

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
DOŽIVLJANJE DRUŽINSKIH IN SOCIALNO-
KULTURNIH DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA
RAZVOJ ANOREKSIJE IN BULIMIJE –
KVALITATIVNA ŠTUDIJA

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Doživljanje družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov, ki
vplivajo na razvoj anoreksije in bulimije – kvalitativna študija**

(Experiencing familial and sociocultural factors, affecting development of
anorexia and bulimia – qualitative research)

Ime in priimek: Teja Bedene
Študijski program: Biopsihologija
Mentor: prof. dr. Ernest Ženko
Somentorica: asist. dr. Simona Gomboc

Koper, avgust 2019

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Teja BEDENE

Naslov zaključne naloge: Doživljanje družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj anoreksije in bulimije – kvalitativna študija

Kraj: Koper

Leto: 2019

Število listov: 59

Število slik: 1

Število tabel: 1

Število prilog: 2

Št. strani prilog: 14

Število referenc: 44

Mentor: prof. dr. Ernest Ženko

Somentorica: asist. dr. Simona Gomboc

Ključne besede: anoreksija, bulimija, družinski dejavniki, socialno-kulturni dejavniki, kvalitativna raziskava

Izvleček:

Kljub temu da sta anoreksija in bulimija motnji hranjenja, ki se razvijeta zaradi prepleta več različnih dejavnikov, si raziskovalci še vedno prizadevajo, da bi identificirali tisti dejavnik, ki ima na razvoj tovrstnih motenj največji vpliv. S pojasnitvijo tega fenomena se ukvarjajo številne kvantitativne raziskave, ki pa so premalo poglobljene in se v večji meri dotikajo številčnih podatkov. V poznavanju doživljanja motenj hranjenja in dejavnikov tveganja za njihov razvoj tako še vedno opažamo primanjkljaje. Namen naše raziskave je bil izvedeti, kako dejavnike za razvoj motenj hranjenja s svoje perspektive doživljajo posameznice s sedanjo ali preteklo izkušnjo anoreksije in/ali bulimije. V ta namen smo uporabili kvalitativni pristop in za pridobitev podatkov z vsako udeleženko posebej izvedli polstrukturiran intervju. Vzorčili smo namensko, pridobljene podatke pa analizirali s kodiranjem in na njihovi podlagi tvorili poskusno teorijo. Udeleženke so kot odločilne za razvoj motnje hranjenja najpogosteje navajale dejavnike družinskega in interpersonalnega vidika. Med njimi je najbolj izstopala odsotnost očetovske figure in komentarji s strani ožjih in širših družinskih članov, usmerjeni na njihov telesni izgled. Med socialno-kulturnimi dejavniki je bil prepoznan vpliv medijev in družbena prisotnost ideala vitkosti, kot pomemben dejavnik pa se je izkazala tudi osebnostna ranljivost. Naše ugotovitve predstavljajo smiselno dopolnitev že opravljenih kvantitativnih študij. Predvsem nudijo poglobljen uvid v dejavnike tveganja za razvoj motenj hranjenja s stališča obolelih oseb in lahko služijo kot pripomoček pri izbiri ustrezno usmerjene terapije.

Key words documentation

Name and SURNAME: Teja BEDENE

Title of the final project paper: Experiencing family- and sociocultural based factors affecting anorexia and bulimia development – a qualitative study

Place: Koper

Year: 2019

Number of pages: 59

Number of figures: 1

Number of tables: 1

Number of appendix: 2

Number of appendix pages: 14

Number of references: 44

Mentor: Prof. Ernest Ženko, PhD

Co-Mentor: Assist. Simona Gomboc, PhD

Keywords: anorexia, bulimia, family-based factors, sociocultural factors, qualitative study

Abstract:

Despite anorexia and bulimia being eating disorders that develop due to several interweaving factors, researchers are still in pursuit of determining the most influential one. Whereas several quantitative studies are trying to elucidate this phenomenon, they are lacking in depth whilst being abundant in breadth. We are still in want of knowledge on personal experience of dealing with the disorders and risk factors. Our goal was to uncover how females affected by anorexia and bulimia experience the latter. We were keen on their perception of advancement of their own disorders. Our study employed a qualitative approach. We accrued data by means of semi-structured interviews on an individual basis. Samples were provided by the method of purposive sampling. Results were coded and further analyzed. We thus postulated an experimental hypothesis. Participants most frequently proclaimed family-based and interpersonal factors. Of these, absence of a fatherly figure and commenting on ones physique by family members were prominently featured. Sociocultural factors recurrently singled out were portrayal of the thin ideal by the media, and personal vulnerability. Our findings represent a meaningful addition to the already published quantitative studies. They offer a greater explanation versatility and depth, and may serve as an accessory in determining a proper therapy.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji somentorici, asist. dr. Gomboc, ki mi je vedno, kadar sem to potrebovala, nudila pomoč, in s pomočjo katere sem povečala stopnjo strokovnosti svoje naloge. Zahvaljujem se tudi mentorju, prof. dr. Ženku, ki je podprl moje zanimanje do izbranega področja in sodeloval pri izdelavi naloge.

Posebna zahvala pa gre moji družini, brez katere te naloge ne bi bilo. Hvala mami in očetu, ker me spodbujata tudi takrat, kadar menim, da si tega ne zaslužim. Hvala moji sestri, moji vzornici, ki vsak dan dokazuje, da v znanosti ni mej.

In ne nazadnje, hvala mojemu Janu, ker je vedno bil, ker je in ker vedno bo.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Anoreksija in bulimija	1
1.1.1	Anoreksija.....	1
1.1.2	Bulimija	2
1.2	Razvoj anoreksije in/ali bulimije	3
1.2.1	Dejavniki, ki vplivajo na razvoj anoreksije in/ali bulimije	3
1.3	Etiološko ozadje.....	5
1.3.1	Etiološke teorije.....	5
1.4	Namen in cilji zaključne naloge.....	8
2	METODA	10
2.1	Vzorec	10
2.2	Pripomočki	10
2.2.1	Demografski vprašalnik.....	10
2.2.2	Intervju	10
2.3	Postopek	11
2.4	Metode obdelave podatkov.....	12
3	REZULTATI IN INTERPRETACIJA	12
3.1.	Družinski in interpersonalni kontekst.....	13
3.1.1	Komentarji na račun telesnega izgleda udeleženk znotraj matične družine.....	14
3.1.2	Nefunkcionalni odnosi med starši	15
3.1.3	Pomanjkanje čustvene podpore znotraj družine in neustrezni vzgojni slog..	16
3.1.4	Očetovska figura.....	18
3.2.	Osebnostna ranljivost	20
3.2.1	Družinska zgodovina motenj hranjenja ali drugih duševnih motenj	20
3.2.2	Hujšanje kot strategija za izboljšanje samopodobe	21
3.2.3	Neuspešna regulacija čustev	22
3.3.	Socialno-kulturni kontekst.....	23
3.3.1	Vpliv medijev in ideal vitkosti	23
3.3.2	Vpliv vrstnikov	24
3.4.	Travmatični življenjski dogodki.....	25
3.4.1	Spolno nasilje	25
3.4.2	Psihično in fizično nasilje.....	25
4	SKLEPI.....	27
5	LITERATURA IN VIRI.....	30

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 2.1. <i>Osnovni podatki o udeleženkah</i>	20
--	----

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

<i>Slika 3.1.</i> Prepoznani štirje sklopi dejavnikov za razvoj anoreksije/bulimije.....	23
--	----

KAZALO PRILOG

- Priloga A: Informirano soglasje
- Priloga B: Skupna kodirna mreža

SEZNAM KRATIC

DSM-IV-TR – diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj, četrta izdaja

ITM – indeks telesne mase

CBT – kognitivno-vedenjska terapija

1 UVOD

Namen pričujoče raziskave je bil odkriti dejavnike, ki jih obolele osebe same izpostavljajo kot pglavitne za razvoj njihove motnje hranjenja. Motnje hranjenja bi lahko v grobem opisali kot skupek različnih sindromov, ki vodijo v neurejeno prehranjevanje (Beumont in Touyz, 2003). Gre za kompleksen pojav, ki se kaže z izgubo nadzora nad lastnim prehranjevanjem in zavzame obliko bodisi strogega omejevanja bodisi prekomernega uživanja hrane (Pandel Mikuš, 2003). Najpogostejše oblike motenj hranjenja so anoreksija nervoza, bulimija nervoza in kompulzivno prenašanje, v novejšem času pa lahko zasledimo tudi ortoreksijo (obsedenost z zdravo prehrano) in bigoreksijo (obsedenost z mišičastim telesom) (Mosley, 2008). Motnje hranjenja se pretežno pojavljajo pri ženskah. V nedavni študiji, izvedeni na populaciji portugalskih žensk, je prevalenca motenj hranjenja znašala 39 %, medtem ko podatki za moško populacijo kažejo, da za motnjami hranjena zbolijo eden izmed 100.000 moških (Hoek, 2006). Predvidevamo, da podobno velja tudi za Slovenijo, vendar aktualnih podatkov o prevalenci motenj hranjenja po posameznem spolu za naše okolje nismo zasledili. Zaradi večje razširjenosti motenj hranjenja med ženskim v nasprotju z moškim spolom smo se odločili našo raziskavo opraviti na ženski populaciji.

V nadaljevanju sledi podrobnejši pregled tistih oblik motenj hranjenja, ki so jih izpostavile udeleženke naše raziskave. Dotaknili se bomo tudi dejavnikov tveganja in vzrokov za nastanek teh motenj, ki so bili identificirani na podlagi kvantitativnih študij. Ker na področju motenj hranjenja te raziskave prednjačijo, smo se v sklopu pričujočega dela odločili za izvedbo kvalitativne raziskave.

1.1 Anoreksija in bulimija

1.1.1 Anoreksija

Anoreksija nervoza ali krajše anoreksija je po diagnostičnem in statističnem priročniku DSM-IV-TR definirana kot odklonitev ohranjanja telesne mase ali pomanjkanje pridobitve le-te v času rasti, pri čemer telesna masa znaša manj kot 85 % pričakovane telesne mase na višino posameznika (indeks telesne mase [ITM]) (Celio Doyle in Le Grange, 2009). Kljub izjemni vitkosti obolele za anoreksijo spremlja močan strah pred pridobitvijo telesne mase.

Anoreksijo lahko opredelimo kot egosimptomatsko stanje (Wood in Knight, 2019), saj se bolezen nanaša na konceptualizacijo osebe same, pri čemer je moteno dožemanje lastnega telesa. Anoreksične osebe svojega izgleda torej ne doživljajo realistično in se kljub nevarno majhni telesni masi samoocenjujejo kot normalno težke ali celo menijo, da so močnejše postave. Te osebe so pogosto zelo aktivne in se športno udeležujejo, s čimer ohranjajo ali še dodatno izgubljajo že tako majhno telesno maso (Crisp, 1995). Motnjo pogosto spremlja tudi odsotnost menstrualnega ciklusa ali amenoreja, o kateri navadno govorimo ob odsotnosti treh zaporednih menstrualnih ciklusov.

Poznamo dva podtipa anoreksije: restriktivni in purgativni tip. Oseba z restriktivnim tipom anoreksije obsesivno nadzoruje kalorični vnos hrane ter na ta način močno izgublja in nadzoruje telesno maso. Za purgativno anoreksijo pa so značilna izmenjujoča vedenja najedanja in zavestno sproženega bruhanja z namenom nadaljnjega hujšanja in/ali

ohranjanja že tako majhne telesne mase, pri čemer je pogosta tudi zloraba odvajal in diuretikov (Celio Doyle in Le Grange, 2009).

Anoreksija se običajno pojavi v obdobju mladostništva, pogosteje med dekleti (Lucas idr., 1991, po Celio Doyle in Le Grange, 2009), medtem ko je stopnja pojavnosti med dečki veliko nižja (Braun, Sunday, Huang in Halmi, 1999, po Celio Doyle in Le Grange). Ameriška psihiatrična zveza (ang. *American Psychiatric Association* [APA]) ocenjuje, da se največ primerov anoreksije pojavi med 14. in 18. letom starosti, še posebej pri osebah evrazijskega porekla, ki živijo v industrijskih družbah (APA, 2000).

Od vseh, ki trpijo za anoreksijo, v celoti okreva manj kot polovica oseb, tretjina kaže znake izboljšanja, vendar se še vedno spopada s simptomi motnje, petina pa ostaja kronično bolna (Steinhausen, 2002, po Celio Doyle in Le Grange, 2009).

1.1.2 Bulimija

Bulimija nervoza ali krajše bulimija je motnja, ki jo zaznamujejo prenejedanje in temu sledeče kompenzacijske metode, s katerimi želi oseba preprečiti pridobitev telesne mase (APA, 2000, po Celio Doyle in Le Grange, 2009). Oseba, ki trpi za bulimijo, stremi k vitkosti, vendar ima navadno normalno telesno maso. Za bulimijo značilno obdobje prenejedanja predstavlja izgubo nadzora, do katere pride zaradi predhodnega odrekanja hrani ali stradanja. Bruhanje in ostala kompenzacijska vedenja, ki prenejedanju sledijo, pa so poskus ponovne vzpostavitve nadzora in ohranjanja ideala vitkega telesa (DaCosta in Halmi, 1992). Poleg zavestno sproženega bruhanja med kompenzacijska vedenja spadajo tudi zloraba odvajal in diuretikov, ekstremna telesna vadba in stradanje. Diagnoza bulimije je postavljena, kadar oseba zgoraj navedena vedenja v obdobju treh mesecev izvaja vsaj dvakrat na teden.

Obstajata dva podtipa bulimije. Za purgativni tip je značilno zavestno sproženo bruhanje, pri nepurgativnem tipu pa oseba zaužitje hrane kompenzira z ekstremno vadbo, stradanjem ali zlorabo odvajal in diuretikov (Celio Doyle in Le Grange, 2009).

Bulimija je najpogosteje diagnosticirana med mladostniki od 13. do 20. leta starosti (Peebles idr., 2006, po Celio Doyle in Le Grange, 2009), po podatkih Ameriške pediatrične akademije (ang. *American Academy of Pediatrics* [AAP]) pa prizadene eno izmed petih oseb moškega spola (AAP, 2003) in se pojavlja pri posameznikih iz različnih socialnoekonomskih in etničnih skupin. Zaradi prikrivanja in sramu, ki spremljata to motnjo, je diagnosticiranje bulimije oteženo. Zdravljenje se tako velikokrat prične šele po nekaj letih od pričetka motnje (Striegel-Moore idr., 2003, po Celio Doyle in Le Grange, 2009).

Možnosti okrevanja pri bulimiji so tem večje, manj časa, kot motnja traja (Reas, Schoemaker, Zipfel in Williamson, 2001, po Celio Doyle in Le Grange, 2009). Zdravljenje bulimije je sicer relativno uspešno, saj nekaj več kot polovica oseb doseže popolno okrevanje (Keel in Mitchell, 1997, po Celio Doyle in Le Grange, 2009).

1.2 Razvoj anoreksije in/ali bulimije

1.2.1 Dejavniki, ki vplivajo na razvoj anoreksije in/ali bulimije

Dejavniki tveganja in vzroki za razvoj motenj hranjenja so številni in se med seboj prepletajo (Hafner, Serneć, Copak, Kuhar in Čarapić, 2011). K razvoju določene motnje tako lahko prispeva preplet družinskih, socialno-kulturnih in genetskih dejavnikov (Hafner idr., 2011).

Številne raziskave so pokazale, da na razvoj motenj hranjenja še posebej pomembno vpliva preplet dveh dejavnikov, in sicer kulture in družine (Haworth-Hoepfner, 2004). Raziskovalci, ki zagovarjajo tezo, da na razvoj teh motenj najpomembneje vpliva kultura, to utemeljujejo v višji pogostosti anoreksičnih in bulimičnih pacientov v zahodnih državah, še posebno med belkami (Garfinkel in Garner, 1982, po Haworth-Hoepfner, 2004).

Predstavniki teorij, ki v ospredje vzrokov za razvoj motenj hranjenja postavljajo vpliv družine, pa poudarjajo, da se zdrava oz. nezdrava samopodoba in zadovoljstvo oz. nezadovoljstvo s telesom razvijeta znotraj družinskega okolja (Bruch, 1978; Foulkes, 1996; Johnson idr., 1996; Keel, Heatherton in Harnden, 1997; Leung, Schwartzman in Steiger, 1996; Rieves in Cash, 1996; Root, Fallon in Friedrich, 1986, po Haworth-Hoepfner, 2004).

S. Haworth-Hoepfner (2004) trdi, da je vpliv kulture pri oblikovanju simptomatike motenj hranjenja sicer velik, vendar se ta v osebo usidra samo preko socialnih skupin, med katerimi pa je najpomembnejša družina, v kateri se primarno oblikuje posameznikova identiteta. Ravno preko odnosov znotraj družine se na posameznika prenesejo vrednote, značilne za določeno kulturno okolje (McGoldrick, 1993, po Haworth-Hoepfner, 2004). Družina tako deluje kot nekakšen mediator kulture in s tem vpliva na identiteto posameznika ter oblikovanje njegovega »selfa« in samopodobe (Walsh, 1993, po Haworth-Hoepfner, 2004). Družina pri razvoju samopodobe in motenj hranjenja torej igra tako veliko vlogo ravno zato, ker pomembno vpliva na prenos kulturnih sporočil na posameznika (Haworth-Hoepfner, 2004).

Kultura ni uniformen sistem, ki bi vodil človeško delovanje v konsistentno smer, pač pa predstavlja možen nabor orodij, s pomočjo katerih ljudje konstruirajo smeri delovanja. Vodi nas lahko le toliko, kolikor smo jo ponotranjili v medsebojnih interakcijah (Swidler, 1986, po Haworth-Hoepfner, 2004). Pomemben je torej način, preko katerega družina na nas prenaša kulturna sporočila in normative ter tako vpliva na oblikovanje naših prehranjevalnih vzorcev (Haworth-Hoepfner, 2004). V družinskem okolju to najpogosteje poteka na dva načina. Prvi vključuje razmišljanja, vedenja in ponotranjene vrednote staršev, ki jih ti nezavedno posredujejo na svoje otroke. Drugi način pa vključuje neposredno izražanje podedovanih kulturnih sporočil (Brownell in Walsh, 2017).

Brownell in Walsh (2017) ugotavljata, da se shujševalne diete in omejevanje uživanja hrane pogosto pojavijo kot predhodnik motenj hranjenja. V večini primerov sicer niso samostojen in zadosten vzrok za razvoj takšne motnje, kljub temu pa oboleli poročajo, da so pred boleznijo pričeli hujšati. Hujšanje naj bi tako pomembno napovedovalo tveganje za razvoj motenj hranjenja (Brownell in Walsh, 2017).

Družba se vse bolj osredotoča na zunanji izgled in telesno podobo, kar je povezano s potrošniško in modno industrijo (Hafner idr., 2011). Feministke trdijo, da so motnje

hranjenja odziv na zmedeno vlogo ženskosti v današnjem času (Pandel Mikuš, 2003). Vloge in pričakovanja, ki jih družba pripisuje posameznemu spolu, so se korenito spremenila, zato je ženska postavljena v begajočo situacijo. Ravno nova vloga ženske v družbi naj bi bil eden izmed tistih socialno-kulturnih dejavnikov, ki prispevajo k popačenemu doživljanju lastnega telesa (Hafner idr., 2011).

Ker ima družba pomemben vpliv na razvoj motenj hranjenja, je zaskrbljujoč pojav socialne stigme, značilen za tovrstne motnje (Bernacchi, 2017). Posamezniki z motnjo hranjenja so v primerjavi s pacienti z drugimi duševnimi motnjami (npr. tistimi z depresijo) v večji meri deležni različnih sodb (Bernacchi, 2017). Družba jim pripisuje krhkost, željo po pozornosti in odgovornost za svojo bolezen (Roehrig in McLean, 2010, po Bernacchi, 2017). Ker v današnji družbi vlada prepričanje, da mora posameznik sam nadzorovati svojo telesno podobo in maso, so posamezniki z motnjo hranjenja stigmatizirani (Bernacchi, 2017). Roehrig in McLean (2010) navajata raziskavo, ki je pokazala, da zdrava populacija pogosto občuduje določene lastnosti obolelih z motnjo hranjenja, kot so njihova natančnost in samonadzor. Po drugi strani pa so pogosta prepričanja, da bi se takšni posamezniki morali sami izvleči iz svojih duševnih težav (Bernacchi, 2017). Zaključimo lahko, da socialna stigma obolelim z motnjo hranjenja odločno zmanjša možnost, da bi si poiskali pomoč (Bernacchi, 2017).

Turton, Cardi, Treasure in Hirsch (2017) so dokazali, da je anoreksija povezana s povečano občutljivostjo na socialno zavrnitev. Namišljena ali dejanska socialna zavrnitev lahko namreč povzroči simptome, kot so omejevanje hrane in hujšanje, s katerimi želi posameznik izboljšati svojo samopodobo in lastno vrednost ter si zagotoviti socialno sprejetost (Turton idr., 2017). Takšen mehanizem naj bi se pojavljal pri posameznikih, ki so občutljivejši na socialne grožnje in ranljivi za pojav simptomov motenj hranjenja (Fairburn idr., 2003; Marzola idr., 2017, po Turton idr., 2017).

V. Cardi (2013) je odkrila, da zgodnje izkušnje sprejetosti v otroštvu in strah pred negativnimi ocenami družbe pomembno napovedujejo simptome motenj hranjenja med ženskami. Posameznice z motnjo hranjenja naj bi bile namreč še posebej občutljive na socialne zavrnitve (Cardi, 2014, po Turton idr., 2017).

Osebe, ki se v družinskem krogu ali ožjem socialnem okolju srečujejo s simptomatiko bulimije, jo pogosto razvijejo tudi same (Bernacchi, 2017). Bulimija se pogosteje pojavi v primerih debelosti v otroštvu ali puberteti in ob razvoju specifičnih duševnih vzorcev razmišljanja, kot so depresivne ali anksiozne misli, skrb, osredotočena na telesno maso, in nizka samopodoba (APA, 2013; Office on Women's Health [OWH], 2010, po Bernacchi, 2017). Dejavniki tveganja za razvoj bulimije poleg naštetega vključujejo še težave pri navezovanju stika z drugimi osebami, zlorabo v otroštvu in doživeto travmo (APA, 2013; Demidenko, Tasca, Kennedy in Bissada, 2010; OWH, 2010, po Bernacchi, 2017). Bulimija se sicer pogosteje pojavlja v državah, kjer je kulturni standard ženske lepote povezan z vitkostjo (Kimmel, 2013, po Bernacchi, 2017).

Iz predstavljenega je razvidno, da so raziskovalci identificirali več različnih dejavnikov tveganja za razvoj motnje hranjenja, vendar posameznemu dejavniku pripisujejo različno težo.

1.3 Etiološko ozadje

Oboleli in njihovi bližnji se pogosto sprašujejo, zakaj se je motnja hranjenja pojavila ravno v njihovem življenju (Nicholls, 2007). Da bi strokovno pojasnili in razumeli ozadje anoreksije in bulimije, bomo predstavili nabor etioloških teorij s področja motenj hranjenja.

Etiologija je veda, ki se ukvarja s preučevanjem vzrokov različnih pojavov (Striegel-Moore in Cachelin, 2001). V primeru motenj hranjenja torej podaja pojasnila o tem, kaj je vzrok, da je oseba zbolela za anoreksijo in/ali bulimijo. Obstajajo številni teoretični modeli, ki pojasnjujejo etiologijo motenj hranjenja, pri čemer vsak podrobneje izpostavlja določene dejavnike. Gledano v splošnem pa vsi pripisujejo pomembnost socialno-kulturnim, družinskim, interpersonalnim in osebnim dejavnikom tveganja ter travmatičnim življenjskim dogodkom. Čeprav se modeli razlikujejo glede na stopnjo poudarka določenega dejavnika, se raziskovalci strinjajo, da je etiologija motenj hranjenja večfaktorska (Striegel-Moore in Cachelin, 2001).

A četudi bi prepoznali točno določen vzrok, zaradi katerega se je motnja hranjenja pri posamezniku razvila, njegova razrešitev ne bi nujno vodila v okrevanje obolelega (Nicholls, 2007). V kontekstu etiologije motenj hranjenja se zato raje izogibamo pojasnjevanju vzroka. Nicholls (2007) meni, da se je namesto tega potrebno osredotočiti predvsem na sprožilne dejavnike in predispozicije, na katere lažje vplivamo.

1.3.1 Etiološke teorije

1.3.1.1 Genetske teorije

Zagovorniki genetskih teorij trdijo, da je razvoj motnje hranjenja odvisen od bioloških predispozicij za tovrstno motnjo, ki se dedno prenesejo na posameznika (Carr, 2006). Ob izpostavljenosti določenim okoljskim pogojem se pri genetsko ranljivih osebah tako razvije motnja hranjenja (Carr, 2006). Teorijo podpirajo različne družinske študije in raziskave, opravljene na dvojčkih, ki dokazujejo, da genetske predispozicije nedvoumno prispevajo k razvoju tovrstne motnje (Rowe, Pickles, Simonoff, Bulik in Silberg, 2002). Genetski dejavniki dokazano prispevajo k razvoju temperamenta, ta pa vpliva na razvoj osebnostnih lastnosti, povezanih z motnjami hranjenja, kot so perfekcionizem, pretirana zaskrbljenost, dvomljivost, sramežljivost, pesimizem idr. (Tchauria idr., 2004). Neprilagodljivost in kompulzivnost sta osebnostni lastnosti, ki še posebno močno napovedujeta tveganje za razvoj anoreksije, medtem ko je impulzivnost visoko povezana s pojavom bulimije. Navedeni sklepi izhajajo iz predpostavke, da so osebnostne lastnosti genetsko determinirane in da se izrazijo v interakciji z okoljem. V kolikor interakcija z okoljem sproži zgoraj omenjene osebnostne lastnosti, je velika verjetnost, da oseba razvije motnjo hranjenja (Tchauria idr., 2004). Genetske teorije v ospredje postavljajo biološke predispozicije, kljub temu pa ima pomembno vlogo pri potencialnem razvoju motnje hranjenja tudi vpliv okolja.

1.3.1.2 Teorije živčnega prenašanja

Nevrotransmitterska ali serotoninaska teorija predvideva, da je za nastanek motnje hranjenja odgovorna motena serotoninaska aktivnost (Goldbloom in Garfinkel, 1990). Ta se pri bulimiji in anoreksiji kaže v obliki nezadostne serotoninске aktivnosti (5-HT-aktivnosti) v osrednjem živčnem sistemu (Goldbloom in Garfinkel, 1990) in se odraža predvsem v tistih

možganskih delih, ki poveljujejo razpoloženju in apetitu (Carr, 2006). Kot je to značilno tudi za motnje razpoloženja, je v družinski anamnezi obolelega z motnjo hranjenja velikokrat prisotna tovrstna motnja (Carr, 2006).

1.3.1.3 Teorije stradanja

Zagovorniki teorije stradanja trdijo, da le-to povzroči nevroendokrine nepravilnosti, ki vodijo v nastanek sprememb na biološki in psihološki ravni, posledično pa pride do razvoja duševne motnje (Carr, 2006). Dokazi kažejo, da se pri zdravih osebah, ki jih eksperimentalno izpostavimo stradanju, zgodaj pokažejo nevroendokrine nepravilnosti in spremembe v črevesnem delovanju, podobne tistim pri osebah z anoreksijo in/ali bulimijo (Carr, 2006, po Fricther in Pirke, 1995). Dokazano je tudi, da stradanje pripomore k zapoznelem odvajanju blata, kar dodatno zmanjšuje občutek lakote (Carr, 2006). Obolele osebe imajo poleg tega nizek krvni pritisk, stanjšane srčne stene in aritmijo, upade jim tudi raven kalija v krvi (Pandel Mikuš, 2003). Zgoraj opisane spremembe se v večji meri pojavijo pri anoreksičnih kakor bulimičnih osebah. Po omenjeni teoriji naj bi se zdravljenje osebe z motnjo hranjenja pričelo s pridobitvijo telesne mase, ki omogoča, da se oseba psihološko pripravi na nadaljnjo terapevtsko obravnavo (Carr, 2006).

1.3.1.4 Socialno-kulturne teorije

Socialno-kulturne teorije poudarjajo, da je za razvoj motenj hranjenja odgovorna predvsem izpostavljenost različnim kulturnim dejavnikom znotraj različnih skupin (Carr, 2006). Avtorji najpogosteje omenjajo idealizacijo vitkega ženskega telesa, ki je značilno predvsem za napredne industrijske države (Carr, 2006, po Nasser in Katzman, 2003). Da lahko socialno-kulturni pritisk doseže tako močan vpliv na veliko skupino žensk, mora biti sporočilo o idealizaciji vitkega telesa posredovano večini žensk znotraj določene kulture. Eden izmed virov prenosa sporočil so mediji, torej revije, televizija, filmi itd. (Polivy in Herman, 2004).

Socialno-kulturne teorije podpirajo mnoge epidemiološke študije, ki jasno prikazujejo višji odstotek pojavnosti motenj hranjenja v zahodnih družbah oz. družbah, kjer ljudje praviloma ne živijo v pomanjkanju (Carr, 2006). V takšnih družbah je vitkost promovirana kot vrednota, omejevanje pri prehranjevanju pa kot vrlina. Motnje hranjenja se pogosteje pojavijo pri osebah, od katerih se še posebej pričakuje vitko in estetsko telo. To so na primer igralki, plesalci, manekeni itd. (Polivy in Herman, 2004).

Kljub navedenim trditvam ne moremo enoznačno zaključiti, da se motnje hranjenja razvijejo zgolj zaradi socialnih in kulturnih pritiskov. Pri posameznikih, ki zbolijo za motnjo hranjenja, lahko navadno prepoznamo še enega ali več dejavnikov, ki prispevajo k razvoju motnje. Pri tem gre najpogosteje za akuten stresen dogodek ter individualne psihološke in družinske dejavnike (Carr, 2006).

1.3.1.5 Teorije tranzicij življenjskega kroga in stresne teorije

Teorije tranzicij in stresne teorije kot glavni dejavnik za nastanek motenj hranjenja izpostavljajo stres, ki se je pri posamezniku nakopičil skozi določena življenjska obdobja (Carr, 2006). Še posebno ob prisotnosti bioloških in psiholoških predispozicij naj bi bil le-ta glavni sprožilec motnje, prav tako pa velja za najbolj zaviralni dejavnik potencialne razrešitve motnje hranjenja (Carr, 2006, Serpell in Troup, 2003, po Dare, 1985, po Crisp, 1983).

Posebno ranljiva skupina za razvoj motnje hranjenja so mladostniki (Carr, 2006), ki se težko soočajo z mnogimi psihološkimi in fiziološkimi spremembami ter čustvenimi izzivi, ki so značilni za obdobje mladostništva. Crisp (1983) navaja, da se v tem primeru motnja hranjenja lahko razvije kot poskus odmika od izzivov omenjenega obdobja.

Stresne teorije slonijo na prepričanju, da je za razvoj motnje hranjenja ključen nek stresen, travmatičen dogodek (Striegel-Moore in Cachelin, 2001). V kolikor posameznik poseduje ranljivostne predispozicije, ki sta jih izpostavila Serpell in Troup (2003), obstaja velika verjetnost, da bo pri njemu prišlo do razvoja motnje hranjenja. Predispozicijski dejavniki za razvoj teh motenj so zmožnost slediti dieti, nizka telesna samopodoba in samozavest, gnus do hrane in sram do lastnega telesa (Carr, 2006).

Empirične raziskave (prim. Gowers in Bryant-Waugh, 2004; Serpell in Troup, 2003; Steinhausen, 2002) dokazujejo, da je zaporedje stresnih življenjskih dogodkov pogosto vzrok za pričetek anoreksije ali bulimije (Carr, 2006).

1.3.1.6 Psihoanalitične teorije

Anoreksija in bulimija naj bi se po psihoanalitični teoriji razvili iz izkušenj zgodnjega otroštva (Carr, 2006, po Bruch, 1973). H. Bruch (1973) trdi, da matere anoreksičnih deklet razvijejo nadzorovalen in strog vzgojni stil, ki zanemari otrokove potrebe po avtonomiji in samostojnem izražanju. Otrok se tako le s težavo nauči razumeti svoja notranja psihološka stanja in potrebe, posledično pa težko razreši razvojne naloge, značilne za obdobje odraščanja (Tomori, 1995, po Pandel Mikuš, 2003).

V obdobju mladostništva so strah pred debelostjo, krivda pri hranjenju in obsedenost s hrano del regulacije osrednjega konflikta, povezanega z razvojem avtonomije in lastnega »selfa«. Osrednji konflikt tega obdobja lahko ponazorimo z mladostniškim odporom do starševskega nadzora in hkratnim strahom pred separacijo od staršev. Konflikt je zaznamovan s posameznikovimi negativnimi prepričanji, kot so popačena predstava o telesu, nizka samozavest in samopodoba, ter perfekcionističnimi težnjami, s katerimi izboljšuje svoj »self« (Carr, 2006).

Ozdravitev anoreksične in/ali bulimične osebe je po psihoanalitični teoriji možna, v kolikor oseba odkrije manj destruktivne načine, s katerimi vzpostavi notranjo avtonomijo in močno identiteto (Carr, 2006).

1.3.1.7 Kognitivno-vedenjske teorije

Stewartov model kognitivno-vedenjske terapije (ang. *Cognitive Behavioral Therapy* [CBT]) (2005, po Carr, 2006) predpostavlja, da so mladi nagnjeni k motnjam hranjenja zaradi individualnih predispozicij in okoljskih dejavnikov. Med individualne dejavnike spadajo nizka stopnja samozavesti, perfekcionizem in nekdanja debelost, med okoljske pa fizična in spolna zloraba, zanemarjanje s strani skrbnikov v otroštvu, preveliko zaščitništvo staršev, kriticizem in velika pričakovanja staršev do otroka, družinska zgodovina depresije, zlorabe drog ali motenj hranjenja ter družbeni pritiski (Carr, 2006).

Zgoraj omenjeni dejavniki prispevajo k razvoju negativnih prepričanj o sebi (Carr, 2006); posameznik razvije občutke ničvrednosti, nepriljubljenosti in nevednosti ljubezni. Temeljna prepričanja vodijo k razvoju predvidevanj, da mora posameznik stremeti k vitkosti, samonadzoru čustev, perfekcionizmu idr., da bi bil ljubljen in zaželen. Omenjena

prepričanja se razvijejo v otroštvu, vendar na posameznika nimajo ogrožajočega vpliva, vse dokler jih ne sprožijo stresni dogodki, kot je na primer prehod v mladostništvo (Carr, 2006).

Spremembe, ki se zgodijo med mladostništvom, vključujejo telesni razvoj, razvoj samostojnosti, spopadanje z novo odkritimi romantičnimi čustvi in odnosi, usklajevanje šolskih obveznosti in vzpostavitev lastne identitete (Brandsma, 2007). Negativne opazke glede telesnega izgleda, izpostavljenost pritiskom družbe, šolski neuspehi, družinski konflikti in zlorabe so še dodatni stresorji, ki lahko sprožijo negativna temeljna prepričanja. Slednja postanejo del vsakodnevnih situacij in ustvarijo okolje za razvoj avtomatskih kognitivno popačenih negativnih misli. Le-te vodijo v razvoj zakoreninjenih vedenjskih vzorcev. Oseba tako prične s strogim nadzorom prehranjevanja, od katerega ne odstopa, oz. stremi k izredni vitkosti (Fairburn, Shafran in Cooper, 1999).

Tovrstne vedenjske vzorce ohranjajo čustveni, vedenjski, družinski in socialni dejavniki ter izogibanje hrani, stradanje, prenajedanje in zavestno sproženo bruhanje (Carr, 2006). Med čustvene dejavnike prištevamo izrazit nadzor, ki daje obolelemu občutek nadvlade nad lastnim telesom, občutek izjemnosti, ker mu je uspelo nekaj skrajnega, in višjo samozavest, ker je dosegel svoj cilj. Med vedenjske dejavnike sodita tehtanje ter nenehno preverjanje in opazovanje lastnega telesa, ki krepi motivacijo za nadaljnjo hujšanje. Družinska dejavnika, ki ohranjata strog režim prehranjevanja, sta skrb in pozornost, ki ju posameznik dobi ob izgubi telesne mase. Med socialnimi dejavniki izstopa odobravanje s strani vrstnikov, ki opazijo izgubo telesne mase. Stradanje vodi v začaran krog, saj povzroči izgubo apetita in energije ter kognitivno rigidnost, kar pa onemogoča enostavno spremembo prehranjevalnih vzorcev (Carr, 2006).

Posamezniki z bulimijo s prenejanjem zamegljijo negativne občutke, po hranjenju pa se pri njih pojavi izrazit občutek krivde in sramu, ki vodi v zavestno sproženo bruhanje (Brandsma, 2007). Tako sicer dosežejo kratkotrajno olajšanje, vendar temu sledijo ponovni občutki krivde in sramu. Posamezniki se tako znajdejo v začaranem krogu ponavljanja vedenja (Brandsma, 2007).

1.4 Namen in cilji zaključne naloge

Zgodnje etiološke raziskave kažejo, da je vpliv družine, še posebno pritisk in pričakovanja staršev do otrok, pomemben socialno-kulturni vidik motenj hranjenja (Marcos, Sebastia'n, Aubalat, Ausina in Treasure, 2013, po Fortesa in Ajete, 2014). Pomembna korelacija obstaja tudi med socialnimi dejavniki in izkrivljeno telesno podobo (Gray, 1977), pri čemer sta slaba samopodoba in izkrivljeno doživljanje lastnega telesa vodilna vzroka motenj hranjenja, kot sta anoreksija in bulimija (Zipfel, Giel, Bulik, Hay in Schmidt, 2015). Različne teorije, osnovane na kvantitativnih pristopih (Garfinkel in Garner, 1982; Bruch, 1978), kot vzrok za nastanek motenj hranjenja navadno izpostavljajo en ključen dejavnik, nekatere druge, večinoma novejšje (Haworth-Hoepfner, 2004), pa poudarjajo pomen večfaktorskega pristopa k razumevanju tega fenomena.

V primerjavi z drugimi psihološkimi motnjami so bile motnje hranjenja v psihološko nomenklaturu dodane nedolgo nazaj. Posledično so raziskave na tem področju še v povojih in predvsem kvantitativne (Striegel-Moore in Cachelin, 2001). Poznavanje doživljanja motenj hranjenja in dejavnikov tveganja za njihov razvoj tako še vedno ostaja nepopolno

(Striegel-Moore in Cachelin, 2001). Predlaganih je bilo sicer mnogo teorij, ki poskušajo identificirati te dejavnike tveganja, a zdi se, da mnogim spodleti pri navedbi ključnega znanstvenega principa, ki bi pokazal jasen vzrok in posledico motenj hranjenja. Poleg tega raziskovalci specifične teoretične usmeritve pogosto zanemarijo vpliv določenega dejavnika, ki ga poudarja druga teoretična usmeritev.

Ker so podatki o socialnih vidikih motenj hranjenja pridobljeni pretežno s kvantitativnimi metodami, smo se mi odločili za drugačen pristop. S kvalitativnim pristopom smo želeli pridobiti globlji uvid v razloge za razvoj motenj hranjenja s stališča obolele osebe, kar z zgolj kvantitativnim raziskovanjem ne bi bilo mogoče. V naši raziskavi so osebe same opisale razvoj motnje hranjenja in pripadajoče vzroke, ki navadno segajo v preteklost. Ker nismo zagovorniki nobene od zgoraj predstavljenih etioloških teorij, je bila možnost, da bi pri raziskovanju določene dejavnike tveganja zanemarili ali prednostno izpostavljali, majhna. Kvalitativni pristop nam je omogočil večjo vsestranskost in pridobitev obsežnih ter bogatih opisov dejavnikov, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja, predvsem pa nam rezultati ponujajo vpogled v razvoj motnje z vidika obolelih oseb.

Naš namen je bil prikazati, kako udeleženke doživljajo družinske in socialno-kulturne dejavnike, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja. Pri tem smo se osredotočili na tiste dejavnike, ki so jih prepoznale in opisale udeleženke same, in te tudi izpostavili.

Cilj pričujoče kvalitativne študije je bil pridobiti celosten vpogled v kontekst družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov tveganja za razvoj motnje hranjenja preko raziskovanja subjektivne izkušnje posameznic s tovrstno motnjo. Pri tem nas je zanimala njihova sedanja perspektiva do omenjenih dejavnikov. Kot že omenjeno, smo v naši kvalitativni študiji želeli identificirati tiste družinske in socialno-kulturne dejavnike, katerih vpliv na razvoj njihove motnje hranjenja so izpostavile udeleženke same.

2 METODA

2.1 Vzorec

V vzorec smo želeli zajeti osebe s sedanjo ali preteklo izkušnjo motnje hranjenja. Ta se najpogosteje razvije pri mladostnicah in mladih ženskah (Wood in Knight, 2019), torej v obdobju mladostništva in zgodnje odraslosti (Pandel Mikuš, 2003). Na podlagi teh dejstev smo stremeli k pridobitvi udeleženk ženskega spola, mlajših od trideset let. Vzorcili smo torej namensko, saj smo iskali točno določeno skupino oseb, ki bi bila za našo raziskavo najbolj relevantna, in priložnostno, saj so udeleženke za raziskavo izvedele preko osebnih poznanstev.

Končni vzorec so predstavljale tri udeleženke, stare med 20 in 30 let. V času izvedbe raziskave je bila njihova povprečna starost 23,33 leta.

Ker gre pri motnjah hranjenja za izjemno občutljivo temo, o kateri se oboleli težko pogovarjajo in so z boleznijo tako ali drugače zaznamovani, smo raziskavo opravljali z zagotovilom popolne anonimnosti. Za potrebe raziskave smo udeleženke namesto imen označili s šiframi, in sicer posamezno udeleženko predstavlja številka od 1 do 3, s temi šiframi pa se bomo na njih nanašali tudi v nadaljevanju pričujoče naloge. Spodaj navajamo osnovne podatke udeleženk z izjemo kakršnega koli osebnega podatka, po katerem bi lahko bile prepoznane.

Tabela 2.1

Osnovni podatki o udeleženkah

Oznaka udeleženke	Starost v času raziskave	Oblika motnje hranjenja
1	23	bulimija
2	25	anoreksija in bulimija
3	22	anoreksija

2.2 Pripomočki

2.2.1 Demografski vprašalnik

Zaradi osnovne preglednosti in poznavanja udeleženk smo se odločili za administracijo kratkega demografskega vprašalnika. V njem smo udeleženke povprašali po starosti in obliki motnje, s katero so se spopadale ali s katero se spopadajo v sedanjem obdobju. Kratka vprašanja so sledila informiranemu soglasju, ki so ga udeleženke pred vključitvijo v raziskavo morale prebrati in podpisati. Demografski vprašalnik in informirano soglasje (glej poglavje Priloge) sta bila administrirana pred izvajanjem intervjujev.

2.2.2 Intervju

Ključni pripomoček naše raziskave je bil poglobljen intervju po vzoru fleksibilnega okvirja (Wengraf, 2009, po Jungbauer, Heibach in Urban, 2015). Ta vrsta intervjuja nam je

dopuščala poglobljeno razumevanje raziskovalnega problema ter pridobivanje spontanih, konkretnih in osebnih odgovorov udeleženk (Kordeš in Smrdu, 2015). Odločili smo se za fokusirano obliko, kar pomeni, da je bila naša pozornost osredotočena na določeno izkušnjo in njene posledice. Vedeli smo, kaj želimo odkrivati, pri čemer sta bila način zastavljanja vprašanj in čas trajanja intervjuja povsem prosta (Kordeš in Smrdu, 2015). Omenjena raziskovalna oblika se nam je zdela najbolj primerna za raziskovanje področja doživljanja, saj omogoča poglobljeno raziskovanje področja motenj hranjenja, izpostavlja osebno mnenje udeležencev o specifični temi in terminologijo, ki jo uporabljajo, poleg tega pa je spontana, konkretna, fleksibilna in osebna ter omogoča veliko mero samoodkrivanja. Vsak intervju se je v grobem dotikal petih temeljnih področji, in sicer:

1. doživljanja odnosov znotraj družine pred boleznijo in sedaj;
2. doživljanja vsakodnevne družinske dinamike;
3. doživljanja socialnih odnosov udeleženk;
4. doživljanja medijev oz. medijskega vpliva na razvoj motnje hranjenja in
5. doživljanja kulturnih sporočil in ideala vitkosti v povezavi z razvojem motnje hranjenja.

S postavitvijo temeljnih točk zanimanja smo ustvarili polstrukturiran intervju, ki nam je v kasnejših fazah raziskave pomagal pri analizi rezultatov, okvirni standardizaciji in izgradnji poskusne teorije. Kljub zastavljenemu okvirju smo se med intervjujem izogibali neposrednemu poizvedovanju po navedenih področjih, saj udeleženkam nismo želeli sugerirati smeri opisovanja svojega doživljanja. Podvprašanja, ki smo jih postavljali v sklopu intervjujev, so se med njimi razlikovala glede na njihovo odprtost, komunikativnost, slog izražanja ipd. Ravno vprašanja, ki so med udeleženkami variirala, so nam omogočila najgloblji uvid v njihovo doživljanje in z njihovo pomočjo smo pridobili vsebinsko bogate opisa doživljanja.

Ker smo želeli, da gre intervju v smer, ki se za posamezno udeleženko v določenem trenutku kaže kot najbolj živa, smo udeleženkam ponudili možnost, da spregovorijo o točno določenem področju, poleg tega pa jim ni bilo potrebno odgovarjati na vprašanja, ki se jim niso zdela relevantna.

2.3 Postopek

Na podlagi pridobljenih informacij o pretežnem pojavljanju motenj hranjenja pri ženskem v nasprotju z moškim spolom (razmerje med moškimi in ženskami se glede na različne študije giblje od 1 : 9 do 1 : 20; Pandel Mikuš, 2003) smo želeli raziskovati populacijo ženskega spola, ki ustreza našemu starostnemu kriteriju. Tako smo izbrali vzorec treh oseb, ki so želele sodelovati v raziskavi. Individualno smo jih povabili na srečanje in jim predstavili namen in cilj raziskave ter jim odgovorili na morebitna vprašanja. Ko je posameznica privolila v sodelovanje, smo ji v podpis dali informirano soglasje, v katerem smo naše delo podrobneje predstavili, pojasnili morebitna tveganja in zagotovili strogo anonimnost. S podpisom so udeleženke uradno pristopile k raziskavi, mi pa smo se zavezali k zaupnosti osebnih podatkov in strokovni uporabi pridobljenih informacij.

Udeleženkam smo administrirali tudi kratek demografski vprašalnik, v katerem so navedle nekaj svojih osebnih podatkov. Pred izvedbo samega intervjuja smo udeleženke seznanili s

potrebo po snemanju pogovorov zaradi kasnejše transkripcije intervjujev in analize, s čimer so se vse strinjale.

Nato smo s posamezno udeleženko izvedli intervju. Intervjuji so potekali na različnih krajih, odvisno od dogovora s posamezno udeleženko. Prav tako so trajali različno dolgo, odvisno od tega, koliko je bila posameznica pripravljena deliti z nami in kako globoko je predstavila svoje doživljanje. Pri usmerjanju pogovora smo skušali zajeti vse okvirno postavljene točke ter s tem pridobiti uvid v doživljanje motnje hranjenja in v socialne in kulturne dejavnike, ki vplivajo na njen razvoj, kot jih je zaznala posamezna udeleženka. Kadar je bilo za namen naše raziskave to relevantno, smo postavili dodatna podvprašanja.

2.4 Metode obdelave podatkov

Ker teorije ne moremo zgraditi zgolj na podlagi opazovanih dogodkov, dejavnosti in podanih informacij (Mesec, 1998), smo pridobljene podatke organizirali v pojme, te pa razvrstili v večje kategorije. Pojme in kategorije smo povezali v nadredne kategorije, na podlagi katerih smo izvedeli nekaj o preučevanih družinskih in socialno-kulturnih vidikih motenj hranjenja (Mesec, 1998).

Pridobljene informacije smo analizirali s postopkom kvalitativne analize. Pričeli smo z urejanjem gradiva. Zvočne posnetke intervjujev in beležke, ki so nastale ob intervjujih, smo transkribirali, nato pa gradivo podrobno analizirali. Enote kodiranja smo določili po analizi prepisanega gradiva (Mesec, 1998).

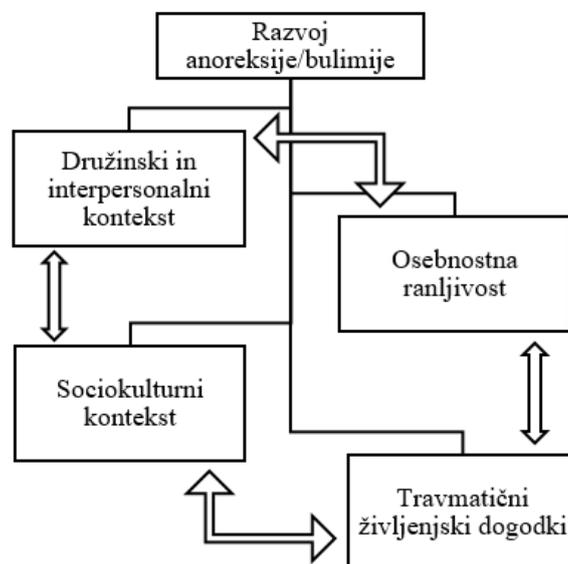
Besedilo smo razčlenili, enote pa smiselno podčrtali. Izpustili smo predele, ki se nam za namen naše raziskave niso zdeli relevantni. Vsaki kodirni enoti smo določili šifro, ki je v naslednjih korakih označevala posamezni vzorec. Temu je sledilo odprto kodiranje, s katerim smo želeli kategorizirati enote kvalitativnega gradiva. Dobljene enote besedila smo oblikovali v pojme, ki so se ločevali od ostalega besedila. Ker smo predvideli, da bodo prepisi obširni, nam kodirno enoto v večini primerov predstavlja odgovor na posamezno vprašanje. Temu je sledilo kodiranje drugega in nato tretjega reda, vselej v smeri večje splošnosti in abstrakcije. S postopkom smo prenehali v točki, ko smo med kategorijami še vedno lahko vzpostavili smiselne povezave. Osno kodiranje nam je omogočilo zamenjavo ali premestitev kategorij za potrebe vzpostavitve smiselne hierarhije med kategorijami (Kordeš in Smrdu, 2015). Sledilo je odnosno kodiranje in oblikovanje poskusne teorije (Mesec, 1998).

3 REZULTATI IN INTERPRETACIJA

Z raziskavo smo želeli pridobiti vpogled v kontekst družinskih, socialnih, kulturnih in drugih vidikov motenj hranjenja preko raziskovanja doživljanja posameznic z izkušnjo tovrstne motnje. Cilj naše raziskave je bil spoznati, kako udeleženke same razumejo dejavnike, ki so vplivali na razvoj njihove motnje hranjenja.

V nadaljevanju predstavljamo shematsko in analitično opisane rezultate, ki smo jih pridobili na podlagi empiričnih podatkov. Predstavljamo jih v štirih sklopih: socialno-kulturni kontekst, družinski in interpersonalni kontekst, osebna ranljivost in travmatični življenjski dogodki. Rezultati so predstavljeni s shematsko ponazoritvijo, pri predstavitvi posameznega sklopa pa smo izpostavili temeljne izseke iz transkriptov

intervjujev z udeleženkami, ki so bili ključni za analizo. Temu sledi interpretacija dobljenih rezultatov, ki smo jo oblikovali na podlagi dosedanjih teoretičnih ugotovitev. Dobljene ugotovitve smo primerjali s spoznanji drugih raziskovalcev.



Slika 3.1. Prepoznani štirje sklopi dejavnikov za razvoj anoreksije/bulimije.

Ker nas je zanimalo, kateri so tisti dejavniki, ki jih udeleženke ocenjujejo kot ključne za razvoj motnje hranjenja, smo prisluhnili njihovi zgodbi. Pri tem smo se trudili, da jim ne bi sugerirali smeri opisovanja doživljanja, vseeno pa smo jih vprašali po njihovih družinskih, prijateljskih in ostalih socialnih odnosih ter o njihovem doživljanju celotnega poteka motnje. Udeleženke so pri tem izpostavljale različne dejavnike. Kot najodločilnejši se je pokazal družinski in interpersonalni kontekst, ki je skupen vsem udeleženkam.

3.1. Družinski in interpersonalni kontekst

Udeleženke so med intervjuji kot pglavitne za razvoj motnje hranjenja najpogosteje izpostavile družinske in interpersonalne dejavnike.

Pri meni pač neko ključno vlogo bolj igrala družina in socialno okolje. Ne bi rekla tolik mediji, a ne.

(...) med tem časom so bili familiarni odnosi ena glavnih stvari, zakaj sem zbolela za tema dvema motnjama.

Če bi razvrstila, bi rekla družina, in pol pač nekak družba in mediji. Kar so vplival name.

Po moje izmed naštetih najbolj družina.

Vse tri udeleženke so ob vprašanju, kateri je tisti dejavnik, ki je na njihovo motnjo hranjenja najbolj vplival, brez pomisleka izpostavile družino. Iz literature je znano, da se ravno v družinskem okolju oblikujeta zdrava samopodoba in zadovoljstvo z lastnim telesom (Bruch, 1978; Foulkes, 1996; Johnson idr., 1996; Keel, Heatherton in Harnden,

1997; Leung, Schwartzman in Steiger, 1996; Rieves in Cash, 1996; Root, Fallon in Friedrich, 1986, po Haworth-Hoepfner, 2004). Anoreksične ali bulimične osebe ocenjujejo reševanje problemov znotraj družine kot rigidno, prav tako pa pogosto izpostavljajo preveliko zaščitništvo in strogost s strani staršev (Dare, 1993; Tachi, 1999, po Ruíz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C. in Halley Castillo, M. E., 2013). Starši anoreksičnih in/ali bulimičnih oseb naj bi med seboj in s svojim otrokom slabše komunicirali, člani družine pa naj bi bili med seboj manj povezani (Ruíz Martínez idr., 2013).

Družinsko dinamiko udeleženk najboljše ponazorijo podkategorije, predstavljene v nadaljevanju.

3.1.1 Komentarji na račun telesnega izgleda udeleženk znotraj matične družine

Omenjeno podkategorijo sestavljajo kode, ki se navezujejo na za udeleženke neprijetne komentarje o njihovem telesnem izgledu s strani njihovih bližnjih.

Zbadanje glede telesnega videza s strani sorojencev

Je bil problem na teh raznih družabnih srečanjih, družinskih kosilih in to, so me pa stalno zafrkavali. Se mi zdi, da je to ful vplivalo, no. Jaz jim nikakor nisem mogla dopovedat, da to pač ni ok, če te nekdo zafrkava, ker so me res zafrkavali zaradi pač kr nekih brezveznih zadev.

Pač predvsem na videz. Kar koli. Pač ne vem, lej, kakšna si, pač ne vem, te fore ... te fore ki so pač iz interneta. Ti če se usedeš na plažo, te bodo začeli nazaj v vodo potiskat, ker si nasedel kit.

Negativni komentarji na račun telesnega izgleda s strani družinskih članov

In spomnim se pol moje sestre, ki mi je enkrat rekla, naj manj jem, ker me bodo če ne v šoli vsi zajebavali, ker bom debela.

Komentarji na račun telesnega izgleda s strani širše družine

In pol je blo še to, recimo, da sem dostikrat šla k svoji babici, je blo tut tko v tistem obdobju ... Ona je mela pa takšne, da me je pa zdej že več kot moje mami. Pa take ... Pač men je blo grozno, kokr da je ona bolj kot jaz, kot da sem se razvila v neki spužvo, ne, prov dejansko grozen filing. Pa jaz o sebi nisem mislila tko, sem mislila, sej sem ok, sej ni neki baš, ne.

Ja to, da so oni znali imet kakšne komentarje v tem stilu. Ne vem, js, ko sm bla majhna, se spomnem, da sm mela tko trebušček. Ne vem, kolko sem bla stara. Po moje ene 5 al pa 6 let. Pač otroček, z otročkovim bušijem. In se spomnem, da sem se tko nagnla čez umivalnik in smo bli v kopalkah in mi je buši šou tako naprej. No in oni so se režali in me fotkali. Ne vem ...

Ožja in širša družina sta tisti enoti, ki imata na posameznika med odraščanjem največji vpliv. Znotraj družinske celice se namreč oblikujejo temeljna prepričanja, samozavest in zadovoljstvo z lastno podobo (Haworth-Hoepfner, 2004), v tem okolju pa se v

posameznika tudi najlažje zakorenini občutek sramu in krivde (Hill Barlow, Marschall, Price Tangney in Sanftner, 1995). Raziskave kažejo, da družinska kritika o telesnem izgledu posameznika povzroča veliko nezadovoljstvo z lastnim telesom in večjo nagnjenost k razvoju simptomov motnje hranjenja (Ata, Ludden in Lally, 2007; Keery, Boutelle, van den Berg in Thompson, 2005; McLaren, Kuh, Hardy in Gauvin, 2004; Shomaker in Furman, 2009, po Bailey in Ricciardelli, 2009).

3.1.2 Nefunkcionalni odnosi med starši

Omenjeno podkategorijo sestavljajo kode, ki razkrivajo različne vidike nefunkcionalnosti odnosa med starši udeleženk.

Prikrivanje stvari med starši

(...) tak odnos, da sta mela ful skrivnosti, no, sej to še zdej. Ne vem ... ona je kadila in on ni vedel. In potem smo mi mogli njej hodit po cigarete v trgovino in to je blo vse na skrivaj pa merkaj, da ne bo fotr pršu, pa take.

Omejevanje matere z očetove strani

Ja ja, ona je dobila ponudbo, ampak ji ni pustu. In pol je bla doma. Ful je posesiven. In pol jo je imel v drži finančno. Mislim, kako naj se izvije iz tega?

Občutek nepovezanosti med starši

V bistvu grozen odnos. Mi smo se nonstop kregali, skos smo si nasprotovali, nista bla povezana, mislim, da mami sploh ni marala očeta.

Doživljanje starševskega odnosa kot prisiljenega

Se mi zdi, da je bil njun odnos bolj prisiljen.

Doživljanje nespoštovanja med starši

Mislim, da ni bilo nobenega spoštovanja in če zdej nazaj pogledam, sta imela tak ful kaotičen odnos.

Prepiri med starši

Pa še takrat, ko je bil, sta se kregala. Ful je delal in imel še svojo avtomehanično delavnico, pač nikol ga ni blo.

Odnosi med družinskimi člani naj bi bili vodilni razlog za razvoj simptomov motnje hranjenja (Leonidas in Santos, 2015; Langdon-Daly in Serpell, 2017, po Lecomte idr., 2019). Odnosi med starši oz. pomanjkanje spoštovanja, skladnosti in zaupanja med njimi igrata pomembno vlogo pri pojavu in nadaljnjem razvoju motnje hranjenja (Lecomte idr., 2019). Notranja stiska, ki jo otrok doživlja ob nenehnih starševskih konfliktih, se pogosto manifestira v nekem izrednem vedenju. Nakopičen notranji pritisk se tako lahko med drugim odrazi v motnji hranjenja (Lecomte idr., 2019).

3.1.3 Pomanjkanje čustvene podpore znotraj družine in neustrezni vzgojni slog

Omenjeno podkategorijo sestavljajo kode, ki prikazujejo za udeleženske nezadostno čustveno podporo s strani družine.

Nezmožnost staršev prepoznati negativne posledice zbadanja glede telesnega videza s strani sorojencev in ga preprečiti

Uhm, fora je v tem, da jaz pač takrat sem vedela, da to ni ok, pa sem povedala mami, da mene to moti. Na fotra se tak nisem nič zanašala, ker skoraj tak, kot da ga ni blo, bom rekla. Uhm, in ona je rekla tak, sej veš, enga morjo, sej se hecajo, sploh se ni postavlja za mene in to takrat vem, da sem ji ful zamerla.

Pomanjkanje občutka varnosti z materine strani

(...) sem imela občutek, da bi me mogla zaščitit, se mi zdi.

Ilustracija uvida, kako je družinska dinamika vplivala na motnjo hranjenja

Ti si bla do četrta v redu, pol je prišla mama, ti povedala, kaj se doma dogaja, ti si dans slabo.

Prevzemanje vloge materine prijateljice, zaupnice

Ona je vse, kar je mela doma, ker se ni mela doma z nikomer za pogovarjat, na enga otroka mogla dat, ker kolegov ni mela, ker ji fotr ni pustu.

Materina navidezna brezbržnost ob hčerinem prenehanju s hranjenjem

Sm rekla, a veš, mami, da nism že dva dni jedla, in da je ona ful tko dojela na to foro, kot ok, pač tvoja stvar, ne. In sem si ful zapomnila, ko sem dobila občutek, da jo ne briga zame.

Prevzemanje vloge posrednika med starši

Ne bom rekla, da je glavni, ampak je pa mogoče en ključnih, ker sem bila nek posrednik med staršema.

Ko sta se kregala, sem jaz pršla in sem stopila na eno stran kot razsodnik. Če pa nisem v bistvu šla do njiju, se mi je zdelo, da si bosta kaj naredila en drugemu, da bo kaj narobe.

Občutek pomanjkanja pozornosti, spregledanost s strani staršev

V bistvu sem skos mislila, sem doživljala, da ju ne briga zame.

Aja, pa še to, a ne, ko sem kaj dosegla, kakšne rezultate, je blo ful spregledano. In pol na primer je moj sosed, fant, ki je klarinet igral, dobil kakšno pohvalo, je bilo že, uau, kakšni dosežki, kaj pa s tabo ...

Občutek manjvrednosti zaradi pomanjkanja starševske pozornosti

In tko sem imela pol tut občutek, ko sem šla. Ne vem, na kakšno tekmovanje, da ne znam, tist, vedno sem imela un je več vreden, ko jaz ...

Ful sem imela občutek, da po eni strani to ne vpliva name, po drugi strani pa je vsaka beseda, kot da se je limala name. Kot da bi se identificirala s tem. Neka manjvrednost ...

Odsotnost podpore ob nesramnih komentarjih drugih oseb

Pa u bistvu me je prizadelo tudi to, da ob neumnih izjavah drugih ni noben od mojih nič ukrepal.

Veliko anoreksičnih in/ali bulimičnih oseb navaja, da je družinska disfunkcija eden izmed glavnih dejavnikov razvoja motnje hranjenja (Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie in Bulik, 2003). Obdobje mladostništva je obdobje vse večje avtonomnosti in posledične distance med starši in otrokom. Karwauzt in sodelavci (2002) navajajo, da je pri obolelih za motnjo hranjenja stopnja avtonomnosti nižja, povezuje pa se tudi z nizko stopnjo čustvene navezanosti med obolelim mladostnikom in starši (Lecomte idr., 2019). Večina anoreksičnih ali bulimičnih pacientov izpostavlja nezadovoljstvo z družinskimi odnosi, ki se odraža v pomanjkanju podpore staršev ter doživljanju zapostavljenosti in posledične manjvrednosti (Fisher in Bushlow, 2015, po Lecomte idr., 2019). Izsledki naše raziskave kažejo, da osebam, ki so zbolele za omenjenima motnjama, primanjkuje družinske varnosti, čustvene podpore, zanesljivosti in zaupanja.

Omejevanje prehrane ostalih družinskih članov z materine strani

Ampak so ble take subtilne omejitve. V stilu ... na primer, imeli smo oreščke, piškote. Čokolade je blo malo in vse, kar »ni blo zdravo«, je blo nekako omejeno. Pač rekla nama je, zdej pa dosti. In js se spomnem tega. Ne vem, pol avtomatsko ustvariš pri otroku nek koncept omejitve.

Ocenjevanje lastnega telesa kot posledica materinega poudarjanja telesnega izgleda

Mama je po svoje tudi postavljala nek standard, ko je poudarjala, da ful dobro zgleda za svoja leta pa kolko ima kil pa take ... gluposti. Potem pa sem po moje ta neka merila ponotranjila in sem tko začela gledat na svet. Vedno sem se merla.

Raziskave kažejo, da se visoka stopnja pomembnosti telesnega izgleda pri starših odraža v otrokovi obremenjenosti s telesno maso in postavo (Davis, Shuster, Blackmore in Fox, 2004, po Ruiz Martinez idr., 2013), kar lahko vodi v razvoj simptomov motenj hranjenja. Prav tako pomembno je materino dožemanje lastnega telesa, saj le-to vpliva na otrokovo telesno podobo in prehranjevalne navade (Byely, Baistiani, Graber in Brooks-Gun, 2000, po Ruiz Martinez idr., 2013).

Pritisk zaradi uspeha družinskih članov in občutek lastnega neuspeha

Pri nas so vsi uspešni, ne, js sm se pa skozi malo lovila, še zdej se, ampak sem hkrati vedno znala prikazat en tak nastop, da sem nedotakljiva. In to mi je ful pomagalo, hkrati pa me je vedno ubijalo.

Perfekcionizem je eden izmed dejavnikov za razvoj anoreksije in/ali bulimije (Hewitt, Flett in Ediger, 1995; Joiner, Heatherton in Keel, 1997, po Young idr., 2004). Po teoretičnem modelu perfekcionizem sestavljajo štiri komponente: visok strah in skrb pred napakami, neprestan dvom o svojih sposobnostih, poudarek na redu in natančnosti ter precenitev starševskih pričakovanj (Frost, Marten, Lahart in Rosenblate, 1990, po Young, Clopton in Bleckley, 2004). Oseba z motnjo hranjenja pridobi starševsko naklonjenost s perfekcionizmom in izpolnitvijo njihovih pričakovanj.

3.1.4 Očetovska figura

Omenjeno podkategorijo sestavljajo spodaj navedene kode, ki se navezujejo na pomembnost očetovske figure v življenju udeleženk.

Pogrešanje očeta

Sem vem, da doжела, da v bistvu sem pogrešala neko sliko že od začetka, ko sem se jaz rodila, ker nekje na sredini je to ful težko sprejet.

Ampak se mi zdi, no, da sem pogrešala ta pač, sploh ko sem vidla pr kolegih, da so mel očeta, je blo vseen malo tko, pri nas pa ni tak.

Ambivalentni občutki do očeta

To ma on neke predstave, veš, on je ful tak, on je ful bipolaren glede tega, po eni strani pije in se nažira z nezdravimi stvarmi, ful pa bere knjig o zdravju in hodi na predavanja.

Pač vedu si, da boš to enkrat dubu nazaj, če boš nekaj dubu od njega, ti bo enkrat serviral. In takrat pač vem, da mi je blo ful čudno, ne, pa ne vem, mogoče tak, pol ko sem razmišljala, da bi mi tak pozornost posvečal, takrat mi je blo pa kar neprijetno, ne, tak, kaj bi zdaj rad, ne. Zdaj sem jaz živela po svoje, mir mi dej, ne. Po moje problem, ker sem si jaz ustvarla sliko njega in on je biu pač tak nasilen, uhm, nikakor se ni dal z njim komunicirat, jaz bi rekla, da je bil sebičen in pol tak, kr naenkrat ne gre to skup... pač dve različni osebi.

Očetovo izogibanje odgovornosti za družinske probleme

Sem za vikend prišla domov iz bolnice, sem rekla, da se bom ful jokala, dajmo nekaj nardit, dajmo nekaj spremenit, ne vem, v naši familiji. A ne vidiš, da gre vse v kurac, in on se mi je smejal v glavo, on ni dojel, da je karkol narobe. On je rekel, ti se narobe prehranjuješ in hm, pač ne smeš teh tablet jest in bo vse ok.

Očetovo nezanimanje za hčerino počutje

Ni ga zanimalo, kaj se z mano dogaja v bolnici, nič nič ...

Želja po ugajanju in pridobitvi očetove naklonjenosti

Nisem hotla bit finančno odvisna od fotra. Nisem hotla, da mi meče naprej. Ker on je reku, ja, sm plaču položnico, pa sem mu dala 50 €, pa mi ni mogu več rečt tega. Ni imel besede, za katero bi mi lahko reku kaj in s tem sem se zavarovala, da mi ni težil. Se mi zdi, da je bil na nek način, ne morem rečt ponosen, ampak tko, ok, zdej dela, tak da neki je, ne. Mogoče iz tega vidika.

Kontradiktornost očetovih prehranskih nasvetov

Tle jé piškote, v drugem šusu pa teb govori, da kar ješ, ni ok. Kao, kaj ješ ta jogurt, to so sami hormoni. Pol po drugi strani, ko boš pa jedu sadje, ti bo pa reku, ja, to so pa pesticidi, pa si rečeš, ja, pizda, kaj nej pa zdaj jem ...

Ja, ki so se sicer stalno spreminjala, odvisno katero knjigo je prebral.

Odtujitev očeta kot posledica razhoda staršev

In ko je bil tam, se je začel umikat. In pol ga ni blo čez dan doma in je še prespal, no, pol ga pač kr ni več blo. Sami smo bli.

Doživljanje očetove izdaje in zapustitve

Ampak se spomnem trenutka, k se mi je ful vtisnu v spomin. Ko v bistvu moj foter, se je še za to dediščino prej ful s staro mamu družu, da bi dubu, ne, ker so se ful pogajal, a ne, in je ful hodu k njej. Jaz pa nisem hotela, ker sem imela občutek, da ma on njo rajš kot mene. V bistvu njegovo prababico in njegovo staro mamu. No, in potem sem en dan rekla, zdej se pa ta trenutek odloči, a boš šel k njej al boš tuki ostal. In takrat je šel in sem zaključla, tist v sebi, konec. Od takrat mi je konc, neki v men. Nimam več tistga občutka. Mam ok, uno, fotr u redu, ampak nimam pa tistga, da bi bila čustveno povezana.

Izdaja in zapustitev (s strani očeta).

Odsotnost idealizirane očetovske figure

Mami je bla z nama s sestro pretežno sama. Oziroma oba sta delala dosti, moj oče pa še posebej, ker ima podjetje. Ampak on mi je bil vedno idol. Vedno sem ga nekako vidla kot izjemnega in sm mu hotla bit podobna.

Pri njemu smo ble na žalost na enem tretjem mestu.

Občudovanje čustveno zavrtega očeta

No, on je tudi, kar se čustvovanja tiče, je bolj tak zaprt. Vsaj v mojem otroštvu je bil. Pač on ne joka, on ne jamra, njega nikoli nič ne boli, nikoli se ne pritožuje. Če bi ga vidu navzven, je tak ... mogoče bi rekla, popoln?

Vsekakor pa je človek, ki se ima pod nadzorom in ki ljudem ne pokaže, da imajo na njega nek vpliv.

Sodobne teorije označujejo odnos med hčerjo in očetom kot poglavitni za razvoj motnje hranjenja (Meyer in Gillings, 2004; Wonderlich, Ukestad, in Perzacki, 1994, po Jones, Leung in Harris, 2006). Raziskave potrjujejo, da pri anoreksičnih osebah prevladujejo preveč zaščitniške matere, medtem ko so pri bulimičnih dekletih očete odklonilni, odmaknjeni in pasivni. Obolela dekleta očete pogosto opisujejo kot nezainteresirane, odsotne in manj naklonjene (Wonderlich idr., 1994, po Jones idr., 2006). Takšno starševsko vedenje osebi preprečuje, da bi razvila avtonomnost ter da bi čutila sprejetost in povezanost s starši, kar lahko vodi v razvoj napačnih temeljnih prepričanj, ki se visoko povezujejo s simptomatiko motenj hranjenja (Leung, Waller in Thomas, 1999).

3.2. Osebnostna ranljivost

Drugi najpogostejši sklop dejavnikov, ki so ga izpostavile udeleženke, se nanaša na osebnostno ranljivost. Ta sklop sestavljajo podkategorije, predstavljene v nadaljevanju.

3.2.1 Družinska zgodovina motenj hranjenja ali drugih duševnih motenj

Omenjena podkategorija se nanaša na kode, ki obravnavajo prisotnost duševnih motenj v družinski anamnezi udeleženk.

No, in moja mami mislim, da je mela tudi probleme ...

Konkretno mislim, da je imela neko blažjo obliko motnje hranjenja al pa vsaj nek močno usidran strah pred debelostjo.

Nekako je bla že moja teta anoreksična, pa mami je mela težave, pa sestra, pa na splošno se je veliko komentiralo telesa pa težo.

Me ne razume, on se mi zdi, da je mejčkno tko, ne vem, on je po moje tut mal anskiozen, če nima on tut kakšno motnjo.

Mnogi starši oseb, ki so zbolele za motnjo hranjenja, navajajo, da trpijo ali so trpeli za duševno motnjo oz. da se je z njo spopadal kdo izmed prednikov (Crisp, 1974). Veliko teh staršev poklicno deluje na področju zdravstva, prehrane in drugih poklicev, ki se ukvarjajo z nego drugega. Crisp (1974) izpostavlja, da duševne bolezni ali motnje staršev preprečujejo mladostnikovo zdravo odraščanje in se visoko povezujejo z nadaljnjim razvojem duševnih bolezni pri otrocih. Lee, Rush in Mitchell (1985) so v svoji raziskavi, narejeni na vzorcu bulimičnih žensk, odkrili mnogo primerov zmerne do hujše depresije v njihovih družinah ali prisotnost motnje hranjenja pri njihovih bližnjih sorodnikih.

Za etiologijo razvoja motenj hranjenja je ključna genetska komponenta (Bulik idr., 2000; Fairburn, Cowen in Harrison, 1999; Gorwood, Bouvard, Mouren-Simeoni, Kipman in Ades, 1998; Kaye idr., 2000; Kipman, Gorwood, Mouren-Simeoni in Ades, 1999; Klump, Miller, Keel, McGue in Iacono, 2001; Wade, Bulik, Neale in Kendler, 2000, po Tozzi idr., 2003). Pomembno pa je razumevanje okoljskih dejavnikov, saj lahko ti v interakciji z genetskimi predispozicijami vodijo v razvoj motnje hranjenja.

3.2.2 Hujšanje kot strategija za izboljšanje samopodobe

Omenjeno podkategorijo sestavljajo kode, ki se nanašajo na dejavnike, ki so vodili v hujšanje udeleženk.

Želja po izboljšanju telesne samopodobe in ugajanju družbi

Ne, a ne, men se je to takrat zdelo tko samoumevno, ne vem, nisem se počutila ok, lepo v svojem telesu. Posledica je bila, da sem mislila, da če bom pa shujšala, bom pa pač v redu, a ne.

Vpliv zbadanja glede telesne podobe na občutek resnične potrebe po izgubi telesne mase

(...) mogoče sem imela lih občutek, da pol pa mogoč majo prav, na ta način, ne, da da sem res, ne vem, zavaljena, čeprav nisem bila, in da zaradi tega pač moram shujšat, a ne. To se mi zdi, da je blo ful, ja.

Ukvarjanje s hujšanjem kot strategija soočanja s težavami

Itak, družina ja, ful ja, ker pač smo mel na splošno te frke in fotra pač itak ni blo niti nikoli. Vedno samo problemi kot pa kej družga in iz tega se mi zdi, da začneš iskat uteho v tem. Na začetku mogoče, da hočeš shujšat in pridobit samozavest, ki jo mogoče nimaš.

Želja po ugajanju, lepoti in vitkosti kot uvod v opuščanje obrokov in omejevanje prehrane

Potem sem js začela prvo za večerjo jest samo kosmiče. Potem sem začela večerjo spuščat. Potem sem spuščala kosilo. Pol nism niti več na zajtrk hodla. In mela sem par živil tako stehtanih, kolko kalorij imajo, in sem na dan recimo pojedla eno jabolko pa pol mogoče dve suhe marelice ... Ne vem, iz te stiske, da nisem dovolj dobra, dovolj lepa, dovolj suha ...

Prijetni občutki ob komentarjih o izgubi kilogramov

In počutila sem se prvič nekako suho najbrž ... oz. to, da so ljudje opazli, mi je nekako pasalo.

Analiza dejavnikov tveganja (Schmidt, 2001) za razvoj motenj hranjenja je pokazala, da hujšanje ne napoveduje nujno razvoja anoreksije in bulimije, v kolikor se ne povezuje z izredno nizko stopnjo samozavesti (Karpowicz, Skärsäter, in Nevenon, 2009). Osebe z motnjo hranjenja imajo v splošnem nizko samozavest in samopodobo, kar se kaže kot ključen dejavnik vztrajanja v omejevanju hranjenja (Beals, 2004, po Karpowicz idr., 2009). Rosenberg (1989) definira samozavest kot udobnost, zadovoljstvo in spoštovanje do samega sebe. Nizka samozavest se izkazuje v nezadovoljstvu s samim seboj, podcenjevanju samega sebe in pomanjkanju lastnega spoštovanja. Občutek samozadostnosti daje človeku moč, da se spopada z vsakodnevnimi izzivi, premaga težke preizkušnje in izboljša kakovost življenja. Samozavest igra pomembno vlogo pri razumevanju duševnih motenj in psihopatologije, saj obstaja jasna povezava med nizko stopnjo samozavesti in psihosomatskimi simptomi (Tzonihaki idr., 1998, po Karpowicz idr., 2009). Anoreksična ali bulimična oseba je zaradi nizke samozavesti nagnjena k razvoju strahu pred pridobitvijo telesne mase, ki se odraža v pretirani obremenjenosti s

hrano in prehranjevanjem (Fairburn in Harrison 2003, po Karpowicz idr., 2009). Cervera in sodelavci (2003) so izvedli raziskavo na vzorcu mladih žensk, starih od 12 do 21 let, in pokazali, da je visoka stopnja samozavesti zaščitni dejavnik pred razvojem motnje hranjenja, nizka stopnja samozavesti pa je bila odkrita pri osebah, ki so že razvile določeno simptomatiko motnje hranjenja (Karpowicz idr., 2009).

3.2.3 Neuspešna regulacija čustev

Omenjeno podkategorijo sestavljajo kode, ki se dotikajo različnih vidikov neuspešne regulacije čustev s strani udeleženk.

Pomanjkanje asertivnosti v kontekstu socialne situacije

Nisem znala reči ne.

Otopelost čustev

Iz tega se mi zdi je blo ful tak, da sem pol, ko sem bila otopela, mi je blo vseen, tut če me bo vrgu.

Ja enostavno nisem se več, ne znam ti povedat. Mogoče so me prizadel, ampak nisem čutila. Je res, da sem bila že takrat ful v tej hrani. Tut na ših tu pač sem, ne vem, mela obdobje, ko sem se nažrla, včasih sem bruhala, včasih ne, in sem mela obdobja stradanje in se mi je vrtelo, ful odvisno.

Kompenziranje razreševanja neprijetnih občutkov s prenajanjem/stradanjem

Tut na ših tu pač sem, ne vem, mela obdobje, ko sem se nažrla, včasih sem bruhalo, včasih ne, in sem mela obdobja stradanje in se mi je vrtelo, ful odvisno. Sem s tem kompenzirala, sem pa mela mogoče zaradi tega občutek otopelosti, mi je blo vseen, kaj rečejo.

Potlačevanje čustev zaradi nesposobnosti predelovanja le-teh

Me je prizadelo, ampak se mi zdi, da sem potlačila, ker nisem znala s tem in noben ni vedu, ker tega nisem govorila.

Ma ta začaran krog. Spet sem potem, ko je bla kakšna bolj težka situacija, čustvena situacija ... pač pol sem se spet zatekla v svoj »obrambni vzorec« in sem hujšala prvo tko malo, umirjeno, nič posebnega, in pol se nikoli nisem znala ustaviti in jesti zdravo, ampak sem se postopoma odrekla vsem zadevam. Vedno, ko pridem v neko težko situacijo, se nekako obrnem v ta krog. In je ful naporno, ker sem že res sita tega, ampak si nekako ne morem pomagat.

Občutek nadzora in moči spodbudi razvoj motnje hranjenja

Mislím, tko ne, vzorec je itak, če primerjam zdej z anoreksijo, bulimijo, ne vem, ko sem bila anoreksična, sem se najbolj počutila v življenju, ker lahko kontroliram neko stvar, ki je drugi ne morejo, lahko živimo brez hrane, pa čist lahko sem se počutila, to mi je bil filing.

Počutla sem se, kot da uspem sedaj vse kontrolirat, da drugi vidijo mojo postavo kot lepo. Da sem vredna pozornosti, skrbi. Da sem lahko konkurenčna vsej tej perfekciji, ki sem jo vidla okoli sebe.

Obrambni mehanizem kot posledica ranjenosti čustev zaradi posmeha drugih

Se spomnem, da sm js še sodelovala in jih zabavala. Pač še bolj sm ga izbočila in se hecala z njimi. Sam v resnici so me pa ful prizadeli in danes vem, da je bil to nek moj obrambni mehanizem, da sem kazala, da mi je vseeno in da me nič, kar rečejo, ne more prizadet.

Če pogledam v čas vrtca, sem bla js vedno una ta glavna. Kot sm že prej omenila, menim, da se je to razvoj predvsem zaradi modela, ki ga je imela moja sestra. Se pravi, ona je bla taka nežna in tiha in ni nobenemu nič hotla in vsi so jo zabavali in je bla res boga v osnovni šoli. In js sm to vidla očitno že kot zelo majhna punčka in sm se naučila, da če ti ne tolčeš drugih, bodo drugi tolkli tebe.

Karwautz in sodelavci (2002, po Lecomte, 2019) trdijo, da so bulimične osebe slabo povezane s svojimi čustvi in posedujejo nizko stopnjo avtonomije. Mnoge študije so pokazale na slabše zavedanje lastnih čustev in čustev drugih ljudi tudi pri anoreksičnih osebah (Beadle, Paradiso, Salerno in McCormick, 2013). Ta psihološki proces imenujemo aleksimija. Posamezniki z omenjenima motnjama imajo pogosto težave pri samoregulaciji čustev, kar se lahko odraža pri odzivih na čustva drugih oseb (samoregulacija predstavlja stopnjo, do katere je posameznik zmožen nadzorovati lastne misli, vedenje in občutke). Slaba samoregulacija čustev je še posebej razširjena pri anoreksičnih osebah, kar vpliva na čustveno empatijo. Približno 25 % obolelih posameznic ne zna predelati čustev, temveč jih potlačuje, kar velja predvsem za negativna čustva. Študije samoregulacije čustev kažejo, da anoreksične posameznice ne zmorejo pretvoriti misli in čustev v pozitivnejšo smer, prav tako pa je pri njih prisotna visoka stopnja potlačevanja (Geller idr., 2006, po Beadle idr., 2013).

3.3. Socialno-kulturni kontekst

Socialno-kulturni kontekst zajema izpostavljenost različnim kulturnim in družbenim dejavnikom (Carr, 2006). Ta sklop se deli na dva dela, ki obravnavata vpliv medijev in vpliv vrstnikov na razvoj motnje hranjenja, v nadaljevanju pa so predstavljene tudi njune podkategorije.

3.3.1 Vpliv medijev in ideal vitkosti

Omenjeno kategorijo sestavljajo v nadaljevanju navedene kode.

Predpisovanje norm o fizičnem izgledu s strani medijev

Je pa definitivno mel sem pa tja vpliv, da si imel občutek, ok, tak moraš bit, da ti da sliko, kako naj bi človek izgledal, to pa ja.

Pridobivanje potrditve preko izgube kilogramov

In počutla sem se prvič nekako suho najbrž ... oz. to, da so ljudje opazli, mi je nekako pasalo.

Enačenje uspeha z vitkostjo

Da si lep, da si suh, da ti gre, da si uspešen, da si na nek način boljši od njih.

Ne vem, na splošno. Naš sistem je narjen tako, da gleda na uspeh preko videza. Recimo če je nekdo ful uspešen in zavaljen, se mi zdi, da na njega ne gledamo s takšnim občudovanjem kot na nekoga, ki je uspešen in lep, suh, postaven, mišičast, lahko obleče, kar želi ...

Najpogosteje razlagana socialna hipoteza motenj hranjenja sloni na merilih lepote, prisotnih v zahodni kulturi (Banks, 1992, po Simpson, 2002). Anoreksijo razlaga kot motnjo, ki jo povzročajo vrednote zahoda v kombinaciji z drugimi dejavniki. Med te vrednote spadajo predvsem ženska lepota in idealizacija vitkega (pogosto previtkega) telesa. Ne samo da je omenjeni ideal v družbi izredno razširjen zaradi televizije, filmov, modnega sveta in sveta zabave, na njem sloni tudi velik del industrijskih panog. Anoreksična dekleta želijo zaradi straha pred debelostjo in želje po vitkem telesu ugoditi socialnim pričakovanjem ter doseči potrditev in sprejetost (Simpson, 2002).

3.3.2 Vpliv vrstnikov

Omenjeno podkategorijo sestavljajo v nadaljevanju navedene kode.

Doživljanje neiskrenosti v prijateljskih odnosih

In skos sem se ok počutila med njimi, ampak je blo skos tisto, neki mi je manjkal v tej družbi. Neka iskrenost, al pa ne vem, neki nečesa. Tko da načeloma sem imela tudi prave prijatle, drugač pa mislim, da sem ful zgodaj začela bežat od doma. Na tak način, da sem bila ful z družbo.

Vsaj moji prijatelji, ker sem imela občutek, da niso bili nikol iskreni. Ker mi smo imeli tko neko knjigo, v katero smo zapisoval neke stvari, in mi je nikol niso hotl pokazat.

Socialna izolacija

(...) nisem imela več družbe.

Okej, začel se je v bistvu, še sama ne vem, kako, samo vem, da sem pač bila družabna, kot sem zdej, ampak pol sem se pa kar naenkrat zaprla v svoj svet

Ozek socialni krog

Skozi sem imela eno bližnjo osebo, pa so se ta prijateljstva vedno nekako oddaljila kasneje. Tako da nekega širokega socialnega kroga nisem nikoli mela.

Fairburn in sodelavci (1999) ugotavljajo, da imajo ženske, ki zbolijo za motnjami hranjenja, izredno ozko socialno mrežo (Troop in Bifulco, 2002). Bulimična dekleta naj bi bila med otroštvom posebej izpostavljena vrstniškemu nasilju, anoreksične osebe pa naj bi pogosto razvile z osamljenostjo povezano socialno dominanco nad vrstniki (Ladd, Kochenderfer in Coleman, 1997, po Troop in Bifulco, 2002). Ta se manifestira preko besedne agresije, socialnega izključevanja, širjenja govoric in socialne manipulacije. Troop in Bifulco (2002) pri ženskah s purgativnim tipom anoreksije ugotavljata visoko stopnjo osamljenosti in sramežljivosti ter občutke manjvrednosti.

K osamljenosti anoreksičnih in/ali bulimičnih oseb prispevajo simptomi motnje hranjenja, nizko samovrednotenje in negativno dojetje sveta, ki jih obdaja (Levine, 2012). Še posebej izolirane pa so zaradi fizične lakote, ki jo potlačujejo. Zaradi lastnih prehranskih omejitev se pogosto izogibajo tistim družabnim dogodkom, za katere je značilno prehranjevanje. Ko se odmaknejo od hrane, se odmaknejo tudi od svojih pristnih občutkov (Levine, 2012).

3.4. Travmatični življenjski dogodki

Zadnji sklop rezultatov predstavljajo travmatični življenjski dogodki. Ta sklop smo glede na vrsto povzročene nasilja razdelili na dva dela, in sicer na spolno ter psihično in fizično nasilje.

3.4.1 Spolno nasilje

(...) sem šla pol delat in iskreno ti povem, ne vem, otipavanje in take stvari, pač itak te na nek način zaznamuje, ampak jaz nikol nisem upala nič nazaj rečt.

3.4.2 Psihično in fizično nasilje

Ker ko smo bli mi otroci, smo jih tut pač fasal, recimo zdaj ma pa ful bolj rešpekt do mene, kot pa ko sem bila prej doma.

Je pa še vedno ta odnos, sam zdej je bolj na tem psihičnem nivoju, pa manipuliranje pa to, to pa je ful.

Ker enkrat je prišlo do ful hudega nasilja doma in je pač pol se moj brat preselil domov, da fotr ne bo več nasilen. In zdej živi doma in si fotr tud ne upa. Sej fotr je tut že starejši, 64 let, ampak, ne vem, je še 5–6 let nazaj bilo tega še ful, ne, ker vseen je pa še ful fit pa tak. Ma pač to, ne, in še dela in ma pač moč. Sej počas peša, ampak še vseen, ne, ker on ne rab bit dost močen. Moja mami ma že tist strah v sebi in pač ne rabi dosti, tak on že sam povzdigne glas in mami je čist druga.

Zloraba, zanemarjanje in izguba pomembne osebe v otroštvu znatno povečujejo možnost za razvoj motnje hranjenja, pa tudi drugih duševnih in vedenjskih motenj (Monteleone idr., 2015). Motnje hranjenja najpogosteje spremljajo anksiozne motnje (Tagay idr., 2010). Kar 75 % obolelih oseb navaja, da so vzporedno z motnjo hranjenja doživele še vsaj eno epizodo anksiozne motnje (Bulik, 1995, po Tagay idr., 2010). Najpogosteje zabeležena travma pri osebah z motnjami hranjenja je spolna zloraba, kar so nakazale mnoge raziskave (Wonderlich idr., 2001, po Tagay idr., 2010). Travme, izhajajoče iz otroštva, so pogostejše pri tistih, ki zbolijo za bulimijo, kakor za anoreksijo, sicer pa so eden izmed vodilnih

dejavnikov tveganja za razvoj motnje hranjenja (Tagay idr., 2010). Druge pogoste oblike travm pri osebah z motnjo hranjenja so fizične (Rorty, Yager in Rossotto, 1994) in čustvene travme (Kent, Waller in Dagnan, 1999).

4 SKLEPI

Namen naše raziskave je bil prikazati, kako udeleženke doživljajo družinske in socialno-kulturne dejavnike, ki vplivajo na razvoj motenj hranjenja, natančneje, anoreksije in bulimije. Pri tem smo se odločili za izvedbo kvalitativne študije in se pri raziskovanju osredotočili na tiste dejavnike, ki so jih med intervjuji izpostavljale udeleženke same.

Rezultat analize zbranih podatkov je bila identifikacija štirih kategorij dejavnikov tveganja za razvoj motnje hranjenja. Kategorije smo oblikovali glede na pogostost pojavljanja določenega dejavnika med intervjuji in glede na pomembnost, ki so mu jo udeleženke pripisovale. Vse udeleženke so največ teže pripisovale družinskim dejavnikom; ta sklop se je med intervjuji največkrat pojavil in udeleženke so ga izpostavile poimensko. Kot drugi ključni sklop dejavnikov se je pokazala osebna ranljivost, čemur sledijo socialno-kulturni dejavniki. Zadnji sklop predstavlja travmatičen življenjski dogodek, ki ga je izpostavila ena izmed udeleženek.

Med dejavniki družinskega in interpersonalnega konteksta so udeleženke izpostavljale predvsem komentarje na račun telesnega izgleda, ki so jih prejele s strani ožje ali širše družine. Pomemben vpliv na razvoj motnje hranjenja je po njihovem mnenju imelo tudi neskladje v odnosu med starši. Poudarjale so, da jim družina velikokrat, ko so to potrebovale, ni nudila zadostne čustvene podpore. Nekatere je zelo zaznamovala tudi čustvena in fizična odsotnost očeta ali očetovske figure. Vse naštetu je pomembno prispevalo k razvoju njihove simptomatike motenj hranjenja.

Udeleženke so navajale, da so se hujšanja in drugih strategij za izgubo telesne mase poslužile, ker niso bile zadovoljne s svojo zunanjo podobo in so želele pridobiti samozavest. Navajale so različne načine nekonstruktivne regulacije čustev, med njimi otopelost, odmik, jezo idr. Poročale so tudi o pojavnosti motenj hranjenja in drugih duševnih motenj pri nekaterih družinskih članih, kar je vplivalo na razvoj motnje tudi pri njih samih. Navedene dejavnike uvrščamo v kontekst osebne ranljivosti.

V sklopu socialno-kulturnega konteksta sta izstopila dva ključna dejavnika. Prvi se nanaša na medije, ki širijo sporočila o pričakovanem telesnem izgledu. V družbi je prisoten t.i. ideal vitkosti ali stremenje k lepemu in vitkemu telesu. Kot drug pomemben dejavnik tega sklopa je bil prepoznan vrstniški vpliv. Udeleženke so navajale visoko stopnjo osamljenosti zaradi krhke socialne mreže in doživljanje občutkov neiskrenosti v socialnih odnosih.

Zadnji sklop dejavnikov, ki vpliva na razvoj motenj hranjenja, pa zaobjema travmatične življenjske izkušnje. Mednje uvrščamo predvsem spolno in fizično nasilje, pa tudi psihično zlorabo, smrt ljubljene osebe ali zgolj izgubo pomembnega socialnega stika. Udeleženke so poročale o fizičnem in psihičnem nasilju v družini ter vplivu spolnega nasilja v službenem okolju.

Med rezultati, ki smo jih pridobili z našo raziskavo, in že obstoječimi kvalitativnimi raziskavami, lahko potegnemo vzporednice. Z našo raziskavo smo uspeli pridobiti predvsem podatke o poglobljenem doživljanju družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov s prvoosebne perspektive udeleženek.

Med dejavniki, ki so jih udeleženke izpostavljale kot pglavitne za razvoj anoreksije in/ali bulimije, izstopa dejavnik družine in odnosov znotraj nje. Družinsko okolje deluje kot primarna socialna celica, v kateri se oseba priuči pravil in norm ter načina čustvovanja (Haworth-Hoepfner, 2004). Udeleženke naše raziskave navajajo številne primanjkljaje v pozornosti, nežnosti in naklonjenosti njihovih staršev do njih samih. Starši anoreksičnih in/ali bulimičnih oseb naj bi med seboj in v odnosu z otrokom slabše komunicirali, kar so izpostavile tudi udeleženke (Ruíz Martínez idr., 2013). Velik vpliv na razvoj motnje hranjenja pa imajo predvsem komentarji glede telesnega izgleda, ki jih podajo družinski člani ali druge pomembne osebe.

Med študijo smo dobili uvid tudi v doživljanje materinske in očetovske vloge s strani udeleženk. V nasprotju z večino raziskav, ki motnje hranjenja povezujejo predvsem z odnosom med materjo in hčerjo (Ehrensing in Weitzman, 1970; Pike in Rodin, 1991, po Jones, 2006), se je pri nas pokazala pomembna vloga očetovske figure v manifestaciji anoreksije in/ali bulimije pri hčeri. Vse tri udeleženke so navajale pomanjkanje očetovske pozornosti in naklonjenosti ter njegovo odsotnost zaradi dela in drugih obveznosti, kar je temeljno vplivalo na njihov osebnostni razvoj (Calam idr., 1990; Palmer, Oppenheimer in Marshall, 1988, po Jones, 2006).

Menimo, da naša raziskava nudi poglobljen uvid v doživljanje družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj anoreksije in bulimije. Naše ugotovitve smiselno dopolnjujejo spoznanja že opravljenih raziskav s področja prepoznave dejavnikov tveganja za razvoj motenj hranjenja (Beumont idr., 2003; Fairburn idr., 1999; Garfinkel in Garner, 1983; Howorth-Hoepfner, 2004; Jones idr., 2006, po Fortesa idr., 2014) in tistih raziskav, ki se osredotočajo na doživljanje oseb, ki so jih tovrstni dejavniki zaznamovali (Lecomte, 2019).

Izsledki naše raziskave so omogočili boljši vpogled v doživljanje anoreksičnih in bulimičnih oseb. Pridobili smo poglobljene podatke o tem, kako udeleženke doživljajo vlogo družine pri razvoju svoje motnje, kako jih zaznamuje socialno okolje, kako dojemajo medije in svoje vrstnike ter kako družinska dinamika vpliva na pojavnost anoreksije in/ali bulimije. Pri tem se pomembno odkritje nanaša na dojemanje očetovske figure in njenega vpliva na razvoj motnje hranjenja. Vpogled v doživljanje udeleženk povečuje razumevanje oseb z motnjo hranjenja in posledično zmanjšuje družbeno stigmatizacijo te duševne motnje. Študija lahko koristi tudi pri izboru zdravljenja; glede na izpostavljene dejavnike, ki jih osebe doživljajo kot temeljne za razvoj svoje bolezni, lahko izberemo ustrezno smer terapije, ki bo posameznici najbolj pomagala na poti do ozdravitve. Menimo, da so izsledki raziskave uporabni tudi za starše oseb z motnjami hranjenja ali njihove bližnje, saj lahko ti pridobijo več informacij o psihologiji anoreksije in bulimije. Dosedanje raziskave so v večini osredotočene na pridobivanje kvantitativnih podatkov (Striegel-Moore in Cachelin, 2001), ki prispevajo kakovostne, vendar vsebinsko skope, manj obsežne in manj vsestranske odgovore na vprašanje dejavnikov motenj hranjenja. Naše ugotovitve, po drugi strani, razkrivajo vsebinsko bogate podatke o doživljanju dejavnikov motenj hranjenja ter so vsestranske, celovite in obsežne.

V prihodnje bi lahko intervjuje izvedli z istimi udeleženkami večkrat, skozi daljše časovno obdobje. Tako bi lahko še poglobili razumevanje njihovega doživljanja. Pri tem bi se bilo smiselno osredotočiti predvsem na poglobljanje tistih ugotovitev, ki so najbolj izstopale v pričujoči študiji. Raziskovati bi bilo torej smiselno predvsem očetovsko vlogo in vpliv družinske dinamike na razvoj motnje hranjenja. Čas raziskave bi lahko bil daljši, saj

menimo, da oseba, ki motnjo še vedno ima oz. je še ne razrešuje, doživlja in navaja dejavnike na drugačen način kot oseba, ki je že zdrava.

Omejitev naše raziskave je predvsem upad v številu udeleženk. Od prvotno petih oseb je ena odstopila od raziskave, druga pa se je spopadala z motnjo kompulzivnega prenajedanja, ki ni bila predmet naše raziskave, zato smo jo izločili iz analize. Trdimo lahko, da teoretične zasičenosti nismo dosegli, kar je velika pomanjkljivost naše raziskave. Prav tako zaradi majhnega vzorca ugotovitev ne moremo posplošiti na celotno populacijo anoreksičnih/bulimičnih oseb.

Izkazalo se je, da nas je med raziskovanjem omejevalo temeljno raziskovalno vprašanje. Tako smo bili iz raziskave primorani izločiti poročanja udeleženke s kompulzivnim prenajedanjem, ker te motnje v svojem namenu nismo zajeli, kljub temu da je njena pripoved vsebovala obsežen nabor uvidov v doživljanje družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov. V kolikor bi v namenu zajeli tudi druge motnje hranjenja, kot je npr. prenajedanje, bi dobili veliko večji nabor podatkov za analizo, ki bi lahko vodili v kakšno novo odkritje.

Zaradi lastne izkušnje z motnjo hranjenja rezultate najverjetneje doživljam in interpretiram drugače, kot bi to storil raziskovalec, ki motnje hranjenja ni doživel na lastni koži. Predvsem se lahko zaradi izkušenj, prepričanj in socialne identitete v veliki meri poistovetim z udeleženkami raziskave. Ne izključujem možnosti, da sem rezultate interpretirala v skladu s svojo lastno izkušnjo, menim pa, da je ravno osebna izkušnja motnje hranjenja predstavljala tudi prednost, saj sem resnično razumela doživljanje udeleženk. Rezultati raziskave me niso presenetili, saj je tudi moja motnjo hranjenja pomembno sooblikovala družinska dinamika.

V prihodnje bi bilo smiselno, da se bolj usmerjeno razišče očetovska vloga pri razvoju motnje hranjenja. Predlagamo, da bi se poleg kvalitativne vzporedno izvedla še kvantitativna raziskava. Zanimivo bi bilo namreč izvedeti, kako pogosto se med mladimi obolelimi ženskami pojavi vpliv očetovske vloge kot dejavnik tveganja za razvoj motnje hranjenja. Temu bi sledila kvalitativna raziskava oz. izvedba polstrukturiranih intervjujev, ki bi bili usmerjeni na doživljanje obeh starševskih vlog, posebno na doživljanje očeta. S tem bi pridobili večji nabor podatkov o tem, kako očetovska figura pomembno sooblikuje pojavnost motenj hranjenja pri dekletih.

5 LITERATURA IN VIRI

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Beumont, P. J. V. in Touyz, S. W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child & Adolescent Psychiatry, 12(0)*, 21-22. Pridobljeno julija 2019 na <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-003-1103-y>

Bernacchi, D. L. (2017). Bulimia Nervosa: A Comprehensive Analysis of Treatment, Policy, and Social Work Ethics. *Social Work, 62(2)*, 174-180. Pridobljeno maja 2018 na <https://academic.oup.com/sw/article-abstract/62/2/174/2970222?redirectedFrom=fulltext>

Brandsma, L. (2007). Eating Disorders Across the Life Span. *Journal of Women & Aging, 19(1-2)*, 155-172. Pridobljeno junija 2019 na https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J074v19n01_10

Brownell, K. D. in Walsh, B. T. (2017). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: The Guilford Press.

Carr, A. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. East Sussex: Routledge.

Celio Doyle, A. in Le Grange, D. (2009). Eating Disorders. M. C. Roberts in R. G. Steele (ur.), *Handbook of Pediatric Psychology* (str. 464-475). New York: The Guilford Press.

Crisp, A. H. (1995). *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.

DaCosta, M. in Halmi, K. A. (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 11(4)*, 305–313. Pridobljeno julija 2019 na [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X\(199205\)11:4%3C305::AID-EAT2260110403%3E3.0.CO;2-2](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1098-108X(199205)11:4%3C305::AID-EAT2260110403%3E3.0.CO;2-2)

Fairburn, C. G., Shafran, R. in Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 37(1)*, 1–13. Pridobljeno julija 2019 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796798001028>

Fortesa, K. in Ajete, K. (2014). Family Influence on Disordered Eating Behaviour. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 159*, 314-318. Pridobljeno maja 2018 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814065094>

Garfinkel, P. E. in Garner, D. M. (1983). The Multidetermined Nature of Anorexia Nervosa. *Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research*, 3-14. Pridobljeno maja 2018 na https://www.researchgate.net/profile/David_Garner4/publication/260784975_The_multidetermined_nature_of_anorexia_nervosa/links/00b7d532336c87c484000000/The-multidetermined-nature-of-anorexia-nervosa.pdf

Gray, S. H. (1977). Social Aspects of Body Image: Perception of Normalcy of Weight and Affect of College Undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, 45, 1035-1040. Pridobljeno junija 2019 na <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pms.1977.45.3f.1035>

Goldbloom, D. S. in Garfinkel, P. E (1990). The Serotonin Hypothesis of Bulimia Nervosa: Theory and Evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(9), 741-744. pridobljeno junija 2019 na <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674379003500904>

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

Hill Barlow, D., Marschall, D. E., Price Tangney, J. in Sanftner, J. (1995). The Relation of Shame and Guilt to Eating Disorder Symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 315-324. Pridobljeno julija 2019 na <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.1995.14.4.315>

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–394. Pridobljeno julija 2019 na https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2006/07000/Incidence,_prevalence_and_mortality_of_anorexia.10.aspx

Haworth-Hoepfner, S. (2004). The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 212-227. Pridobljeno maja 2018 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-3737.2000.00212.x>

Jones, C. J., Leung, N. in Harris, G. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 319–330. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/014466505X53489>

Jungbauer, J., Heibach, J. in Urban, K. (2015). Experiences, Burdens, and Support Needs in Siblings of Girls and Women with Anorexia Nervosa: Results from a Qualitative Interview Study. *Clinical Social Work Journal*, 44, 78-86. Pridobljeno maja 2018 na <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-015-0569-7>

Kordeš, U. in Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem. Pridobljeno maja 2018 na <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-98-5.pdf>

Koruth, N., Nevison, C. in Schwannauer, M. (2011). A Grounded Theory Exploration of the Onset of Anorexia in Adolescence. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 257–264. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.1135>

Lecomte, A., Zerrouk, A., Sibeoni, J., Khan, S., Revah-Levy, A. in Lachal, J. (2019). The role of food in family relationships amongst adolescents with bulimia nervosa: A qualitative study using photo-elicitation. *Appetite*, 141. Pridobljeno julija 2019 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666318315022>

Levine, M. P. (2012). Loneliness and Eating Disorders. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 243–257. Pridobljeno julija 2019 na <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00223980.2011.606435>

Mesec, B. (1998). *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Monteleone, A. M., Monteleone, P., Serino, I., Scognamiglio, P., Di Genio, M., & Maj, M. (2015). Childhood trauma and cortisol awakening response in symptomatic patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 615–621. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22375>

Mosley, P. E. (2008). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.897>

Nicholls, D. (2007). Aetiology. R. Bryant-Waugh in B. Lask (ur.), *Eating Disorders in Childhood and Adolescence: 3rd Edition* (str. 51-74). East Sussex: Routledge.

Pandel Mikuš, R. (2003). Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah. *Obzornik zdravstvene nege*, 37, 29-36. Pridobljeno maja 2018 na <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-5R785TYX/c68a0473-ebec-4dc4-8436-5faf4d0d2ba1/PDF>

Polivy, J. in Herman, C. P. (2004). Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 1–6. Pridobljeno julija 2019 na <https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.23.1.1.26986>

Rowe, R., Pickles, A., Simonoff, E., Bulik, C. M. in Silberg, J. L. (2002). Bulimic Symptoms in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development: Correlates, Comorbidity, and Genetics. *Biological Psychiatry*, 51(2), 172-182. Pridobljeno junija 2019 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322301012574#!>

Ruiz Martínez, A. O., Vázquez Arévalo, R., Mancilla Díaz, J. M., Viladrich i Segué, C. in Halley Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 4, 45-57. Pridobljeno julija 2019 na <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S200715231371992X?token=392509FD4325101000ED007A275B84FE3FB7E710471775AFFE857C4055A42495B16EB46533E5DC0930E86F0775393C2A>

Karpowicz, E., Skärsäter, I. in Nevenon, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 318–325. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x>

Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 65–71. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1351-0126.2001.00443.x>

Striegel-Moore, R. H. in Cachelin, F. M. (2001). Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist*, 29(5), 635–661. Pridobljeno julija 2019 na <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011000001295002>

Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 124–132. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/erv.972>

Tchauturia, K., Morris, R. G., Brecelj Anderluh, M., Collier, D. A., Nikolaou, V. in Treasure, J. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 545–552. Pridobljeno junija 2019 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395604000391>

Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J. in Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 143–154. Pridobljeno julija 2019 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0160252703000852>

Treasure, J. (2012). Eating disorders. *Medicine*, 40(11), 607–612. Pridobljeno aprila 2018 na [https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(12\)00180-6/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(12)00180-6/fulltext)

Troop, N. A., & Bifulco, A. (2002). Childhood social arena and cognitive sets in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 205–211. Pridobljeno julija 2019 na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1348/014466502163976>

Turton, R., Cardi, V., Treasure, J. in Hirsch, C. R. (2018). Modifying a negative interpretation bias for ambiguous social scenarios that depict the risk of rejection in women with anorexia nervosa. *Journal of Affective Disorders*, 227, 705–712. Pridobljeno maja 2018 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717316919>

Wood, D. in Knight, C. (2019). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health*. Pridobljeno julija 2019 na <https://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/inpress>

Young, E. A., Clopton, J. R. in Bleckley, M. K. (2004). Perfectionism, low self-esteem, and family factors as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 5(4), 273–283. pridobljeno julija 2019 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015304000479>

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. in Schmidt, U. (2015) Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet*, 2(12), 1099-1111. Pridobljeno maja 2018 na <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036615003569>

PRILOGE

Priloga A: Informirano soglasje

DOŽIVLJANJE DRUŽINSKIH IN SOCIALNO-KULTURNIH DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA RAZVOJ ANOREKSIIJE IN BULIMIJE Kvalitativna študija

Vabljeni ste k sodelovanju v raziskavi *Doživljanje družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj anoreksije in bulimije*, ki jo v okviru svoje diplomske naloge izvaja Teja Bedene. Namen raziskave je pridobiti celosten vpogled v kontekst socialnih in kulturnih dejavnikov tveganja za razvoj motnje hranjenja preko raziskovanja subjektivne izkušnje posameznic s tovrstno motnjo

Z vami bomo izvedli poglobljen polstrukturiran intervju, katerega izvedba bo predvidoma trajala med eno in dvema urama. Za udeležbo v raziskavi ne boste prejeli finančnega nadomestila.

Udeležba v raziskavi ne prinaša posebnih tveganj. Pogovarjali se bomo o čustveno težkih temah in si po potrebi med intervjujem vzeli odmor. V kolikor se boste po intervjuju znašli v čustveni stiski, se prosim obrnite na nas in poiskali vam bomo pomoč. Vaše sodelovanje nam bo omogočilo vpogled v vaše doživljanje, vam pa, upamo, morebiti prineslo novo razumevanje sebe in čustveno razbremenitev.

Vaše sodelovanje v raziskavi je v celoti prostovoljno in ga lahko kadar koli prekinete brez posledic. Storili bomo vse, da zaščitimo vašo zasebnost. Zapisi vaših izkušenj bodo shranjeni pod raziskovalno šifro. Javno bodo objavljeni le skupinski rezultati ter vaša starost in oblika motnje. Vaša identiteta v nobenem primeru ne bo razkrita.

V primeru morebitnih dodatnih vprašanj se lahko obrnete na Tejo Bedene, bedene.teja@gmail.com.

S podpisom jamčim, da sem izjavo prebrala in da sem dobila priložnost za postavitev vprašanj v zvezi z raziskavo. Potrjujem svojo privolitev za udeležbo v opisani raziskavi, *Doživljanje družinskih in socialno-kulturnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj anoreksije in bulimije*, ter dovolim uporabo rezultatov v pedagoške in raziskovalne namene.

Ime in priimek udeleženke	Kraj in datum	Podpis
Ime in priimek izvajalca raziskave	Kraj in datum	Podpis

Priloga B: Skupna kodirna mreža

ŠIFRA	KODA 1. REDA	KODA 2. REDA	KODA 3. REDA
K1.1	Hujšanje, naporni treningi, tekmovanja	Stremanje k nadzoru telesne mase	Socialno-kulturni kontekst (ideal vitkosti)
K1.2	Odklanjanje šolske malice	Stremanje k nadzoru telesne mase	Socialno-kulturni kontekst (ideal vitkosti)
K1.3	Želja po izboljšanju telesne samopodobe in ugajanju družbi	Izboljšanje samopodobe	Osebnostna ranljivost
K1.4	Citat za ilustracijo kode višjega reda (ki bo verjetno vsebovala vse tri omenjene dejavnike)		Družinski in interpersonalni kontekst
K1.5	Pripisovanje odgovornosti za nizko samopodobo družini	Izboljšanje samopodobe	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.6	Zbadanje glede telesnega videza s strani sorojencev	Komentarji na račun telesnega izgleda v družini	Družinski in interpersonalni kontekst
	Zbadanje glede telesnega videza s strani sorojencev	Komentarji na račun telesnega izgleda v družini	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.7	Nezmožnost staršev prepoznati negativne posledice zbadanja glede telesnega videza s strani sorojencev in ga preprečiti	Neodzivnost staršev za otrokove čustvene potrebe	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.8	Pomanjkanje občutka varnosti z matrine strani	Pomanjkanje občutka varnosti v družini	Družinski in interpersonalni kontekst

K1.9	Vpliv zbadanja glede telesne podobe je vplivalo na občutek resnične potrebe po izgubi telesne mase	Hujšanje v želji po pripadanju	Osebnostna ranljivost
K1.10	Ukvarjanje s hujšanjem kot strategija soočanja s težavami	Hujšanje kot rešitev težav	Osebnostna ranljivost
K1.11	Negativni komentarji na račun telesa s strani družinskih članov	Komentarji na račun telesnega izgleda v družini	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.12	Odtujenost v odnosih s sorojenci kot posledica zbadanja	Pomanjkanje podpore znotraj družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.13	Prikrivanje stvari med starši	Slabi odnosi med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.14	Omejevanje matere z očetove strani	Slabi odnosi med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.15	Pogrešanje očeta	Odsotnost očetovske vloge	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.16	Tepež v otroštvu	Nasilje v družini	Travmatičen življenjski dogodek
K1.17	Očetovo barantanje z darili	Očetov neljubeč odnos	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.18	Ambivalentni občutki ob očetovi (nasilni in naklonjeni) naravi	Občutek, da za očeta ni dovolj dobra	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.19	Pogrešanje očetove ljubezni	Odsotnost očetovske vloge	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.20	Očetovo izogibanje odgovornosti za družinske probleme	Očetova brezbriznost do udeleženke	Družinski in interpersonalni kontekst

K1.21	Očetovo nezanimanje za hčerino počutje	Očetova brezbržnost do udeleženke	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.22	Dojemanje matere kot žrtve in zaščitništvo do nje v otroštvu	Favoriziranje enega starša	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.23	Zavedanje, da bi tudi mati lahko ravnala drugače v odnosu z očetom, mati ni žrtev	Jeza na mater	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.24	Premik v razumevanje materine odgovornosti za negativno družinsko dinamiko	Jeza na mater	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.25	Ilustracija uvida, kako je družinska dinamika vplivala na MH	Negativni vpliv družinske dinamike na razvoj motnje	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.26	Prevzemanje vloge materine prijateljice, zaupnice	Zmedenost družinskih vlog	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.27	Fizično nasilje očeta nad materjo	Fizično nasilje v družini	Travmatičen življenjski dogodek
K1.28	Psihično nasilje očeta nad materjo	Psihično nasilje v družini	Travmatičen življenjski dogodek
K1.29	Jeza na mater zaradi vpliva njenih odločitev na otroke	Jeza na mater	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.30	Negativni komentarji in pripombe glede telesnega videza s strani sorodnikov	Komentarji na račun telesnega izgleda v širši družini	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.31	Služba kot socialni dejavnik, ki je prispeval k nastanku depresije	Nepripravljenost na določene socialne situacije/interakcije	Socialno-kulturni kontekst

K1.32	Spolno nadlegovanje v delovnem okolju	Spolno nasilje	Travmatičen življenjski dogodek
K1.33	Sram in strah v kontekstu odnosa z moškim, stranko v službi	Sram in strah pred drugimi moškimi	Socialno-kulturni kontekst
K1.34	Strah ob zalezovanju stranke iz službe	Sram in strah pred drugimi moškimi	Socialno-kulturni kontekst
K1.35	Nezmožnost reguliranja močnih negativnih čustev	Neuspešna regulacija čustev	Osebnostna ranljivost
K1.36	Želja po ugajanju in pridobitvi očetove naklonjenosti	Želja po očetovi naklonjenosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.37	Pomanjkanje asertivnosti v kontekstu socialne situacije		Osebnostna ranljivost
K1.38	Otopelost kot posledica čustvenega izčrpavanja	Otopelost čustev	Osebnostna ranljivost
K1.39	Otopelost ob neprijetnih komentarjih na račun telesnega izgleda	Otopelost čustev	Osebnostna ranljivost
K1.40	Kompenziranje razreševanja neprijetnih občutkov s prenajedanjem/stradanjem	Razreševanje čustvenih situacij preko prehrabnih vzorcev	Osebnostna ranljivost
K1.41	Potlačevanje čustev zaradi nesposobnosti predelovanja le-teh	Potlačevanje čustev	Osebnostna ranljivost
K1.42	Dojemljivost za vpliv medijev zaradi negativnih sporočil o telesnem izgledu s strani bližnjih	Sporočila o telesnem izgledu s strani medijev	Socialno-kulturni kontekst
K1.43	Predpisovanje norm o telesnem izgledu s strani medijev	Sporočila o telesnem izgledu s strani medijev	Socialno-kulturni kontekst

K1.44	Očitki glede načina prehranjevanja z očetove strani	Očetovi očitki glede prehrane	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.45	Očetova kontradiktornost pri podajanju različnih sporočil glede prehrane	Očetova mešana sporočila glede prehrane	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.46	Zavist očeta v primeru držanja diete	Očetova zavist do lastnega otroka	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.47	Kontradiktornost očetovih prehranskih nasvetov	Očetova mešana sporočila glede prehrane	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.48	Očetovo nenehno kritiziranje njenega načina prehranjevanja	Očetove kritike prehrane	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.49	Kontradiktornost očetovih nasvetov glede prehrane	Očetova mešana sporočila glede prehrane	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.50	Kontradiktornost očetovih nasvetov glede prehrane	Očetova mešana sporočila glede prehrane	Družinski in interpersonalni kontekst
K1.51	Zavist do materine izgube teže, ki je privabila veliko pozitivnih komentarjev	Želja po pozitivnih komentarjih o lastnem telesu	Osebnostna ranljivost
K1.52	Iskanje zadovoljstva ob izgubi telesne mase		Osebnostna ranljivost
K2.1	Nenadna socialna izolacija		Socialno-kulturni kontekst
K2.2	Težnja po premagovanju same sebe		Osebnostna ranljivost
K2.3	Materina navidezna brezbriznost ob njenem prenehanju hranjenja	Pomanjkanje materine naklonjenosti	Družinski in interpersonalni kontekst

K2.4	Vzor drugih deklet v bolnišnici spodbudi bulimijo	Socialni modeli	Socialno-kulturni kontekst
K2.5	Dojemanje družinskih odnosov kot poglavitnega razloga za razvoj motnje hranjenja		Družinski in interpersonalni kontekst
K2.6	Prevzemanje vloge posrednika med starši	Zmedenost vlog v družini	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.7	Prevzemanje vloge razsodnika v konfliktih med starši	Zmedenost vlog v družini	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.8	Občutek nepovezanosti med starši	Nekoherentno partnerstvo med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.9	Doživljanje starševskega odnosa kot prisiljenega	Nekoherentno partnerstvo med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.10	Doživljanje nespoštovanja med starši	Nekoherentno partnerstvo med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.11	Doživljanje jeze nad starši		Družinski in interpersonalni kontekst
K2.12	Doživljanje brezbriznosti staršev v odnosu do nje	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.13	Občutek pomanjkanja pozornosti staršev	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.14	Neprepoznavanje njenih dosežkov s strani staršev	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.15	Doživljanje neuslišnosti s strani staršev	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst

K2.16	Občutek spregledanosti s strani staršev	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.17	Postavitev obrambnih mehanizmov zaradi občutka brezbržnosti staršev	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.18	Doživljanje občutka manjvrednosti	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.19	Občutek manjvrednosti zaradi pomanjkanja starševske pozornosti	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.20	Mladostniško upornišvo	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.21	Doživljanje neiskrenosti v prijateljskih odnosih	Krhka socialna mreža	Socialno-kulturni kontekst
K2.22	Doživljanje povezanosti z materjo v zgodnjem otroštvu		Družinski in interpersonalni kontekst
K2.23	Doživljanje prekinitve ljubečega odnosa z materjo	Pomanjkanje materine naklonjenosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.24	Nenehna odsotnost očeta	Odsotnost očetovske vloge	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.25	Prepiri med starši	Nekoherentno partnerstvo med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.26	Prekinitev razmerja med starši in razhod	Nekoherentno partnerstvo med starši	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.27	Odtujitev očeta kot posledica razhoda staršev	Odsotnost očetovske vloge	Družinski in interpersonalni kontekst

K2.28	Odsotnost čustvene bližine z očetom	Odsotnost očetovske vloge	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.29	Doživljanje izdaje in zapustitve	Odsotnost očetovske vloge	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.30	Nezaupanje	Nezaupanje v odnosu do očeta	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.31	Pridobljena pozornost zaradi razvoja prehranske motnje		Družinski in interpersonalni kontekst
K2.32	Čustvena otopelost kot posledica razhoda staršev.	Čustvena otopelost kot posledica velike stiske	Osebnostna ranljivost
K2.33	Doživljanje zapustitve s strani staršev ob polnoletnosti	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.34	Doživljanje brezbriznosti staršev v odnosu do nje	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.35	Doživljanje brezbriznosti staršev v odnosu do nje	Pomanjkanje starševske pozornosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.36	Občutek, da ima tudi oče psihološko motnjo	Zgodovina psihološke motnje	Osebnostna ranljivost
K2.37	Prevzemanje odgovornosti za očeta		Osebnostna ranljivost
K2.38	Pomanjkanje socialnih stikov		Socialno-kulturni kontekst
K2.39	Doživljanje straha pred konci zaradi končanega razmerja med starši		Osebnostna ranljivost
K2.40	Popolna izolacija od družine		Družinski in interpersonalni kontekst

K2.41	Doživljanje družinskih odnosov kot nezanesljivih	Nezanesljivi družinski odnosi	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.42	Občutek žalosti zaradi odtujenosti v družinskih odnosih	Nezanesljivi družinski odnosi	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.43	Doživljanje družbe kot socialnega dejavnika za razvoj motnje hranjenja		Socialno-kulturni kontekst
K2.44	Doživljanje nezaupanja do prijateljev	Krhka socialna razmerja	Socialno-kulturni kontekst
K2.45	Hierarhično doživljanje dejavnikov za razvoj motenj hranjenja		Družinski in interpersonalni kontekst
K2.46	Občutek sramu ob komentarju pediatrike na njen porast telesne mase	Sramovanje lastnega telesa kot posledica negativnih socialnih komentarjev	Socialno-kulturni kontekst
K2.47	Neprimerni komentarji babice na račun njenega telesnega izgleda	Komentarji na račun telesnega izgleda s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.48	Občutek neprivlačnosti kot posledica negativnih komentarjev glede telesnega izgleda	Negotovost zaradi komentarjev na račun telesnega izgleda s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.49	Kontradiktornost sporočil o lastnem telesnem izgledu	Kontradiktornost sporočil o TI s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.50	Občutek zmedenosti ob mešanih komentarjih glede njenega telesnega izgleda	Zmedenost sporočil o TI s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst

K2.51	Doživljanje zmedene percepcije lastnega telesa kot posledica negativnih komentarjev telesnega izgleda	Zmedenost sporočil o TI s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K2.52	Občutek nadzora in moči spodbudi razvoj motnje hranjenja		Osebnostna ranljivost
K4.1	Izguba družinske varnosti kot posledica selitve v drug kraj	Pomanjkanje družinske varnosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.2	Selitev od družine kot posledica mladostniškega upornišva	Mladostniško upornišvo zaradi pomanjkanja družinske varnosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.3	Citat samoocene: »Vse skupaj po moje sega daleč nazaj, v otroštvo.«		Družinski in interpersonalni kontekst
K4.4	Odsotnost idealizirane očetovske figure	Odsotnost očeta	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.5	Občudovanje čustveno zavrtega očeta	Idealizacija očeta	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.6	Občudovanje očetovega čustvenega nadzora	Idealizacija očeta	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.7	Doživljanje matere kot šibke zaradi nezmožnosti njene ekspresije čustev		Družinski in interpersonalni kontekst
K4.8	Občutek zapostavljenosti z očetove strani	Odsotnost očeta	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.9	Materina motnja hranjenja	Družinska zgodovina motenj hranjenja	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.10	Nadzorovanje lastnega hranjenja z materine strani	Materin nadzor nad prehrano	Družinski in interpersonalni kontekst

K4.11	Omejevanje prehrane ostalih družinskih članov z materine strani	Materin nadzor nad prehrano	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.12	Ponotranjenje omejevalnega vedenja kot posledica opazovanja matere pri omejevanju lastne prehrane	Ponotranjenje nadzora nad prehrano	Osebnostna ranljivost
K4.13	Materina motnja hranjenja	Družinska zgodovina motenj hranjenja	Osebnostna ranljivost
K4.14	Občutek nelagodja v lastnem telesu kot posledica materinih komentarjev o telesnem izgledu drugih oseb	Negotovost v lastnem telesu zaradi materinih komentarjev drugih	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.15	Čustvena prizadetost zaradi načina komunikacije širše družine	Komentarji o TI s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.16	Posmeh na račun telesnega izgleda osebe s strani širše družine	Komentarji o TI s strani širše družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.17	Obrambni mehanizem kot posledica ranjenosti čustev zaradi posmeha sorodnikov	Razvoj obrambe pred posmehom	Osebnostna ranljivost
K4.18	Posplošitev obrambnega mehanizma na vse družbene situacije	Razvoj obrambe pred posmehom	Osebnostna ranljivost
K4.19	Komentarji o telesnem izgledu s strani družinskih članov	Komentarji o TI znotraj družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.20	Odsotnost podpore osebi ob nesramnih komentarjih drugih oseb	Odsotnost družinske podpore	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.21	Žalost kot posledica odsotnosti družinske podpore	Odsotnost družinske podpore	Družinski in interpersonalni kontekst

K4.22	Komentarji o telesnem izgledu s sestrine strani	Komentarji o TI znotraj družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.23	Norčevanje iz sestre kot povod razvoja obrambnega mehanizma (skrivanja čustev)	Razvoj obrambe pred posmehom	Osebnostna ranljivost
K4.24	Razočaranje v ljubezenskem odnosu kot predhodnik omejevanja hrane	Ljubezensko razočaranje kot povod za motnjo	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.25	Želja po ugajanju, lepoti, vitkosti kot uvod v opuščanje obrokov in omejevanje prehrane	Negotovost spodbudi opuščanje obrokov	Osebnostna ranljivost
K4.26	Občutek nepripadnosti, neskladnosti s sovrstniki		Interpersonalni kontekst
K4.27	Odrekanje hrane zaradi občutka neprivlačnosti		Osebnostna ranljivost
K4.28	Prijetni občutki ob komentarjih o izgubi kilogramov	Občutek sprejetosti ob izgubi kg	Socialno-kulturni kontekst
K4.29	Doživljanje osvoboditve kot posledice suhosti		Osebnostna ranljivost
K4.30	Občutek nadzora, vrednosti kot posledica vitkosti		Osebnostna ranljivost
K4.31	Ob normalni telesni masi se počuti debelo	Zamegljena podoba o lastnem TI	Osebnostna ranljivost
K4.32	Odmik iz družbe kot posledica strahu pred mnenjem drugih o lastnem telesu	Socialna osamitev	Socialno-kulturni kontekst
K4.33	Pridobivanje potrditve preko izgube kilogramov	Želja po socialnem ugajanju	Socialno-kulturni kontekst
K4.34	Doživljanje vitkosti kot	Želja po uspehu,	Socialno-kulturni

	predhodnice družbenega uspeha	ugajanju družbi	kontekst
K4.35	Hujšanje in omejevanje hrane kot posledica nezmožnosti predelovanja težkih čustev	Nezmožnost spopadanja s svojimi čustvi	Osebnostna ranljivost
K4.36	Razvoj obrambnih mehanizmov dominance v času vrta kot strategije zaščite pred zmerjanjem	Nezmožnost spopadanja s svojimi čustvi	Osebnostna ranljivost
K4.37	Občutek neiskrenosti družbe in posledična osamljenost	Socialna osamitev	Socialno-kulturni kontekst
K4.38	Težnja po popolnosti na vseh ravneh	Perfekcionizem	Osebnostna ranljivost
K4.39	Občutek osamljenosti zaradi šibkega socialnega kroga	Socialna osamitev	Socialno-kulturni kontekst
K4.40	Ozek socialni krog	Socialna osamitev	Socialno-kulturni kontekst
K4.41	Občutek manjvrednosti ob primerjavi z drugimi	Občutek manjvrednosti	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.42	Občutek poraženosti in sramu kot posledica osamljenosti	Razočaranost zaradi socialne osamitve	Socialno-kulturni kontekst
K4.43	Pritisk zaradi uspeha družinskih članov in občutek lastnega neuspeha	Velika pričakovanja družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.44	Neodkritost v odnosu do sebe kot posledica neodkritosti v odnosu do drugih	Sram pred samo seboj	Osebnostna ranljivost
K4.45	Občutek ne vrednosti kot posledica občutka debelosti	Občutek manjvrednosti	Osebnostna ranljivost

K4.46	Prisotnost motenega hranjenja pri sestri, materi in teti	Družinska zgodovina motenj hranjenja	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.47	Opazke o telesu s strani družine	Komentarji o TI znotraj družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.48	Ocenjevanje lastnega telesa kot posledica materinega poudarjanja telesnega izgleda	Komentarji o TI znotraj družine	Družinski in interpersonalni kontekst
K4.49	Enačenje uspeha z vitkostjo		Socialno-kulturni kontekst
K4.50	Doživljanje družbenih pravil o pričakovanem izgledu kot merilo uspeha osebe	Enačenje uspeha z vitkostjo	Socialno-kulturni kontekst
K4.51	Oseba najbolj izpostavlja dejavnik družine		Družinski in interpersonalni kontekst