

INDIVIDUALNA DOŽIVLJANJA ŽENSK Z MOTNJAMI HRANJENJA (2. DEL)

INDIVIDUAL EXPERIENCE OF WOMEN WITH EATING DISORDERS (PART 2)

Ruža Pandel Mikuš

UDK/UDC 616.89-008.441.42

DESKRIPTORJI: *hranjenje motnje-psihologija; ženske*

DESCRIPTORS: *eating disorders-psychology; female*

Izvleček – Prispevek obravnava individualna doživljanja žensk z motnjami hranjenja. Avtorica predstavi izvedbo kvalitativne analize vsebine devetih intervjujev deklet, ki so se zdravila na Oddelku za motnje hranjenja v Ljubljani. Zaključku interpretacije ugotovitev kvalitativne analize sledi formuliranje poskusne teorije, povezava ugotovitev s širšo teorijo in metodološka samorefleksija. Ob koncu prispevek nakazuje vrsto rešitev problemov motenj hranjenja pri ženskah.

Abstract – The article deals with individual experience of women with eating disorders. The author presents the results of qualitative analysis of nine interviews conducted with young women undergoing treatment at the Clinic for eating disorders. The final interpretation of the results obtained through practical experience is followed by a formulation of a workable theory, its integration into a broader theory on the subject, and the methodological self-reflection. In conclusion, several possible solutions of this personal and social issue are being proposed.

Uvod

Članek je nadaljevanje prispevka Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah, ki je prikazal motnje hranjenja kot moderno sociopatologijo, ki se nezadržno širi.

V dinamiko razvoja motenj hranjenja se vključujejo različne teme: nizko samospoštovanje, odpovedovanje, bojzani pred ugodjem, pomanjkanje vzpodbud za to, da bi si človek smel kaj privoščiti, si ustreči in se sprostiti brez občutij krivde. Vse to je prisotno v vzgojnih sporočilih, ki uravnavajo življenje in samopodobo mnogih slovenskih otrok in žensk. Zato ni čudno, da so motnje hranjenja pogoste tudi pri nas.

V Sloveniji imamo o skupnem številu bolnikov z anoreksijo in bulimijo nezanesljive podatke, ker je sistem zbiranja, ki ga opravlja zdravstvena služba, nepopoln. Nekateri bolniki/ce so zdravljeni ali vodeni pod drugo diagnozo ali pa bolezen dolgo prikrivajo. Pojavnost motenj lahko prikažemo le s stopnjo bolnišničnega zdravljenja in z umrljivostjo, ki se je pojavila že tudi pri nas, vendar kot vzrok smrti ni bila navedena anoreksija (Tomori, 1995).

Skozi individualna doživljanja žensk, ki so se zdravile na Oddelku za motnje hranjenja, vidimo motnje hranjenja kot večplasten pojav v družbi s sociološkega, medicinskega in psihosocialnega vidika.

Opredelevanje problema in metodologija

Če želimo definirati problematiko motenj hranjenja, se ne moremo zadovoljiti le s strogo telesnimi ali psihološkimi vidiki. Nujno moramo upoštevati, da motnja izraža tudi konflikte in stiske nekega okolja, družbe. Z raziskavo sem želela prikazati motnje hranjenja kot problem znotraj zahodnoevropske kulture, socialnega konteksta in osebne biografije.

Metodološko sem izbrala kvalitativno analizo individualnih doživljanj žensk z motnjami hranjenja, saj ni mogoče kvantitativno ovrednotiti teh osebnih bitk za življenje in svobodo. Ne moremo preprosto šteti enote vedenja in ne zajeti vse kompleksnosti globokega trpljenja.

Delovne hipoteze

Z intervjuji, ki sem jih opravila, sem želela preveriti naslednje delovne hipoteze:

1. motnje hranjenja so odvisnost,
2. motnje hranjenja so bolezen,
3. motnje hranjenja so povezane s čustvenimi stiskami iz otroštva,
4. osrednjo vlogo v družini z motnjo hranjenja imajo matere,

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.

5. razgovori in sodelovanje v skupinah za samopomoč so nujno potrebni pri procesu okrevanja.

Hipoteze so usmerjene v stvarne življenjske probleme intervjuvank in se le posredno navezujejo na širši družbeni prostor. Raziskovane sem želela proučevati v njihovem vsakdanjem življenjskem kontekstu in prisluhniti njihovim čustvom.

Vzorec raziskave

Vzorec raziskave predstavlja populacija devetih žensk, ki so se zdravile na Oddelku za motnje hranjenja v Ljubljani v letu 2001. Za vse sodelujoče sem pripravila obrazec, ki vsebuje izjavo o zavestni in svobodni odločitvi za sodelovanje v raziskavi in potrdilo, da so seznanjene s potekom raziskave in vedo, da imajo v kateri koli fazi raziskave pravico prekiniti sodelovanje. Seznanjene so bile s postopkom pridobitve dovoljenja za raziskavo, ki jo je dovolila Komisija za medicinsko etiko pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije.

Zbiranje podatkov

Intervjuje sem opravljala na Oddelku za motnje hranjenja, ki deluje v okviru Centra za mentalno zdravje. V aprilu 2001 sem z dovoljenjem vodje oddelka hodila skoraj na vse termine terapevtskih srečanj, da sem dobila uvid v psihoterapevtsko delo in spoznala vrednost posameznih terapevtskih tehnik (psihoterapevtski razgovori, muzikoterapija, likovna terapija, delovna terapija, trening socialnih veščin, učenje relaksacijskih tehnik). V maju in juniju 2001 sem opravila devet poglobljenih intervjujev, ki so trajali od ene ure do največ ure in pol. Intervjuvanke so bile stare od devetnajst do dvaintrideset let, med njimi je bila ena dijakinja, šest je bilo študentk, dve hodita v službo. Sedem deklet je bilo na zdravljenju prvič, dve sta bili na zdravljenju tretjič, oziroma petič. Šest intervjujev sem lahko posnela na kaseto, tri pa snemanja niso dovolile in sem zato njihove zgodbe po pripovedi sproti zapisovala. Vse, ki sem jih prosila za sodelovanje v raziskavi, so bile pripravljene sodelovati. Za pogovore sem imela na voljo posebno pisarno.

Mojemu raziskovalnemu projektu so bile naklonjene vse bolnice, ki sem jih intervjuvala in vsi terapevti, s katerimi sem sodelovala. Priznati moram, da gre za izreden tim, ki z visokim strokovnim znanjem in velikim razumevanjem spremlja stiske teh deklet in jim pomaga.

Obdelava in analiza intervjujev

Najprej sem intervjuje napisala v parafrazirani obliki in vsak primer proučila kot singularno študijo. S kvalitativno študijo, ki je temeljila na *odprtem kodiranju*, sem želela dobiti vpogled v celostno razumevanje motenj hranjenja in spoznati proces zdravljenja te odvisnosti oziroma okrevanja.

V intervjujih sem podčrtala izbrane dele besedila, ki so predstavljali bistvo življenjske zgodbe vsake sogovornice. Te podčrtane stavke ali skupine besed sem v postopku kodiranja kot *enoto* zapisala v alineah pod posamezne *kategorije*, ki pomenijo nekakšna poglavja v življenjski zgodbi:

- zgodnje otroštvo,
- odnosi v družini,
- prve izkušnje z motnjo hranjenja,
- šolanje in preživljanje prostega časa,
- samopodoba,
- težave z motnjo hranjenja,
- odnos okolja do motnje in podpora,
- hospitalizacija,
- okrevanje,
- preprečitev – kako se izogniti ponovitvi težav in preprečiti motnje pri drugih.

Vsak intervju sem uvrstila pod zaporedno arabsko številko in pod isto zaporedno arabsko številko zapisala tudi izjave, ki ustrezajo posamezni kategoriji. Pod izjavami vsakega intervjuja sem zapisala pojme, ki ustvarjajo dispozicijo za motnje hranjenja v vsaki kategoriji.

Zaključek kodiranja vsake kategorije je razlaga pojmov, interpretacija.

Interpretacija kategorij

Zgodnje otroštvo

Vsebinski pojmi, ki v zgodnjem otroštvu ustvarjajo dispozicijo za motnje hranjenja so: debelost, ločitev, zloraba, pomanjkanje ljubezni, čustveno hladna mama, onemogočeno predelovanje čustvene stiske, urejena, toda hladna družina, siljenje s hrano, prepričani v družini, odklanjanje starševske vloge, dominantna babica, pridobivanje priznanja s perfektnostjo, preveč pozornosti in permisivna vzgoja.

V osmih intervjujih je prisotno pomanjkanje ljubezni v zgodnjem otroštvu, le v enem primeru zasledimo preveč pozornosti in permisivno vzgojo. Za otroke, ki rastejo v pretirano permisivnem okolju, je značilno, da ne zmorejo postaviti jasne meje med seboj in okoljem. Sebe doživljajo kot svoje potrebe, želje in v bistvu trpijo razočaranje za razočaranjem, ko okolje ni pripravljeno vselej izpolnjevati njihovih želja. Tu se dogaja pomemben paradoks: okolje takšne ljudi ocenjuje kot egoistične, narcisoidne, sami pa običajno trpijo zaradi občutkov zavrženosti, manjvrednosti in prepričanja, da jih nihče ne mara. Razvije se samopodoba, ki je močno podobna tisti, ki jo prevzamejo otroci, ki odraščajo v nasilnem okolju. Otroci, žrtve nasilja, oblikujejo slabo samopodobo, ker jim tako vsiljuje nasilno okolje. Razvajenci pa oblikujejo idealizirano, navidezno samopodobo, ker jim okolje sploh ni nudilo možnosti za soočanje s samim seboj.

Predelovanje čustvenih stisk je onemogočeno ali moteno v vseh devetih primerih. Pomanjkanje pozornosti, izkazovanj ljubezni, pripravljenosti za pogovor in možnost izraziti strah ali stisko (ločitev, prepiri in zlorabe) so pojmi, ki jih zasledimo v vseh intervjujih.

Razen v dveh intervjujih je sicer opaziti pomembnost samožrtvovanja, lojalnosti in zunanega videza (»primerno socialno vedenje«). Vidimo, da se dekleta čuti dolžno za vsako ceno izpolniti pričakovanja staršev in si pridobiti njihovo priznanje s perfektnostjo.

Odnosi v družini

Motnje hranjenja so vse bolj obravnavane kot družinska motnja, kjer gre za izredno moteno dinamiko odnosov v družini. Čeprav delujejo te družine navzven usklajeno, se v njih pojavlja ogromno elementov nefunkcionalne družine. Za pojmom nefunkcionalna družina se skrivajo vzgojna načela, ki naredijo otroka ranljivega in s tem dovzetnega za razne zasvojenosti, tudi motnje hranjenja.

Vsebinski pojmi, ki se pojavljajo v zgodbah pod kategorijo odnosi v družini, so: dominantna mama, podrejen oče, oče kot slab transfer, tradicionalna vloga matere in žene, nezmožnost oblikovanja lastne identitete pri materi, nizka samopodoba matere, negiranje čustvenih potreb, nizek prag za konflikte, reševanje konfliktov pri hrani, očetov alkoholizem, agresivno vedenje; vloga reševalke problemov, stiske in občutki krivde, perfekcionizem.

V vseh devetih zgodbah imajo osrednjo vlogo matere, ki so v večini primerov dominantne, avtoritarne, s težnjo po nadzorovanju in obvladovanju (sedem zgodb), v dveh družinah pa je babica tista, ki odloča.

Družinski člani so pretirano povezani in pretirano odgovorni drug za drugega. Meje med partnerskim podsistemom in otroki so nejasne, difuzne. V šestih zgodbah lahko spoznamo, da dekleta ni le pasivna žrtev, temveč aktiven partner v odnosu z materjo in očetom in da starša prek nje rešujeta svoje partnerske konflikte.

V družinah se pojavlja negiranje čustvenih potreb (kar zasledimo v vseh devetih zgodbah). Družinski člani ne zmorejo ali nočejo izraziti svojih čustev in dekleta prične zadrževati čustva v sebi. Pretirano hranjenje je, kot vidimo, nadomestilo za izražanje jeze, agresije, strahu in razočaranja. Da bi ta čustva potisnile globoko vase, ker jih pač ni primerno izraziti, uporabljajo hrano.

Prav tako se v teh družinah ne razpravlja o problemih, ampak se vsi pretvarjajo, da jih ni. Ker se problemov ne rešuje, dekleta nima predstave o tem, kaj jo boli. Resnejših problemov dekleta ne sme in ne zmore reševati, zato svojo energijo usmeri v reševanje namišljenih težav (bitka za idealno težo). Če pa se že spregovori o težavah, je to najpogosteje ob obrokih (hrana), kjer se zbere vsa družina. Vse to lahko razberemo v vseh devetih zgodbah.

Prve izkušnje z motnjo hranjenja

Povprečna starost ob prvih izkušnjah z motnjo hranjenja intervjuvanih deklet je 16,6 let.; najmlajša je imela 12 let, najstarejša pa 24 let. Vsebinski pojmi, ki se pojavljajo ob prvih izkušnjah z motnjo hranjenja, so: stradanje zaradi občutkov sramu po zlorabi, bruhanje zaradi debelosti, začetek motnje zaradi očetove smrti, nezmožnost reševanja problemov, zvrčanje krivde, pritiski v šoli, občutek nadzora, razreševanje čustvenih stisk z motnjo, izguba ljubljene osebe, motnje v zaznavanju telesnega videza in vpliv medijev, želja po priznanju, razvijanje idealizirane navidezne samopodobe, strah pred debelostjo.

V vseh zgodbah zasledimo strah pred debelostjo. Ta strah je prisoten pri vseh motnjah hranjenja. Ne gre za strah pred hranjenjem samim, ampak pred tem, da bi se zredile.

Šest intervjuvanih deklet ima bulimijo in vse se kažejo kot bistre, uspešne in ambiciozne. Toda za to fasado se skrivajo osebe z nizkim samospoštovanjem. Razvile so tako imenovani lažni jaz, idealizirano navidezno samopodobo. Bulimičarka deluje navidezno popolno – ima lepo postavo, je uspešna pri delu, študiju in daje vtis, da nima nobenih težav. Toda v resnici živi dvojno življenje, kajti v sebi je razklana. Polna je strahov, jeze in dvomov in to mora iz nje. Pri tem si pomaga s hrano.

Tri intervjuvanke so anoreksične. Pri teh treh je še bolj kot pri ostalih opazna motnja v zaznavanju telesnega videza. Izbruh boleznij je pri vseh treh povezan s težkimi stresnimi življenjskimi situacijami (očetova zloraba in njegova smrt, odhod od doma v tujino zaradi šolanja in težka socialna problematika v družini).

Šolanje in preživljanje prostega časa

Značilni za to kategorijo so naslednji vsebinski pojmi: pretirana orientacija v dosežke in uspeh, lojalnost do družine, perfekcionizem, občutki moči ob stradanju, nesamostojno odločanje, hrana kot blažilec stresov, materin nadzor, vloga rešitelja družine, hiperaktivnost, socialna osamitev, vegetarijanstvo, balet kot rizična dejavnost, pretirana aktivnost.

Kar v osmih primerih zasledimo pretirano orientacijo v dosežke in uspeh, kar pa pomeni tudi poudarjanje tradicionalnih konceptov femininosti in zunanega izgleda. Starši so dominantni in nadzirajoči (zlasti mama), kar je vidno v sedmih primerih, in niso sposobni podpreti otrokove individualizacije (nesamostojno odločanje).

Dekleta v svojih zgodbah opisujejo depresivne simptome, ki se kažejo kot socialni umik (tega omenjajo vse) in depresivno razpoloženje z občutki neučinkovitosti in brezvoljnosti. Pri vseh lahko srečamo tudi obsesivno-kompulzivne poteze v smislu nenehnega razmišljanja o hrani, pripravljanja hrane, spremenjenega načina prehranjevanja ali želje po iz-

gubi telesne teže s pretirano aktivnostjo (slednji pojem zasledimo v dveh primerih). Spremenjen način prehranjevanja – vegetarijanstvo se pojavi kar v šestih zgodbah. Izgleda, da jih ta novi način prehranjevanja še dodatno zaposli in tako omogoči nenehna obsesivna razmišljanja o hrani.

Samopodoba

Vsebinski pojmi, ki v kategoriji samopodoba ustvarjajo dispozicijo za nastanek motnje hranjenja, so: nizka samopodoba, nizko samovrednotenje, lakota po ljubezni, negiranje čustvenih potreb, težave v medosebnih odnosih z moškimi, samopoškodbe, poskusi samomora, stalni občutki krivde, negativni transfer matere, oče kot slab transfer, motnja hranjenja kot način življenja, kot kanal za izražanje čustev, perfekcionizem, potreba po pozornosti, občutki neustreznosti in dvoma vase, strah pred zavrtnitvijo, skrite alianse v družini.

Pojem nizka samopodoba, nizko samovrednotenje ali občutki neustreznosti se pojavijo v vseh devetih intervjujih.

V treh zgodbah zasledimo poskuse samomora in samopoškodbe (vsa tri dekleta so bulimična).

Težave v medosebnih odnosih se pojavljajo pri vseh. Kažejo se kot občutki nesproščenosti, nesprejetosti in umik v motnjo hranjenja ob problemih, kar pa je tudi posledica negiranja čustvenih potreb. Tri intervjuvanke posebej omenjajo težave v medosebnih odnosih z moškimi (dve sta bulimični, tretja pa je doživljala nekajletne zlorabe).

Težave z motnjo hranjenja

Težave z motnjo hranjenja opredelijo intervjuvanke v naslednjih vsebinskih pojmi: občutki nemoči in izguba nadzora, poskus samomora, samopoškodbe, težave v medosebnih odnosih, socialna izolacija, strah pred debelostjo, nesprejemanje ženske vloge, menjavanje obdobij stradanja in prenajedanja z bruhanjem, miselne preokupacije s hrano, zdravstvene težave in izbruh bolezni zaradi padle imunske odpornosti, spolna zloraba.

Vse omenjajo zdravstvene težave, ki se kažejo na različnih organskih sistemih: amenoreja, anemija, nevarnost krvavitev zaradi bruhanja, osteoporoza, poraščenost, slabši vid, motnje v zbranosti in motnje pomnenja, izpadanje las in hipovitaminoze. Tri intervjuvanke so zaradi padle imunske odpornosti zbolele za tuberkulozo, ena med njimi pa je bila v času hospitalizacije zaradi tuberkuloze še spolno zlorabljena.

V vseh devetih zgodbah zasledimo menjavanje različnih obdobij motenj hranjenja: obdobju stradanja sledi obdobje prenajedanja z bruhanjem ali pa dekleta izgublja kalorije s pretirano telesno aktivnostjo, kar zasledimo v dveh zgodbah.

Odnos okolja in podpora

Odnos okolja in podpora pri odpravljanju motnje sta za dekleta bistvenega pomena. Pod to kategorijo zasledimo naslednje vsebinske pojme: nerazumevanje okolja za motnjo, neobčutljivost družinskega okolja, omalovaževanje problema motnje, vloga medijev (časopis in televizija), samostojna odločitev za zdravljenje, pretirana kritičnost matere, odsoten oče, mamina podpora, očetova podpora, individualni razgovori pri psihiatru, skupina za samopomoč, premalo pomoči v skupini, družinska terapija, podpora prijateljic, podpora ljudi zunaj družine (psihologinja, profesorica, sostanovalka, fantovi stari starši, fant), izguba osebe, ki je nudila podporo, skrivanje motnje, osamljenost, pridobivanje na teži in strah pred debelostjo.

Vloga medijev pri pomoči motnjam hranjenja je omenjena v vseh devetih intervjujih. Vse omenjajo oddajo Odstiranja, ki je predstavila motnje hranjenja kot problem v naši družbi in možnosti zdravljenja pri nas. Tri so hodile v skupino za samopomoč in vse tri ugotavljajo, da so dobile premalo pomoči na teh srečanjih, ki so le enkrat tedensko, kar je veliko premalo. Bolj pohvalno so se opredelile do individualnih ambulantnih razgovorov pri psihiatrinji (tri so hodile na razgovore pred sprejemom v bolnišnico) in do družinske terapije, ki sta jo obiskovali dve dekleti s starši. Pri vseh tudi zasledimo pojem samostojna odločitev za zdravljenje, ki pa ob dejstvu, da je osebna odločitev in prijava na zdravljenje pogoj za sprejem v bolnico, nima pomembne vrednosti.

Hospitalizacija

Pod kategorijo hospitalizacija zasledimo naslednje vsebinske pojme: dolga čakalna doba za sprejem, težko prilagajanje novemu okolju, spoznanje o nujnosti strokovne pomoči, prevelika pričakovanja zdravljenja, uvid v dolgotrajnost terapije, občutek varnosti na oddelku, optimistična pričakovanja v zvezi z zdravljenjem, identifikacija z drugimi, zmanjšanje sramu, pozitivno ovrednotenje zdravljenja, dober terapevtski pristop, učinkovito čiščenje občutkov jeze na psihodrami, premalo zasebnosti v procesu zdravljenja, nelagodje ob razkrivanju zlorabe, želja po individualnih razgovorih s terapevtom, dobri terapevti, še posebej vodja, občutki dvoma vase, občutki negotovosti, bruhanje na oddelku (kršitev dogovora), želja po okrevanju, strah pred odpustom zaradi kršitev dogovora, strah pred debelostjo, strah pred manipulacijami s hrano, strah pred zavrtnitvijo, ambivalentna čustva: želja po okrevanju in pridobitvi teže in želja po prekršitvi dogovorov in odpust domov, skupina za samopomoč kot pomoč po končanem bolnišničnem zdravljenju.

S hospitalizacijo so bile v glavnem vse zadovoljne, vseh jim je bil terapevtski tim in način dela. Predolga

čakalna doba je pojem, ki so ga v intervjujih omenile vse. Ta čas je bil za vse najtežji in motnja je v tem obdobju pri vseh dosegla vrh. Hospitalizacija je prišla kot odrešitev.

Dve intervjuvanki sta izpostavili premalo zasebnosti v procesu zdravljenja. Motilo ju je, da sta morali pred vsemi bolniki in celotnim timom terapevtov govoriti o svojih težavah. Štiri so v svojih zgodbah navedle željo po več individualnih razgovorih s terapevtom.

Okrevanje

V kategoriji okrevanje zasledimo naslednje pojme: življenje brez prekrškov kot pogoj za okrevanje, okrevanje kot normalno prehranjevanje in premagovanje stresov brez hrane, učenje novih vzorcev obnašanja in čutenja ter odprava starih, neprimernih, pridobljenih po mami in očetu, občutki nemoči in dvoma vase v odnosu do matere, izražanje čustev na ustrezen način kot pogoj za okrevanje, ljubezen do sebe kot pogoj za okrevanje, večje samozaupanje, večje samovrednotenje kot pogoj za okrevanje, nezmožnost okrevanja v lastni družini, menjava okolja kot pogoj za okrevanje, občutenje sebe in svojega telesa, prepoznavanje občutij v sebi in izražanje, zavedanje težavnosti in dolgotrajnosti okrevanja, hrana le kot sredstvo za nahranjenje telesa, zaužitje obroka hrane brez občutkov krivde, hrana kot neustrezen kanal čiščenja strahov in agresivnih občutij, želja po neodvisnosti.

V vseh zgodbah se kot pogoj za okrevanje pojavi normalno prehranjevanje, večje samovrednotenje in samospoštovanje. Štiri dekleta si želijo menjati okolje, ker bi tako lažje okrevale. Le ena je v svoji zgodbi navedla potrebo po obiskovanju skupine za samopomoč, kar me je nekako presenetilo. Obstaja verjetnost, da ostale še niso razmišljale o življenju potem, ko bodo zaključile zdravljenje, ali pa polagajo vse upe na možnost obiskovanja terapevtske skupine tudi po zaključku hospitalizacije.

Prevenција – kako se izogniti ponovitvi težav in preprečiti motnje pri drugih

V svojih zgodbah so dekleta navedla zelo konkretne predloge, kako se izogniti ponovitvi težav in preprečiti motnje pri drugih. Vsebinski pojmi, ki se pojavljajo pri tem, so: motnje hranjenja naj postanejo bolj aktualna, javna tema, vloga medijev je slaba, obveščanje o posledicah motenj hranjenja, pravilno opozarjanje družbe na probleme, prevelik poudarek na dietah v medijih, prevelik pomen zunanjega videza, zgrešeni družbeni ideali (vitkost), družbeno nerazumevanje motenj hranjenja, premajhna družbena skrb, premalo postelj za bolnišnično zdravljenje, zgodbe kot preventivno sredstvo, zgodbe uspešnih okrevanj, zgodbe kot vzpodbujevalec motenj hranjenja, vloga zdravih medosebnih odnosov med starši in otroci, pomen toplih

družinskih odnosov, vloga ljubezni obeh staršev, šola življenja (partnerstvo, zakon), prevelik poudarek na krščanskih vrednotah, prevelika storilnost kot vedenjski vzorec, perfekcionizem kot osnovna ideja v življenju, otroci kot projekti svojih staršev, preveliko poudarjanje družinskih vrednot, blaginja kot vzrok bulimije, stiska kot začetek problema, sprotno reševanje problemov, prešibka vloga svetovalnih služb po šolah, zgodnji preventivni programi, razumevanje kot pogoj za pomoč, pravilno izražanje čustev, očiščenje duše, motnja hranjenja kot bolezen duše.

Motnje hranjenja naj postanejo aktualna družbena tema, menijo vse intervjuvane. Družbena skrb za odvisnosti te vrste je še slabša kot za druge odvisnosti. To kaže tudi podatek, da ima vsa Slovenija le osem bolniških postelj za tovrstno zdravljenje in je zato na sprejem potrebno čakati tri mesece.

Potrebni so zgodnji preventivni programi o zdravem odnosu do hrane in do sebe, meni večina. Ti programi naj bi se začeli izvajati že v nižjih razredih osnovne šole, ena intervjuvanka pa meni, da bi morali začeti že v vrtcu.

Vloga medijev je slaba. Potrebno bi bilo objavljane zgodbe deklet z motnjo hranjenja in vprašalnikov na to temo, menijo intervjuvanke. Poudarjajo vrednost zdravih medosebnih odnosov med starši in otroki, ter vlogo toplih družinskih odnosov. Na drugi strani pa stojijo izjave ene intervjuvanke, ki meni, da se preveč poudarja družina in družinske vrednote, da je družba preveč krščansko usmerjena in da je perfekcionizem osnovna ideja v življenju.

Motnja hranjenja je bolezen duše, sta naravnost povedali dve intervjuvani v svoji zgodbi, pri ostalih pa lahko to bolezen duše v zgodbah zasledimo v pojmi: občutek nemoči in praznine, lakota po ljubezni, negiranje čustvenih potreb, stiske in občutki krivde, ter psihične težave.

Povzetek kodiranja vseh desetih kategorij predstavlja poskusno teorijo, v kateri sem želela strniti empirične ugotovitve in izsledke preverjanja delovnih hipotez.

Formuliranje poskusne teorije

Empirični izsledki

Pomanjkanje ljubezni v zgodnjem otroštvu, onemogočeno ali moteno predelovanje čustvenih stisk so pojmi, ki ustvarjajo dispozicijo za motnje hranjenja.

Družinski člani so pretirano povezani in odgovorni drug za drugega. Meje med partnerskim podsistemom in otroki so nejasne, difuzne. Značilna je šibka starševska koalicija, pojavijo se prikrite koalicije. Dekle postane aktiven partner v partnerskem odnosu svojih staršev. Sooči se z vprašanjem lojalnosti in to sproži v njej konflikt in občutke krivde, ter beg v bolezen.

V družinah z motnjo hranjenja se ne razpravlja o problemih, spremembe so strah vzbujajoče, odraščanja

nje je boleče. Komunikacija med materjo in hčerko je slaba, oče v njej ni prisoten.

Strah pred debelostjo in strah pred izgubo nadzora nad samim seboj sta pojma, ki spremljata vsa dekleta. Spoznanje, da lahko ignorirajo in kontrolirajo svoje potrebe in apetit, jim daje moč. Razvijejo idealizirano navidezno samopodobo »super dekleta«, ki v celoti obvladuje življenje.

Anoreksična dekleta si prizadevajo za popolnost in se imajo pod kontrolo, bulimične pa so impulzivne in se ne morejo obvladovati. Pogosto se pri njih pojavljajo različne oblike avtoagresivnega vedenja.

Značilna je pretirana orientacija v dosežke in uspeh ter poudarjanje zunanjega izgleda. Starši so dominantni in kontrolirajoči (zlasti mama) in niso sposobni podpreti dekletove individualizacije. Z begom v samoto, z nenehnim razmišljanjem o hrani in spremenjenih načinih prehranjevanja (vegetarijanstvo) so se dekleta navadila zanikati lastne potrebe. V poskusih, da bi imele popolno telo, da bi ustregle drugim, so razvile odvisnost, ki jih uničuje.

Pojavljajo se zdravstvene težave, ki se kažejo na različnih organskih sistemih. Značilna so menjavanja različnih obdobjih motenj hranjenja.

Značilno je nerazumevanje in neobčutljivost okolja za motnjo, pogosta pa je podpora ljudi zunaj družine.

V procesu zdravljenja bi želele več individualnih razgovorov in več zasebnosti. Zavedajo se, da je zdravljenje teh motenj dolgotrajen proces.

Okrevanje jim pomeni normalno prehranjevanje, večje samovrednotenje in samospoštovanje in občutenje samega sebe.

Motnje hranjenja so odvisnost, pri kateri je družbeno nerazumevanje še večje kot pri drugih odvisnostih. Vloga medijev je slaba. Potrebno bi bilo objavljanje zgodb deklet z motnjo hranjenja in vprašalnikov na to temo. Poudarjena je vloga zgodb o okrevaanju, še posebej zgodb uspešnih okrevaanj kot preventivnem sredstvu, ki lahko odvrta od takih motenj.

Potrebni so zgodnji preventivni programi o zdravem odnosu do hrane in do sebe, ki naj bi se začeli izvajati že v nižjih razredih osnovne šole.

Preverjanje delovnih hipotez

Motnje hranjenja so odvisnost

Vsem oblikam motenj hranjenja je skupno to, da so prisilnega (kompulzivnega) značaja. Oseba se zelo trudi, da bi s tem početjem prenehala, vendar tega ne more storiti. Zaradi te značilnosti motnje hranjenja lahko uvrstimo tudi med zasvojenosti. Oseba mora znova in znova ponavljati ritual omamljanja, saj pogosto tako, da omami svojo zavest, v sebi doživi trenutno pomiritev. Od ostalih zasvojenosti se motnje hranjenja med drugim razlikujejo po tem, da gre za skrito (celo najbližji tudi več let ne vedo, kaj se dogaja) in osamljeno početje (Švab in sod., 1998).

V vseh devetih zgodbah zasledimo prisilno kompulzivno obnašanje. Ritualni omamljanja se ponavljajo največkrat v samoti. Omama pomeni prekinitev stika s tokom zavesti (s sabo).

Motnje hranjenja so bolezen

Vse zgodbe intervjuvanih prikažejo težave v identitetnem razvoju in številne bolezenske težave, ki se kažejo kot duševne motnje (depresivna stanja, strah pred debelostjo, neuspehom, samopoškodbe, poskusi samomorov) in težave v delovanju različnih organskih sistemov (pojav amenoreje, anemije, dlakavosti, krvavitve, izpadanja las, slabovidnost, motnje delovanja ščitnice). Spoznamo, da ni prizadeto le telesno zdravje, ampak tudi duševno. Najpogostejša definicija duševnega zdravja je, „da gre za odsotnost boleznih ali stanje dobrega počutja« (Ramon, 1993). Danes naj ne bi več govorili o duševnih boleznih, temveč o duševnih motnjah. Motnje hranjenja so torej duševne motnje, ki imajo telesne posledice.

Motnje hranjenja so povezane s čustvenimi stiskami iz otroštva

Pomanjkanje ljubezni, pozornosti, pripravljenosti za pogovor in možnosti izraziti strah ali stisko (ločitev, prepiri, prevelike zahteve okolja ali zlorabe) so pojmi, ki jih zasledimo v vseh intervjujih.

Osrednjo vlogo v družini z motnjo hranjenja imajo matere

V sedmih zgodbah imajo matere dominantno vlogo. So avtoritarne, s težnjo po nadzorovanju in obvladovanju. V dveh primerih je babica tista, ki odloča. Neodločna mati, nezmožna oblikovanja lastne identitete, pa predstavlja hčerki slab transfer. Materino tradicionalno vlogo in šibkost zavrača, oče pa ji služi kot močan identifikacijski model, ki mu želi ugajati. In motnja hranjenja je povezana z iskanjem neke nove identitete, ki je ni zasledila pri materi.

Razgovori in sodelovanje v skupinah za samopomoč so nujno potrebni v procesu okrevaanja

Razgovori so v procesu okrevaanja bistveni, ugotavljajo vse intervjuvane. Želijo si pogovorov in pozornosti. V skupino za samopomoč so hodile tri in vse tri ugotavljajo, da so dobile premalo pomoči na teh srečanjih, ki so le enkrat tedensko, kar je veliko premalo. Bolj pohvalno so se opredelile do individualnih ambulantnih razgovorov pri psihiatrinji in do družinske terapije.

Interpretacija ugotovitev

Povezava ugotovitev s širšo teorijo in spoznanji

Motnje hranjenja so bolezenska stanja, ki imajo korenine v otroštvu. To spoznanje je bilo moč zaslediti

v izjavah vseh anketiranih. Tudi vodja Oddelka za motnje hranjenja v okviru Kliničnega oddelka za mentalno zdravje, mag. Karin Serbec, dr. med., je prepričana, da je motnja hranjenja povezana s čustvenimi stiskami iz otroštva in nastane v družini. Je torej družinska motnja.

Tudi Hilda Bruch (1986) odkriva pomembnost zgodnjih interakcij med otrokom in starši (zlasti materjo) za razvoj otrokove identitete. Ugotavlja ego in osebne deficite, ki se kažejo v napačni percepciji telesnih meja in v pomanjkanju avtonomije.

Ločevanje na anoreksijo in bulimijo je pomembno le za klinično diagnostiko, sicer pa pri približno 80 odstotkih nikoli ni prisotna samo ena motnja, temveč je značilno prehajanje ene v drugo, meni mag. Serbec. To je bilo opazno tudi v raziskavi.

Ker so vse prizadete fiksirane na svoje telo in hrano, ki si jo tako želijo, Silke Bercht (1997) meni, da lahko vse motnje hranjenja uvrstimo v kategorijo anoreksije.

Bolezen se v večini primerov pojavi v obdobju pubertete. Povprečna starost ob prvih izkušnjah z motnjo hranjenja intervjuvanih deklet je bila 16,6 let. Najmlajša je imela 12 let, najstarejša pa 24 let. Glede starosti ob nastopu bolezni si avtorji niso več enotni in v zadnjem času opuščajo ta kriterij, saj vse več žensk razvije motnjo hranjenja v zrejših letih (Garfinkel in Kaplan, 1986). Najstarejša hospitalizirana bolnica, ki se je zdravila na Oddelku za motnje hranjenja, je bila stara 37 let.

Stradanje vpliva tudi na kognitivne funkcije. Anoreksičarke postanejo bolj neodločne in imajo težave z zbranostjo, pri bulimičnih pa pogosto srečamo motnje razpoloženja (Garfinkel in Kaplan, 1986). Pri bulimičnih tudi pogosteje najdemo simptome anksioznosti in poskuse samomorov, ter razne oblike samoposkodb (Johnson in Pure, 1986). V zgodbah anketiranih lahko zasledimo enake simptome.

Samodestruktivno vedenje pogosteje srečamo pri tistih bulimičnih pacientkah, ki so imele izkušnjo spolne zlorabe. Takšno vedenje je lahko edini način, da izrazijo svoja boleča občutja (Johnson in Pure, 1986). Enako vedenje lahko zasledimo pri treh anketiranih dekletih, ki so imele izkušnjo spolne zlorabe.

Številni avtorji opisujejo starše deklet z motnjo hranjenja kot pretirano orientirane v uspeh in dosežke. Teorije o patogeni interakciji med starši in otrokom iščejo razlage v specifičnem tipu interakcije med staršem in otrokom, izoliranem od številnih drugih interakcij. Avtorji, ki zastopajo to vrsto teorij, poudarjajo patogeni vpliv tako otrokovih kot tudi starševskih karakteristik in njihovo medsebojno vplivanje (Kog in Vandereycken, 1989). Enakega mnenja je tudi mag. Serbec, ki navaja, da je v času, odkar se ukvarja s tovrstnimi motnjami, spoznala izjemno malo neustreznih mam in očetov. Pravi, da ne gre za slabe starše, značilno je le neujemanje med njimi in otrokom, vendar pa nikakor ne moremo govoriti zgolj o njihovi krivdi.

Zgovoren je podatek, da se je kar polovica staršev teh deklet tudi sama najmanj enkrat v življenju spopadala s preveliko telesno težo in so obremenjeni z različnimi dietami, navaja mag. Serbec. Enaki so tudi izsledki raziskave intervjuvanih deklet.

Metodološka samorefleksija

Prede sem pričela z raziskavo, sem se vključila v vse dejavnosti, ki potekajo v procesu zdravljenja na Oddelku za motnje hranjenja. Želela sem stopiti v interakcije z intervjuvanimi dekleti prej, da bi kasneje lažje razumela nekatera ravnanja in dogodke, ki so sledili. Postopoma sem se vživljala v njihov svet in postala ena od »terapevtk« v njihovih očeh in njihova poslušalka. Na hodniku so me prijazno pozdravljale in spraševale, če jutri spet pridem.

Tudi dr. Blaž Mesec pravi, da je raziskovanje s sodelovanjem (z udeležbo) prvi pogoj za spoznavanje v vsaki socialni situaciji (Mesec, 1998: 42).

Kljub zelo dobremu poznavanju problematike so me presenetila silna čustva jeze in samodestrukcije intervjuvanih. Sprva se mi je zdelo nepojmljivo, da se lahko dekleta samo poreže z nožem, kasneje sem to razumela. Spoznala sem, kako pomembno je izražanje čustev v zgodnjem otroštvu, takrat ko jih želiš in moraš izraziti. Mislim, da sem bila močan raziskovalni instrument, ki je s precejšno mero empatije in razumevanja sprejemal te zgodbe trpljenja.

Interpretacijo bi lahko zelo obogatila s ponovnimi intervjuji istih deklet čez leto ali dve. Njihove zgodbe okrevanja ali ponovnega padca v odvisnost bi imele veliko vrednost, predvsem zgodbe uspešnih okrevanj.

Za boljšo organiziranost družbene pomoči (več skupin za samopomoč, več bolniških postelj, namenjenih za zdravljenje te odvisnosti in organiziranje dnevnih terapevtskih centrov, ki so v tujini že nekajletna praksa, pri nas pa se o tem šele dogovarjajo) bi bilo potrebno več podobnih raziskav, kot je bila moja. Tako bi dobili veliko interpretacij istega problema, kar bi omogočalo večjo utemeljenost razlag in rešitev.

Sklep

Raziskava je prikazala motnje hranjenja kot problem, ki se pojavi v družini, ki dekletu v času identitetnega razvoja ni nudila prave in zadostne opore. V družini in v družbi nasploh bi bilo potrebno vzpodbujanje izražanja čustev, predvsem tistih, ki v družbenih diskurzih ženskega obnašanja niso dovoljena. Motnje hranjenja so namreč pogosto odraz zatrtih čustev jeze.

Potrebno bi bilo zajeti celotno družino dekleta, s pomočjo družinskih terapevtov izboljšati družinsko dinamiko in narediti nov »reframing«, ki bo pomagal pri okrevanju. Zdravljenje dekleta samega ni dovolj, če se ta po končani terapiji vrne v staro, njej neugodno družinsko okolje.

Potrebno bi bilo dopolniti sedaj skromne medicinske koncepte zdravljenja z mrežo zagovorništva in večjim številom samopomočnih skupin. Potrebna bi bila neka koordinatorica, ki bi usmerjala pomoči potrebne in poiskala tiste, ki so okrevale in bi bile pripravljene svojo pozitivno izkušnjo podeliti s tistimi, ki so šele na začetku te dolge poti, ki pelje iz omame. Telefon v stiski bi bil zelo dobro dopolnilo takemu konceptu delovanja. Zdi se mi, da imajo premalo besede odvisnice, vse preveč se slišijo le predlogi in izvajanja strokovnjakov. Več naj bi spregovorile ženske in dekleta, ki se borijo s to odvisnostjo.

Zahvala

Najlepše se zahvaljujem dekletom, ki so sodelovala v raziskavi. Hvala prečudovitemu timu terapevtov in medicinskih sester na Oddelku za motnje hranjenja, kjer sem se počutila tako »doma«. Posebej se zahvaljujem vodji tega oddelka mag. Karin Ser nec, dr. med., spec. psih. in Jadranki Čarapić, socialni delavki za vso prijaznost in pomoč pri realizaciji intervjujev.

Literatura

1. 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.
2. Bruch H. Anorexia Nervosa. The Therapeutic Task. Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986.
3. Garfinkel PE, Kaplan AS. Anorexia Nervosa. Diagnostic Conceptualisation. Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986.
4. Johnson C, Pure DL. Assessment of Bulimia – a multidimensional model. In: Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986: 405–49.
5. Kog E, Vandereycken W. The Facts. A Review of Research Data on Eating Disorder Families. New York: PMA Publishing Corp., 1989.
6. Mesec B. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1998.
7. Ramon S. Razvoj duševnega zdravja v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki. Socialno delo, Duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1993; 1-2: 5–19.
8. Švab A et al. Ko hrana ni več hrana. Ljubljana: ŠOU, 1998.
9. Tomori M. Motnje hranjenja. V: Seminar o delu z mladostniki. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, 1995.