

## Anoreksija

V otroškem zdravstvu se večkrat srečujemo s psihogeno pogojeno anoreksijo. Odklanjanje hrane pri zdravem otroku je lahko posledica neugodnih emocionalnih odnosov med materjo in otrokom. Pogosto odklanjajo hrano otroci rigidnih mater, ki skušajo svoj emocionalno hladni ali ambivalentni odnos do otroka izravnati s kompulzivno skrbjo za otrokovo zdravje in telesno nego. Take matere običajno togo vztrajajo pri tem, da mora otrok zaužiti vselej določeno količino hrane ob določenem času. Hrana, ki jo otrok zaužije, jim je merilo za svojo materinsko prizadevnost in kakovost materinstva. Spričo takega odnosa do hranjenja se pri obrokih pogosto pojavljajo situacije, ko mati dolgo sili otroka, da zaužije zanj vse prevelike količine hrane, ne glede na fiziološke variacije v njegovem apetitu ali da bi količinkaj upoštevala otrokov okus glede posameznih vrst hrane. Razumljivo je, da se ob tem pri otroku sčasoma porodi odpor do hrane. Odpor proti njej pa ni le posledica siljenja, temveč se v njem kaže tudi njegovo odklonilno stališče do matere. Otrok s svojimi izredno tenkočutnimi emocionalnimi receptorji namreč kaj hitro zazna materin odklonilni ali ambivalentni odnos in ob njem tudi sam zgradi do matere čustveno razmerje enakih kakovosti. Ker je pa za otroka, ki je majhen, nemočen in povsem odvisen od matere, preveč ogrožujoče, če bi svoj odklonilni odnos do matere izrazil manifestno, ga izraža posredno s tem, da odklanja hrano, tj. pač tisto, kar mu mati ponuja najbolj zavzeto.

Poleg opisanega psihodinamičnega mehanizma neješčnosti se v otroškem obdobju srečujemo še z drugimi s psihogenimi vzroki neješčnosti. Tako je lahko neješčnost pri otroku izraz kroničnega in akutnega depresivnega stanja, ki nastopi ob izgubi ljubljene osebe ali zaradi čustvenega pomanjkanja v zavodskih ali hospitalnih razmerah. Anoreksija, ki je posledica hudega čustvenega pomanjkanja v zgodnjem življenjskem obdobju, lahko vodi v resne prehranske motnje ali atrofijo.

V pubertetnem obdobju se srečujemo s posebno obliko psihogeno pogojene anoreksije — tj. t. im. anorexia neurosa. To obolenje samo sicer ni pogostno, vendar je njegovo poznavanje za otroškega zdravnika pomembno zaradi resnosti bolezenske slike, saj ni nobena izjema, da se živčna anoreksija konča tudi usodno. Za to anoreksijo je značilno, da se razvije iz strogega shujševalnega režima, ki si ga je adolescent določil sam in iz svoje lastne pobude, vodi pa v skrajno neješčnost, izgubo teže, splošno slabo počutje in druga znamenja slabe prehranjenosti. Obolenje največkrat srečujemo pri mladih odraslih ljudeh, otroški zdravnik pa se z njim srečuje pri otrocih v obdobju pubertete ali tudi že prej. Pogosteje nastopa pri dekletih kakor pri fantih. Največkrat se razvije zgodba takole: nekoliko debelušasta deklica ali adolescentka sklone pričeti s shujševalno kuro in se pri tem odloči za izredno strogo redukcijsko dieto. Do take odločitve pride lahko reaktivno, ko kdo iz otrokovega okolja namigne na otrokovo debelost ali nerodnost. Dekle striktno izvaja predpisani

dietni režim, zares uspešno hujša in je ponavadi s svojim uspehom zadovoljna tudi sama. Vendar je sčasoma izguba teže že izredno velika, otrok telesno propada in starši postajajo ob tem zaskrbljeni. Zato spodbujajo otroka, naj prične uživati večje količine hrane. Otrok sam je do svojega telesnega propadanja povsem nekritičen in ga sploh ne dojame. Hrano odklanja sedaj tudi zaradi hude inapetence, ki se je razvila, delno pa tudi zato, ker ne uvidi, da je čezmerno telesno propadel. Kljub temu da je otrok vedno bolj kahektičen in da telesno propada, je fizično izredno aktiven in vztraja pri športnih aktivnostih. Sčasoma pride zaradi hude nedohranjenosti do fizioloških sprememb, kot je znižana raven krvnega sladkorja, dalje do motenj v krvnem obtoku, do zapeke in drugih prebavnih motenj itd. Kot že omenjeno, se bolezen lahko konča tudi smrtno. Pri otrocih in adolescentih z živčno anoreksijo najdemo velikokrat naslednje karakteristične peristaltične podatke in osebne značilnosti.

— Otrokovi starši so že od otrokovega rojstva dalje posvečali izredno skrb hranjenju in so v teh svojih prizadevanjih bili izrazito vztrajni in rigidni. Starši otrok z živčno anoreksijo so vedno posvečali veliko skrb otrokovemu telesnemu razvoju, otroka so nenavadno pogosto merili in tehtali. Sleherno nihanje v njegovem apetitu ali tudi že manjši odklon teže navzdol sta jih navdajala z nesorazmerno anksioznostjo. V skrbi za otrokovo zdravje so starši nasploh izkazovali čezmerno varovalen odnos do otroka.

— O otroku z živčno anoreksijo običajno izvemo, da je bil vedno priden, dober, prilagodljiv, sila prizadeven za šolsko delo, največkrat odličnjak. V razmerju do staršev in drugih pomembnih odraslih oseb je bil tak otrok največkrat odvisen in premalo samostojen.

— Otrokov odnos do staršev je sila dvostransko usmerjen, poleg odklonilnih in sovražnih tendenc vsebuje tudi močno navezanost na starše in odvisnost od staršev.

— V odnosu do sorojencev je otrok z živčno anoreksijo v močno izraženi situaciji tekmeča. V družbo vrstnikov se je vedno težko življal in slabo prilagajal. Kakor sam ni bil sposoben navezovati ustreznih emocionalnih stikov z vrstniki, z njihove strani tudi sam ni bil sprejet. Iz pomanjkanja občutka, da pripada skupini vrstnikov ali sorojencev, izvira ta njegova samošnost in občutek negotovosti.

— Pri adolescentu z živčno anoreksijo vselej srečamo kot psihodinamično pomemben faktor bojazen zaradi prehoda iz otroštva v obdobje zrelosti. Otrok v letih pred puberteto ali tudi že v puberteti z živčno anoreksijo kar noče in noče odrasti in seksualno dozoreti. Ker se pravi jesti tudi rasti, postajati močnejši, postati samostojen, spolno dozoreti, se soočiti z lastnimi seksualnimi spodbudami in s problemi sveta odraslih, se v pacientovi podzavesti pojem »ne jesti« ne izenačuje s pojmom »ostati« na otrokovi razvojni stopnji.

Pri otrocih in adolescentih z živčno anoreksijo je izredno močno izražen mehanizem odpiranja in zanikanja. Kakor od sebe odpirajo dejstvo fiziološko somatskega in seksualnega zorenja, odpirajo in zanikajo tudi kritično zdravstveno stanje, v katerem so spričo hude nedohranjenosti. Zatrjevali bodo zdravniku in staršem, da se izredno dobro počutijo, kljub temu da sta njihova kaheksija in bolezensko stanje očitna. Pri tem bodo na zavestni ravni tudi sami prepričani o normalnosti svojega zdravstvenega stanja celo takrat, ko zaradi izčrpanosti komaj še stojijo na nogah. Zvesti navadam pubertetnikov in adolescentov se večkrat celo vsak dan gledajo v ogledalu in pri tem niti ne opazijo, da so resno nedohranjeni. Prav zato tudi vsa prigovarjanja staršev

in zdravnika ter logičnega prepričevanja ne pripravijo otroka ali adolescenta z živčno anoreksijo do tega, da bi pričel jesti. Končno je pacient v enakem patofiziološkem stanju, kakor če bi njegova anoreksija bila posledica kakega somatskega patološkega procesa ali objektivnega pomanjkanja hrane. V nekaterih primerih se obolenje konča celo fatalno, vendar večina pacientov ob kombinirani medicinski terapiji in psihoterapiji ozdravi. Kakor hitro otrok prične jesti, izginejo tudi somatski problemi, povezani z malnutricijo. Ko anoreksija preneha, pa mnogo pacientov kaže tendenco k debelušnosti.

Pri otrocih s psihofiziološkimi motnjami, katerih klasični primer je živčna anoreksija, je običajno tako, da ostanejo psihološki problemi latentni in nespoznani, dokler se ne pojavi telesna simptomatika. Običajno gre tu za otroke, ki so vse do nastopa psihosomatskega simptoma bili vsestransko urejeni, dobro prilagojeni, za starše in šolo pa povsem neproblematični. Vendar natančna analiza otrokove osebnosti ob prezgodnji umrljivosti pokaže, da je otrok v svoji odzivnosti izkazoval izrazito hipersenzitivnost, da je njegova socialna adaptacija bila sicer formalno dobra, vendar vsebinsko manj ustrezna, zlasti glede emocionalnih odnosov z ljudmi, in da je otrok izkazoval določene kompulzivne poteze. Ker so pa omenjene nevrotične poteze diskretne in okolja ne motijo, pridejo pacienti v psihoterapevtsko obravnavo šele ob pojavu živčne anoreksije. Prvi terapevtski korak je, da pojasnimo staršem naravo otrokove motnje ter psihogeno etiologijo obolenja. Včasih pa je to v začetku obolenja težko, ker so starši prepričani, da je otrok somatsko bolan. Toda ko anoreksija le ne preneha in ko starši sčasoma sami prično opaziti otrokovo izkrivljeno doživljanje lastnega telesnega stanja in njegovo nekritičnost glede količine zaužite hrane in telesnega propadanja, jim postane misel o psihogenezi obolenja bolj sprejemljiva. V nadaljnjem psihoterapevtskem procesu skušamo modificirati neustrezna zadržanja in emocionalne odnose staršev do otroka. Pri terapevtskem procesu skušamo modificirati neustrezna zadržanja in emocionalne odnose staršev do otroka. Pri terapevtskem delu z otrokom samim ali z adolescentom psihoterapevt pacientu analitično interpretira naravo njegovih motenj in mu pomaga razreševati konfliktne odnose do staršev, vrstnikov, zlasti pa odklonilen odnos do lastnega fiziološkega zorenja. Namen terapevtskega procesa je doseči, da bo adolescent brez anksioznosti sprejel dejstvo svojega neizogibnega fiziološkega in seksualnega zorenja. Vsiljevanje hrane otroku in kakršnekoli zadevne grožnje praviloma ne pomagajo. Otrok najde način, da vsiljeno hrano bodisi spretno vrže stran, ko odrasli tega ne vidijo, ali pa jo takoj po vsiljenem obroku izbruh. Marsikdaj je anoreksija izražena tako močno, da obstaja vitalna indikacija za hospitalizacijo otroka z intravenskim ali nazalnim hranjenjem. Vzporedno s somatskim zdravljenjem mora teči tudi psihoterapevtska obravnavo pacienta in njegovih staršev.

Danes označujemo s pojmom psihofiziološke motnje veliko skupino bolezenskih slik, pri katerih je etiološko pomembna kombinacija bioloških in psiholoških momentov. Te motnje so posebno pogostne v otroškem obdobju, med njimi pa zavzema tako po frekvenci kot po resnosti pomembno mesto skupina psihogeno pogojenih anoreksij. Poznavanje psihogenih anoreksij in psihofizioloških motenj nasploh pa je za otroškega zdravnika zlasti pomembno tudi zato, ker ga navaja k celotni biopsihični evalvaciji malega pacienta in njegovih težav, obenem pa mu s tem pogloblja in širi vpogled v splet vseh mogočih bioloških in psiholoških silnic, ki determinirajo otrokovo zdravje ali bolezen.