

Naslov članka/Article:

Ko hrana ni več »hrana« – kako preprečujemo in zdravimo motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih

When Food Stops Being “Food” – How to Prevent and Treat Eating Disorders in Children and Adolescents

Avtor/Author:

Andreja Modrin Švab

DOI:

CC licenca



Priznanje avtorstva-Nekomercialno-Brez predelav



Šolsko svetovalno delo št.2-3/2017, letnik 21

ISSN 1318-8267

Izdal in založil: Zavod Republike Slovenije za šolstvo
Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2017

Spletna stran revije:

<https://www.zrss.si/strokovne-revije/solsko-svetovalno-delo/>

Duševno zdravje v vrtcu in šoli

Ko hrana ni več »hrana« – kako preprečujemo in zdravimo motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih

ANDREJA MODRIN ŠVAB, Društvo MUZA,
Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA
andrejamodrin@gmail.com

● **Povzetek:** Motnje hranjenja so takoj za depresijo in različnimi zasvojenostmi postale tretja najpogostejša kronična bolezen mladih deklet, pojavljajo pa se tudi pri mladih fantih. Članek skuša prikazati razsežnost motenj hranjenja v sodobnem času, s poudarkom na otrocih in mladih. Zaskrbljujoče je, da se motnje hranjenja selijo v vse nižje starostne skupine osnovnošolskega obdobja. Izhajala bom iz izkušenj ob delu z mladimi v zadnjih dvajsetih letih. V članku bomo opredelili razliko med terminoma motnje prehranjevanja in motnje hranjenja, saj se še vedno pogosto zamenjujeta. Po opisu prvih znakov motenj hranjenja bomo osvetlili novo sliko motenj hranjenja in prehranjevanja. Na podlagi novega Diagnostičnega in statističnega priročnika za duševne motnje DSM V (2013) so poleg anoreksije in bulimije nervoze postale končno opredeljene z diagnostičnimi merili tudi druge vrste motenj, kot so kompulzivno prenažanje ter tri motnje, ki običajno vzniknejo v otroštvu. Pod kategorijo drugih oblik pa so opisane še atipične oblike, očiščevalna motnja, nočno hranjenje, sem spadata tudi dve novi, vedno bolj pogosti obliki za sodobni čas, bigoreksija in ortoreksija. Sklenili bomo s poglavjem o pomenu zgodnjega odkrivanja in zdravljenja pri mladih.

Ključne besede: motnje hranjenja, motnje prehranjevanja, prvi znaki, nove oblike, zgodnje odkrivanje, vloga staršev.

When Food Stops Being “Food” – How to Prevent and Treat Eating Disorders in Children and Adolescents

● **Abstract:** Eating disorders have become the third most common chronic disease of young girls, preceded only by depression and various addictions; they also manifest in young boys. This article tries to show the magnitude of eating disorders in present times, focusing on children and young people. It is alarming that eating disorders are spreading to increasingly lower age groups in the primary school period. This article is based on my experiences of working with young people over the past twenty years. It will explain the difference between the terms ‘feeding disorders’ and ‘eating disorders’, because the two are still often confused. Following a description of the first symptoms of eating disorders it will shed new light on eating and feeding disorders. Based on the new Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (2013), disorders other than anorexia and bulimia nervosa have finally been defined using diagnostic criteria, e.g. compulsive overeating and three disorders that usually emerge in childhood. Atypical forms are described under the category of other types, such as the purging disorder and night eating syndrome; it also includes two new types, which are becoming more and more common today, namely bigorexia and orthorexia. It concludes with a chapter on the importance of early detection and treatment in young people.

Keywords: eating disorders, feeding disorders, first symptoms, new types, early detection, role of parents.

Pojavnost motenj hranjenja pri mladih

Motnje hranjenja veljajo za tretjo najpogostejšo kronično bolezen deklet v adolescenci. Glede na to dejstvo se zdi še kako pomembno, da se kot svetovalnica povezujemo s šolskim sistemom in svetovalnimi službami, saj je prav šola tisti prostor, kjer mladi preživijo večino svojega časa. Motnjo hranjenja pogosto najprej prepoznajo učitelji, razrednik ali sošolci, včasih pa se učenec sam obrne po pomoč v svetovalno službo ali se zaupa tistemu učitelju, pri katerem čuti zaupen odnos. Včasih svojo težavo učenci opišejo tudi v šolskem eseju pri slovenščini, kar je poziv učitelju, da se prvi pogovori z učencem tudi osebno.

Družbeni vplivi, ki spodbujajo preoblikovanje lastnega telesnega videza in telesa v skladu s predpisanim idealom, so danes izredno močni, najbolj dovzetni zanje pa so ravno otroci in mladi. So namreč v obdobju razvojnega preoblikovanja lastnih teles iz otrok v odrasle in večina je že zaradi tega naravnega procesa povsem zmedena ter pogosto nezadovoljna s spremembami. Če dodamo še družbene zahteve po vitkosti in mišičastem telesu, lahko razumemo podatek iz raziskav, da

je vedno več mladih nezadovoljnih s svojim telesnim videzom. Znižanje telesne samopodobe pri najstnikih pa lahko pomeni sprožilec za začetek motnje hranjenja.

Piper (1995), klinična psihologinja, v svoji znani knjigi *Oživiljena Ophelia - kako rešiti osebnosti najstnic* opisuje, zakaj je vedno več ameriških najstnic nagnjenih k razvoju depresije, motenj hranjenja ali zasvojenosti.

Družbeni vplivi, ki spodbujajo preoblikovanje lastnega telesnega videza in telesa v skladu s predpisanim idealom, so danes izredno močni, najbolj dovzetni zanje pa so ravno otroci in mladi.

sti. Ugotavlja, da v družbi, ki je obsedena z videzom in mediji, kljub prednostim, ki jih je prinesel feminizem, prevladujeta seksizem in nasilje do deklic - od podcenjevanja njihove inteligentnosti do seksualnega poniževanja v osnovni šoli -, ki pripeljeta do tega, da deklice omejujejo svoj kreativni duh in naravne impulze. Vse to negativno vpliva na njihovo samovrednotenje.

Družbena obsedenost s telesnim videzom je povzročila pojav mnogih čudežnih diet, liposukcije, implantantov in drugih načinov polepševanja lastnega telesa, v čemer avtorica vidi zanikanje globljih potreb po lju- >

bezni in sprejetosti. Za tovrstne družbene pritiske pa so žal najbolj občutljivi prav otroci in mladostniki, kar povzroči znižanje samovrednotenja (Mayo 1992).

Motnje hranjenja v zadnjih štirih desetletjih v zahodnem svetu naraščajo, poleg tega pa se je slika motenj hranjenja v zadnjih dvajsetih letih zelo spremenila. V novem Diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje (DSM V 2013) ameriške psihiatrične zveze se je pojavil cel nabor novih oblik motenj hranjenja, medtem ko smo v predzadnji verziji priročnika iz leta 1994 lahko brali le o anoreksiji in bulimiji kot jas-

ni. leta dalje v zadnjih petih letih, odkar smo zaposlili tudi moškega terapevta, odprli dežurni telefon za moške in fante ob sredah od 11. do 13. ure ter začeli z večjim osveščanjem tudi v medijih.

Anoreksija in bulimija se po navadi začneta v adolescenci, najzgodnejše začetke anoreksije smo opazili pri osmih letih. Anoreksija se začne običajno prej, na prehodu iz otroštva v adolescenco. Običajno vznikne v višjih razredih osnovne šole, od 6. do 9. razreda. Bulimija ima nekoliko kasnejši začetek, običajno vznikne v srednji šoli, lahko pa tudi kasneje v času študija. Prisilno prenejanje pa zasledimo že v otroštvu, pri t. i. otrocih z občutno povečano telesno težo za svojo starost, sicer pa je to motnja, ki lahko vznikne kadar koli in je pri obeh spolih enako pogosta.

Pri deklicah v adolescenci se anoreksija pojavlja približno v 0,5 odstotka,

bulimija v 1-2 odstotkih, druge, neopredeljene oblike pa v 2-4 odstotkih (Anderluh 2011). Deleži pa so višji, ko zajamemo vso populacijo.

Motnje hranjenja med mladimi dosegajo vrh pojavnosti okoli 16. leta starosti (Anderluh 2011). Po navadi se tako v polnosti razmahnejo ob prehodu v srednješolsko obdobje ter vztrajajo ves čas srednješolskega izobraževanja. Če se mladi s temi motnjami v tem obdobju ne zdravijo ustrezno in celostno, pa se nadaljujejo tudi v obdobju univerzitetnega izobraževanja, in potreba po strokovni pomoči tako postane jasno prisotna šele nekaj let po

samem vzniku motnje hranjenja. Čarapić (2011) navaja, da najpogosteje zajamejo čas, ko se posameznik izobražuje, oziroma starostno skupino od 15. do 25. leta. Naše letne evalvacije vedno znova pokažejo, da so osebe, ki razvijejo motnjo hranjenja, v 95 odstotkih primerov (bile) vključene v gimnazijske programe šolanja ter da se v povprečju odločijo za redno strokovno pomoč žal šele po 3-4 letih trajanja motnje.

V Svetovalnico MUZA je še vedno vključenih **največ oseb, ki študirajo** (od 19. do 24. leta starosti), z leti pa narašča vključenost mlajših, starih 18 let ali manj, ki se nahajajo sredi srednješolskega izobraževanja. V zadnjih letih smo imeli prvič v terapevtske skupine vključene predvsem srednješolke z anoreksijo ali bulimijo, česar pred desetimi leti nismo zasledili. Velik odziv srednješolcev in njihovih staršev ter tudi napotitev iz

V družbi, ki je obsedena z videzom in mediji, kljub prednostim, ki jih je prinesel feminizem, prevladujeta seksizem in nasilje do deklic – od podcenjevanja njihove inteligentnosti do seksualnega poniževanja v osnovni šoli –, ki pripeljeta do tega, da deklice omejijo svoj kreativni duh in naravne impulze.

no opredeljenih motnjah hranjenja. Med mladimi poleg anoreksije in bulimije lahko zasledimo tudi druge oblike, kot so bigoreksija, nočno hranjenje, kompulzivno prenejanje itd.

Večina epidemioloških študij, izvedenih v različnih državah, kaže, da so motnje hranjenja približno desetkrat pogostejše pri ženskah kot pri moških ter da ima katero koli obliko motnje hranjenja v toku življe-

Med mladimi poleg anoreksije in bulimije lahko zasledimo tudi druge oblike, kot so bigoreksija, nočno hranjenje, kompulzivno prenejanje itd.

nja približno 2-5 odstotkov prebivalstva (Hafner 2011). Vendar pa v preglednem članku O moških in motnjah hranjenja Karin Serneč in Barbara Šegula (2015) poudarjata, da nikakor ne velja, da so motnje hranjenja bolezen žensk. Prav zaradi tega stereotipa so bile do nedavnega motnje hranjenja pri moških premalo raziskane v znanstvenoraziskovalnih krogih, moški z motnjo hranjenja pa so bili izredno zastopani tudi v diagnostiki in zdravljenju.

Harvardska študija, ki jo navajata avtorici, je pokazala, da naj bi obolenost moških v zadnjih letih narasla z 10 na 25 odstotkov vseh oseb z motnjami hranjenja (Hudson 2007). Tudi sami dodajata, da se v zadnjih letih soočamo z vedno večjim številom moških in fantov, pri katerih odkrivamo motnje hranjenja. V Svetovalnici MUZA opažamo porast moške populacije od

drugih strokovnih služb pripisujemo tudi večji osveščenosti o nujnosti pravočasne strokovne pomoči ter boljši prognozi okrevanja pri motnjah hranjenja, če jih obravnavamo v prvem letu po vzniku.

Strokovnjaki, ki se ukvarjamo z motnjami hranjenja, opazamo tudi **zniževanje starostne meje ob nastanku motnje hranjenja**. V zadnjih dveh letih se v svetovalnici soočamo s porastom osnovnošolske populacije (mlajši od 15 let), pri čemer opazamo predvsem pogoste vznike anoreksije od 6. do 9. razreda osnovne šole. V teh primerih najpogosteje pridejo na prvi pogovor starši z otrokom, ki je v zadnjem letu izgubil več kot deset kilogramov, kar je za to starost zelo veliko, zato jih moramo pogosto usmeriti na Pediatrično kliniko v Ljubljani, kjer otroku med hospitalizacijo pomagajo najprej urediti telesno težo. Terapevtska obravnava je mogoča kasneje, če motnja hranjenja še vedno vztraja, ko je povrnjeno telesno ravnovesje in ni več ogroženo zdravje otroka.

Razlikovanje motenj hranjenja od motenj prehranjevanja

Včasih težko ločimo, ali je določeno prehransko vedenje in odnos do svojega telesa in sebe že pridobilo pomen motnje hranjenja, ki velja za resno duševno motnjo. Ugotovitev je še toliko težja, ker se v sodobni družbi ceni zdravo prehranjevanje in življenje ter ker osebe svojo težavo in čustveno stisko običajno želijo skriti pred očmi drugih ljudi, saj jih je sram, da ne zmorejo z lastno voljo urediti težave in ponovno pridobiti nadzora nad svojim hranjenjem, telesom (največkrat telesno težo) in svojimi čutenji. Vendar vzpostavitve nadzora ni rešitev za ureditev motnje hranjenja, temveč je v osrčju dinamike motnje hranjenja, ki poganja njeno kolesje. Predstavljajmo si, kako zelo potreba po nadzoru zavira odprtost do čutenj in prepoznave potreb v sedanjem trenutku. Preprečuje stik z novim in nepredvidljivim v odnosih z okoljem, drugimi in sabo. Kadar osredinjenost na prehranjevanje, svoje telo (kilograme, izgled) in gibanje preseže zdrav življenjski slog in pridobi druge pomene, npr. izogibanje neprijetnim in bolečim čutenjem, kot so tesnoba, ničvrednost ali neopaženost, izražanju jeze, prebolevanju in prehodu v novo življenjsko obdobje, kadar pomeni zapolnitev praznine zaradi pomanjkanja ljubezni in sprejetosti ali doživljanja izgube smisla, takrat govorimo o nastanku motnje hranjenja kot duševne motnje.

v novo življenjsko obdobje, kadar pomeni zapolnitev praznine zaradi pomanjkanja ljubezni in sprejetosti ali doživljanja izgube smisla, takrat govorimo o nastanku motnje hranjenja kot duševne motnje.

Motnje hranjenja

Jasno mejo med motnjami prehranjevanja in hranjenja je pogosto težko potegniti oziroma je težko reči, ali je neko vedenje (in čutenje) že moteno, neustrezno. Serneć (2011) poudarja, da med funkcionalnim (ustreznim) in patološkim (neustreznim, motenim, bolezenskim) hranjenjem obstaja kontinuum, znotraj katerega je območje, v katerem težko opredelimo, kaj je že motnja in kaj še ni. Za določanje uporabljamo štiri merila: statistično, subjektivno, merilo socialnih norm in merilo, temelječe na psiholoških teorijah. Od navedenih v Svetovalnici MUZA ob sprejemu najprej upoštevamo drugo merilo, merilo subjektivnega neugodja, ki izhaja iz posameznikovega prepoznavanja in priznavanja lastne težave, kasneje pa si pomagamo tudi s priročnikom DSM V in psihološkimi teorijami.

Kadar spremenjena in neobičajna prehranska vedenja ter odnos do telesa postanejo odraz čustvenih težav osebe, pravimo, da je oseba razvila **motnjo hranjenja, ki velja za duševno oziroma čustveno motnjo**. Motnje hranjenja se navzven kažejo v spremenjenem odnosu do hrane, hranjenja, gibanja in telesa, navznoter pa

Kadar osredinjenost na prehranjevanje, svoje telo (kilograme, izgled) in gibanje preseže zdrav življenjski slog in pridobi druge pomene, npr. izogibanje neprijetnim in bolečim čutenjem, kot so tesnoba, ničvrednost ali neopaženost, izražanju jeze, prebolevanju in prehodu v novo življenjsko obdobje, kadar pomeni zapolnitev praznine zaradi pomanjkanja ljubezni in sprejetosti ali doživljanja izgube smisla, takrat govorimo o nastanku motnje hranjenja kot duševne motnje.

gre za doživljanje hude stiske. Motnje hranjenja tako govorijo o **čustveni in duševni** vznemirjenosti, nesprijetnosti sebe in svojega telesa, o nizkem samospoštovanju in samopodobi. Oseba vzpostavi močno čustveno vez s hrano, ki nemalokrat nadomešča odnos s pomembno osebo iz življenja.

Motnje hranjenja so tudi **način samopomoči** ob doživljanju hude notranje stiske, ko oseba zase ne zmore ali >

ne zna poskrbeti na drug način, pri čemer ima trpljenje osebe številne in pri vsaki osebi različne vzroke in sprožilce. Ne smemo spregledati, da je motnja hranjenja lahko nemalokrat tudi posredni **klic na pomoč** in v nekaterih primerih lahko prepreči dejanje samomora, zato moramo ta klic vzeti resno in ne kot »mladostnikovo modno muho«.

Motnje prehranjevanja

Poglejmo še **motnje prehranjevanja**, ki so lahko sprožilec za resno duševno motnjo, vendar ni nujno, da se v motnjo hranjenja dejansko tudi razvijejo. Vsak izmed nas je že kdaj v življenju porušil stik z lastnim telesom zaradi neustreznih prehranjevalnih vedenj, bodisi da je imel stresno obdobje v šoli ali službi in je porušil ritem obrokov, izpuščal kuhana kosila ali jedel pretežno suho hrano, kot so sendviči, ali pretežno hrano iz ogljikovih hidratov, ki nam da hitro energijo. Večina oseb je bila že kdaj na dieti, in bolj drastična ter

- neredna prebava, slabokrvnost, izčrpanost, razdražljivost in
- izguba zmožnosti prepoznave fizične lakote in sitosti.

Ob tem želim poudariti, da so izmed zgoraj naštetega najbolj nevarne **nizkokalorične enostranske diete za hitro izgubo telesne teže, ki so tudi sprožilec za nastanek motnje hranjenja številka ena**, če pri osebi obstajajo še drugi dejavniki tveganja (družinski, socialno-kulturni ter osebno-genetski). V okviru preventivnih delavnic za osnovnošolce izvajamo pomembno osveščanje o negativnih stranskih učinkih diet. Hafner (2011) predstavlja raziskavo HBSC (Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju) za obdobje 2001-2006, v kateri so se slovenski osnovnošolci od 11. do 15. leta med okoli 40 evropskimi državami uvrstili na prva tri mesta glede nezadovoljstva z lastno telesno težo. Zaskrbljujoč je podatek, da se kar 54 odstotkov 15-letnic počuti predebele, kar je vzrok za številne diete. V času ankete je bilo kar 22 odstotkov teh deklic na dieti.

Oseba vzpostavi močno čustveno vez s hrano, ki nemalokrat nadomešča odnos s pomembno osebo iz življenja.

enostranska ko je ta bila, bolj smo porušili stik s telesnim občutkom lakote oziroma sitosti. Majerle (2014) poudarja, da se v navalu lakote, ko je ta že tako močna, da jo je težko preslišati, želimo nasititi čim hitreje, in takrat pogosto posežemo po prigrizkih (sendviči, čokolada ipd.). Torej kot vidimo, tudi pogosti prigrizki spadajo med motnje prehranjevanja, ko jemo iz nuje, iz občutka, da nam nekaj manjka, oziroma iz strahu, da ne bomo imeli časa za kuhan obrok, in ne iz telesnega

poudariti pomen uravnoveženega hranjenja v obliki več (4-6) manjših obrokov dnevno, razporejenih približno na tri ure. Ugotovitve kažejo, da veliko osnovnošolcev sploh ne zajtrkuje pred odhodom v šolo, pogosto poročajo o jutranji slabosti (ki je lahko odziv na jutranjo lakoto, ki je ne zaznavajo več), nekaj učencev v razredu užije zgolj dva obroka dnevno in prav pri teh je po navadi že opazno prekomerno povečanje telesne teže, več učencev (izstopajo dekleta) pa je na dieti, ker želijo shujšati. Želimo jih spodbuditi k ustrezni skrbi za svoje telo z rednimi obroki, gibanjem, sprostitvenimi in kreativnimi dejavnostmi ter

Pri motnjah prehranjevanja torej govorimo o neustreznih prehranjevalnih navadah

občutka za lakoto in sitost. Glede na napisano menim, da je še kako pomembno učencem in otrokom predstaviti zdrav model uravnoveženega hranjenja in jih osvestiti, da to niso motnje prehranjevanja. Potrebni so redni in hranilno raznoliki obroki vsak dan.

Pri motnjah prehranjevanja torej govorimo o **neustreznih prehranjevalnih navadah** (Serneck 2011):

- neredno prehranjevanje,
- neuravnovežena prehrana (uživanje le določene vrste hrane),
- pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet.

Posledice motenj prehranjevanja so prav tako lahko zelo moteče in škodljive tako za zdravje kot za dobro počutje. Pojavijo se lahko:

zadostno količino spanja (8-9 ur), saj lahko s tem sami veliko prispevajo k ohranitvi stika s svojim telesom sedaj in tudi v odraslem obdobju. Dobro počutje v lastnem telesu in sprejemanje lastnega telesa je velikega pomena za mladostnika in dobra preventiva pred npr. popoldanskih prenajedanjem s sladkarijami in pitjem sladkih, gaziranih ali energijskih pijač, kar lahko vodi tudi v zasvojenost s sladkorji in poživili. V resnici pa mladostniki iščejo predvsem dobro počutje in energijo, da lahko zmorejo popoldan opraviti vse šolske obveznosti in v prostem času doživeti občutke sprejetosti med vrstniki.

Za konec lahko rečemo, da obe vrsti motenj poslabšata kakovost življenja, pri čemer pri motnjah prehranjevanja pride predvsem do telesnih in zdravstvenih

posledic pri otroku (težave z želodcem, slaba prebava, sladkorna bolezen, debelost), pri motnjah hranjenja pa poleg telesnih izstopajo tudi čustvene posledice (nesprejemanje svojih čustev in potreb, slaba samopodoba, depresivno razpoloženje).

Prvi znaki motenj hranjenja

Poglejmo, kdaj se pri mladostniku razvija motnja hranjenja in kdaj je skrajni čas, da se njegove ključne bližnje osebe ustrezno odzovejo. Za mladostnika je ključna bližnja oseba lahko starš, učitelj, razrednik, svetovalna delavka, sošolec ali prijatelj, brat ali sestra, vzgojitelj v dijaškem domu idr., skratka kdor koli, ki mu je toliko blizu, da mu mladostnik zaupa. Kasneje mu bližnja oseba lahko pomaga poiskati ustrezno pomoč, in če je to starš, se tudi vključi v družinsko terapijo ali skupino za starše.

Navajam **najpogostejše prve znake**, ki naznanjajo, da se je pri mladostniku morda začela razvijati motnja hranjenja.

Znaki na področju hranjenja, gibanja in odnosa do telesa:

- **količinsko omejevanje vnosa hrane** (manjši obroki, izpuščanje obrokov: šolska malica/kosilo/večerja),
- **odklanjanje posameznih jedi in sestavin v hrani** (maščobe, sladkor, bela moka),
- **stopnjevanje telesne dejavnosti** (več ur dnevno),
- **nenadna izguba/povečanje telesne teže ali nenapredovanje teže v obdobju rasti** (pozorni smo na izgubo/povečanje za več kot 3-5 kg),
- **pogoste shujševalne diete**,
- **pogosto zadrževanje na stranišču** (oseba morda bruha),
- **izginevanje velikih količin hrane**,
- **izogibanje družabnim dogodkom**, pri katerih je vključena hrana,
- **uživanje izključno zdrave hrane** (lahko je vključena vsa družina),
- **pripravljanje hrane za druge** (sama se vzdrži),
- **telesni simptomi**: izpadanje las, suha, luščeča koža, mraženje in pomodrele okončine, zadihano

nost ob naporih, glavoboli,

- **obsedenosts tehtanjem, kalorijami**, samoopazovanjem telesa.

Znaki na področju duševnega in socialnega življenja:

- **slabše razpoloženje, nihanje razpoloženja**, razdražljivost, jok, doživljajska otopelost, depresivnost,
- **utrujenost**, izčrpanost, nespečnost,
- **socialni umik ali celo osamitev** - najprej iz dejavnosti in druženj, pri katerih je vključena hrana,
- **nerazumno stopnjevanje redoljubnosti**, natančnosti, učenja.

Osnovnošolce želimo spodbuditi k ustrezni skrbi za svoje telo z rednimi obroki, gibanjem, sprostitvenimi in kreativnimi dejavnostmi ter zadostno količino spanja (8–9 ur), saj lahko s tem sami veliko prispevajo k ohranitvi stika s svojim telesom sedaj in tudi v odraslem obdobju.

Kadar bližnja oseba opazi prve znake in posumi na začetek motnje hranjenja, je pomembno, da najprej vzpostavi zaupen odnos z mladostnikom in se z njim pogovori brez obsojanja. Morda bo potrebnih več poskusov, da se bo oseba odprla in zaupala svoje težave, vendar je smiselno vztrajati. V drugem koraku se lahko pogovarjata o možnostih pomoči, pri čemer se mo-

Kadar bližnja oseba opazi prve znake in posumi na začetek motnje hranjenja, je pomembno, da najprej vzpostavi zaupen odnos z mladostnikom in se z njim pogovori brez obsojanja.

ramo zavedati, da je najbolj dragoceno, če mladostnik sam privoli v pomoč in se zave svoje težave. Kadar je ogroženo zdravje ali življenje mladostnika, pa svetujemo čimprejšnjo pomoč, najbolje hospitalizacijo v bolnišnici.

Pojav novih oblik motenj hranjenja

V zadnjih dvajsetih letih, odkar se ukvarjamo z motnjami hranjenja v okviru Svetovalnice MUZA, se je slika motenj hranjenja zelo spremenila. Predvsem izstopa pojav novih oblik motenj hranjenja, znižanje >

starostne meje, ko se motnja začne, ter povečanje pojavnosti motenj med moškimi.

Jasna prepoznavna in opredelitev (diagnostika) novih oblik motenj hranjenja je ključna tudi zato, da lahko strokovno pomoč osebam ponudimo v okviru javnega zdravstvenega ali socialnovarstvenega sistema, saj se brez opredelitve teh težav ni mogoče uvrstiti v sistem sofinanciranja iz javnih sredstev in s tem osebam v stiski ponuditi dostopnih storitev. To pomeni, da je pomembno, da se strokovnjaki v zdravstvu, socialnem varstvu, šolstvu in tudi v privatnem sektorju naučimo na novo prepoznavati motnje hranjenja, zato bom v tem razdelku podrobno predstavila novo sliko, ki je v večini dosedanje literature in člankov o motnjah hranjenja še ne zasledimo.

V okviru predzadnjega diagnostično-statističnega priročnika za duševne motnje, ki je izšel leta 1994 in smo ga uporabljali vse do leta 2013, torej zadnjih dvajset let, sta bili pod motnjami hranjenja opredeljeni le anoreksija in bulimija nervoza. Vse druge oblike motenj hranjenja, ki niso ustrezale njunim merilom, so bile uvrščene v kategorijo ED-NOS - Motnje hranjenja, ki niso drugače opredeljene. Na koncu priročnika je bilo kot poskusna kategorija opredeljeno kompulzivno prenažanje, ki je končno postalo tudi samostojno opredeljeno v novi izdaji DSM V iz leta 2013.

Strokovnjaki z različnih področij, ki se ukvarjamo z motnjami hranjenja v Sloveniji, smo se kmalu po uradni ustanovitvi prve enote za zdravljenje motenj hranjenja v okviru področja zdravstva v Sloveniji v letu 2002, ki je bila ustanovljena v okviru CMZ - Centra za mentalno zdravje v Ljubljani, začeli večkrat letno srečevati in strokovno povezovati ter izmenjavati svoje izkušnje ob delu z osebami z motnjami hranjenja v okviru ekspertne skupine za motnje hranjenja. Vedno znova se je pokazalo, kako dragocena je vzpostavitev široke mreže pomoči in sodelovanja med socialo, zdravstvom in šolstvom, če želimo zagotoviti celovito kontinuirano pomoč osebam z motnjami hranjenja in njihovim bližnjim. Večkrat je bilo med strokovnjaki čutiti potrebo, da bi končno bile opredeljene tudi druge, nove oblike motenj hranjenja, s katerimi smo se pri svojem delu že dolga leta srečevali in nudili terapevtsko pomoč, uradno pa še niso bile potrjene, zaradi česar pogosto znotraj javnega zdravstva ni bilo na voljo dovolj ustrezne pomoči za te osebe. Lahko rečem, da smo v okviru Svetovalnice MUZA pri Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Mestni občini Ljubljana vedno čutili dovolj podpore in razumevanja (nemalokrat smo celo dobili spodbude!) za delo z novimi, do tedaj še neopredeljenimi vrstami motenj hranjenja, za kar smo zelo hvaležni.

Prva novost, ki jo je prinesel DSM V iz leta 2013, je, da se je uvedla povsem nova skupna diagnostična kategorija za otroke, mladostnike in odrasle: **motnje prehranjevanja ali hranjenja (Feeding or Eating Disorders, FED)**.

K dotedanji kategoriji motenj hranjenja (Eating Disorders) so sedaj pridružili tudi tri oblike motenj iz dotedanje kategorije motenj prehranjevanja (Feeding Disorders), značilne za otroštvo. Povedati je treba, da se pri otrocih izogibamo poimenovanja z izrazom motnja hranjenja, saj veliko težje ugotavljamo čustveno povezavo s hrano, ker ti otroci še ne znajo poimenovati svojih doživetij, vsekakor pa pri njih lahko jasno opazimo odklone pri hranjenju in vedenju, zato pri delu z otroki do 11. leta starosti večinoma uporabljamo izraz motnje prehranjevanja.

Klasifikacija posameznih motenj iz DSM V izhaja s področja psihiatrije, kot pripomoček pri terapevtsko svetovalnem delu pa se uporablja tudi med drugimi strokovnjaki. Za večjo razumljivost sem vse motnje najprej razdelila v štiri glavne sklope, nato jih bom na kratko opisala.

Klasifikacija posameznih motenj iz DSM V izhaja s področja psihiatrije, kot pripomoček pri terapevtsko svetovalnem delu pa se uporablja tudi med drugimi strokovnjaki. Za večjo razumljivost sem vse motnje najprej razdelila v štiri glavne sklope, nato jih bom na kratko opisala.

1. **OTROŠKE MOTNJE PREHRANJEVANJA (3)** - PICA, RUMINACIJSKA MOTNJA, MOTNJA Z IZOGIBAJOČIM/RESTRIKTIVNIM VNOSOM HRANE
2. **GLAVNE OBLIKE MOTENJ HRANJENJA (3)** - ANOREKSIIJA, BULIMIJA, KOMPULZIVNO PRENAJEDANJE
3. **DRUGAČE OPREDELJENE MOTNJE:** ATIPIČNE OBLIKE, NOČNO HRANJENJE, OČIŠČEVALNA MOTNJA, BIGOREKSIIJA IN ORTOREKSIIJA
4. **NEOPREDELJENE MOTNJE** (kadar še ni prisotnih zadosti informacij)

Otroške motnje prehranjevanja

Zaradi lažjega razumevanja sem jih poimenovala otroške motnje, ker se običajno prvič pojavijo v otroštvu. Od vseh motenj hranjenja in prehranjevanja so torej najbolj zgodnje, začno se lahko že v prvih treh letih življenja. Redkeje vzniknejo v odraslosti, se pa lahko nadaljujejo v odraslost, še posebno motnja z restriktivnim/izogibajočim vnosom hrane.

Pica

- Uživanje snovi in predmetov, ki niso hrana, npr. papir, kreda, omet, lasje, barva, pepel, železo, led idr.
- Traja najmanj 1 mesec.
- Od starosti dveh let dalje
- Vznik običajno v otroštvu

Ruminacijska motnja

- Ponavljajoče vračanje hrane iz želodca v usta, ki se lahko žveči, požre ali izpljune

- Traja najmanj 1 mesec.
- Ne gre za fiziološke vzroke.
- Če vznikne pri dojenčkih od 3. do 12. meseca, običajno mine spontano.

Motnja z izogibajočim/restriktivnim vnosom hrane

- Motnja, ki se pokaže kot nezmožnost ustreznega hranilnega in energetskega vnosa hrane
- Lahko gre za pomanjkanje interesa za hranjenje, izogibanje določenim vrstam hrane ali osebo skrbi posledice hranjenja.
- Običajno vznikne v zgodnjem otroštvu in lahko vztraja v odraslosti.
- Posledice so lahko:
 - občutna izguba telesne teže,
 - otrok ne dosega pričakovane telesne teže,
 - vidno pomanjkanje določenih hranil,
 - odvisnost od prehranskih dodatkov,
 - vpliv na psihosocialno delovanje posameznika.
- Ta motnja se ne pojavlja izključno v času anoreksije ali bulimije in pri njej ni prisotna motena zaznava telesne oblike in teže.

Glavne oblike motenj hranjenja

Motnje hranjenja so opredeljene kot duševne motnje od druge polovice prejšnjega stoletja (anoreksija in bulimija sta bili prvič opredeljeni leta 1980 v DSM III). Sicer anoreksija velja za psihiatrični problem že sto let, medtem ko je bulimija šele v 60. letih prejšnjega stoletja postala samostojna entiteta, do takrat pa so jo razumeli kot atipično obliko anoreksije (Sernec 2011).

Najpogostejše oblike motenj hranjenja, s katerimi smo se v zadnjih dveh desetletjih srečevali v Svetovalnici MUZA, so torej bulimija, anoreksija in kompulzivno prenašanje. Anoreksija in bulimija sta večinoma dobro poznani tudi širši laični javnosti, manj poznano pa je denimo to, da ima vsaka motnja dva podtipa. Zanimiv je podatek, da ima precejšen odstotek oseb s povečano telesno težo tudi motnjo kompulzivnega prenašanja, torej ima njihova povečana telesna teža psihološke vzroke. Glede na to se je smiselno vprašati, ali se odločiti za še eno dieto pri mladostniku, ali morda poiskati tudi terapevtsko pomoč. Prisilno prenašanje zasledimo že pri otrocih v vrtcu in nižjih razredih osnovne šole.

Anoreksija nervoza

- Anoreksijo opredelimo s **trema merili**, pri čemer sta glavni novosti sprememba prvega merila (anoreksija se lahko začne že pri ITM 18,5, medtem ko je bila stara meja 17,5) in ukinitve četrtega merila (izguba treh zaporednih menstrualnih ciklusov).

1. Oseba **ne vzdržuje telesne teže**, ustrezne za njeno starost in višino - ITM je pod 18,5. Indeks telesne mase (ITM) izračunamo = kg/m^2
2. Močan **strah pred povečanjem teže ali debelostjo**
3. **Izkrivljeno zaznavanje svojega telesa** (oblike in teže) in pretiran vpliv tega na samovrednotenje in zanikanje resnosti trenutne nizke telesne teže

- Anoreksija se lahko **pojavi v različnih fazah** - kadar se oseba nahaja v zadnji, ekstremni fazi, je potrebno intenzivnejše zdravljenje, pogosto tudi hospitalizacija in hranjenje po sondi.

Blaga: ITM $\geq 17 \text{ kg/m}^2$ (in $< 18,5$)

Moderirana: ITM 16-17 kg/m^2

Resna: ITM 15-16 kg/m^2

Ekstremna: ITM $< 15 \text{ kg/m}^2$

- **Začetek:** 11.-40. leto, sprožilec je pogosto stresen življenjski dogodek (npr. zapustitev doma zaradi šole, študija)
- **Pogostost:** do 1 % (10-x več žensk)
- Ločimo **dva tipa** anoreksije:
 - *restriktivna anoreksija* (25 %) - oseba strada, je na dieti in/ali pretirano telovadi, a ne izvaja prenašanja in očiščevanja hrane iz telesa;
 - *purgativna anoreksija* (75 %) - oseba se redno tudi prenašala ali očiščuje hrano iz telesa (ali oboje) tekom poteka anoreksije; očiščevanje poteka s samoizzvanim bruhanjem, uporabo

Precejšen odstotek oseb s povečano telesno težo ima tudi motnjo kompulzivnega prenašanja, torej ima njihova povečana telesna teža psihološke vzroke.

odvajal ali klistirja; običajno to počnejo najmanj enkrat tedensko.

- Pri **obravnavi** anoreksije ločimo **dvoje**:
 - *pomoč pri reševanju življenja* - kadar gre za hude somatske/duševne zaplete (ukrepamo tudi, kadar oseba odklanja pomoč); ko osebo zdravstveno oskrbimo, ji ponudimo možnost vključitve v terapevtsko obravnavo, za kar je potrebna njena motivacija;



- *terapevtsko obravnavo* - zanjo se oseba odloči prostovoljno (prisotna je notranja motivacija).

Bulimija nervoza

- Bulimijo opredelimo s **petimi merili**, pri čemer je glavna novost sprememba tretjega merila, saj po novem diagnosticiramo bulimijo prej, in sicer če oseba izvede ritual enkrat tedensko (po starem merilu je bila meja dvakrat tedensko).

I. Ponavljajoči rituali basanja s hrano, ki jih opredelimo:

- 1) oseba v določenem časovnem intervalu (v času dveh ur) zaužije ogromne količine hrane, ki so večje, kot bi jih večina ljudi zaužila v tem času in pod podobnimi pogoji;
 - 2) prisoten je občutek **izgube nadzora** nad hranjenjem - občutek, da ne more nehati jesti ali nadzirati, kaj poje in koliko;
2. Ponavljajoča neustrezna kompenzatorna - **očiščevalna vedenja**, z namenom preprečiti povečanje telesne teže, kot so samoizzvano bruhanje, zloraba laksativov, diuretikov, klistirja ali drugih zdravil, post, pretirana telovadba.
3. Ritual se pojavljajo vsaj **enkrat na teden, vsaj tri mesece**.
4. **Samovrednotenje** je pretirano **pod vplivom telesne teže in oblike**.
5. Motnja se ne pojavlja le med epizodo anoreksije.
- Opomba:** Nekatere osebe imajo vzorec hranjenja in očiščenja pri bulimiji, ki vključuje zvečenje in bljuvanje hrane, s katero se prenaledajo tekom rituala. Skratka - hrane ne pogoltnjejo (Apple, Agras 1995).

- Ločimo **dva tipa** bulimije:
- *purgativna bulimija* - oseba redno uporablja samoizzvano bruhanje ali zlorablja laksative, diuretike, klistir kot metode za očiščenje hrane ali posledic hrane iz telesa;
- *nepurgativna bulimija* - oseba ne uporablja redno zgoraj naštetih očiščevalnih metod, temveč druga neustrezna očiščevalna vedenja, kot sta post in pretirana telovadba; je bolj značilna za moške.
- **Začetek:** 11.-40. leto, sprožilec je pogosto dieta za izgubo telesne teže ali več stresnih življenjskih dogodkov.
- **Pogostost:** do 3-7 % (10-x več žensk)

Kompulzivno prenaledanje (angl. Binge-eating disorder)

- Prevod angleškega izraza bi lahko bil tudi motnja basanja s hrano; kompulzivno prenaledanje opredelimo s **petimi merili**.

I. Ponavljajoči rituali basanja s hrano, ki jih opredelimo:

- 1) oseba v določenem časovnem intervalu (v času dveh ur) zaužije ogromne količine hrane, ki so večje, kot bi jih večina ljudi zaužila v tem času in pod podobnimi pogoji;
 - 2) prisoten je občutek **izgube nadzora** nad hranjenjem - občutek, da ne more nehati jesti ali nadzirati, kaj poje in koliko.
2. Rituali so povezani s tremi (ali več) dejstvi:
- 1) oseba je veliko hitreje kot normalno,
 - 2) oseba je, dokler ni neudobno polna,
 - 3) oseba zaužije ogromne količine hrane, ko ni fizično lačna,
 - 4) oseba je sama, ker jo je sram, da toliko poje,
 - 5) oseba se sama sebi gnusi, je depresivna ali se počuti krivo.
3. V povezavi s prenaledanjem oseba občuti **močno stisko**.
4. Ritual se običajno pojavljajo najmanj enkrat tedensko v zadnjih treh mesecih.
5. Prenaledanje ni povezano z neustreznimi kompenzatornimi vedenji, kot so očiščevalne metode ter post, pretirana telovadba; ne pojavlja se med potekom anoreksije ali bulimije.

- **Začetek:** od otroštva dalje, pogosto se pojavlja pri najstnikih in študentih, pa tudi kasneje; sprožilci niso znani.
- **Pogostost:** do 10 % (enako žensk in moških); pogostejša pri tistih, ki iščejo razne programe za izgubo telesne teže in so vključeni vanje.

Drugače opredeljene motnje hranjenja in prenaledanja

Atipična anoreksija, bulimija in kompulzivno prenaledanje

O atipičnih oblikah osnovnih treh oblik motenj hranjenja govorimo, kadar oseba ne ustreza opisu v vseh merilih dane motnje, temveč glede na njeno subjektivno doživljanje ocenimo, da je v hudi stiski in da je sedanja motnja občutno negativno vplivala na večino področij njenega življenja. Poglejmo si primere:

- atipična anoreksija: kadar oseba ustreza vsem merilom, razen telesna teža je še v mejah normale (nad 18,5),
- atipična bulimija: z manjšo pogostostjo in trajanjem, npr. če oseba bruha le dvakrat mesečno dva meseca,
- atipično kompulzivno prenaledanje: z manjšo pogostostjo in trajanjem, npr. oseba se prenaleda le dvakrat mesečno zadnja dva meseca.

Očiščevalna motnja

Oseba brez predhodnih ritualov prenajedanja uporablja bruhanje, odvajala ali druga sredstva za nadzor svoje telesne oblike in teže. Prisotno je nezadovoljstvo z lastnim telesom.

Sindrom nočnega hranjenja

Gre za ponavljajoče epizode nočnega hranjenja, ki se lahko pojavijo:

1. potem ko se oseba prebudi iz spanja ali
2. po večerji kot vnos velikih količin hrane.

Oseba se svojih vedenj večinoma ne zaveda. Ta vzorec ji povzroča močan stres. Zjutraj, ko vstane, pa npr. opazi prazne vrečke in embalažo, kar jo spomni na nočno dogajanje.

Ortoreksija

Ortoreksija je bila prvič opisana v knjigi *Health food junkies* dr. Stevena Bratmana leta 1997. Srečamo jo v 80 odstotkih pri ženskah in dekletih v poznem mladostniškem obdobju in kasneje v zgodnji in srednji odraslosti.

Pri ortoreksiji gre za izrazito preseganje zdravega življenjskega sloga v odnosu do zdrave prehrane. Opazimo elemente obsesivnega preverjanja sestavin v hrani - oseba preverja, ali je hrana biološko neoporečna. Ortoreksijo opredelimo kot motnjo hranjenja, kadar oseba preko spremenjenih prehranskih vedenj nadzira druga, zanjo nesprejemljiva in boleča čutenja. V terapiji imam žensko, ki je kot najstnica razvila anoreksijo, za katero boleha še sedaj, v zadnjih letih pa je razvila še ortoreksijo, saj je verjela, da bo edino z biološko zdravo hrano lahko pridobila na teži in ozdravela. Seveda se to ni zgodilo, saj sva ugotovili, da ima nerazrešene stvari iz preteklosti, predvsem zlorabe in travme iz otroštva.

Opazamo velik porast zanimanja mladih za biološko hrano, kar je lahko tudi sprožilni dejavnik za nastanek ortoreksije, podobno kot so diete sprožilec za druge motnje hranjenja.

Zaradi sodobnih trendov, ki mlade in stare vodijo v eksperimentiranje z zdravo prehrano, jo zlahka spregledamo, saj je stremljenje k zdravi prehrani postal hit številka ena in ena največjih vrednot sodobne družbe. K zdravi prehrani nas spodbujajo mediji, zdravniki, bližnji. Zdi se, da bolj kot sta zastrupljena naše ozračje in zemlja, bolj se množijo pozivi k biološko neoporečni hrani - včasih tovrstna odločitev v človeku zmanjša tudi občutke tesnobe glede tega, da bi sicer resneje zbolel ali prehitro umrl.

Gre za obsedenost z biološko čisto in neoporečno hrano, ki vodi do izrazitih prehranskih restrikcij. V ozadju je izrazita potreba po nadzoru, pojavijo se socialna osamitev in čustvene motnje, predvsem depresivnost in tesnoba. V ozadju je nizka samopodoba, osebnostne lastnosti so pogosto podobne kot pri drugih motnjah, ni pa prisotnega strahu pred debelostjo ali želje po vitkosti (Serbec 2011).

Bigoreksija

Bigoreksijo je prvi opisal leta 2001 dr. Roberto Olivardia, prvotno pa so motnjo poimenovali mišična dismorfija ali »obrnjena anoreksija« (Adonisov kompleks). Gre za obsedenost s potrebo po mišičastem telesu, pri čemer osebe pogosto zlorabljajo anabolne steroide. V ozadju so slaba samopodoba, nizko samospoštovanje, izrazita potreba po nadzoru, motena telesna shema, posledično pa pride do socialnega umika, motenj razpoloženja in spolnih funkcij (Serbec 2011).

Bigoreksija se v 80 odstotkih pojavlja pri moških in fantih, z začetkom v poznem mladostniškem ali zgodnjem odraslem obdobju. Mladi fantje se običajno ob vstopu v srednjo šolo začno ukvarjati z gradnjo mišičastega telesa, začno obiskovati fitness centre in na internetu gledajo podobe mišičastih fantov, kakršni bi radi postali tudi sami. V tem primeru bi prav pretiravanje s tovrstno vadbo lahko bil tudi sprožilni dejavnik za kasnejši razvoj bigoreksije.

Zanimivo je, da se ti moški vidijo suhe in nemišičaste, čeprav so zelo mišičasti. Gre za obraten pojav kot pri anoreksiji, ko se osebe vidijo debele, ko so že povsem koščene.

Neopredeljene motnje

O neopredeljenih motnjah hranjenja govorimo; trenutno še ni prisotnih dovolj informacij, da bi se postavila specifična diagnoza, vendar pa posameznik doživlja veliko stopnjo stresa in omejitev na socialnem, poklicnem, osebnostnem področju.

Pomen zgodnjega odkrivanja in zdravljenja pri mladih

V zadnjih petih letih opazamo večjo odzivnost mladih in staršev, predvsem srednješolcev in osnovnošolcev, ki se odločijo za pomoč pri motnji hranjenja kmalu po izbruhu motnje, povprečno po nekaj mesecih do enega leta trajanja težave. Lahko rečemo, da je okrevanje v teh primerih hitrejše. Pogosto pa sprejmemo tudi mlade, pri katerih so na srečo prisotni šele prvi znaki (izguba par kilogramov, izpuščanje obrokov, želja shujša-

ti), in takrat lahko že z nekajmesečnim spremljanjem mladostnika in svetovanjem zajezimo težavo in tako preprečimo razvoj motnje hranjenja.

Izid zdravljenja v adolescenci je bistveno boljši kot kasneje. **Zgodnje zdravljenje je uspešnejše in 70 odstotkov ozdravitev se zgodi v prvih dvanajstih mesecih** (po Lock in sod. 2005). Podatek, ki ga je podala na pred-

Z odlašanjem se utrjujejo motnja hranjenja ter posledice, ki jih pušča v posamezniku na telesni, duševni in socialni ravni, in čas okrevanja bo kasneje povprečno trajal tako dolgo, kolikor časa je trajala sama motnja hranjenja.

stavitvi dr. Marija Anderluh (2011) iz Pediatrične klinike v Ljubljani, nas navdaja z upanjem, da obstaja zelo dobra prognoza glede okrevanja, če smo pozorni na prve znake motenj hranjenja in takrat poiščemo pomoč za mladostnika. Z odlašanjem se utrjujejo motnja hranjenja ter posledice, ki jih pušča v posamezniku na telesni, duševni in socialni ravni, in čas okrevanja bo kasneje povprečno trajal tako dolgo, kolikor časa je trajala sama motnja hranjenja.

Kako lahko pomagajo starši

Starši in drugi domači imajo pri prepoznavi in v procesu okrevanja otroka pomembno vlogo, še posebno če govorimo o otroku, ki je mlajši od 15 let. Mlajši ko je otrok, bolj je pomembno, da starši ne spregledajo prvih znakov motenj hranjenja in se, če otrok ne privoli, najprej sami obrnejo po pomoč na prvi informativni pogovor v našo svetovalnico ali drugam. Pogosto je žal zanikanje težave prisotno tudi pri starših, ki kar pre-

Mlajši ko je otrok, bolj je pomembno, da starši ne spregledajo prvih znakov motenj hranjenja in se, če otrok ne privoli, najprej sami obrnejo po pomoč na prvi informativni pogovor v našo svetovalnico ali drugam.

dolgo upajo, da bo dvanajstletna deklica sama uspela prekiniti hujšanje, po tem ko je že izgubila več kot pet kilogramov, postala brezvoljna, bleda, z bolečinami v trebuhu in nespečna.

Gestalt terapija vsebuje teorijo polja (Lewin) ter koncept figure in ozadja (gestalt psihologija). Po Smithu (1976) je polje »dinamičen sistem, v katerem sprememba v katerem koli delu vpliva na celotni sistem, ki

je organiziran preko odnosa med ospredjem (figura) in ozadjem« (v Angermann, str. 30). Odziv in čutenja vsake osebe v družini torej vplivajo na celotni sistem. Glede na to starše vedno bolj vključujemo v obravnavo, saj opažamo, da starš, ki uspe poskrbeti tudi zase, vzpostavi boljši stik z otrokom in njegovimi čutenji tekom okrevanja. To se odraža v celotnem družinskem sistemu, in proces okrevanja tako poteka bistveno bolj in hitreje.

Pri vplivu družinske dinamike na motnje hranjenja se mi zdi potrebno poudariti, da se stanje s pomočjo nadzora okoliščin, otroka in njegove prehrane ne bo izboljšalo, temveč močno poslabšalo. Nemalokrat starši stojijo pred WC-jem in poslušajo, ali

otrok še bruha, ali pa ponoči stojijo ob postelji in poslušajo, ali še diha. Njihovo vedenje preverjanja je odraz globoke tesnobe in nemoči, zato je ključno, da si to priznajo in poiščejo pomoč. Po drugi strani pa so nadzor obrokov in stalni prepiri okoli hrane ravno tisto, kar otroci že tako počno ves dan - želijo nadzirati hrano, telo in sebe. Starši tako z nadzorom le še dodatno otežujejo izraz čutenj pri otroku iz trenutka v trenutek. Otroci se bolj pomirijo ob sprejemajočemu pogledu, zaupnem pogovoru ali spodbudi ter se kasneje pridobljeno podpro lažje odločijo za strokovno pomoč.

Dobro je, če starši dovolj zgodaj prepoznajo in sprejmejo občutke lastne nemoči ob otroku z anoreksijo, se ne obsojajo in krivijo za njen nastanek in pomagajo poiskati strokovno pomoč ter se tudi sami vključijo v družinsko terapijo, če gre za mladoletnega otroka. Starši niso krivi za nastanek motnje hranjenja pri otroku - lahko razumemo, da so se trudili po svojih najboljših močeh pri vzgoji otroka in reševanju lastnih ter partnerskih težav. Kadar vztrajajo v krivdi, ne moremo nasloviti njihovih globljih čutenj, saj krivda to preprečuje. Zato je prvi korak v terapevtski obravnavi, da vse vključene, starše in otroke, razbremenimo krivde za nastali položaj.

Zelo boleče je poslušati mladostnika, ko med terapijo pove, da ga starši še vedno obsojajo, ker bruha ali strada, in od njega zahtevajo preobrat v zdravje in življenje brez simptomov čez noč. Tovrstno družinsko vzdušje bistveno oteži proces okrevanja, saj je glavni občutek, ki ga otrok potrebuje od terapevta, članov skupine in bližnjih, prav občutek sprejemanja in varnosti, da je v redu in vreden, takšen kot je, ter da se lahko pristno čustveno izraža v zanj pomembnih odnosih.

Gostečnik (2001-2003) poudari, da se moramo tekom terapije nujno dotakniti **celotne družinske dinamike**, saj je motnja hranjenja »odgovor na nerazrešeno družinsko dinamiko, zato ni dovolj ozdraviti le posameznika, ozdraviti moramo celoten sistem, iz katerega posameznik, ki je razvil simptome, izvira« (v Podjavoršek 2004, str. 123). Starši so iz primarnih družin prevzeli določene vzorce vedenja, mišljenja in čustvovanja, ki so jih samodejno prenesli v lastno družino z otrokom. Glede na to, da otroci simptomov ne razvijejo sami od sebe, temveč vedno v interakciji z okoljem, lahko razumemo, da je tudi motnja hranjenja odziv na vzdušje v dani družini. Ugotavljamo, da je vzdušje v družinah otrok z motnjo hranjenja pogosto napeto in hladno, izražanje čustev in potreb je prepovedano ali omejeno, vlada lahko vzdušje nadzora in visokih zahtev do dosežkov (ocene, tekmovanja) in telesnega izgleda/teže, osebe pogosto igrajo vlogo grešnega kozla v sistemu, tako da se preko njih odigravajo nerazrešeni družinski ali zakonski konflikti.

Kadar delamo s starši otrok z anoreksijo, se še posebno izrazito pokaže njihova nemoč ob tem, da otrok lahko tudi umre, zato jih spodbujamo, da se v obdobju okrevanja otroka posvečajo tudi sebi in se vključijo v terapevtsko skupino za starše, če niso vključeni že v družinsko terapijo in svetovanje skupaj z otrokom. Tekom zdravljenja anoreksije, ki pogosto traja več let, je velikega pomena, da oba starša ohranjata stik s svojimi čutenji, skrbita tudi zase, se negujeta in si vzameta čas tudi za partnerski odnos. V času okrevanja otroka odsvetujemo ločitev staršev, na kar zaradi prevelikih obremenitev v družini in pomanjkanja časa in energije za partnerski odnos pomisli prenekateri starš. Starše spodbujamo k zavedanju, da so v težkem obdobju življenja ter da je pomembno vztrajati zaradi otroka in si čas zase ter partnerstvo vzeti v večjem obsegu takrat, ko bo šlo okrevanje proti koncu.

Judi Hoolis (2003), ena najbolj znanih strokovnjakinj s področja motenj hranjenja, poudarja, da pot okrevanja vodi od ugodja in udobja, ki ga daje svet hrane, do osnovanja smiselnih intimnih odnosov v življenju, saj

je »obsedenost s hrano družinska afera«. To pomeni, da je treba zaceliti stare rane, ki so nastale v primarni družini, in se odpreti za nove izkušnje v odnosih, ki bodo nadomestile pomen, ki je pogosto skrit v ritu-

Otroci se bolj pomirijo ob sprejemajočemu pogledu, zaupnem pogovoru ali spodbudi ter se kasneje s pridobljeno podpro lažje odločijo za strokovno pomoč.

alih hranjenja: biti ljubljena in sprejeta ter deliti svojo ranljivost z drugo osebo. Osebe namreč pogosto hrano spremenijo v svojega najboljšega prijatelja (Orbach 2006).

Dovoljenje čutiti odpravlja simptome motnje hranjenja

Osebe so med terapijami večkrat povedale, da bi v določenem trenutku/obdobju življenja naredile samomor, če ne bi imele utehe v ritualih, zato nikoli v poteku terapije na silo ne odvezemamo simptomov motnje hranjenja, npr. se ne osredinjamo na to, da bi oseba čim prej prenehala bruhati, temveč potrpežljivo čakamo, da simptom zaradi drugih napredkov pri okrevan-

Ugotavljamo, da je vzdušje v družinah otrok z motnjo hranjenja pogosto napeto in hladno, izražanje čustev in potreb je prepovedano ali omejeno, vlada lahko vzdušje nadzora in visokih zahtev do dosežkov (ocene, tekmovanja) in telesnega izgleda/teže, osebe pogosto igrajo vlogo grešnega kozla v sistemu, tako da se preko njih odigravajo nerazrešeni družinski ali zakonski konflikti.

ju, kot sta denimo pristno izražanje čustev in potreb v odnosih ter skrb zase, sam od sebe premine, se razpusti. Simptomov pri motnji hranjenja ne odpravljamo preko nadzora, saj s tem dosežemo ravno nasprotno - jih ojačamo ali odpravimo le na kratki rok. Podobno kot pri dietah po obdobju nadzora in pridnosti sledi še večji porast teže in še hujši občutek nemoči in razočaranja. Če želimo, da se bo pretok umazane in zastane reke uredil, bomo najprej odstranili prepreke, sčistili bomo strugo in pretok se bo povečal, voda pa bo spet >

čista. Podobno je pri motnji hranjenja, ki velja za duševno motnjo. Osebi pomagamo pri sprostitvi čustvenih pretokov in predelavi nezaključenih stvari iz preteklosti ter odpiranju za nove izkušnje, kar po gestalt terapiji pripelje do kontakta, ki je podlaga za rast in odpravo simptomov. Glede na to, da so osebe z motnjami hranjenja izjemno zahtevne do sebe na vseh področjih (perfekcionizem), bi lahko rekli, da s tem zavirajo lasten zdrav celovit pretok in rast. V tovrstnem odnosu do sebe je prisotno toliko nadzora nad sabo in življenjem, da pogosto povsem ohromijo lastno zmožnost za polno in kakovostno doživljanje - telesno občutenje, čustvovanje in mišljenje. Treba je sprostiti nadzor do sebe in jih naučiti čutiti. Namesto da se čutijo močne, ko nadzirajo svoje telo (pri anoreksiji), je cilj, da bi se čutile močne in prisotne, ko ponovno čutijo.

Vloga šolske svetovalne službe

Šolska svetovalna služba, učitelji in učenci so pogosto poleg staršev tisti, ki prvi opazijo, da se učenec zapira vase, odklanja obroke, ne hodi več na malico, je izgubil ali pridobil veliko telesne teže.

Šolski svetovalni delavci so ustrezno opremljeni, da se pogovorijo z mladostnikom in mu svetujejo. Ni treba takoj klicati bolnišnice ali drugih strokovnjakov, saj je na začetku ključen prav zaupen odnos z učencem v okviru svetovalne službe, ki mu lahko prvič ponudi možnost, da se odpre in zaupa svojo stisko. Časa za is-

tus društva v javnem interesu ter status humanitarne organizacije. Program v okviru Društva MUZA preko javnih razpisov letos izvajamo osemnajsto leto, začetki pa segajo že v leto 1995, ko smo s kolegicami še kot študentke psihologije, socialnega dela in socialne pedagogike začele s prvimi koraki osnovanja sedanjega programa v okviru Študentske organizacije v Ljubljani, resorja za zdravje in socialo, ki je bil takrat poimenovan *Celosten pristop k motnjam hranjenja* (glej Švab 1998).

Program svetovalnice od leta 2016 nekaj več kot v 80 odstotkih sofinancira Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, v preostalih 20 odstotkih pa MOL - Oddelek za zdravje in socialno varstvo, mesečni prispevki uporabnikov, FIHO ter donacije.

Zaposlenih imamo pet strokovnih delavcev, ki izvajajo terapevtsko svetovalno delo z osebami z motnjami hranjenja in njihovimi starši. Poleg osnovne izobrazbe, kot sta psihologija in socialno delo, so vsi terapevti in svetovalci opravili specializacije ali so vključeni v eno od specializacij za izvajanje psihoterapije in svetovanja z osebami z duševnimi motnjami. Ustanoviteljici in vodji Svetovalnice MUZA, Andreja Modrin Švab, univ. dipl. psihologinja in zastopnica društva, ter Vesna Šolar, univ. dipl. socialna delavka in strokovna vodja programa, sta opravili specializacijo iz gestalt psihoterapije, ki velja za glavni terapevtski pristop znotraj svetovalnice od njenega nastanka dalje. Drugi pristopi, ki so zastopani, so še zakonsko-družinska terapija, transakcijska analiza in logoterapija.

Naša ciljna populacija so osebe obeh spolov z različnimi oblikami motenj hranjenja od 11. leta dalje ter njihovi starši in druge pomembne bližnje osebe.

kanje pomoči drugje, če bo potrebno, bo še dovolj. Če svetovalni delavec prepozna, da gre za težje težave, ali sumi, da sta ogrožena zdravje in življenje učenca, pa je treba čim prej seznaniti starše in poiskati še drugo strokovno pomoč.

Pomoč v svetovalnici za motnje hranjenja MUZA

Program Svetovalnice za motnje hranjenja MUZA v Ljubljani je od leta 2001 vključen v **mrežo javnih socialnovarstvenih programov** in je v njej največji program za motnje hranjenja v Sloveniji, ki se lahko pohvali tudi z najdaljšim neprekinjenim delovanjem.

Od leta 2008 ima pridobljeno tudi verifikacijsko listino Socialne zbornice za javni socialnovarstveni program. Društvo MUZA ima pridobljena tudi dva statusa: sta-

Svetovalnica za motnje hranjenja MUZA je z leti pridobila pomemben položaj tudi znotraj **širše mreže zdravljenja motenj hranjenja** v Sloveniji. To pomeni, da je vedno bolj vključena v mrežo, ki jo sestavljajo tri področja - zdravstvo, šolstvo in socialno varstvo -, ki se morajo pri obravnavi motenj hranjenja nujno povezovati in dopolnjevati, če želimo biti uspešni. Dnevno smo glede napotitev oseb z motnjami hranjenja k nam ali obratno v stiku s:

1. šolskimi svetovalnimi službami,
2. zdravniki, psihiatri in zdravstvenimi oddelki (EMH - Enota za zdravljenje motenj hranjenja v Ljubljani (CMZ), Pedopsihiatrični oddelek Pediatrične klinike, MKZ Rakitna - Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna idr.) ter
3. nevladnimi organizacijami (Projekt Človek, Ozara, Šent, Altra, Stigma idr.).

Naša **ciljna populacija** so osebe obeh spolov z različnimi oblikami motenj hranjenja od 11. leta dalje ter njihovi starši in druge pomembne bližnje osebe. Na prve

informativne in občasne pogovore sprejemamo tudi mlajše osebe, do sedaj smo obravnavali že več otrok, starih osem let, ki so začeli kazati prve znake motenj prehranjevanja v prvem ali drugem razredu osnovne šole.

V letu 2016 je bilo **redno tedensko** v celostni program urejanja motnje hranjenja z naslovom *Psihosocialni terapevtski program MUZA* vključenih **188 različnih oseb**, ki smo jim pomagali v okviru rednega tedenskega terapevtskega svetovalnega dela (individualni, družinski ali skupinski tretma) in dodatnih terapevtskih dejavnosti (izdelava terapevtskega načrta, kreativne in tematske delavnice, izleti ter večdnevni bivalni seminar). Večina oseb, ki so motivirane, se vključi v redni tedenski program, ki ga po uspešno izpeljani prvi fazi, ki traja od enega do treh let, lahko nadaljuje v obliki **občasnega svetovanja** enkrat mesečno ali pa nas pokličejo po potrebi kadar koli med letom, če opazijo ponovitev ritualov ali se znajdejo v stiski, da jim pomagamo pri ponovni vzpostavitvi ravnovesja pri hranjenju in v odnosu do sebe.

Poleg vključitve v redni tedenski program in občasno svetovanje, pa izvajamo tudi številne druge enkratne dejavnosti, v katere je bilo v letu 2016 vključenih še **675 različnih anonimnih uporabnikov**. Največ od teh je bilo v svetovalnico sprejetih osebno (ali je navezalo prvi stik po telefonu, spletu) na prvi informativni pogovor, na katerem so predstavili svojo težavo, čas trajanja, dosedanje pomoč itd., mi pa smo jim predstavili

možnosti okrevanja pri nas ali drugje (v primeru težjih oblik motenj hranjenja). Na prvih pogovorih je pomembno tudi to, da skupaj ugotovimo, ali oseba trpi za motnjo hranjenja ali pa so prisotni le prvi znaki motnje pre/hranjevanja (pri kateri še ne gre za duševno motnjo). V zadnjem primeru se ne odločimo za redno vključitev v intenzivni terapevtski program, temveč za občasno mesečno svetovanje in spremljanje, s katerima skušamo osebi pomagati pri vzpostavitvi uravnoteženega zavestnega hranjenja ter zajezi morebitne prve znake motenj pre/hranjevanja.

Poleg **prvih informativnih pogovorov** smo pomagali tudi s **pogovori v krizi ter kriznimi intervencijami** (pomoč pri namestitvi v bolnico v primeru najtežjih oblik anoreksije ter pomoč v primeru različnih zlorab), **dve-ma dežurnima telefonoma za fante in moške ter otroke in mladostnike, motivacijskimi pogovori, preventivnimi delavnicami za učence v šolah, predavanji za starše** idr.

Poseben poudarek od leta 2011 namenjamo **rednemu terapevtskemu svetovalnemu delu z osnovnošolsko in srednješolsko populacijo ter s starši in družinami obolelih otrok**. V ta namen potekajo redna terapevtska skupina za starše mladoletnih otrok, mesečna podpora tematska skupina za starše in druge bližnje osebe, družinske terapije in svetovanja, prvi informativni pogovori ter telefon za otroke in mladostnike ob sredah od 14. do 15. ure. <

Viri in literatura

1. Angermann, K. (1998). Gestalt therapy for eating disorders. *The Gestalt Journal*. Volume XXI, št 1, str. 19-47.
2. Apple, R. F., Agras, W. S. (2007). *Overcoming Your Eating Disorder, Workbook: A Cognitive-Behavioural Therapy Approach for Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder*. Second Edition. Oxford: Oxford University Press.
3. Anderluh, M. (2011). Motnje hranjenja v otroštvu in adolescenci. V: Enodnevni izobraževalni seminar o motnjah hranjenja. Predstavitev prispevka. Grand hotel Union v Ljubljani: Socialna zbornica Slovenije in MDDSZ.
4. DSM V (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. izd. American Psychiatric Association.
5. Hafner, A., Sernec, K., Copak, M., Kuhar, M., Čarapič, J. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo Kranj.
6. Hollis, J. (2003). *Fat is a family affair. How food obsessions affect relationships*. Second edition. Center City, MN: Hazelden.
7. Mayo, M. A. (1992). *Skin Deep. The powerfull link between your body image and your self-esteem*. Michigan: Ann Arbor.
8. Majerle, M. (2014). *Zakaj diete ne delujejo?! Program Zavestno prehranjevanje - zavestno življenje* (knjiga in delovni zvezek). Šmarje Sap: Buča.
9. Mann, D. (2010). *Gestalt Therapy. 100 Keypoints and techniques*. London and New York: Routledge.
10. Modrin, A. (2017). Ko hrana ni več »hrana« - kako preprečujemo in zdravimo motnje hranjenja pri otrocih in mladostnikih. V: *Prispevki strok za svetovalno delo v praksi: Duševno zdravje v vrtcu in šoli*. Zbornik povzetkov. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
11. Orbach, S. (2006). *Fat is a feminist issue*. New edition. London: Arrow Books.
12. Pipher, M. (1994). *Reviving Ophelia. Saving the selves of adolescent girls*. New York: Ballantine Books.
13. Podjavoršek, N. (2004). Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celega sistema. *Psihološka obzorja*, Letnik 13, št. 4, str. 119-133.
14. Šegula, B., Sernec, K. (2015). Moški in motnje hranjenja. *Viceversa - glasilo Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu*, št 59, str. 34-42.
15. Švab, A., Šolar, V. idr. (1998). *Ko hrana ni več »hrana«*. Ljubljana: ŠOU.
16. Švab, A. (1998). *Nekateri vidiki spremenjenega doživljanja deklet in žensk, vključenih v skupine za motnje hranjenja*. Diplomsko delo.