

RAZLIČNI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA PRI ŽENSKAH (I. DEL)

DIFFERENT ASPECTS OF EATING DISORDERS IN WOMEN (PART I)

Ruža Pandel Mikuš

UDK/UDC 616.31-008.12

DESKRIPTORJI: *hranjenje motnje; ženske*

DESCRIPTORS: *eating disorders; female*

Izvleček – Članek želi prikazati motnje hranjenja pri ženskah kot večplasten pojav v družbi s sociološkega, medicinskega in psihosocialnega vidika. Govori o vplivu sodobne družbe in medijev na prehranjevanje in o prehrani kot dejavniku konstrukcije identitet. Prikaže vrste motenj hranjenja in etiologijo motenj hranjenja. Pojasnjuje modele nastanka motenj: somatskega (medicinskega), psihoanalitičnega, družinsko dinamičnega in sociološkega, kjer poudari družbene vzroke za nastanek motenj hranjenja s feminističnega vidika. Prikazuje medicinsko in psihosocialno zdravljenje motenj hranjenja. Poudari vlogo skupin za samopomoč. V poglavju okrevanje spregovori o načinih okrevanja in preventivni vlogi zgodb o okrevanju.

Abstract – The purpose of this article is to present eating disorders in women as a multiplex phenomenon in society from the sociological, medical and psychosocial aspects. It discusses the influence of contemporary society and mass media on eating patterns, stating that nutrition is a determining factor in shaping of personal identities.

The article presents different kinds of eating disorders and their aetiology thoroughly explored. The models of the development of eating disorders are explained in the light of their origin: somatic/medical, psychoanalytic, those arising from family dynamics, and sociological. The latter provides an insight to the social causes for the development of eating disorders as experienced by women.

It examines viable and workable medical and psychological approaches to treatment, with special emphasis on self-help. The chapter on rehabilitation suggests the modes and strategies leading to recovery and emphasises beneficial impact of learning about other successful outcomes.

Uvod

Živimo v družbi, kjer postaja TELO eno središčnih orodij samopodobe oziroma skoraj že identiteta posameznika. Idealiziranje vitkega ženskega telesa je doseglo najvišjo točko, zato pri motnjah hranjenja nekateri avtorji (avtorice) upravičeno trdijo, da gre za žensko vprašanje. Na ženske so naslovljena protislovnna sporočila, ki so povezana s tem, da so bile ženske v zgodovini vedno povezane s pripravljanjem hrane, obenem pa so v današnji kulturi podvržene sistemu prepovedi. Hrane, ki jo pripravljajo za druge, same ne smejo več uživati. Biti vitka je postalo tako rekoč moralno vprašanje. Tistega, kar lahko privoščijo drugim, ne smejo privoščiti sebi. Svoje telo morajo podrediti dietnim tehnikam (Zaviršek, 1995).

Namen članka je predstaviti motnje hranjenja pri ženskah kot večplasten, kompleksen pojav v družbi. Sociološki vidiki motenj hranjenja se kažejo kot družbena manipulacija (ženskih) teles, kot ena osrednjih strategij razkazovanja družbenih razmerij in moči med spoloma. Zapoved primerne (vitke) podobe je postala

ena temeljnih vrednot naše družbe. Za to zapovedjo stoji fenomen diktature vitkosti, okrog katerega se nezavedno odvijajo naša življenja (Rener, 1998).

Motnje hranjenja (težave s hrano, odvisnost od hrane, zasvojenost s hrano – različni avtorji/ce uporabljajo različne izraze), se pojavljajo predvsem pri ženskah, najpogosteje v adolescenci (najpogosteje med 14. in 18. letom), razmerje med moškimi in ženskami je v različnih študijah različno (od 1 : 9, do 1 : 20). Oblike odvisnosti s hrano so anoreksija, bulimija in kompulzivno prenašanje. Možne so kombinacije in prehanje iz enega stanja v drugo. Anoreksija (imenujejo jo tudi duševna anoreksija, anoreksija nevroza – psihogeno odklanjanje hrane) zavzema zaradi zapletene etiologije, težke klinične slike, pogostosti in zahtevnega zdravljenja posebno mesto.

Več kot šestdeset milijonov Američanov trpi zaradi motenj hranjenja. Pojav motenj hranjenja pri dekletih od 18. let naprej je skoraj že epidemičen. Kar 20 % žensk v tej starosti kaže znake bulimije, tovrstna motnja pa prizadene preko 11 % vseh srednješolk. V pora-

Mag. Ruža Pandel Mikuš, univ. prof. soc. ped., predavateljica, Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, Poljanska 26a, 1000 Ljubljana

Članek temelji na raziskavi, ki je bila opravljena v okviru magistrskega dela z naslovom Sociološki, medicinski in psihosocialni vidiki motenj hranjenja pri ženskah, ki ga je avtorica zagovarjala na Fakulteti za družbene vede na Oddelku za sociologijo v decembru 2001.

stu je tudi anoreksija nervoza, po raziskavah je prizadetih 2 % srednješolk v Ameriki (<http://www.raderprograms.com/eating.htm>).

Po podatkih za obdobje od leta 1988 do 1998 se je v Sloveniji bolnišnično zdravilo za anoreksijo ali bulimijo v starostni skupini od 0 do 14 let 4,1 na 100.000 deklic, ter 28,4 na 100.000 deklic v starostni skupini od 15 do 19 let (Zdravstveni statistični letopis 1988–98). Pri nas je razmerje med ženskami in moškimi za obdobje desetih let 11 : 1 (zajeti sta obe motnji in vse starostne skupine).

Prevalenca anoreksije v svetu in tudi pri nas narašča.

Vpliv sodobne družbe in medijev na prehranjevanje

Sociološki interes za prehranjevanje se je začel konec osemdesetih let, ko so se pojavile prve knjige in razprave o telesu. Vodilni nutricionistični sociologi so ugotavljali, da so do tedaj le redki sociologi imeli hrano in prehranske prakse za predmet preučevanja. Nekaj tako trivialnega, kot na primer kuhanje, obedovanje, vsebina jedilnika, naj bi bilo vsakdanja rutina, ki je povsem samoumevna (Mennell, Murcott, Van Otterloo, 1993). Danes pa je stvar drugačna; pregled poplave literature na temo prehranjevanja je vsak dan obsežnejši.

Hrana in načini prehranjevanja so torej nekaj samoumevnega, vendar je v prehranskih praksah mogoče zaznati najbolj elementarne, pa tudi najbolj kompleksne družbene odnose.

V družbenih teorijah je mogoče anoreksijo razumeti kot patološko kristalizacijo kulture, kot družbeno manipulacijo (ženskih) teles, kot enega od načinov razkazovanja razmerij moči med spoloma ipd. Anoreksija tudi dobro uteleša sodobne razprave o identitetah. Anoreksično telo je vzorčen primer spodletele identitetne igre. Anoreksičen boj za identiteto je nevaren, ker udari v samo jedro simbolnega, v skupno mizo, in kaže natanko to, kar bi v sleherni urejeni družini moralo ostati skrito, namreč, da so domača razmerja tudi razmerja moči in opresije v maškaradi ljubezni, ki ne da dihati (Rener, 1998: 55).

Prav tako pa je moč anoreksijo razumeti kot način osvoboditve izpod vse večjega nadzora globalnih prehranjevalskih verig. Prehranjevanje je tisto področje, ki združuje nekaj najbolj vsakdanjega in intimnega z najbolj globalno ravno.

Prehranjevanje je osnovna človekova potreba, ki je hkrati družbeno in kulturno določena. V vseh družbah so obstajala pravila, kaj je priporočljivo jesti in kaj ne. V sodobni potrošniški družbi je podrejanje novim potrebam in željam privedlo do nastanka novih vrst patologij v prehranjevanju. Problem je v preobilju informacij, ki si pogosto nasprotujejo in so nezanesljive. Gre za krizo kulturnih vzorcev, ki so privedli do porušanja nutricionističnega ravnovesja. Vse to neposredno

ogroža identiteto posameznika, kajti zaužita hrana nam ne daje le energije, ampak postane del našega telesa. Če ne vemo, kaj jemo, potem tudi ne vemo, kdo smo (Fischler, 1988: 290).

Hrana predstavlja užitek, je vir doživljanja, ugodja in strasti. Večji poudarek je na čustvenosti in čutnosti. Nakupovanje, priprava in uživanje hrane postajajo del človekove identitete.

Žensko pripovedovanje prek hrane

Prevelika želja, da bi bile vitke pri ženskah z anoreksijo nervozo in strah pred debelostjo, ki ga srečamo tako pri ženskah z anoreksijo nervozo kot pri ženskah z bulimijo, sta nedvomno tudi odraz socialnega in kulturnega pritiska. Debelost, posebej še za žensko, vse bolj postaja družbeno stigmatizirana.

Gordon idealiziranje suhosti in poudarjanje nadzora nad telesno težo označuje za množično družbeno obsesijo, katere breme nosijo predvsem ženske. Telesna oblika in teža igrata glavno vlogo v zunanjem videzu in seksualni privlačnosti ženske. Pomembno vplivata na njeno samopodobo in družbeni uspeh (Gordon, 1992).

Vrste motenj hranjenja

Veliko ljudi občasno uporabi hrano za preganjanje dolgega časa ali za premagovanje napetosti, ali pa v podobnih trenutkih sploh ne je. Redki so, ki se niso nikoli prenajedli. Veliko ljudi se kdaj tudi odreka hrani, da bi izgubili kakšen kilogram. Vendar to še niso motnje prehranjevanja. Težave s hranjenjem postanejo *motnje prehranjevanja* takrat, ko se okoli hrane začne vrte večina misli, notranjih konfliktov, občutkov krivde. To je kompleksen problem, ki se kaže kot izguba nadzora nad lastnim prehranjevanjem ali kot pretiran nadzor nad količino in vrsto hrane, ki jo zaužijemo in nadzor nad telesnim izgledom. Pojavlja se lahko pri vseh slojih prebivalstva, najpogosteje pa v mladosti in zgodnji odrasli dobi.

DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) opredeljuje dve specifični diagnozi – *anorexia nervosa* in *bulimia nervosa*.

Leta 1994 se je v DSM kot poskusna diagnoza prvič pojavila »*binge-eating disorder*«. Nekateri ta slengovski izraz prevajajo kot prenažiranje ali prenajedanje. Vedno več avtorjev ugotavlja, da je »*binge-eating*« in/ali kompulzivno prenajedanje vzrok debelosti. Veliko avtorjev oba izraza enači, vendar obstaja med njima razlika.

»*Binge-eating*« označuje uživanje velikih količin hrane v epizodah (»*krokanje*«). Najbližji slovenski prevod bi bil prenajedanje. *Kompulzivno prenajedanje* (angl. »*compulsive eating/overeating*«) pa označuje prisilno pretirano konzumiranje količin hrane, ki so objektivno ali subjektivno prevelike, čemur sledijo občutki krivde. Za razliko od »*binge-eatinga*« ni nujno,

da kompulzivno prenašanje poteka v epizodah, lahko je razpotojeno čez ves dan ali daljše obdobje (Benedičič, 1998).

Anoreksija nervoza (anorexia nervosa)

Pri anoreksiji nervozi že pred izbruhom bolezni pride do motenj na treh ravneh psihološkega funkcioniranja, navaja Bruchova (1978). Pojavijo se resne motnje v doživljanju telesne podobe,¹ neustrezna interpretacija zunanjih in notranjih dražljajev ter občutek neučinkovitosti in nemoči.

Številne študije so pokazale, da so za pacientke z anoreksijo nervozo značilne naslednje osebnostne poteze: obsesivnost, introvertiranost, čustvena hladnost, socialna negotovost, ekstremna ustrežljivost, nagnjenost k samoponiževanju, pomanjkanje avtonomije, rigidno in stereotipno mišljenje (Bruch, 1978).

Stradanje vpliva tudi na kognitivne funkcije. Bolnice z anoreksijo nervozo postanejo bolj neodločne, imajo težave z zbranstvom (Garfinkel in Kaplan, 1986).

Nenehno gibanje, pogosto v obliki načrtno telovadbe, je sekundarni fenomen, ki ga nekateri avtorji razlagajo kot dodatno metodo za znižanje teže, drugi pa vidijo v tem obliki hiperaktivnosti, ki je tudi tipična lastnost anoreksičnih.

Ločimo dva tipa anoreksije nervoze:

Restriktivni tip: Pri tem tipu pacientka doseže izgubo telesne teže predvsem z dietami, stradanjem ali pretirano telesno aktivnostjo.

»Tip basanja« / »čiščenja«: Pri tem tipu imajo nekateri pacienti epizode basanja s hrano, ki jim običajno sledi samopovzročeno bruhanje ali zloraba laksativov, diuretikov ali klistiranje. Drugi pacienti pa izvedejo »čiščenje« že po manjših količinah hrane (ni nujno, da se »nabašejo«).

Večina raziskav navaja prevalenco med 0,5 % in 1,0 %. Razmerje med ženskami in moškimi je okrog 10 : 1, pri otrocih 4 : 1. Prevalenca je večja pri mlajših dekletih in pri dekletih, ki se ukvarjajo s poklicem ali dejavnostjo, kjer sta telesni videz in teža zelo pomembna, na primer balerine in manekenke.

Nekatere raziskave navajajo tudi socioekonomski razred in etnično pripadnost kot pomemben dejavnik,

ki vpliva na večjo prevalenco. Tako naj bi se anoreksija nervoza pogosteje pojavljala pri belkah iz višjega socioekonomskega sloja, novejša raziskava pa kaže, da se bolezen pojavlja v vseh socioekonomskih razredih (Garfinkel in Kaplan, 1986).

Naraščajoča prevalenca v zadnjih treh desetletjih je lahko po eni strani odraz dejanskega naraščanja motnje v populaciji ali pa boljšega prepoznavanja te motnje po drugi strani. Eden od razlogov za naraščajočo prevalenco je prav gotovo neizprosni in kontradiktoren pritisk družbe na žensko, ki naj bi bila uspešna, lepa (vitka) in zadovoljna.

Bulimija nervoza (bulimia nervosa)

»Bruhajo, da jejo, in jejo, da bruhamo,« je dejal Seneka in s tem opisal orgije pri starih Grkih in Rimljanih. Prenajedanje in bruhanje je bilo v tistem obdobju socialni vzorec hranjenja, ki je predstavljal ekscesnost bogate aristokracije (Gordon, 1992).

Bulimija nervoza je na zunaj veliko težje prepoznavna kot anoreksija nervoza, kjer že sam »videz okostnjaka« vzbudi pozornost, odpor ali obojanje. Bulimična pacientka lahko leta in leta skriva svojo bolezen tudi pred svojimi družinskimi člani. V prisotnosti drugih ljudi se ne prenašajo, epizode basanja s hrano se dogajajo skrivaj.

Količina hrane, ki jo zaužije naenkrat, je lahko od 3 do 30-krat večja kot količina hrane, ki jo običajno zaužije posameznik v enem dnevu, oziroma se giblje med 5.000 in 15.000 kalorijami. Bulimična epizoda se pri večini pacientk konča z bruhanjem, ki si ga povzročijo same in si ga olajšajo tako, da na koncu čezmernega jedenja popijejo še večje količine tekočine. Število bulimičnih epizod je pri pacientkah različno, običajno se giblje med 1 in 6 na dan.

Pacientke z bulimijo pogosto doživljajo anksioznost, depresijo ali vznemirjenost. Nekatere doživljajo tudi globoko krivdo in se odrekajo vsakršnemu ugodju in vsemu, kar bi izboljšalo njihovo razpoloženje. Nenehno se žrtvujejo in skrbijo za druge. Prenajedanje lahko služi kot mehanizem, da se končno posvetijo same sebi (Johnson in Pur, 1986).

Pri pacientkah z bulimijo nervozo je nekaj značilnih osebnostnih lastnosti. Med njimi je najbolj očitna *čustvena nestabilnost*. Opazna je anksioznost in nagnjenost k impulzivnemu vedenju, ki je lahko tudi izredno ekstremno in se kaže kot kraja, zloraba različnih substanc in samopoškodbe. Slednje pogosteje srečamo pri tistih bulimičnih pacientkah, ki so imele izkušnjo spolne zlorabe. Takšno vedenje je pri njih lahko edini način izražanja globokih bolečih občutij (Johnson in Pur, 1986).

Druga pomembna osebnostna značilnost teh pacientk so *težave v medosebnih odnosih*. Pacientke z bulimijo so izjemno občutljive za reakcije drugih ljudi in se rajši umaknejo, kot da bi tvegale zavrnitev. Tako ravnanje pa vodi v izolacijo.

¹ To je eden od najbolj nerazumljivih simptomov pri anoreksiji nervozi, ki paradoksalno narašča s shujšanostjo. Nekateri ga primerjajo z znano »fantosko bolečino«, ko posameznik svoj amputirani del telesa (okončino) še vedno doživlja in čuti tako kot pred amputacijo – amputirana noga ga boli, srbi ... Pri precejevanju velikosti telesa naj bi šlo za kognitivni in ne za zavnavni fenomen. Kot pravi Smeets, samo podobe telesa, ki ga dojemamo kot debelo, ne moremo enačiti s tem, da določena oseba vse zaznava kot debelo. Zaznava telesa kot debelega pri anoreksičnih pacientkah po njegovem izhaja iz mišljenja ali občutenja, da so debele (Smeets, 1997).

Kot tretjo značilnost navajata avtorja *nizko samo-spoštovanje*, ki se kaže kot občutja nemoči, krivde in dvoma vase.

Četrta značilnost, ki jo navajata Johnson in Pur (1986) pri pacientih z bulimijo nervozo, je *kognitivna izkrivljenost*. Sebi postavljajo pogosto višje standarde kot drugim in si ves čas prizadevajo za popolnost, ki pa jo po lastnem mnenju nikoli ne dosežejo.

Kompulzivno hranjenje (compulsive eating)

Izraz kompulzivno prenažedanje/hranjenje (compulsive eating) oziroma »bulamreksija« se je uveljavil v zadnjih desetletjih. V knjigi *Fat is a Feminist Issue* Orbachova (1990) poleg anoreksije in bulimije omenja kot motnjo prehranjevanja kompulzivno hranjenje in ne debelost. Govori o tem, da je debelost le simptom nekega bolezenskega dogajanja.

V knjigi *Hunger Strike* ista avtorica (1993) piše o vseh treh vrstah motenj prehranjevanja. Pravi, da so kompulzivni jedci tiste ženske, ki kar naprej delajo načrte za diete, a se vedno znova prenažedajo.

Raziskave »binge-eatinga« so pokazale nekaj značilnosti bulimije, pa tudi pomembne razlike. Skupne so jima epizode prenažedanja s hrano, vendar so daljše od bulimičnih, pa tudi njihov začetek in konec sta manj jasna kot pri bulimičnih. Razlike so v splošnih prehranjevalnih vzorcih: pri pacientih z bulimijo so poskusi hujšanja z dieto veliko pogostejši, nadzorovanje telesne teže pa pri »binge-eaters« ni tako izrazito kot pri bulimičnih (Fairburn in Walsh, 1995: 135–9).

Mnogi avtorji uporabljajo izraz kompulzivno hranjenje za označevanje vseh vrst motenj prehranjevanja, tudi za anoreksijo in bulimijo. Menijo, da gre tudi pri teh boleznih za notranjo prisilo in čeprav so vse tri oblike med seboj različne, so le različne oblike iste bolezni (Garfinkel in Kaplan, 1986).

Tudi Silke Bercht (1997: 368) meni, da lahko vse motnje hranjenja uvrstimo v kategorijo anoreksije. Vse prizadete ženske so fiksirane na svoje telo in na hrano, ki jo jedo. Vse prek hranjenja manipulirajo s svojim telesom. Vse verjamejo, da bodo srečne šele, ko bodo dovolj vitke. Vse se hočejo izogniti hranjenju, manj jesti, pa vendar zelo hrepenijo po hrani.

Etiologija motenj hranjenja in pojasnjevalni modeli nastanka

Sociološki vidiki motenj hranjenja

Anoreksija nervoza odlično ilustrira ontološke podme sociologije, napetost razmerij med individuumom in družbo, naravo in kulturo, dušo/umom in telesom. Hkrati anoreksija dobro uteleša sodobne razprave o identitetah, začeniši z znano mislijo iz Marxove polemike s Feuerbachom, da namreč človek je, kar je (Renner, 1998: 55).

Spremembe v incidenci anoreksije so dramatične. Leta 1945 je Ludwig Binswanger ob opisovanju bolezni Ellen West² govoril o nekem »novem simptomu« s psihiatričnega vidika. V letu 1973 je Hilde Bruch, pionirka v prepoznavanju, razumevanju in obravnavanju motenj hranjenja, rekla, da je anoreksija redka bolezen. Toda že v letu 1984 so raziskave pokazale, da ima na vsakih 200 do 250 žensk v starosti od 13. do 22. leta ena anoreksijo in da 12 do 33 % mladostnic, ki so v kolidžih, uravnava svojo težo z bruhanjem, diuretiki in laksativi. V centru za študije anoreksije in bulimije so v prvih petih mesecih leta 1984 prejeli 252 prošenj za zdravljenje, v letu 1980 pa le 30 (primerjava). Objavljanje teh statističnih podatkov je bilo na neki način provokativno, če upoštevamo dejstvo, da so bile v 90 % vseh anoreksičnih – ženske (Bordo, 1988, v Renner, 1998: 55).

Družbeni vzroki za nastanek motenj hranjenja s feminističnega vidika

Motnje prehranjevanja vidijo feministke kot odziv na zadrege sodobne ženskosti, ki vključujejo krivdo in odpor proti kulturnim normam v zvezi s spolnim telesom (Benson, 1997: 125).

Bensonova meni, da anoreksija in bulimija odražata strahove, povezane s hrano in telesom, ter idejami jaza. Te motnje so fenomen modernosti in obilja. Te bolezni so drame, ki se odvijajo v telesu namesto v umu. V sodobni kulturi je posebej pomembna in razširjena podoba in predstavitev ženskega (pa tudi moškega) telesa kot proizvoda, kot nečesa, kar je proizvedeno, da bi ustvarilo poželenje in moč. »Slaba telesa« so zunanji znak ljudi, ki ne veljajo veliko. Debelost in mlahavost odražata notranje propadanje in neuspeh. S hujšanjem naj ne bi preoblikovali le telesa, temveč tudi »jaz« (Benson, 1997: 133–42).

Somatski (medicinski) vidiki motenj hranjenja

Telesno stanje je pogosto tisti simptom, ki bolnika pripelje k zdravniku. Telesno stanje je lahko že samo po sebi ogrožujoče in narekuje nujno ukrepanje, deluje pa tudi kot vrednotenje uspešnosti zdravljenja.

Anoreksija in bulimija

Pri bolnicah z anoreksijo in bulimijo so spremenjeno telesno stanje in metabolni odkloni posledica naslednjih dejavnikov:

² »Nekaj v meni se upira temu, da bi se zredila. Upira se temu, da bi ozdravela; da bi dobila okrogla, rdeča lica, da bi postala preprosta, krepka ženska, kot bi pravzaprav ustrezalo moji naravi. Žene me v obup, da si z vsemi velikimi besedami ne morem pomagati. Borim se proti skrivnostnim silam, ki so močnejše od mene. Ne morem jih združiti in zgrabiti.« (Iz dnevnika Ellen West, v Ludwig Binswanger, *Der Fall Ellen West*, Zurich 1945, cit. po Liliane Studer, v Duda Sibylle: *Nore ženske*, 1995.)

- fiziološkega prilagajanja na negativno energetsko ravnotežje – stradanje;
- nefizioloških manipulacij s prebavili – izzvana bruhanja in hiter vnos velikih količin energetske bogatih snovi (pri binge-eating);
- stranskih učinkov prekomerne in neustrezne uporabe zdravil – diuretiki in odvajala (Preželj, 1995: 13).

Bolnice z anoreksijo imajo nižji krvni tlak. Običajno je prisotna bradikardija, zmanjšana je velikost srčnih votlin, stanjšana je zlasti stena levega prekata. Sočasnost elektrolitskih motenj povzroča hude srčne aritmije, ki so pogosto tudi vzrok opisanih nenadnih srčnih smrti.

Pri bulimijah (pa tudi pri anoreksijah) opazamo povečanja obušesnih slinavk. Zaradi bruhanja pride do pogostih erozij na dentinu (zobnem tkivu) in več zobne gnilobe.

Pogosta izpostavljenost požiralnika kisli želodčni vsebini ima za posledico vnetja, erozije in celo ulkuse. Ob bruhanju lahko pride do zatrganja sluznice na prehodu iz požiralnika v želodec (Mallory Weiss sindrom) in posledične hematemeze (bljuvanja krvi). Perforacija požiralnika je redka, prav tako so redke tudi rupture (raztrganja) želodca.

Elektrolitske in metabolne motnje (hipokaliemija, hiponatremija, hipokloremija in metabolna alkalozna) so posledica bruhanja ter zlorabe odvajal in diuretikov.

Zaradi nižjega izločanja estrogenov iz jajčnikov ni več ovulacij in nastopi sekundarna amenoreja, ki je eden od diagnostičnih simptomov anoreksije nervoze. Znižane koncentracije estrogenov pa skupaj s povišano koncentracijo kortizola vodijo do nastanka osteoporoze (razredčenosti kostnega tkiva). Ker telo pri anoreksičnih načenja že lastne beljakovine, so značilni edemi, kar vzpodbuja dodatno jemanje diuretikov.

Po korekciji hipokaliemije in rehidraciji z infuzijskimi tekočinami je potrebno čimprej preiti na peroralno uživanje hrane, ki naj bo lahka, razporejena na več obrokov in sprva normo-kalorična. Na začetku je dovolj 1000 do 1200 kalorij dnevno in že to pogosto spremljajo težave.

Psihoanalitični model nastanka motenj hranjenja

Psihodinamski pristop poudarja pomen zgodnjega življenjskega obdobja in kasnejših izkušenj za oblikovanje posameznikove osebnosti. Zelo pomemben je odnos med tistim, ki je hranjen in tistim, ki hrani. Neizpolnjene, nerešene razvojne naloge so značilne za osebe z motnjami hranjenja (Tomori, 1995).

Pri osebah z motnjami prehranjevanja poznamo določene razvojne značilnosti, toda Fairburn in Walsh menita, da ni nujno, da se pri vseh razvije ta patologija. Pomembno je, da določena osebnost naleti na prilžnost, da postane anoreksična ali bulimična, in se je

oklene. Možnost, da oseba prevzame simptom, je določena s socialnimi, kulturnimi, družinskimi, biološkimi in kognitivnimi procesi. Simptom se lahko pojavi le pri osebi, ki razvije ustrezne predispozicije za določeno motnjo (Fairburn in Walsh, 1995: 135–139).

Družinsko-dinamični model nastanka motenj hranjenja

Moderni psihodinamsko orientirani etiološki koncepti se vse bolj obračajo k družini in obravnavajo motnje hranjenja v kontekstu družinskega sistema. Družine, v katerih se motnje hranjenja javljajo pogosteje, so opisane kot tiste, ki visoko vrednotijo zunanji vtis, gojijo idealizirano podobo, so močnih, prepletenih vezi, nejasnih vlog in skupnega nediferenciranega ega (Minuchin, 1974).

V teh družinah, ki delujejo navidezno varno, brez sporov in negativnih čustev, so visoke zahteve in ambiciozna pričakovanja. Osrednjo vlogo imajo v tovrstnih družinah matere, ki so avtoritarne, prezaščitniške, nezmožne upoštevati individualnost posameznika, lahko čustveno hladne ali ambivalentne s težnjo po prekomernem nadzoru in obvladovanju. Očetje so večinoma pasivni, medli, odsotni, brez avtoritete, največkrat tudi sami z vrsto nedokončanih in neizpolnjenih nalog lastne adolescence. V takem vzdušju odraščajo pretirano poslušni, pridni otroci, vajeni podrejanosti pričakovanjem, željam in potrebam drugih (Rojc, 1995: 57).

V družinskem sistemu s prepoznavnim nosilcem simptoma (motnja hranjenja) se vzpostavi posebna dinamika vzdrževanja notranjega ravnovesja. Odnose v družini označuje prepletena soodvisnost, soodgovornost za počutje drugega, pretesna povezanost, hiperprotektivnost in nadzor v obeh smereh (starši – otroci) (Aguilera, 1998: 93–96).

Zdravljenje motenj hranjenja

Medicinsko zdravljenje

Za *ambulantno obravnavo* so primerne bolnice, ki imajo visoko motivacijo in podporo družinskih članov. Potrebna je vsaj mejna telesna teža (po določilih WHO-BMI vsaj 18).

Pri nas že sedem let teče program ambulantnega zdravljenja bolnic z bulimijo nervozo in prenašanja po metodi dr. Huberta Laceyja, ki ga vodita psihiatrinja in klinična psihologinja. Cilji tovrstnega zdravljenja so: naučiti bolnice normalno jesti, prenehati bruhati in se prenašati, pomagati in prepoznati čustva, ki so jih pripeljala na to pot in jih naučiti novih načinov obvladovanja čustev, ter vztrajanja na naravni (ne na idealni) telesni teži. Zdravljenje sloni na *kognitivno vedenjskih načelih*. Pomembna prednost kognitivno vedenjske terapije je v tem, da se najprej in neposredno spopade z bolnikovimi težavami in šele kasne-

je – in samo, če je to upravičeno – s psihološkim ozadje motnje.

Uspeh zdravljenja, ocenjen po opravljeni anketi, je bil 1/3.

Pri vseh resnih motnjah hranjenja, pri osebah s šibko motivacijo in močnimi odpori ter hudo izgubo telesne teže, je smiselno le *hospitalno zdravljenje*. To se začne s pogovorom, dolgim 2 do 3 ure. V obravnavo se vključi pacientka, njena družina in celotni tim, ki bo delal z njo. Zelo pomembno je, da je program pripravljen individualno, da ga vodi le en terapevt in da je celotni tim, ki sodeluje pri zdravljenju, enoten.

Delo s tovrstnimi bolnicami je čustveno eno najbolj napornih in obremenjujočih del v medicini. Izrednega pomena za zaposlene na teh oddelkih je supervizija³ in tudi intervizija⁴. Liv McDerment (1988: 149) govori o nujnosti supervizije na področju svetovanja zaradi intenzivnosti odnosov, ki jih prinašajo različne krizne situacije.

V svetu je veliko različnih programov in idej v zvezi z zdravljenjem motenj hranjenja. V Ljubljani se na Oddelku za zdravljenje motenj hranjenja, ki deluje v okviru Kliničnega oddelka za mentalno zdravje, uporablja belgijski model, ki predvideva izvajanje programa zdravljenja v štirih fazah. Osnovna ideja te terapije je moč, ki jo lahko nudi le skupina.

Izvajanje programa

Prva faza – orientacijska. Zdravljenje se izvaja na simptomatski ravni. Pri bolnici skušajo vzpostaviti pravi odnos do hrane oziroma pijače, telesne teže, do nje same lastne in samopodobe. V tej fazi je zelo pomembno izražanje čustev. Uvede se pisanje dnevnika. Ta prva faza traja 2 do 4 tedne.

Druga faza – terapevtska pomeni začetek zdravljenja na psihodinamskem nivoju in poteka po principih kognitivne vedenjske terapije. Prične se delo »na problemih«. Potrebna je mesečna evalvacija – »kje sem in kam grem«. Načelno nima omejitve, običajno pa traja dva do tri mesece. V tem času se telesna teža stabilizira ali počasi narašča.

Tretja faza – reintegracijska pomeni vrnitev bolnice v družino ali v samostojno življenje. Običajno se

izpelje postopoma prek dnevne oskrbe in traja dva do štiri tedne. Osnovni pogoj je stabilna telesna teža ali telesna teža v naraščanju.

Četrta faza – ambulantna pomeni nadaljevanje re-integracijske faze. Potrebna je zaradi velike nevarnosti recidiva. Strokovnjaki so mnenja, naj ne traja več kot 5 let zaradi možnosti prevelike navezanosti na psihoterapevta.

Široko zasnovana teorija kognitivno vedenjske teorije omogoča uporabo cele vrste terapevtskih tehnik. Urnik zdravljenja teh bolnikov zajema: individualne pogovore, psihoterapevtske skupine, muzikoterapijo, psihodramo, likovno terapijo, plesno terapijo, delovno terapijo, trening socialnih veščin, učenje relaksacijskih tehnik ter učenje o zdravi hrani in zdravih prehranskih navadah.

Psihosocialno zdravljenje

Splošno je znano, da je anoreksija nervoza na neki način povezana z družinskimi odnosi. Pri psihodinamično orientiranem zdravljenju anoreksije nervoze mora terapevt predvsem doumeti, čemu bolezen služi. Za pacientko anoreksija ni problem, zanjo je ta bolezen rešitev, pa naj bo to še tako težko doumeti ob pogledu na šibko, izčrpano in sestradano telo, ki je pred nami. Terapevt mora razumeti, za katere skrite probleme je izstradanje rešitev, kasneje pa mora pomagati pacientki, da bo to razumela tudi sama. Tudi ko bolnica izrazi pripravljenost za sodelovanje v zdravljenju, se v njej nadaljuje notranji boj med željo, da bi ohranila anoreksično rešitev in željo po spremembi.

Vloga skupin za samopomoč

V Sloveniji smo v letu 1994 zasledili nov val socialnih inovacij na psihosocialnem področju, ki so se pričele ukvarjati s problematiko žensk. Z motnjami hranjenja kot ženskim problemom se ukvarjajo predvsem Ženska svetovalnica, Društvo za raziskovanje in uresničevanje psihosocialnih potreb žensk – MODRA in Združenje proti spolnemu zlorabljanju otrok. V okviru Ženske svetovalnice so začele delovati tudi *skupine za samopomoč*⁵ za ženske, ki trpijo za anoreksijo in bulimijo. Na letaku Ženske svetovalnice piše: »Svetovalnica je varen prostor, kjer ženske lahko govorimo in razmišljamo o svojih izkušnjah.« (Ženska svetovalnica, 1994)

Osebe z motnjo hranjenja v skupinah za samopomoč začutijo resnično sprejetost, varnost in razumevanje svojega problema najbolje od tistih, ki imajo za sabo podobno izkušnjo.

³ Supervizija – pod tem pojmom razumemo didaktično edukativno in suportivno metodo, ki omogoča integracijo poklicnih znanj in spretnosti, pa tudi osebnostni razvoj strokovnih delavcev, ki so v stalnem odnosu s ljudmi (Hawkins, 1990).

⁴ Intervizija – je metoda učenja, pri kateri mala skupina strokovnjakov s podobno stopnjo profesionalne usposobljenosti in delovnih izkušenj opravlja supervizijo drug z drugim na osnovi vprašanj, ki se porajajo v njihovem delovnem okolju. Pri tem nobeden od sodelujočih ne prevzame stalne vloge supervizorja. Intervizijsko skupino sestavlja od tri do šest članov. Predmet intervizije je osebno učenje. Gre zlasti za support drug drugemu v procesu učenja ob opravljanju poklicnih nalog (Hawkins, 1990).

⁵ Najpomembnejše funkcije samopomoči, o kateri poročajo člani, so: čustvena opora, skupna ideologija, dostopnost ustreznih informacij, izmenjava izkušenj o načinih spoprijemanja s skupnim problemom, možnost pomagati drugim, druženje ter občutek lastnega nadzora in obvladovanja (Lamovec, 1995).

Okrevanje

Običajna zgodba o anoreksiji je ta, da so vse ženske potencialne žrtve pritiskov medijev, ki narekujejo vitkost. Celo sociologi in feministične teoretičarke krivijo družbene sile različnih vrst za to, da ženske stradajo ali se nažirajo in odvajajo. Kaže, da se nihče ne vpraša, kako isti ljudje uspejo ubežati temu »pritisku«, da v hrani spet najdejo zadovoljstvo, da živijo aktivno in produktivno življenje, ter da imajo medsebojne odnose, ki jih zadovoljujejo v primerjavi z njihovim anoreksičnim obdobjem. Če bi slišali več zgodb o okrevanju, bi mogoče okrevale več ljudi in predvsem bi jih mogoče manj postalo anoreksičnih (Garrett, 1998).

V knjigi *Beyond Anorexia* sociologinja Catherine Garrett (1998) ugotavlja, da bolj ko so imeli ljudje, ki so trpeli za motnjami hranjenja, občutek, da so ozdravljeni, bolj jasne so bile njihove zgodbe. Skozi oblikovanje teh zgodb se je oblikovalo njihovo *okrevanje*. Zdi se, da so vse te zgodbe vsebovale iste »mite«. Bile so kot prastare zgodbe o smrti, rojstvu in ponovnem vstajenju. Te zgodbe so vključevale neke vrste spust v »podzemlje« kaosa in trpljenja, potem pa povratek k polnemu življenju, skoraj kot nova oseba (Garrett, 1998).

Eno izmed pogosto zastavljenih vprašanj o anoreksiji je: »Če smo vsi izpostavljeni istim kulturnim pritiskom, zakaj nismo potem vsi anoreksični?« Torej je tudi smiselno vprašati: »Če so nam sredstva za okrevanje dostopna, zakaj ne okrevajo vsi anoreksični ljudje?«

Seveda nismo vsi izpostavljeni istim družbenim pritiskom (zato je na primer anoreksičnih dosti več žensk kot moških). Prav tako tudi nismo vsi enako močno izpostavljeni dejavnikom, ki omogočajo okrevanje.

Obstaja pa še en razlog, zakaj nekateri ljudje postanejo anoreksični, drugi pa ne in zakaj eni okrevajo, medtem ko drugi ne. To je zaradi *moči*. Ne samo zaradi »izbire«, ker ljudje pogosto ne »izberejo« zavestno, ali se bodo zdravili ali ne; gre za moč v smislu, da naredimo določene korake.

Tako moramo za okrevanje ne le drugače pripovedovati svojo življenjsko zgodbo, ampak istočasno tudi nastopati drugače, se lotiti nekih novih postopkov, ne pa tistih, ki so vodili v anoreksijo (Garrett, 1998).

Postopke, ki so prispevali k okrevanju sodelujočih v študiji, je Garrettova poimenovala *rituali*.

Rituali okrevanja so zdravilni rituali in skoraj vedno spreminjajo tudi telo. Za te ljudi so vključevali plavanje, kolesarjenje, jogo, meditacijo, vrtnarjenje, prepevanje, igranje na glasbene instrumente, pisanje, slikanje, ročna dela in kuhanje. Pa ne, da ljudje ne bi uživali v teh aktivnostih, ko so bili anoreksični, vendar so vse te aktivnosti med okrevanjem dobile precej drugačen pomen.

Skozi te rituale so ljudje izražali in našli nove dele samih sebe (Garrett, 1998).

Sklep

Mlade ženske so se soočile z novimi pritiski, ki so usmerjeni v uspeh, tekmovalnost in neodvisnost, vse to pa je bilo v izrazitem nasprotju s tradicionalno žensko vlogo, ki je poudarjala ustrežljivost, obzirnost in popustljivost. Težave pri sintezi teh nasprotujočih si zahtev in vrednot vodijo v občutke zmedenosti in dvoma vase. Problem identitete je po Gordonovem mnenju (1992: 52) samo odsev konflikta glede ženske vloge v širši kulturi.

Tiranija vitkosti je danes v rokah prehrabene, kozmetične in še kake industrije, ki razpihujejo novo ideologijo; ideologijo osebnega zadovoljstva, družbenega uspeha in osebne sprejemljivosti (Renner, 1998: 60).

Pritiski na ženske glede njihove uspešnosti, sposobnosti, tekmovalnosti, večje avtonomnosti in neodvisnosti so vse večji. Razraščajoča se obsedenost s svojim videzom in skrb za stalno telesno pripravljenost sta simptoma današnjega razvoja družbenih odnosov in tudi vse bolj način preživetja.

Zasvojenost (tudi motnje hranjenja) pomeni izgubo notranje svobode, nekaj storiti ali ne storiti. Ta izguba svobode na individualni ravni vključuje tudi nadindividualno razsežnost, saj zasvojenost posameznika nastane in se vzdržuje v družbenem kontekstu (Bercht, 1997: 363).

Literatura

1. Aguilera DC. Crisis intervention. Theory and Methodology. Boston: Mosby-Year Book, 1998.
2. Benedičič A. Kompulzivno prenašanje. Magistrsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta, 1998.
3. Bercht S. Ker nisem mogel najti jedi, ki bi mi dišala (O izgubi neke svobode). Socialno delo. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1997; 5-6: 363-73.
4. Benson S. The Body, Health and Eating Disorders. V: Woodward, Identity and Difference. London: Sage Publication, The Open University. Culture, Media and Identities Series, 1997.
5. Bruch H. The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa. New York: Vintage Book, 1978.
6. Bruch H. Anorexia Nervosa. The Therapeutic Task. Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986.
7. Duda S. Nore ženske. Ljubljana: Založba Krtina, 1995.
8. Fairburn CG, Walsh BT. Atypical Eating Disorders. V: Eating Disorders and Obesity. New York: Guilford Press, 1995.
9. Garfinkel PE, Kaplan AS. Anorexia Nervosa. Diagnostic Conceptualisation. Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986.
10. Garrett C. Beyond anoreksija. Narrative, Spirituality and Recovery. Cambridge: Cambridge University press, 1998.
11. Gordon RA. Anorexia and Bulimia. Anatomy of Social Epidemic. Cambridge: Blackwell, 1992.
12. Hawkins P. Supervision in the Helping Profession. Philadelphia: Open University Press, 1990.
13. Johnson C, Pure DL. Assessment of Bulimia as multidimensional model. V: Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986: 405-49.
14. Kog E, Vandereycken W. The Facts. A Review of Research Data on Eating Disorder Families. New York: PMA Publishing Corp., 1989.
15. Lamovec T. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi. Ljubljana: Lumi, 1995.

16. McDerment L. *Stres Care*. Surbiton: SCA Education, 1988.
17. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. London: Tavistock Publications, 1974.
18. Mennell S, Murcott A. *The sociology of food (eating, diet and culture)*. London: Sage Publication, 1993.
19. Orbach S. *Hunger strike*. New York: Nort, 1986.
20. Orbach S. *Fat is the feminist issue: The anti-diet guide to permanent weight loss*. New York: Berkeley Books, 1993.
21. Preželj P. Somatski vidiki motenj hranjenja. V: Tomori M (ur.): *Motnje hranjenja. Seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, 1995.
22. Rener T. Sociopatologije vsakdanjosti: anorexia nervosa. V: *Družboslovne razprave*, letnik 14, št. 27-28. Ljubljana: FDV, 1998.
23. Rojc S. Psihodinamsko razumevanje motnje hranjenja. V: Tomori M (ur.): *Motnje hranjenja. Seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, 1995.
24. Shilling C. *The Body and Social Theory*. London: Sage Publication. Theory, Culture & Society Series, 1993.
25. Smeets MA. The Rise and Fall of Body Size Estimation Research in Anorexia Nervosa. *Eating Disorders Review*. New York: PMA, 1997; 5: 75-95.
26. Tomori M. *Motnje hranjenja*. V: *Seminar o delu z mladostniki*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, 1995.
27. Završek D. *Motnje hranjenja: žensko telo med kaosom in nadzorom*. Delta. Ljubljana: 1995; 3-4: 67-76.
28. <http://www.raderprograms.com/eating.htm>, 31. 3. 2001.