prevajanja čustvenih impulzov v telesne in obratno. Sposobnost regulacije afekta pridobi otrok v interakciji z materjo, pri čemer nastajajo nove povezave med nevroni, ki so ključnega pomena za razumevanje, prepoznavanje in regulacijo emocij (Kompan Erzar, 2003). Če starši zaradi okrnjene sposobnosti soočanja s stresom ne zmorejo prepoznati in umiriti otroka, ko je ta v stiski, bo ta prepuščen temu, da se umiri sam. To se velikokrat pokaže pri otrocih, katere starši sistematično pustiti jokati daljše obdobje. Ker se mora otrok sam potolažiti, bo ta stres predelal tako, da se bo fizično izčrpal. Če je otrok večkrat prepuščen takšnemu načinu umirjanja, bo vzpostavil avtomatičen fiziološki mehanizem umirjanja stresa s fizičnem izčrpavanjem (Kompan Erzar, 2006 po Mirt Čampa, 2013). Tako kot otroci lahko tudi odrasli iščejo druge načine pomirjanja ter olajšanja. Pomirjajo se lahko z različnimi oblikami vedenja, kot so odzivi boja, bega, disociacije ali s samodestruktivnimi vedenji (Cvetek, 2009, po Mirt Čampa, 2016).

### 7.4 Afektivni psihični konstrukt

Afektivni psihični konstrukt zavaruje posameznika in tudi sistem pred psihičnimi vsebinami, ki bi sicer lahko ogrozile njegovo notranje psihično strukturo. Afektivni psihični konstrukt je torej obrambni mehanizem, ki je lahko sestavljen iz kognitivnih, vedenjskih in čustvenih konfiguracij, pa tudi organskih komponent. Vse te sestavine so vedno utemeljene na temeljnem afektu. Gre za t. i. psihični kompromis, ki proizvede najrazličnejše simptome, tako čustvene, afektivne, organske, kakor tudi vedenjske in kognitivne in to na vseh treh nivojih (sistemskem, interpersonalnem in intrapsihičnem področju) (Gostečnik, 2011). Če je bil npr. posameznik v neki življenjski dobi, zlasti v mladosti, izpostavljen močnemu travmatskemu doživetju (zlorabi), se bo le-ta v najrazličnejših oblikah odnosov nadaljeval in se s tem utrjeval v njegovi psihični strukturi ter na tak način lahko postal njen bistveni del (Repič, 2008). Ta posameznik bo npr. vedno znova iskal destruktivne odnose in se v njih doživljal osramočenega, krivega in gnusnega. Afektivni psihični konstrukt zato tudi predstavlja najglobljo povezanost oziroma zvezanost s primarnimi odnosi ali s fizično, spolno, kognitivno, čustveno in z mentalno zlorabo (Cvetek, 2009). Afektivni psihični konstrukt kot rečeno vključuje kognitivno, vedenjsko in čustveno konfiguracijo, pa tudi organsko komponento. K temu sodijo obsesivne in nevrotične misli, pa tudi iracionalna razmišljanja in psihosomatska obolenja, ki branijo posameznika pred soočenjem z bolečimi afekti, ki izvirajo iz občutja zavrženosti,

zanemarjenosti ali zlorabe. Posameznik obnavlja te vzorce, čeprav to pomeni, da bo vse življenje ponavljal patološke in travmatske vzorce odnosov oziroma ohranjal afektivni psihični konstrukt (Gostečnik, 2011). V afektivnem psihičnem konstrukt so vsebovani vsi tisti obrambni mehanizmi (odcepitev, disociacija, zanikanje, racionalizacija), ki posamezniku preprečujejo, da bi se neposredno soočil s svojimi psihičnimi zapleti ali travmo. Na osnovi tega lahko rečemo, da je afektivni psihični konstrukt v marsičem najgloblja gonilna sila vsakega nefunkcionalnega odnosa, saj predstavlja kompromis za posameznikovo zakonsko in družinsko preživetje (Gostečnik, 2011).

## **8 ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA**

Philip Mehler (2011) poudarja, da je pomembno zgodnje prepoznavanje ter zdravljenje motenj, saj je to ključnega pomena za zmanjševanje številnih z motnjami hranjenja povezanih posledic. Za motnjami hranjenja obbolele osebe so v večini do zdravljenja odklonilne. Njihova odklonilnost je vezana na občutke sramu, strahu pred stigmato, nizko motivacijsko komponento, hkrati pa oboleli za motnjami težko opustijo vlogo bolnega v svojem družinskem okolju (Mehler, 2011). Za zdravljenje motenj hranjenja strokovnjaki uporabljajo veliko število različnih načinov in pristopov. Nekateri v ospredje postavljajo obravnavo neizrečenih problemov, drugi pa poudarjajo, da je treba za uspešno zdravljenje najprej vzpostaviti red pri hranjenju. Osnova zdravljenja je psihoterapevtski pristop (Serbec, 2011). Zdravljenje poteka v bolnišnični, ambulantni obravnavi ali dnevnih bolnišnicah. Način obravnave se določi glede na stopnjo ogroženosti, na kateri je posameznik. Osebam z dlje trajajočo in bolj izraženo simptomatiko se priporoča zdravljenje v bolnišnicah, ki so specializirane za obravnavanje in zdravljenje motenj hranjenja (Serbec, 2010). Zaradi možnih hudih posledic motenj hranjenja lahko telesna prizadetost zahteva prednostno zdravljenje, ki poteka na internističnem oddelku (Serbec, 2010). Zdravljenje v bolnišnici je sestavljeno iz različnih pristopov, ki vključujejo medicinsko rehabilitacijo, psihoterapevtsko obravnavo, socialno obravnavo, delo z družino in uvedbo rednega prehranjevanja (Gowers in Green, 2007). Osebe z nizko izraženo klinično sliko so v ambulantni obravnavi. Pomembna komponenta pri zdravljenju in napovednik uspešnega zdravljenja je motivacija osebe za zdravljenje ter pripravljenost za spremembe osebe (Gowers in Green, 2007). Izid zdravljenja je najboljši pri mladostnikih, pri katerih motnja traja krajši čas.

### **8.1 Družinska terapija**

Družinska terapija se danes pogosto poleg zdravstvene oskrbe uporablja za zdravljenje motenj hranjenja. Izvor bolezni se išče v odnosih med družinskimi člani. Odnosi v družinah z razvitimi motnjami hranjenja so pogosto napeti in vsebujejo veliko neizrečenih negativnih čustvenih doživetij (Gostečnik, 2011). Terapija sledi procesu iskanja in



razreševanja problemov, ki jih družina vzdržuje znotraj svojega sistema delovanja. Pomembno je, da se starši zavedajo, da imajo pri procesu zdravljenja pomembno vlogo. Pogosto pride do situacije, ko se v primeru soočenja z družinsko terapijo očetje popolnoma odmaknejo, medtem ko se matere počutijo osamljeno. V začetni fazi terapij se pokaže, da družine pogosto minimalizirajo svoje težave, saj se bojijo spremembe obstoječe dinamike znotraj družine. Pogosto pride tudi do ključnosti s strani staršev ali pa pretiranega izražanja nemoči (Gostečnik, 2011). Skozi terapevtski proces terapevt odloča o tem, kdo bo skozi določeno obdobje sodeloval pri obravnavi in procesu terapije. Terapevt se lahko odloči, da bo pri določenih tematikah izvajal individualne pogovore s člani družine, ali pa obravnava celotno družino skupaj, v vseh fazah terapije (Lock in Le Grange, 2011).

## 9 SKLEPI

Motnje hranjenja so duševne motnje, med katere štejemo anoreksijo, bulimijo, kompulzivno prenašanje, bigoreksijo in ortoreksijo. Za osebe z razvitimi motnjami hranjenja je značilen bolesten strah pred debelostjo in motena predstava o lastnem telesu. Motnje hranjenja predstavljajo zunanji izraz različnih stopenj duševne stiske in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja samega sebe. Motnje hranjenja lahko predstavljajo način obvladovanja življenjskih težav, ki se zdijo nerešljive ali pa gre za prizadevanje nadzorovati lastno telo in življenje v razmerah, ko prizadeti čuti, da ga nadzirajo drugi.

Dejavniki tveganja za nastanek MH so številni, redko lahko pri posamezniku izluščimo le enega. Pri večini gre za preplet različnih dejavnikov, ki osebo počasi, a vztrajno vodijo v motnjo. Dejavnike tveganja lahko razdelimo v tri skupine, in sicer v socio-kulturne dejavnike, biološko-genetske dejavnike in družinske dejavnike tveganja

Temeljni cilj zaključne naloge se je navezoval na vpliv družine na razvoj motenj hranjenja. Sistemi znotraj družine vplivajo in predstavljajo kontekst obnašanja, doživljanja ter razvoja posameznika. Motnje hranjenja se pogosteje pojavljajo v družinah, ki gojijo idealizirano podobo, visoko vrednotijo zunanji videz, so močnih in prepletenih vezi, hkrati pa so v družini vloge posameznikov nejasne. Ker v družini prevladuje nadzor staršev nad otroki, lahko hrana postane način, kako posameznik, deležen tolikšnega pritiska, vendarle uspe nadzorovati del svojega življenja. V družinah z motnjo hranjenja so omejeni izrazi individualnosti članov družinskega sistema. Družina kot sistem navidezno deluje brez sporov in negativnih čustev, z ambicioznimi pričakovanji in visokimi zahtevami.

Za zdravljenje motenj hranjenja strokovnjaki uporabljajo veliko število različnih načinov in pristopov. Osnova zdravljenja je psihoterapevtski pristop. Pomembna komponenta pri zdravljenju in napovednik uspešnega zdravljenja je motivacija osebe za zdravljenje ter pripravljenost za spremembe. Vključevanje družinskih članov v terapijo, tj. družinska terapija, se v sodobnem času pogosto uporablja pri zdravljenju motenj hranjenja. Pomembno je, da se starši zavedajo, da imajo pri procesu zdravljenja pomembno vlogo.

## 10 VIRI

Bercht, S. (1997). »Ker nisem mogel najti hrane, ki bi mi dišala«: o izgubi neke svobode. *Socialno delo*, 36 (6), 363–373.

Cassin, E., Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25 (7), 895–916.

Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti: Travma, medosebno odnosi, družina, terapija*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Dečman Dobrnjič, O., Zlokovič, J. (2007). *Zaprte oči ne vidijo zla: trpinčenje, zanemarjanje in spolna zloraba otrok – odgovornost družine in šole*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

Fairburn, C. G. in Harrison, J. P. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407–416.

Garner, D., Garfinkel, P. (1997). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Gordon, R. (1990). Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social Epidemic. *Basil Blackwell Inc*, 1–11.

Gostečnik, C. (2000). Družinska dinamika pri motnjah hranjenja. V T. Battelino (ur.), *Debelost in motnje hranjenja* (str. 124–134). Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni.

Gostečnik, C. (2011). *Inovativna relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Založba Brat Frančišek.

Gowers, S., Green, L. (2007). Models of service delivery. *Cambridge University Press*, 248–259.

Hafner, A., Serbec, K., Copak, M., Kuhar, M. in Čarapić, J. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.

Husarić, M., Selilmović, L., Emić, E. (2018). Uloga porodičnih faktora u razvoju patologije hranjenja. *DSH*, 4, 240–325.

Jovanović, K. (2013). *Dva svetova, dve resnici: knjiga o bulimiji nervozi in kompulzivnem prenajedanju*. Ljubljana: samozaložba.

Kaye, W. H., Fudge, J. L., Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10 (8), 573–584.

Kompan Erzar, K. (2006). *Ljubezen umije spomin*. Ljubljana: Frančiškanski družinski inštitut; Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Lock, J., Le Grange, D. (2005). Parents: Help or hindrance in the treatment of anorexia?. *Brown Univ Child Adolesc Behav Lett*, 22 (7), 3–5.

Lucas, E. (1993). *Družina in smisel*. Celje: Mohorjeva družba.

Marcontell M., Willard, D. (2003). *When dieting becomes dangerous*. New Haven and London: Yale University Press.

Mehler, S. (2011). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eating Disorders*, 19, 194–202.

Mikuš, P. A. (2003). Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah. *Obzor Zdr N*, 37, 29–36.

Mirt Čampa, V. (2013). Motnje hranjenja v luči relacijske družinske terapije. *Karios*, 7, 1–2.

Myers, T. A., Crowther, J.H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: a meta-analytic review. *Abnorm Psychol*, 118(4), 683–698.

Nicolas, I. (2008). Long-term evolution and complications of eating disorders. *Rev Prat*, 58(2), 151–155.

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

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

Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celega sistema. *Psihološka obzorja*, 3 (4), 119–133.

Reich, G., Kroger, S. (2007). *Motnje hranjenja: ponovno odkrivanje zdrave prehrane*. Ptujška Gora: In obs meducus.

Reiner, T. (1998). Sociopatologije vsakdanjosti: anorexia nervosa. *Družboslovne razprave*, 5, 27–28.

Repič, T. (2008). *Nemi kriki spolne zlorabe in novo upanje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Rojc, S. (1995). Psihodinamsko razumevanje motenj hranjenja. V T. Battelino (ur.), *Motnje hranjenja IX seminar o delu z mladostniki* (str. 55–59). Ljubljana: Psihiatrična klinika.

Rožman, A. (2013). Mladostnikova samopodoba v problematiki motenj hranjenja. *Didakta*, 167 (22), 18–20.

Rožman, A. (2014). Starševsko prepoznavanje otrokove ranjenosti ter preprečevanje razvoja in zdravljenje motenj hranjenja. *Didakta*, 173 (24), 42–49.

Sernec, K. (2010). Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. *Farm Vestn*, 61 (2), 106–109.

Sernec, K. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa* (str. 16–30). Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana.

Smink, R. E., Hoeken, D., Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14 (4), 406–414.

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

Švab, A. (1998). *Ko hrana ni več »hrana«*. Ljubljana: Študentska organizacija Univerze.

Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Psychosom Res*, 41(6), 561–568.

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

Tomori, M. (1994). *Knjiga o družini*. Ljubljana: EWO.

Tomori, M. (1995). *Motnje hranjenja: Seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Psihiatrična klinika v Ljubljana.

Treasure, J. (1997). *The Essentials of Postgraduate Psychiatry*. Cambridge University Press, 192–221.

Uher, R., Murphy, T., Brammer, M., Dalgleish, T., Psillips, M., Andrew, C., Williams, S., Campbell, I., Treasure, J. (2004). Medial prefrontal corte activity associated with symptom provocation in eating disorders. *Am J Psychiatry*, 161 (6), 1238–1246.

Ule, M. (1993). *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

Ule, M. (2008). *Za vedno mladi? Socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Van Strien, T., Ouwens, M.A. (2007). Effects of distress, alexithymia and impulsivity on eating. *Eat Behav*, 8(2), 251–257.

Zaviršek, D. (1994). *Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo*. Ljubljana: Socialno delo.

Zaviršek, D. (2000). Telo v prostorih zasebnega in javnega: sociološki in psihosocialni modeli motenj hranjenja. V T. Battelino (ur.), *Debelost in motnje hranjena* (str. 143–151). Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni.