

ANOREKSIJA NERVOZA S PRIKAZOM PRIMERA

ANOREXIA NERVOSA WITH A CASE STUDY

Pia Arzenšek, Zlatan Turčin, Milica Lahe

KLJUČNE BESEDE: anoreksija nervoza, značilnosti, zdravljenje, doživljanje, izkušnje

KEY WORDS: features of anorexia nervosa; treatment

Izvleček – Članek predstavlja povzetek diplomskega dela z naslovom Anoreksija nervoza s prikazom primera. Anoreksija nervoza (AN) prikazuje z vzroki, specifičnimi simptomi, zapleti, katerih prepoznavanje je ključnega pomena za izbiro ustreznega načina zdravljenja. Predstavljena je poudarjena vloga medicinske sestre v bolnišnični obravnavi oseb z anoreksijo nervozo in ukrep prisilne hospitalizacije, ki lahko prepreči eksistenčno ogroženost oseb s tovrstno motnjo hranjenja. Našteti elementi so prikazani tako z vidika stroke s teoretičnimi osnovami pridobljenimi s študijem slovenske in tuje strokovne literature, kot tudi s prikazom primera osebe z AN, z namenom bolj nazorne in slikovite predstave in boljšega razumevanja tovrstne motnje hranjenja, kar vpliva na dolgoročno uspešnost zdravljenja. Povezava teorije in prakse je omogočila tudi opredelitev preventivnih ukrepov pred razvojem in pred relapsom anoreksije nervoze, ki lahko izboljšajo prognozo in zmanjšajo smrtnost oseb z AN. Ključno vlogo v zdravljenju ima posameznik z AN sam z lastno voljo, močjo in motivacijo za spremembe, vendar hkrati s psihofizično in socialno podporo okolja.

Abstract – The article presents the summary of the diploma paper Anorexia nervosa with a case study. Anorexia nervosa (AN) is presented together with its causes, specific symptoms and complications and the fact that their understanding is of crucial importance for the choice of relevant mode of treatment. The article stresses the importance of the role of the nurse in hospital treatment of patients with anorexia nervosa, and presents the measure called involuntary hospitalization which can prevent vital threat in patients with this kind of eating disorder. The above elements are presented through the study of home and foreign literature and by means of a case study of a patient with AN. The link between theory and practice enabled us to form certain preventive measures which can be used before onset and before relapse of anorexia nervosa and which can represent better prognosis and lower mortality of patients with AN. Key role in treatment belongs to the individual her/himself with her/his own will, strengths and motivation for change, together with psychophysical and social support from her/his environment.

Uvod

Ljudje ob stresu, preobremenitvah, vplivu medijev s pretiranim propagiranjem vitkosti in reklamiranjem dietnih proizvodov reagirajo na različne načine. Nekateri takšne probleme rešujejo tudi destruktivno (pretirano pitje alkohola, droge, odvisnost od različnih substanc in stvari). Ena izmed nekonstruktivnih načinov odzivanja na probleme je tudi motnja prehranjevanja oziroma motnja hranjenja, med katere uvrščamo po mednarodni klasifikaciji boleznih (MKB 10) tudi anoreksijo nervozo. Motnje hranjenja so opredeljene kot bolezenska entiteta (duševna motnja) od 2. polovice prejšnjega stoletja. Razlikujemo jih od motenj prehranjevanja, ki veljajo za nekakšno predstopnjo motenj hranjenja, hkrati pa ni nujno, da se v to tudi razvijejo in ni nujno, da so znak določene duševne motnje (Serneck, 2003).

Veliko dejavnosti je usmerjeno v preprečevanje debelosti (propagiranje diet, znižanje cen dietnih proizvodov, zdravstvena vzgoja na sistematskih pregledih...), medtem pa je manj preventivne dejavnosti oziroma pravočasnega odkrivanja in manj alternativ zdravljenja na področju težav, ki nastopijo pri anoreksiji nervozi. Ta motnja hranjenja je v te namene tudi podrobneje predstavljena. Če ni pravočasnega prepoznavanja in ustreznega ukrepanja, lahko postane anoreksija nervoza kronična, ogroža življenje in vodi v smrtni izid.

Osnovne značilnosti anoreksije nervoze

Anoreksijo nervozo (dalje AN) lahko opredelimo kot psihosomatsko motnjo hranjenja. Čeprav je navzven vidna predvsem izrazita shujšanost, gre za iz-

raz notranje globlje čustvene psiho-socialne stiske (Brecelj-Kobe, 2002). Dobesedni prevod izraza anorexia nervosa pomeni sicer pomanjkanje apetita, toda osebe z anoreksijo nervozo premagujejo apetit, ki je celo povečan, kar dokazujejo povišane vrednosti hormona grelina pri teh osebah (Anon., 2003). Tako je ustrežnejši izraz za tovrstno motnjo hranjenja Magersucht, ki pomeni odvisnost od suhosti, sčasoma se namreč razvije biokemična odvisnost.

Najnovejši podatki kažejo, da znaša prevalenca AN v svetu 3 na 1000 prebivalcev in incidenca 8 novih primerov na 100 000 prebivalcev na leto (Žigon, 2004). Razmerje med osebami moškega spola in osebami ženskega spola, ki so obbolele za klasično AN, se giblje po različnih študijah od 1: 6 do 1: 20 oziroma 8 % pri osebah moškega spola in 92 % pri osebah ženskega spola (Hafner, 2003).

Dejavniki tveganja za razvoj AN so bio-psiho-socialne narave in se pri vsakem posamezniku razlikujejo glede na različni preplet genetskih dejavnikov in dejavnikov okolja, toda vsem osebam z AN je skupno, da v odrekanju hrane vidijo edini način nadzora nad lastnim telesom in edini način reševanja problemov. To reševanje je navidezno, problemi se namreč z odrekanjem hrane še poglobijo oziroma nastajajo novi (Brecelj-Kobe, 2002). Tako AN prinaša psihične in somatske posledice.

Pri obravnavi AN M. Ratsman s sodelavci uveljavlja dve podskupini za klasifikacijo AN:

Restriktivna AN je prisotna pri 25 % oseb z AN (Serneck, 2003). Pri tem tipu oseba doseže izgubo telesne teže predvsem z dietami in stradanjem in/ali pretirano telesno aktivnostjo (Mikuš, 2003). Z zavračanjem hrane hočejo pokazati, da ne morejo sprejeti tistega, kar jim okolje (lahko tudi družina) daje ali hoče posredovati. Načrtno zavračajo hrano in hranjenje do take mere, da jih lahko življenjsko ogrozi (Gostečnik, 2002).

AN z bulemičnimi potezami (purgativni tip AN) oziroma tip »basanja/čiščenja« pa se pojavlja pri 75 % oseb z AN (Serneck, 2003). Pri tem tipu se oseba baše s hrano, potem pa običajno sledi samopovzročeno bruhanje ali zloraba laksativov, diuretikov ali klistirja. Nekateri pa izvedejo »čiščenje« že po manjših količinah hrane (ni nujno, da se »nabašejo«) (Mikuš, 2003). Te osebe nadomeščajo čustveni primanjkljaj s hrano, vendar hrane ne zmorejo prebaviti, tako kot ne morejo predelati neprijetnega čustvenega stanja v družini (Gostečnik, 2002).

Zdravljenje anoreksije nervoze

Glede na multifaktorsko vzročnost je pomembno delovanje multidisciplinarnega tima, v katerem sodelujejo strokovnjaki z različnih strokovnih področij: specialist internist, pediater, pedopsihiater, klinični psiholog, klinični dietetik, medicinska sestra, zdrav-

stveni tehnik, socialni delavec in ostalo osebje. Vsak član tima deluje na svojem področju, hkrati pa med seboj sodelujejo, se posvetujejo in tako zagotavljajo kompleksno obravnavo, ki naj bo prilagojena vsakemu posamezniku in intenzivnosti njegove motnje. Ključni cilj zdravljenja anoreksije nervoze je vnovična vzpostavitev telesne teže in spremembe mišljenja na področju odnosa do telesa, hrane, učenje konstruktivnih načinov reševanja problemov. V te namene je potrebna obravnavo posameznika tako na somatskem področju s pomočjo posameznika pri pridobivanju telesne teže, kot tudi psihoterapija z različnimi psihoterapevtskimi skupinami (Mehler, Andersen, 1999; Levey, 2004).

Zdravljenje na somatskem in psihičnem področju naj bi potekalo sočasno, saj se ti področji med seboj prepletata in sta med seboj odvisni. Določena fizična stabilnost je potrebna, da lahko posameznik sodeluje v psihoterapiji, toda sočasno je potrebna tudi psihična pripravljenost posameznika za pridobivanje telesne teže, kar pomeni poskus motiviranja osebe za zdravljenje (pogovor, spodbuda s strani osebja s sočasnim hranjenjem, spodbuda sovrstnic z enakimi težavami, seznanjanje z zapleti kot posledicah hujšanja), oziroma v primeru odklanjanja zdravljenja kljub eksistenčni ogroženosti ukrep prisilne hospitalizacije, saj gre pri posamezniku za moteno dožemanje lastne telesne podobe.

Vloga medicinske sestre v obravnavi anoreksije nervoze

V okviru multidisciplinarnega tima se v obravnavi oseb z anoreksijo nervozo medicinska sestra vključuje v vse faze procesa zdravljenja, tako v vnovično vzpostavljanje telesne teže kot tudi v psihoterapijo in družinsko terapijo. Predvsem ima pomembno vlogo v bolnišnični obravnavi, saj je ves čas s pacientom in prav hospitalizacija predstavlja v večini primerov edini izhod iz začaranega kroga, v katerem se posameznik znajde.

Najpomembnejše specifične naloge medicinske sestre v okviru zdravljenja AN, ugotovljene na podlagi študija literature in obravnave primera dekleta z AN, so:

- nadzor nad hranjenjem, ki prepreči manipuliranje, goljufanje s hrano, puščanje hrane, tekmovanje med sovrstnicami v puščanja hrane, izraža določeno vrsto skrbi zanje in pomaga premagovati »zavoro«, ki se pojavi pri osebah z AN pri soočanju s hrano;
- sočasno hranjenje z osebami z AN (v praksi v Angliji) spodbuja k hranjenju in pomaga osebam z AN premagovati »slabe občutke«, s katerimi se soočajo in s katerimi se borijo ob hranjenju (Treasure, 2000);

- preprečevanje morebitnega goljufanja z navideznim dvigovanjem telesne teže;
- preprečevanje bruhanja in pretirane telesne aktivnosti;
- individualna medicinska sestra, dodeljena vsakemu posamezniku za določitev načrta zdravljenja in nadaljnega kontinuiranega vodenja z oblikovano strategijo preventivnih ukrepov pred relapsom (ukrep v praksi v Angliji);
- postopno vračanje odgovornosti posamezniku od 24-urnega nadzora osebe z AN ob sprejemu in tako popolnega prevzema odgovornosti, 12-urni nadzor, sprehodi, do samostojne priprave hrane zase in pomoči medicinske sestre ob tem;
- psihoterapevtska pomoč (pogovor z osebo o občutkih, problemih...);
- sodelovanje v družinski terapiji (opazovanje odnosa med pacientom z AN in družinskimi člani v času obiskov, v družinski terapiji).

Tako je medicinska sestra tudi čustveno vpletena v obravnavo, zato mora najprej predelati lastna čustva in lasten odnos do hrane in telesa, da lahko ustrezno pomaga posamezniku.

Težave in konflikte, ki se lahko pojavijo v obravnavi oseb z AN, naj medicinska sestra rešuje sproti, na rednih sestankih, s čimer se razbremeni in tako ne prenaša negativnega počutja nazaj na pacienta ali celo v lastno družino (Peterka-Novak, 2001).

Nejasne situacije, s katerimi se soočajo medicinske sestre nakazujejo tudi potrebo po uveljavljanju supervizije in intervizije na delovnem mestu. Na podlagi izkušenj in nadzora supervizija vodi, usmerja, daje oporo in pomoč strokovnemu osebju pri razvijanju profesionalnih prijemov (Arnold, 1999). Supervizija pri obravnavi AN predstavlja profesionalno refleksijo in svetovanje za zagotavljanje kvalitetnega opravljanja poklicnega dela in spodbujanje profesionalnega in osebnega razvoja medicinske sestre, ki opravlja čustveno intenzivno in metodično zahtevno delo v odnosu s pacienti z AN. S pomočjo klinične supervizije in s tem pridobljenimi spretnostmi in vpogledom v samo sebe in pacienta lahko medicinska sestra izpolni svojo poklicno vlogo, prepreči morebitno čustveno izgorelost in pridobi vzpodbudo za bolj neodvisno delovanje na svojem področju. Supervizija ima tako podporno, edukativno in vodstveno funkcijo (Skoberne, 2001; Žorga, 2002).

Supervizijo izvaja izkušen strokovnjak na področju na katerem opravlja supervizijo in je praviloma posebej usposobljen, medtem ko v interviziji, vrsti supervizije, sodeluje skupina strokovnjakov, kolegov, ki se učijo skupaj s pomočjo svojih delovnih izkušenj. Intervizije ne vodi stalen supervizor, temveč njegovo vlogo prevzemajo člani skupine (intervizor). Vsak član skupine občasno nastopa v vlogi supervizorja (Arnold, 1999).

Čeprav je delo medicinske sestre z osebami z anoreksijo nervozo zahtevno, intenzivno in zapleteno, je obenem tudi priložnost za lastno udejstvovanje, kreativnost, razdajanje in ob vsem tem človek osebno raste in se razvija (Peterka-Novak, 2001).

Etična dilema prisilne hospitalizacije

Obravnavo anoreksije nervoze prinaša vprašanje prisilne hospitalizacije v primeru, ko oseba z AN odklanja zdravljenja, kljub medicinski nujnosti le-tega. Ali je etično in moralno v omenjenem primeru zdraviti posameznika proti njegovi »svobodni volji« ali upoštevati njegovo odločitev in ne zdraviti?!

V takšnem primeru je ukrep v odnosu do spoštovanja odločitve osebe sicer etičen, vendar ni moralen, saj s takšnim ravnanjem ohrani eksistenčno ogroženost posameznika. Zato je pomembno zavedanje, da je osnovna značilnost anoreksije nervoze prav motena predstava lastne telesne podobe, zaradi česar lahko posameznik odklanja zdravljenje, saj se ne zaveda lastne eksistenčne ogroženosti. Prav tako takšna oseba nima moči, da bi izrazila sicer globljo notranjo željo po ozdravitvi, saj se sčasoma vzpostavi biokemična odvisnost, ki to preprečuje. V omenjenih primerih je ukrep prisilne hospitalizacije edina rešitev za ohranitev življenja posameznika in ustrezna pomoč osebi z AN.

Vendar ukrep prisilne hospitalizacije ne pomeni nastopanja zoper svobodno voljo posameznika, temveč ukrep zoper anoreksijo nervozo, ki posameznika obvladuje z vzpostavitvijo biokemične odvisnosti.

Pomembno je tudi poudariti, da prisilna hospitalizacija (prisotna v Angliji, medtem ko v Sloveniji ni uveljavljena), ne pomeni tudi prisilnega hranjenja (parenteralno hranjenje, hranjenje po nazogastrični sondi), temveč se izvaja v obliki enteralnega hranjenja v terapevtskem okolju sočasno z ostalimi pacienti in medicinskimi sestrami (Marušič v Matos, 1999). Vzporedno s pridobivanjem telesne teže se izboljša tudi psihično počutje, posameznik lahko ponovno pridobi voljo do življenja in motivacijo za zdravljenje oziroma se le-ta poveča. Tako se prisilna hospitalizacija lahko spreobrne v prostovoljno.

Anoreksija nervoza v obravnavanem primeru

Primer dekleta z anoreksijo nervozo smo obravnavali s prenosom teorije v prakso in primerjavo s teoretičnimi osnovami ter na podlagi individualnega pogovora z dekletom. AN smo predstavili s klinično sliko, vzroki, kronološkim potekom, zdravljenjem, individualnimi izkušnjami in doživljanji ob spopadanju s tovrstno motnjo hranjenja. Obravnavo primera nam je tudi omogočila oblikovanje začaranega kroga AN pri dekletu.

Začarani krog anoreksije nervoze

Različni dejavniki tveganja (perfekcionizem, preobremenitve, smrt ožjih družinskih članov, hiperprotektivnost okolja, pretirana potrošniška ponudba in posledično težave pri odločanju...) lahko vodijo v nezadovoljstvo, saj posameznik ne more realizirati lastnih, sicer irealnih, pričakovanj in previsokih pričakovanj okolja. Prav tako iz paničnega strahu pred neustavljivim pridobivanjem telesne teže zanika hrano in tako zanika življenje, kar se izraža z odrekanjem hrane in posledično izgubo telesne teže, slabšim psihičnim in fizičnim stanjem, kar vodi v slabše rezultate in uspeh in ponovno v nezadovoljstvo in kaznovanje z odrekanjem hrane. Ob tem se pridruži še psihično in verbalno siljenje s hrano s strani okolja, kar stisko še poglobi. Tako se krog oža in edini izhod iz začaranega kroga predstavlja hospitalizacija s svojimi pozitivnimi elementi (nadzor nad hranjenjem, omejitve, sprememba okolja...). Prvotnemu odvzemu odgovornosti sledi postopno vračanje le-tega in iskanje primerne okolja po odpustu osebe z AN.

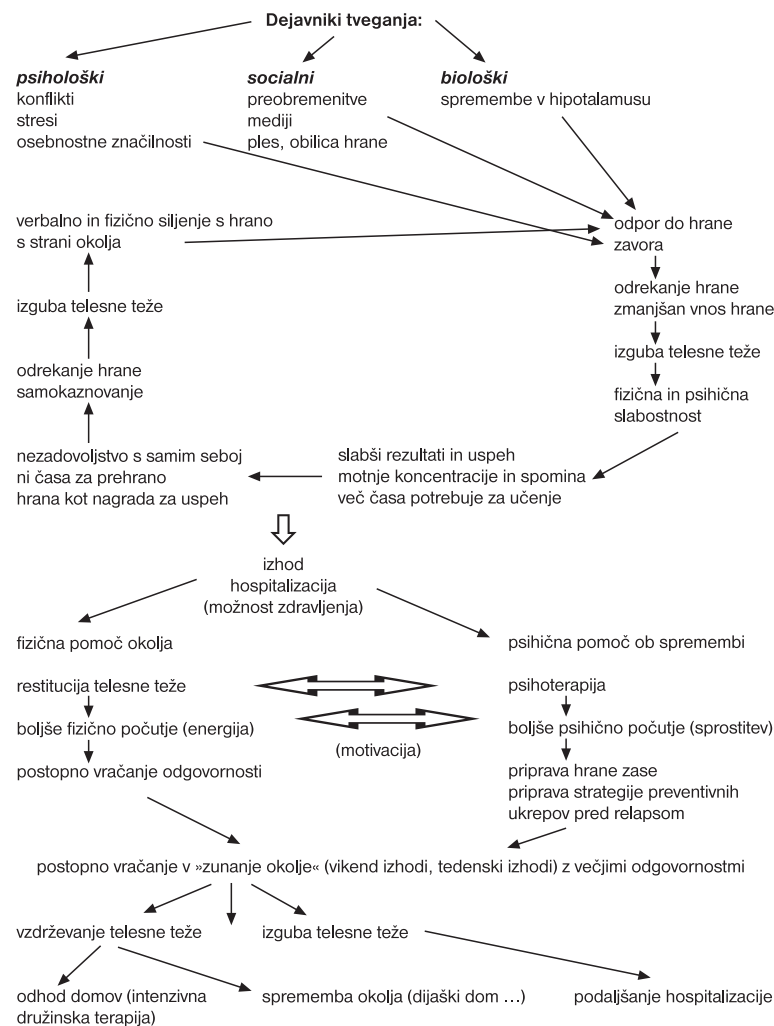
Zdravljenje AN poteka tako sočasno na psihičnem in somatskem področju, saj sta med seboj soodvisni.

Povezava fizičnega in psihičnega stanja

Ugotovili smo, da je psihično stanje dekleta z AN spremenjeno skladno s fizičnim stanjem:

- Ob stradanju je depresivno stanje prisotno ob slabem fizičnem stanju, pomanjkanju energije in moči, mrazenju telesa.
- Navada na spremenjeno telesno podobo sovpada s fizično adaptacijo telesa na upočasnjene življenjske funkcije (srčni utrip, krvni tlak) in znižane vrednosti telesne temperature.
- V obdobju pridobivanja telesne teže je dekle doživljalo parenteralno prehrano, ogromne količine hrane kot prisilo na telo, vdiranje v lastno telo, kar je skladno z reakcijami telesa na ponovno hranjenje z naslednjimi simptomi: edemi, tahikardijo, bolečinami v trebuhu, slabostjo, napetostjo abdomna. Lahko nastanejo tudi zapleti – hipofosfatemija in posledično srčna dekompenzacija, motnja srčnega ritma, mišična atrofija, depresija kostnega mozga,

ZAČARANI KROG ANOREKSIE NERVOZE V BESEDI IN SLIKI



Sl. 1. Shematski prikaz začaranega kroga anoreksije nervoze v obravnavanem primeru (Arzenšek, 2005).

jetna okvara, zato je pomembno opazovanje in redne kontrolne meritve življenjskih funkcij v času restitucije telesne teže.

- Lastno telo je doživljala večje kot je bilo dejansko, kar je najbrž obrambni mehanizem, ki obdrži posameznika pri življenju, kajti sicer bi se lahko iz strahu pred smrtjo zgrozil, ohromel in ne bi imel več upanja in sposobnosti za izboljšanje. Podobno v času hospitalizacije v primeru izredno nizke telesne teže določijo podcilje, da posameznik ne bi obupal, preden bi dosegel končni cilj, ki je lahko zelo oddaljen od trenutnega stanja, v katerem je.

Te ugotovitve predstavljajo psihosomatske posledice odrekanja hrane, ki nakazujejo ponovno potrebo po sočasni psihični in somatski pomoči. Tako so vzroki in posledice anoreksije nervoze psihosomatskega značaja.

Dejavniki, ki vplivajo na povečanje intenzivnosti anoreksije nervoze

Negativni dejavniki, ki vplivajo na proces razvoja anoreksije nervoze z vidika dekleta so slednji:

- verbalno siljenje s hrano, kar še poveča odpor do hrane;
- nerazumevanje s strani okolja, da se vzpostavi biokemična odvisnost, ki posamezniku odvzame moč za ustrezno odzivanje in tako ob vsaki priložnosti za odrekanje hrane, oseba slednje uporabi;
- možnost zdravljenja le s parenteralno hrano v primeru zelo nizke telesne teže;
- motivacija oziroma določena telesna teža kot pogoj za zdravljenje (tako nimajo možnosti zdravljenja osebe z zelo nizko telesno težo na oddelku za motnje hranjenja, temveč le na internih oddelkih, kjer je nudena le fizična pomoč s prehrano – v primeru relapsov le možnost parenteralne prehrane);
- ne uveljavljena prisilna hospitalizacija (tako nimajo možnosti zdravljenja prav tisti, ki jo v največji meri potrebujejo, ki niso motivirani oziroma nimajo moči, da bi premagali biokemično odvisnost);
- odsotnost nadzora nad hranjenjem, preprečevanja goljufanja z navideznim dvigovanjem telesne teže v času hospitalizacije;
- odsotnost sočasne psihične in fizične pomoči, ki sta med seboj soodvisni;
- pomanjkanje postelj in tako krajša ležalna doba kot bi bila potrebna glede na intenzivnost motnje;
- pomanjkljiva družinska terapija;
- po odpustu manj alternativ ambulantnega vodenja;
- vrnitev v neustrezno okolje, kjer se ponovno vzpostavi začarani krog AN.

Preventivni ukrepi pred razvojem anoreksije nervoze

Na podlagi študija literature in obravnavanega primera smo oblikovali najpomembnejše preventivne ukrepe pred razvojem anoreksije nervoze, ki so naslednji:

- Zmanjšanje obremenitev, stresnih situacij v šoli, na delovnem mestu, doma..
- Povečati osveščenost širšega okolja o rizičnih skupinah (baletke, manekenke, stevardese, gimnastičarke, telovadke, med osebami moškega spola predvsem tisti, ki se ukvarjajo z gimnastiko, plavanjem, borilnimi športi ter populacija med 14–18 let pri obeh spolih).
- Ozaveščanje širšega okolja o znakih, ki se pojavijo že pred hujšanjem (socialna izolacija, pretirano ukvarjanje s telesno podobo in telesno aktivnostjo, zastoj telesne rasti in razvoja).
- Poučevanje rizičnih skupin v obliki sproščenih delavnic o ustrezni prehrani, telesni teži in zapletih

kot posledicah hujšanja (izguba menstruacije, neplodnost, osteoporoza, predvsem pri restriktivni AN ter elektrolitske motnje in posledično motnje srčnega ritma – pogosto prisotne pri osebah s purgativnim tipom AN, omejitve v izbiri študija in poklica, omejitve pri osnovnih opravilih...)

- Zaposlovanje zdravstvenega osebja na področjih, kjer se pojavljajo rizične skupine, kar omogoča redne kontrolne preglede zdravstvenega stanja in tako zgodnje odkrivanje in ukrepanje, ki izboljša prognozo.
- Mediji bi morali zmanjševati reklamiranja dietnih proizvodov in propagiranje vitkosti; koristne bi bile oddaje o AN (predvsem ozaveščanje o zapletih).
- Individualna zdravstvena vzgoja na sistematskih pregledih in ne skupinsko usmerjena, predvsem o problematiki povprečja populacije – debelosti.
- Bilteni o ustrezni prehrani, telesni teži in zapletih kot posledicah hujšanja.

Potrebo po uveljavljanju ukrepov pred razvojem AN nakazujejo tudi zadnje mednarodne raziskave z zdravjem povezanega obnašanja šolarjev (HBSC), izvedene v Evropi in Severni Ameriki, ki so med drugim pokazale naslednje rezultate za Slovenijo (Blejc, 2004):

	Nezadovoljni s telesno težo	Na dieti	Čezmerna telesna teža
Dekleta starosti 15 let	59,9 %	27,7 %	manj kot 1 %
Dečki starosti 15 let	24,4 %	8,1 %	manj kot 2 %

Rezultati kažejo, da je nezadovoljstvo s telesno težo pretirano oziroma nima realne podlage.

Preventivni ukrepi pred relapsom anoreksije nervoze

Kadar se AN že razvije, je pomembno zgodnje odkrivanje in pravočasno ter ustrezno ukrepanje, ki v večini primerov predstavlja hospitalizacijo kot edini izhod iz začaranega kroga v katerem se posameznik znajde. Nato sledijo preventivni ukrepi pred relapsom, ki se vzpostavijo že v času hospitalizacije:

- Postopno vračanje odgovornosti, saj posameznik ne more sprejeti naglih sprememb telesne podobe (pridobivanje na telesni teži 1–1,5 kg/teden) in tako manjše možnosti ponovnega hitrega padca telesne teže po odpustu.
- Hrana po želji med predpisanimi možnostmi v času hospitalizacije prepreči, da bi posameznik sprejemal hrano kot kazen, temveč jo sprejema kot ugodje in jo povezuje s prijetnimi občutki, kar je pomembno tudi za dolgoročno sprejemanje hrane.

- Postopno vračanje odgovornosti in tako postopna priprava na odpust (od 24-urnega nadzora do samostojne priprave hrane zase).
- Dolžina hospitalizacije je prilagojena intenzivnosti motnje.
- Postopno vračanje v okolje iz katerega posameznik prihaja oziroma v katero se posameznik vrača (vikend izhodi, tedenski izhodi) in v primeru poslabšanja stanja med temi izhodi podaljšanje hospitalizacije. V Angliji uporabljajo takšen pristop, ki je ugodnejši tako za posameznika, saj le-ta nadaljuje že dosežen napredek, kot tudi iz finančnih razlogov, saj podaljšanje hospitalizacije predstavlja še zmeraj manjši strošek kot celotni proces od začetka, saj bi v primeru odpusta ob poslabšanju stanja med izhodi najbrž prišlo do relapsa in bi bila potrebna ponovna hospitalizacija (Gilbert, 2000).
- Iskanje ustreznega okolja, v katero se posameznik vrača. Če je to družina, je zelo pomembna intenzivna družinska terapija ali pa iskanje spremembe okolja (sorodniki, dijaški dom, študentski dom...). Pri tem imajo vlogo tudi medicinske sestre in socialni delavci.
- Izdelava strategije preventivnih ukrepov pred relapsom.
- Poučevanje o možnostih relapsa in o realnih pričakovanjih, opozarjanje na to, da ne moremo pričakovati preveč sprememb naenkrat ali v kratkem obdobju.
- Osebi z AN in ožjim članom je potrebno omogočiti pogovor s strokovnim osebjem v primeru stiske.
- Natančno določeni datumi kontrole in s tem zagotavljanje kontinuirane obravnave posameznika po odpustu ter tako večja možnost pravočasnega ukrepanja (pomoč, hospitalizacija...).

V primeru relapsa posameznik z AN naj ne bi obupal, temveč bi konstruktivno reagiral in poiskal ustrezno strokovno pomoč. Prav tako tudi strokovno osebje naj ne bi obupalo in bi ponovno ponudilo možnost zdravljenja kljub relapsu, saj se moramo zavedati, da gre pri anoreksiji nervozi za biokemično odvisnost, ki jo je težko premagati.

Sklep

Prisilna hospitalizacija, obsežnejša vloga medicinske sestre, daljša doba trajanja hospitalizacije, iskanje ustreznega okolja v katero se posameznik vrača, postopno vračanje odgovornosti in tako postopna priprava na odpust so pristopi pri obravnavi AN v Angliji. Tak pristop je med drugim tudi rezultat boljših finančnih, kadrovskih, prostorskih, materialnih in edukacijskih možnosti, pa tudi več izkušenj ob številnejših primerih, skladno z večjo populacijo. Zato je pomembno in potrebno sodelovanje, konzultiranje, izmenjava informacij tudi s strokovnjaki iz tujine ter

postopno preizkušanje in uvajanje omenjenih ukrepov, ki so se v Angliji uveljavili kot dolgoročno učinkovitejši, tudi v Sloveniji.

S takšnim načinom dela bi morda vplivali na izboljšanje prognoze, pri vsakem posamezniku različno glede na različno intenzivnost motnje, in zmanjšanje smrtnosti oziroma vsaj večje možnosti zdravljenja, kar že predstavlja korak s strani okolja usmerjen k ozdravitvi posameznika. Na primer s prisilno hospitalizacijo v primerih z AN, ko osebe nimajo motivacije za zdravljenje in v primerih, kjer se že vzpostavi biokemična odvisnost. Predvidevamo, da je omenjenih primerov veliko, če izhajamo iz dejstva, da je osnovna značilnost AN tudi motena predstava lastne telesne podobe, zaradi česar lahko posameznik odklanja zdravljenje, ker se ne zaveda lastne telesne ogroženosti v kateri se nahaja in tako nima motivacije za zdravljenje, saj ne vidi potrebe zanjo. Biokemična odvisnost, ki se vzpostavi pri kroničnem poteku pa prepreči, da bi posameznik lahko izrazil sicer notranjo globoko željo po ozdravitvi.

Tako ima ključno vlogo v zdravljenju posameznik z AN sam z lastno voljo, močjo in motivacijo za spremembe, vendar je ob tem potrebna še psihična, fizična in socialna podpora s strani okolja, tako ožjega – družina, kot tudi širšega z omogočanjem možnosti (alternativ) zdravljenja, da lahko korake na poti k spremembam uresniči oziroma, da lahko vsaj ohrani življenje.

Anoreksijo nervozo smo predstavili tako z vidika stroke kot tudi z vidika posameznika z AN za bolj nazorno, slikovito predstavo in boljše razumevanje. V okviru obravnave tovrstne motnje hranjenja je pomembno ne le poznavanje teorije, temveč tudi poskus razumevanja stanja, v katerem so osebe z AN, in njihovega doživljanja, k čemur pripomorejo obravnave primerov. Prikazan primer je le eden izmed številnih, zato bi bilo v prihodnosti pomembno obravnavati takšne in podobne primere, da bi izboljšali razumevanje. Slednje je namreč ključnega pomena za kakovostno, ustrezno in učinkovito pomoč, boljše sodelovanje oseb z AN v obravnavi in dolgoročno uspešnost zdravljenja.

Literatura

1. Anon. Normalna strategija prehranjevanja: Premagajte hormon lakote. Maribor: Večer: priloga Zdravje, 7. 5. 2003: leto LIX, št. 103 (17891): 39.
2. Arnold-Milošević V. Predstavitev supervizijske metode. V: Arnold-Milošević et al. Supervizija – znanje za ravnanje – priručnik za supervizijo kot proces učenja za strokovno ravnanje in osebnostni razvoj. Ljubljana: Socialna zbornica Slovenije, 1999: 43–6.
3. Blejč U. Niso debeli, le mislijo, da so. Ljubljana: Zdravje: Mladi in zdravje, september, 2004: letnik 26, št. 295: 61–3.
4. Brecej-Kobe M. Model zdravljenja motenj hranjenja v otroškem obdobju. V Motnje presnove in motnje prehranjevanja pri otrocih. Zbornik predavanj. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Pediatrična sekcija, 2002: 32–7.
5. Gilbert S. Counselling for Eating Disorders. London: Sage publication Ltd., 2000.

6. Gostečnik C. Družinska dinamika pri motnjah hranjenja. V: Motnje presnove in motnje prehranjevanja pri otrocih. Zbornik predavanj. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Pediatrična sekcija, 2002: 46–7.
7. Hafner A. Kaj več o razširjenosti anoreksije nervoze in bulimije nervoze v Sloveniji. V: Bevc-Stankovič M et al. Preprečimo odvisnost od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo... zapolnimo vrzeli, živimo zdravo. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2003: 216–21.
8. Levey R. Anorexia nervosa. <http://www.emedicine.com/med/topic144.htm> – 101k – 3, september, 2004.
9. Matos U. Živa pri 26 kilogramih. Ljubljana: Mladina, 1999 jul 29: 24–5.
10. Mehler PS, Andersen AE. Eating disorders, a guide to medical care and complication. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1999.
11. Pandel-Mikuš R. Različni vidiki motenj hranjenja pri ženskah – I. del. Obzor Zdr N 2003; 37: 29–36.
12. Peterka-Novak J. Emocionalno delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri zdravstveni negi bolnic z anoreksijo nervozo. V: Martuljek G. Sodobna endokrinologija. Zbornik predavanj: strokovni seminar, 19–20 Oktober 2001. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Endokrinološka sekcija, 2001: 67–76.
13. Sernec K. Motnje hranjenja. V: Bevc-Stankovič et al. Preprečimo odvisnosti od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo... zapolnimo vrzeli, živimo zdravo. Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije, 2003: 259–64.
14. Skoberne M. Supervizija v zdravstveni negi. Obzor Zdr N 2001; 35: 241–5.
15. Treasure J. Getting Out Of The Gilded Cage. London: Bethlem and Maudsley Trust, 2000.
16. Žigon N. Motnje hranjenja: anoreksija, bulimija, kompulzivno prenajedanje. Ljubljana: Viva: julij 2004: leto XII, št. 128: 23–32.
17. Žorga S. Modeli in oblike supervizije. Univerza v Ljubljani: Pedagoška fakulteta, 2002: 9–14.