

Univerza v Ljubljani
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

Razkorak med strokovnjaki in uporabniki v pogledu na zdravljenje bulimije nervoze

Mentor: izr. prof. dr. Bogdan Lešnik

Maša STERLEKAR

Somentor: doc. dr. Nino Rode

Tadeja JEZERŠEK

Ljubljana 2015

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Maša Sterlekar, Tadeja Jezeršek

Naslov naloge: Razkorak med strokovnjaki in uporabniki v pogledu na zdravljenje bulimije nervoze

Kraj: Ljubljana

Leto: 2015

Št. strani: 200

Št. tabel: 3

Št. prilog: 2

Št. bibl. opomb: 0

Št. Slik: 0

Št. Grafov: 0

Mentor: izr. prof. dr. Bogdan Lešnik

Somentor: doc. dr. Nino Rode

Ključn besede: motnje hranjenja, bulimija nervoza, dolgotrajno okrevanje, termini in zapisovanje, dvojne diagnoze, varen prostor za okrevanje

Povzetek:

Za vedno večji odstotek ljudi želja in potreba po hrani ter vedenje, povezano s hranjenjem, niso povezani le s fizično, ampak predvsem s čustveno lakoto, kar onemogoča pravilno zadovoljevanje potreb. Osnovnega zadovoljevanja potreb se naučimo v primarni družini, predvsem s posnemanjem ostalih družinskih članov. Družina je tudi prostor, ki omogoča gradnjo temeljev dobre samopodobe in samospoštovanja. Pri osebah z motnjami hranjenja pa je družina, poleg socio-kulturnega in biološko-genetskega dejavnika, celo dejavnik tveganja ali vzrok za razvoj motenj hranjenja, zelo velik vpliv za njihov nastanek pa imajo tudi spolne zlorabe.

Tako telesne kot duševne posledice bulimije nervoze so lahko hude. Zelo pomembno je hitro prepoznavanje motnje hranjenja in čim hitrejše multidisciplinarno zdravljenje. Kadar se pojavijo pridružene motnje, je zelo pomembno, da strokovnjaki za motnje hranjenja dovolj hitro prepoznajo dvojne diagnoze in da so usposobljeni za zdravljenje z njimi.

Za zdravljenje je v Sloveniji na voljo več različnih programov: od socialno delavskih/psihoterapevtskih do ambulantnega zdravljenja. Okrevanje je poleg od strokovne obravnave odvisno tudi od posameznika.

Zapisovanje in terminologija imajo med obravnavo velik pomen tako za strokovnjake kot za uporabnike. Ti lahko tako ene kot druge opolnomočijo ali pa stigmatizirajo. Uporabnik pa naj bi bil ekspert iz izkušenj.

V diplomski nalogi sva obravnavali dve dekleti, in sicer eno, ki ocenjuje, da je njeno zdravljenje kratkotrajno, ter drugo, pri kateri naj bi bilo zdravljenje dolgotrajno, pa tudi nekaj strokovnjakov s področja motenj hranjenja.

V teoretičnem delu sva predstavili predvsem, kaj motnje hranjenja sploh so (od vzrokov za njihov nastanek do njihovih posledic), kako so klasificirane in kakšne so možnosti za ozdravitev. Osredotočili sva se tudi na uporabo teoretskega znanja v praksi.

V empiričnem delu sva s pomočjo primerjav dveh študij primera poskušali raziskati, ali obstaja razlika med kratkotrajnim in dolgotrajnim okrevanjem po bulimiji nervozi, in če, kakšni so vzroki zanje. Z intervjuji s strokovnjaki s področja motenj hranjenja sva želeli raziskati, ali razlikujejo med kratkotrajnim in dolgotrajnim okrevanjem po bulimiji nervozi ter kako jih poimenujejo in kakšne pristope imajo potem za slednje.

PARTICULARS ABOUT GRADUATION THESIS

Name and surname: Maša Sterlekar, Tadeja Jezeršek

Title: The gap between specialists and users in bulimia nervosa therapy

Place: Ljubljana

Year: 2015

No. of pages: 200

No. of charts: 3

No. of pictures: 0

No. of adds: 2

No. of libr. comments: 0

No. of graphs: 0

Mentor: izr. prof. dr. Bogdan Lešnik

Co-mentor: doc. dr. Nino Rode

Key words: eating disorder, bulimia nervosa, longterm recovery, terms and notes, double diagnoses, safe place for recovery.

Abstract:

The wish, the need for food and the behaviour linked to eating habits, for higher and higher percentage of people, are no more connected with physical hunger but with emotional hunger as well, what impedes correct fulfilment of needs. The basic need fulfilment we are taught in our elementary family by imitating their members. It is a place for building the bases of high self esteem and self respect. Family could be a risk factor or a reason for eating disorder together with socio-cultural and genetic predisposition factors. Sexual abuse is also an important reason for bulimia nervosa. Physical and emotional consequences can be very serious. Recognising the eating disorder in early stage is very important as well as immediate multidisciplinary treatment. When associated disorders appear, it is important for specialists to recognise double diagnoses quickly and to manage them with suitable treatments.

In Slovenia there are different programs available: from socio-psychological treatments to out-patient treatments. Recovery period depends on expert treatment and differs from person to person. Making notes and terminology during the treatment is important for both, the specialists and the users. They

can stigmatize them or enforce them. The user should not only be familiar but also experienced with his problematic.

In the diploma work two young females were dealt with, one with a short term treatment and the other with the long term one. A few specialists of eating disorders collaborated with us.

In the theoretical part the eating disorders are presented (from reasons for their development to their consequences), how they are classified and possibilities of recovery. We focused on the implication of theoretical knowledge in practical experience.

In the empirical part, the two studies were compared to explore the difference between short term and long term treatments of bulimia nervosa. If there is the difference, what is the reason for it? By interviewing specialists in the field of eating disorder we explored these differences, how they call them, if they distinguish them and what approaches they use for them.

Univerza v Ljubljani
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

Razkorak med strokovnjaki in uporabniki v pogledu na zdravljenje bulimije nervoze

Mentor: izr. prof. dr. Bogdan Lešnik
Somentor: doc. dr. Nino Rode

Maša STERLEKAR
Tadeja JEZERŠEK

Ljubljana 2015

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujema mentorjema, doc. dr. Ninu Rodetu in izr. prof. dr. Bogdanu Lešniku, za vso strokovno vodenje, usmerjanje in posredovanje strokovnega znanja, ki sta nama ga nudila pri nastajanju diplomske naloge.

Želeli bi se zahvaliti tudi dekletoma, ki sta nama pri raziskovanju njunih življenjskih zgodb namenili veliko časa in potrpljenja. Posebna zahvala pa gre tudi vsem strokovnjakom, ki so bili pripravljeni sodelovati pri raziskavi za diplomsko nalogo.

Zahvala gre tudi Blažu Podpečanu, ki nama je z objektivnim mnenjem in predlogi odprl pot do veliko novih idej ter stališč, povezanih z metodološkim delom diplomske naloge.

Največja zahvala pa gre najinima družinam pa, ki sta nama pri nastajanju diplomske naloge stali ob strani in verjeli v naju. Hvala za potrpežljivost, razumevanje in moralno podporo.

Diplomsko delo posvečam pokojnemu staremu očetu Janezu.

Tadeja

Nikoli ti ni dana želja,
ne da bi ti bila dana tudi moč,
da jo uresničiš.

(neznani avtor)

PREDGOVOR

Prehranjevanje kot osnovna človekova potreba, ki nam daje energijo in moč za vsak dan, nam omogoča tudi druženje ter veselje ob pripravi, vendar pa vedno več posameznikom predstavlja stisko in boj, saj prek hrane ustvarjajo navidezno kontrolo nad lastnim življenjem.

S hrano se da umiriti čustveno stisko v izogib raziskovanju, od kod ta prihaja; otroku lahko denimo ponudimo košček sladkega zgolj zato, da neha cepetati in jokati; lahko ga nagradimo z veliko liziko, ker je priden ali ker je vse pojedel pri kosilu. Lahko ga kaznujemo, ker je iz trme in zaradi notranje stiske razmetal sobo ter ostal brez večerje ... Na tak način hrana postane način komuniciranja s samim seboj, zadovoljitev potrebe na napačen način – pojavi se čustvena lakota ali čustveno stradanje.

Biti lep, fizično aktiven, suh, polno zaposlen in vedno nasmejan, so danes trendi uspešnega posameznika. Ali res pomeni uspešnost to, da v vsakodnevnem tempu življenja človek izgubi stik s samim seboj?

Motnje hranjenja, ki v današnjem času dobivajo vedno večje razsežnosti, ne izbirajo niti spola niti starosti.

Kaj se skriva za narejenim nasmehom, socialno izoliranostjo posameznika, nekoč uspešnega športnika, energične in pozitivne gospodične, uspešne učenke, ki kar naenkrat ponavlja letnik... STISKA, nepredstavljiva stiska, potlačena, skrita in boleča.

Kljub temu da pojav motenj hranjenja sega kar nekaj desetletij nazaj, se pri nas strokovnjaki z njimi ukvarjajo premalo časa, da bi podatki zanesljivo lahko govorili o uspešnosti (načinov) okrevanja, zdravljenja in pristopih.

Strokovnjaki vsak po svojih močeh nudijo pomoč po do zdaj poznanih lastnih programih, ki ustrezajo tistim, ki »želijo« okrevati.

V diplomski nalogi sva zajeli dve študiji primera in odgovore devetih strokovnjakov. Naloga zajema raziskovanje, ki ne poda splošnega recepta, kako pristopiti k okrevanju in zdravljenju, pokaže pa vso kompleksnost motnje hranjenja, ki vsekakor potrebuje individualni načrt pri okrevanju posameznika in k sodelovanju nagovarja vse strokovnjake, ki so korak naprej, ko oboleli potrka na njihova vrata, ne vedoč, kaj se z njim dogaja. Izkazalo se je, da terminologija ni pomembna samo za strokovnjake, temveč predvsem za uporabnike, katerim nekaj pove o njih, njihovi moči in upanju.

KAZALO VSEBINE

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI	2
PREDGOVOR.....	10
KAZALO VSEBINE	12
1.TEORETIČNI DEL	14
1.1POMEN HRANE IN HRANJENJA: FIZIČNA ALI ČUSTVENA LAKOTA.....	14
1.2 MOTNJE HRANJENJA.....	16
1.2.1 KLASIFIKACIJA MOTENJ HRANJENJA IN OPREDELITVE.....	17
1.2.2 BULIMIJA NERVOZA.....	20
1.2.3 BULIMIJA: ZASVOJENOST ALI OMAMNA MOTNJA.....	22
1.3 DRUŽINA IN MOTNJE HRANJENJA	24
1.3.1 SAMOPODOBA IN SAMOSPOŠTOVANJE.....	24
1.3.2 DRUŽINA IN ODRAŠČANJE.....	25
1.3.3 DRUŽINE OSEB Z MOTNJIAMI HRANJENJA.....	30
1.4 DEJAVNIKI TVEGANJA IN VZROKI ZA RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA.....	32
1.4.1 DRUŽINSKI DEJAVNIKI TVEGANJA.....	33
1.4.2 SOCIO-KULTURNI DEJAVNIKI TVEGANJA.....	35
1.4.3 BIOLOŠKO-GENSKI DEJAVNIKI TVEGANJA	35
1.4.4 SPOLNE ZLORABE.....	36
1.5 OD STISKE DO MOTNJE	38
1.5.1 POMEN STISK.....	40
1.6 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA ZDRAVJE.....	42
1.6.1 TELESNE POSLEDICE BULIMIJE NERVOZE.....	43
1.6.2 DUŠEVNE POSLEDICE BULIMIJE NERVOZE.....	47
1.7 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA SOCIALNO VKLJUČEVANJE IN IZOBRAŽEVAJE	47
1.7.1 POMEN ŠOLE IN IZOBRAŽEVANJA ZA OSEBE Z MOTNJO HRANJENJA.....	48
1.7.2 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA UČENJE IN ŠOLANJE.....	49
1.7.3 SOCIALNO VKLJUČEVANJE.....	50
1.8 PRIDRUŽENE MOTNJE	52
1.8.1 BULIMIJA NERVOZA IN ODVISNOST OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI.....	53
1.8.2 BULIMIJA NERVOZA IN RAZPOLOŽENJSKE MOTNJE.....	54
1.8.3 BULIMIJA NERVOZA IN MOTNJE KONTROLE IMPULZOV.....	54
1.8.4 DVOJNE DIAGNOZE IN POJAV VRTLJIVIH VRAT.....	54
1.9 ZDRAVLJENJE.....	57
1.9.1 PREDSTAVITEV POSAMEZNIH PROGRAMOV	60
1.9.2 MOŽNOSTI ZA OZDRAVITEV.....	76
1.9.3 TERMINI IN ZAPISOVANJE.....	82
1.9.4 UPORABA TEORETSKEGA ZNANJA V PRAKSI; RAZLIČNI PRISTOPI IN METODE DELA	84

2. PROBLEM	89
3. METODOLOGIJA	90
4. REZULTATI	96
4.1 ANALIZA PRIMERJAV: ŠTUDIJI PRIMERA	96
4.2 ODGOVORI STROKOVNJAKOV	110
4.2.A Poznavanje termina "kronična" bulimija/ povratnik.	110
4.2.B Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.	111
4.2.D Raznolikost pristopa/obravnave.....	112
4.2.E Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.	114
4.2.F Tipizacija/stopnja motnje.	116
4.2.G Klasifikacija bulimije nervoze po zdravstvenih kriterijih.	117
4.2.H Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.....	119
4.2.I Okrevanje.....	119
5. RAZPRAVA	122
5.1 RAZPRAVA ŠTUDIJ PRIMERA.....	122
5.2 RAZPRAVA ODGOVOROV STROKOVNJAKOV	145
5.3 OSEBNO MNENJE	149
6. SKLEPI	154
7. PREDLOGI	157
8. LITERATURA IN VIRI	159
9. PRILOGA	164
10. POVZETEK	199

1. TEORETIČNI DEL

1.1 POMEN HRANE IN HRANJENJA: FIZIČNA ALI ČUSTVENA LAKOTA

Človek se z rojstvom znajde v svetu raznovrstnih potreb. Hrana in zadovoljevanje potrebe po hrani sta del osnovnih življenjskih potreb. Hranjenje otroka potolaži, umiri. Martina Tomori (1990) pojasnjuje, da hrana prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja v življenju in ostaja še dalje simbol zadoščenosti, sprejetosti, ljubezni in tolažbe. Zato hranjenje govori o kvaliteti medčloveških odnosov, sposobnosti dajanja in jemanja, sprejemanja ter odklanjanja.

Tudi Saša Šolc (2012) piše, da je hrana že od prvih dni življenja simbol skrbi, ljubezni in ker je hrana v otrokovem doživljanju povezana s prvimi občutki ugodja, mu tudi kasneje predstavlja simbol ugodja, zadoščenosti in tolažbe (hrana postane prisposoba nečesa, kar otrok kot sredstvo za odpravljanje stiske in zagotovilo prijetnega počutja dobiva od ljudi, ki ga imajo radi in tako se ta vzorec vključi v otrokovo doživljanje medosebnih odnosov). Hrana mu zato lahko postane nadomestilo za čustva najbližjih oseb. S prekomernim hranjenjem pozneje v življenju duši občutja čustvene nezadovoljenosti oz. v hrani najde nadomestilo čustvom. S hrano si lajša tesnobo in občutek osamljenosti. Lahko je pri hranjenju izbirčen ali hrano odklanja, z njo pa simbolično tudi tistega, ki ga je prizadel. Hrana lahko v družini prevzame vlogo nagrade in kazni, lahko postane sredstvo izražanja, dokazovanja skrbi, naklonjenosti, odvisnosti, podkupovanja, izsiljevanja ali podrejanja.

Hranjenje predstavlja tudi enega izmed pomembnih komunikacijskih kanalov med otrokom in materjo, saj se med hranjenjem razvije govorica oči in prek vzpostavljanja čustvenega kontakta mati prenaša na otroka svoja psihična stanja. (Karin Sernec 2011.)

Seveda se tudi pri hranjenju v naše vedenje pogosto prikradejo čustvene primesi. S tem hrana ali uživanje hrane dobi drugačen, simbolni pomen. S hrano pogosto kompenziramo številne trenutne ali čustvene primanjkljaje, zadovoljujemo neke druge potrebe, ki jih sicer nismo sposobni ustrezno

zadovoljiti. Tako naprej Matej Tušak govori o pomembnosti ločitve, kdaj gre za fizično in kdaj za emocionalno lakoto. "Čustvene lakote ne moremo napolniti s hrano, zato se po takem hranjenju ne počutimo bolje. Hranjenje pa po drugi strani fizično lakoto zadovolji in nas poteši, torej povzroča občutke pomirjenosti. Čustvena lakota se pojavi nenadoma, medtem ko fizična prihaja postopoma. Fizično lakoto poteši kakršnakoli hrana, tudi zdrava, npr. zelenjava, medtem ko emocionalna običajno zahteva predvsem sladkarije in prigrizke. Čustvene lakote ne občutimo v trebuhu, ampak predvsem v glavi, kjer se pojavljajo tudi številne misli in obsesije, povezane s hrano in občutki krivde." (<http://www.aktivni.si/psihologija/custva-in-hrana/> , 17. 10. 2014)

Tomori (2012) v spremni besedi navaja, da človekovo vedenje, razen telesnih mehanizmov, usmerjenih v preživetje, usmerjajo tudi drugi dejavniki. Čustvena sestradanost lahko poruši funkcionalnost še tako usklajenih prehranjevalnih hormonov in homeostatičnih povratnih zank. Hude motnje v primarnih odnosih lahko sprožijo celo vrsto oblik nadosebne tolažbe in zadostitve v poznejših nezadovoljujočih razmerjih. Hrana je že od prvih dni življenja simbol tolažbe, zadoščenosti, sprejetosti in izpolnjenosti. Na hranjenje ter na navade in rituale, povezane z njimi, vplivajo tudi številni socialni dejavniki, posredovani v vsaki kulturi prek generacij, ki jih posameznik osvoji, ne da bi se zavedal, da je prek svoje kulture tako pristal tudi na vsa simbolična sporočila. Medsebojni odnosi, ugodje, zdravje in socialne navade so zelo pomembne za vsakega človeka in na poseben način povezane s hrano. Hranjenje je povezano z doživljanjem zadoščenosti, daje občutek preskrbljenosti, kliče k hvaležnosti, potrjuje (ali nadomešča) zadovoljstvo v medosebnih odnosih, a vzbuja tudi občutja krivde in govori o odvisnostih. Občutje ugodja se lahko naenkrat preplete s krivdo in sramom, postane lahko vir tesnobe, napetosti in strahu.

1.2 MOTNJE HRANJENJA

Sernec (2011) opredeli motnje hranjenja kot čustvene motnje, ki se kažejo v spremenjenem odnosu do hrane. Predstavljajo zunanji izraz globoke duševne in čustvene vznemirjenosti ter nesprejemanja sebe. Oseba, ki trpi zaradi motenj hranjenja, izraža svoje čustvene težave s spremenjenim odnosom do hrane in hranjenja. Navidezni problem s hrano v globini skriva trpljenje, ki je nastalo zaradi cele vrste različnih razlogov. Hranjenje ali odklanjane hrane postane izraz osvoboditve notranjih bolečih in neprepoznanih čustev.

Naprej Sernec (2012) navaja, da se lahko motnje hranjenja kažejo tudi kot mehanizem izogibanja (svojo energijo posamezniki osredotočijo na hrano in hranjenje ter se tako izognejo bolečim čustvom in težavam), lahko predstavljajo način obvladovanja življenjskih težav, ki se zdijo nerešljive, ali pa gre za prizadevanje nadzorovati lastno telo in življenje v razmerah, ko človek čuti, da ga nadzorujejo drugi, lahko pa so motnje tudi odziv na dolgotrajne, leta trajajoče, nerazrešene stresne okoliščine (pravzaprav ne gre za motnje v hranjenju, ampak motnje v sprejemanju samega sebe).

Osebe z motnjami hranjenja težko na konstruktiven način obvladujejo agresivna čustva in impulzivne vedenjske vzorce. Agresijo ponotranjijo na samouničevalen način, in sicer z vedenjem, ki ogroža vedenje in se na tak način razbremenijo občutij krivde (prav tam).

Za boljše razumevanje zunanjih opazovalcev oseb v stiski v svetovalnici motenj hranjenja Introspekta govorijo o motnjah hranjenja kot o strategiji preživetja.

»O motnjah hranjenja se največkrat razpravlja kot o duševnih motnjah ali celo duševnih boleznih. Vendar obravnavanje problematike s takšnih vidikov laično populacijo pogosto vodi k napačnemu razumevanju motenj hranjenja. Prvotno jo je potrebno videti kot strategijo preživetja človeka, ki se je znašel v stiski, šele tako lahko razumemo, kaj motnja hranjenja pravzaprav predstavlja in čemu služi. Problematika motenj hranjenja omogoča prebijanje iz dneva v

dan. To pomeni, da uravnava njegova razbolela kognitivna, emocionalna in telesna stanja.«

Med drugim se to prepozna kot:

- **PREUSMERJANJE POZORNOSTI:** Morebitne spremljajoče zadeve, kot so obremenjevanje s hrano, teža ali oblika telesa služijo kot mehanizem nezavednega preusmerjanja pozornosti od bolečega duševnega doživljanja.
- **NADZOR:** Psihofizični napor, ki ga problematika zahteva, posamezniku omogoča nezavedno nadzorovanje duševnega doživljanja in trenutne življenjske situacije.
- **SAMOZAVEDANJE:** Problematika posamezniku omogoča prepoznavanje in občutenje sebe. V skrajnih primerih predstavlja temelj posameznikove osebnostne identitete.

(<http://www.introspekta.si/motnje-hranjenja/osnovna-dejstva-o-motnjah-hranjenja/#dejstva>, 17. 10. 2014)

Naprej Sernecova (2011) opisuje, da moramo ločiti med motnjami hranjenja in prehranjevanja, saj slednje veljajo za predstopnjo motenj hranjenja, hkrati pa ni nujno, da se v njih tudi razvijejo. Med motnje prehranjevanja sodijo neustrezne prehranjevalne navade, kot so na primer neredno hranjenje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, uživanje le določene vrste hrane (neuravnotežene prehrana) in podobno. Motnje prehranjevanja niso nujno znak določene duševne motnje.

1.2.1 KLASIFIKACIJA MOTENJ HRANJENJA IN OPREDELITVE

Mednarodna klasifikacija bolezni (kratica MKB; angleško International Classification of Diseases, kratica ICD), ki jo objavlja Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), vsebuje vse znane bolezni in vzroke smrti, razvrščene v 21 kategorij (te pa v natančne podkategorije). Zasnova kategorij je bodisi etiološka (vzroki in okoliščine za nastajanje bolezni), vezana na telesne sisteme bodisi na posebnosti bolezni in stanja (neoplazme, poškodbe).

Glavna prednost te klasifikacije je v tem, da jo uporabljajo vse države članice WHO. Trenutno je v uporabi 10. popravljena izdaja (MKB-10) (WHO, 1992).

(http://sl.wikipedia.org/wiki/Mednarodna_klasifikacija_bolezn_i, 18. 10. 2014)

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (kratica DSM) je priročnik, ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje. Prvi priročnik (DSM-I) je bil izdan leta 1952, zadnji (DSM-V) pa leta 2013 .

Svetovna zdravstvena organizacija (angleško *World Health Organization*, kratica SZO ali WHO) ima na globalnem nivoju vodilno vlogo na področju zdravstvenih vprašanj. Oblikuje zdravstvene raziskave, postavlja norme in standarde, oblikuje na dokazih temelječe politike, zagotavlja tehnično podporo državam ter nadzira in ocenjuje zdravstvene trende. Je ena od specializiranih agencij Združenih narodov. Sedež ima v Ženevi. Ustanovljena je bila 7. aprila 1948. Njen namen je pomagati vsem na svetu do čim boljšega zdravja. Vodi statistiko o številnih boleznih, bori se proti podhranjenosti, ukvarja se z reševanjem zdravstvenih problemov, skrbi za cepljenje, vodi raziskave o različnih boleznih itd. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) objavlja Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov 10-ta revizija(MKB-10).

(http://sl.wikipedia.org/wiki/Svetovna_zdravstvena_organizacija, 18.10, 2014)

Motnje hranjenja (MH) so v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) obravnavane v poglavju duševnih in vedenjskih motenj, natančneje v podpoglavju Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi in telesnimi dejavniki.

Po diagnostičnih kriterijih za mentalne motnje (DSM-V) so omenjene tri oblike motenj hranjenja, in sicer anoreksija nervoza, bulimija nervoza in neopredeljena motnja hranjenja. V kratki predstavitvi je omenjeno še kompulzivno prenašanje. Poleg teh poznamo še druge motnje hranjenja – pika (uživanje neužitnih stvari, npr. kreda), ruminacija (ponovno prežvekovanje že zaužite hrane).

(<http://las.novomesto.si/si/zasvojenost/prehrana/>, 18.10. 2014)

Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je kot samostojna entiteta obravnavana šele od šestdesetih in sedemdesetih let prejšnjega stoletja. Pred tem je veljala za atipično obliko anoreksije nervoze. Od osemdesetih let prejšnjega stoletja je vključena v ameriško (sedaj DSM V) in v WHO (MKB-10) klasifikacijo duševnih motenj.

Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza velja za psihiatrični sindrom že zadnjih 100 let, od leta 1980 pa je kot kategorija duševne motnje vključena v Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje ter v Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov.

Kompulzivno prenažanje

Med vse bolj pogoste in prepoznane motnje hranjenja sodi tudi kompulzivno prenažanje. V DSM-V lahko to motnjo najdemo uvrščeno pod atipične motnje hranjenja. Za tovrstno motnjo je značilno nekontrolirano hranjenje, katerega posledica je običajno prekomerna telesna teža, ni pa nujno.

(http://www.svetovalnicamuza.si/Vec_o_tem.html, 18.10.2014; Petrovčič Tina 2013; in DSM V)

Sernec (2012) naprej piše, da je bila delitev motenj hranjenja na anoreksijo, bulimijo nervozo in kompulzivno prenažanje v klasifikaciji glede na uporabljen način vzdrževanja razdeljena še na posamezne podskupine. Pri anoreksiji nervozi sta bila opisana restriktivni in purgativni tip, pri bulimiji nervozi pa purgativni in nepurgativni tip. Nadalje piše, da je v evropski klasifikaciji delitev manj natančna in da so se zato v posameznih državah Evropske unije (ki uporabljajo to klasifikacijo) dogovorili, da posamezne diagnostične kategorije pri motnjah hranjenja poimenujejo na poseben način kot v ameriški klasifikaciji. V Sloveniji se je to zgodilo na srečanju Ekspertne skupine za motnje hranjenja v Ljubljani leta 2002 (F 50.0 – restriktivna anoreksija nervoza, F 50,1 – purgativna anoreksija nervoza, F 50.2 – purgativna bulimija nervoza, F 50,3 – nepurgativna bulimija nervoza, F 50,4 –

kumpulzivno prenažedanje, F 50,8 – druge oblike motenj hranjena (ortoreksija nervoza, bigoreksija nervoza), F 50,9 – motnja hranjenja, neopredeljena).

Sernec nadalje navaja, da je ta delitev skozi leta pokazala številne pomanjkljivosti. Skupini motenj hranjenja iz anoreksije in bulimije se razlikujeta glede na telesno maso (ITM), ki je bila glavni razločevalnik za postavitev diagnoze anoreksije ali bulimije nervoze, ne pa tudi glede drugih pomembnih kazalcev, predvsem osebnostnih lastnosti in posledično izbire ter uporabe določenih psihoterapevtskih in farmakoterapevtskih metod. Pravi tudi, da so študije pokazale, da imata obe skupini pogosto podobne kognitivne, vedenjske, emocionalne in klinične simptome. Prenajedanje, ki je značilno za bulimijo nervozo, je pogost simptom tudi pri purgativnem podtipu anoreksije nervoze. Osebe z motnjami hranjena, ki se prenažedajo, so si med seboj bolj podobne kot tiste, ki stradajo in so podhranjene. Osebe z restriktivno anoreksijo nervozo so bolj zavrte kot osebe, ki se prenažedajo, te pa naj bi bile bolj impulzivne, emocionalno labilne, pogostejši naj bi bili fenomeni depersonalizacije in derealizacije in prisotna večja stopnja disociativnosti. Pri posamezni osebi se pojavljajo tudi nestabilnosti oz. spremenljivosti simptomov določene oblike motnje hranjena (fenotip), zato v celotnem obdobju obolelosti posledično pride do prehajanja iz ene oblike motnje hranjenja v drugo. Serneceva na podlagi tega meni, da bi bilo ustreznejše diagnostične kriterije za posamezno obliko motnje hranjenja spremeniti oz. prilagoditi.

1.2.2 BULIMIJA NERVOZA

Klasifikacija po DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V)).

Kriteriji za postavitev diagnoze

A. Ponavljajoče se epizode prenažedanja. Epizode prenažedanja so karakterizirane po naslednjih dveh dejavnikih:

1. Hranjenje v konkretnem času (npr. v času dveh ur), količina hrane, ki je zagotovo večja, kot bi jo večina posameznikov v istih okoliščinah pojedla v tem času.

2. Izguba občutka kontrole nad hranjenjem med to epizodo (npr. občutek, da oseba ne more nehati jesti) ali kontrole, kaj ali koliko nekdo poje.

B. Ponavljajoče kompenzirano vedenje, s katerim bi se preprečilo povečanje telesne mase, kamor sodijo samopovzročeno (namerno) bruhanje, zloraba odvajal, diuretikov ali drugih zdravil in posta najmanj enkrat na teden za tri mesece.

C. Neupravičeno samoovrednotenje glede na obliko telesa in težo.

D. Motnja se nikoli ne pojavi med epizodo anoreksije nervoze.

Določitev trenutne "resnosti"/ogroženosti:

Najnižja stopnja resnosti temelji na pogostosti/frekventnosti neprimerne kompenziranega vedenja. Stopnja resnosti se lahko poveča s tem, da odraža druge simptome in stopnjo funkcionalne invalidnosti.

- Blago: Povprečno 1–3 epizode neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.
- Zmerno: Povprečno 4–7 epizod neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.
- Hudo: Povprečno 8–13 epizod neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.
- Ekstremno, skrajno: Povprečno 14 ali več epizod neprimerne kompenzacijskega vedenja na teden.

Sernec (2012) piše, da morajo biti za postavitev diagnoz bulimija nervoza izpolnjeni naslednji kriteriji:

- Ponavljajoča se prenajedanja (nažiranja, basanja) s hrano v krajših časovnih intervalih, v katerih oseba poje večjo količino hrane, kot bi jo pojedla zdrava oseba v podobnih okoliščinah.

- Občutek pomanjkljivega nadzora nad količino in kakovostjo zaužite hrane v obdobjih prenašanja.
- Neustrezni kompenzatorni vedenjski vzorci, ki so namenjeni preprečevanju pridobivanja telesne mase (bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov, stradanje, pretirana telesna dejavnost) po prenašanju.
- Pretirano ukvarjanje z videzom svojega telesa in telesno maso (strah pred debelostjo).

Obdobja prenašanja in neustreznih kompenzatornih vedenjskih vzorcev se povprečno pojavljajo vsaj dvakrat tedensko najmanj tri mesece.

Osebe z bulimijo nervozo imajo večinoma ustrezno (ITM 20 do 25 kg/m²) ali nekoliko povečano telesno maso (ITM 25 do 30 kg/m²). Glede na vrsto uporabljenih kompenzatornih vedenjskih vzorcev za vzdrževanje ustrezne telesne mase delimo bulimijo nervozo na dva podtipa: purgativna (Prenašanju sprva sledi namerno izzvano bruhanje, ki se pozneje sproži refleksno. Poleg bruhanja lahko te osebe zlorabljajo tudi odvajala in/ali diuretike. Ustrezno telesno maso torej vzdržujejo z bruhanjem. Ta oblika bulimije predstavlja 80 do 90 odstotkov vseh primerov bulimije nervoze. Pri njej se pojavlja več telesnih zapletov in psihiatričnih pridruženih motenj kot pri nepurgativni obliki.) in nepurgativna oblika bulimije nervoze (Ob prenašanju osebe vzdržujejo ustrezno telesno maso s stradanjem in/ali pretirano telesno dejavnostjo ne pa z bruhanjem.)

1.2.3 BULIMIJA: ZASVOJENOST ALI OMAMNA MOTNJA

Družbeni konstrukt zasvojenosti se imenuje odvisnost. Slednja ima znotraj koncepta stroke socialnega dela drugačen pomen od uveljavljenega socialnega diskurza: "Zasvojenost je konceptualen proces, ki je družbeno posredovan. Odvisnost in zasvojenost nista en in isti fenomen." (Vito Flaker, 2002:22.)

Jože Ramovš (2001) vidi razliko med zasvojenostjo in omamno motnjo naravnih potreb. Pri prvi na bi šlo za nujo po substanci, ki je telo ne potrebuje, ali za vedenja, ki jih je možno odpraviti, saj delajo škodo, pri drugi pa gre za napačno zadovoljevanje potreb. Omamna motnja, kot je bulimija, predstavlja nered v zadovoljevanju osnovnih človekovih potreb in tu abstinenca od hrane ni mogoča. Zato tudi ni rešitev v odrekanju hrane, pač pa je treba ugotoviti, kot pravi naslov Calcloughove knjige, Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ!, in se s strokovno pomočjo ter podporo naučiti zadovoljevati potrebe na pravilen način in predelati stvari, ki so to onemogočale.

Motnja hranjenja vsebuje določene elemente zasvojenosti. Razvije se lahko zelo hitro, osebe postanejo s prenajedanjem in prisilnim čiščenjem hrane iz želodca ter črevesja obsedene do te mere, da jim jemljejo svobodo doživljanja in ravnanja. Ramovš (2001) piše o zasvojenosti kot o škodljivi potrebi, ki se kaže na vseh človekovih razsežnostih. Biološko zastruplja organizem, patološko spreminja duševno delovanje in vedenje, krni svobodo in odgovornost, kvari medčloveške odnose, zavira človekov razvoj ter omamlja človekovo smiselno orientacijo v življenju.

Sanja Rozman (2004) pravi, da ima zasvojenost posebno logiko, česar zdravi ne morejo razumeti. Za zdrave je hrana nekaj prijetnega, nekaj kar okrepča, občasno pa se z njo tudi pocrkljajo. Pri osebah z motnjo hranjenja pa je vstopnica v svet kalorij, kilogramov in sovraštva do lastnega telesa, po drugi strani pa tudi vstop v svet otopelosti, kjer preneha boleti vse, kar je v vašem življenju narobe. Tako oseba ob pomoči obredov prenajedanja in čiščenja prestopa iz enega od svojih dveh svetov v drugega ter lahko izživi svoja nezdružljiva dela osebnosti – odmik od resničnosti. Takrat je omamljena.

»Če zasvojenost in iz nje izhajajoče vedenje pomeni izgubo notranje svobode, da kaj narediš ali pa ne, potem so ženske z motnjami hranjenja izgubile svobodo: jesti – kar želijo jesti; jesti – kadar želijo; ne jesti – česar ne želijo, in ne jesti – ko ne želijo« (Bercht 1997:364).

Matjaž Copak in Saša Učman (2012) pišeta, da so za osebe z motnjami hranjenja značilni določeni kognitivni odkloni, kot so rigidne misli, motnje spomina in pozornosti, ki so prisotne predvsem zaradi zoženega fokusa na

hrano, telesno maso ter telesno obliko, značilni so tudi prevladujoči načini miselnih distorzij (razmišljanje vse ali nič in črno belo mišljenje), kar je tipično za zasvojenosti. Oseba, ki razmišlja na način vse ali nič, se počuti kot popolna zguba, če se do potankosti ne drži načrta, ki si ga je zastavila (npr. predpisane diete).

1.3 DRUŽINA IN MOTNJE HRANJENJA

1.3.1 SAMOPODOBA IN SAMOSPOŠTOVANJE

Bogdan Žorž (1997) za razlago odraščanja ali zorenja in s tem povezano samopodobo omenja proces po Perlesu, ki pomeni transcendenco, premik od podpore v okolju k podpori v sebi. Novorojenček je skoraj popolnoma odvisen od podpore iz okolja, brez katere niti fizično ne bi mogel preživeti. V procesu odraščanja pa naj bi se posameznik vedno bolj osamosvajal, postajal naj bi vedno bolj neodvisen od te zunanje opore; ker pa je človek socialno bitje in je nenehno v interakciji s socialnim okoljem ter v procesu spreminjanja, avtor pravi, da transcendenca v opori k sebi nikoli ni popolna.

Predstava o sebi pa je eden od temeljev, na katerih stoji zgradba našega duševnega in čustvenega zdravja, piše Dragica Marta Sternad (2001). Stopnja zaupanja vase je odvisna od tega, kakšno predstavo imamo o sebi, ta pa je sestavljena iz množice mnenj, ki jih imamo o sebi, od pozitivnih do odklonilnih. Samopodoba ali celovita predstava, ki jo ima vsak človek o svojem telesu, tako o svojem videzu kot svojih zmožnostih, zdravju in vsakokratnem stanju, je le eden od mnogih pomembnih vidikov povezave med telesnim in duševnim. Prav ta del samopodobe je za človekovo življenje lahko v marsičem usoden, vpliva namreč na njegovo samospoštovanje in v marsičem uravnava njegovo vedenje (*prav tam*).

Copak in Uzman (2012) pišeta, da je nizko samospoštovanje verjetno eden od največkrat prisotnih rizičnih dejavnikov med osebami z motnjami hranjenja, pomembna dejavnika pa sta še negativno samovrednotenje in občutki

nevrednosti. Z nizkim samospoštovanjem je tesno povezana negotova in nejasno oblikovana samopodoba.

Nizko samospoštovanje (ki je ožji pojem od samopodobe in je skupek vseh opisov sebe na različnih področjih, za razliko od samospoštovanja, ki zajema le vrednostne opise osebe) je najbolj prisoten dejavnik med osebami z motnjami hranjenja. Z nizkim samospoštovanjem je tesno povezana negotova in nejasno oblikovana samopodoba. Neugodne življenjske izkušnje, kot sta spolna zloraba ter fizična in emocionalna zloraba vplivajo na razvoj samospoštovanja in onemogočajo razvoj pozitivne, stabilne samopodobe. Ko je razvoj celostne samopodobe onemogočen, se posameznik intenzivno oprime le določenih, zanj obvladljivih področij. Osebe z motnjami hranjenja tako gradijo samopodobo na osnovi hranjenja, telesne mase in oblike, s tem pa prikrivajo osnovne težave, ki jih ne morejo nadzirati – nadzor nad seboj prenesejo na področje motenj hranjenja in s tem pridobivajo občutek ustreznosti in veljave (*prav tam*).

1.3.2 DRUŽINA IN ODRAŠČANJE

Družina je prvo ogledalo, kjer otrok zazna obrise svoje podobe, iz družinskih odnosov namreč črpa svoje občutje in v njih gradi samospoštovanje. Je osnova kasnejšim odnosom, saj se uči prisluhniti čustvu v sebi, ga izraziti, deliti z drugimi.

Otrok ves čas skupnega življenja dejavno usmerja razvoj mnogih svojih lastnosti in značilnosti, ki odločajo o njegovem duševnem zdravju.

Tako varovalni dejavniki kot dejavniki tveganja se zastavijo že zelo zgodaj v življenju. V marsičem so povezani z vsem, kar se najpomembnejšega dogaja v družini, torej v okolju, od katerega otrok ni odvisen le bivanjsko, ampak tudi čustveno in to na vseh poljih svojega razvoja, piše Tomori (v Stankovič- Bevc in drugi 2003). Nadaljuje, da se v času zorenja vsak človek vse bolj samostojno vključuje v širše okolje, v katerem je deležen tako spodbud kot

omejitev. Te so lahko v skladu z izkušnjami, ki jih prinaša iz družine, ali pa so povsem drugačne. Ob tem pa se postopoma rahlja njegova povezanost z družino tudi glede njegovih stališč, vrednot in vedenja. Vendar ga to, kar je bilo zastavljeno v zgodnjem obdobju njegovega vsestranskega oblikovanja, za te zunanje vplive dela ali odpornega ali pa ranljivega. Avtorica piše o vlogi družine v času odraščanja na pomembnih razvojnih poljih:

- **SAMOPODOBA IN ZAUPANJE VASE:** Zdrava samopodoba, pozitiven občutek lastne vrednosti in zaupanje vase so nedvomno eni od najpomembnejših varovalnih dejavnikov pred vsakršnimi tveganji. Pozitivno predstavo o sebi in svoji vrednosti dobiva otrok v odnosih z najbližjimi. Če ga imajo radi, če ga cenijo in spoštujejo njegovo individualnost, če mu svojo ljubezen tudi pokažejo in mu zagotavljajo občutek pripadnosti, se ceni in verjame vase tudi sam. Nujno potrebuje potrditve naklonjenosti in občutek, da ga imajo drugi radi takšnega, kakršen je. Ob tem je tudi bolj sprejemljiv za usmeritve odraslih in spodbude k prizadevanju v svojem razvoju.
- **KOMUNIKATIVNOST:** Spretnost in sproščenost v komuniciranju se začne razvijati v družini. Ustrezne komunikacije pa ne sestavljata le izražanje in jasno ter naravno sporočanje svojih misli in občutij, ampak tudi primerno odzivanje na sporočila in izražanja drugih ljudi. V družini, ki uči zdrave komunikacijske sposobnosti, je torej prisotno oboje – starši otroka spodbujajo k spontanemu izražanju navzven in mu znajo tudi prisluhniti ter se ustrezno odzivati nanj. Družina, ki pa je v svojih odnosih zadržana, zaprta in neodzivna, poleg tega pa duši otrokovo izraznost tudi z občutji nesprejetosti ali celo ogroženosti s strani drugih, otežuje njegovo vstopanje v zunanji svet in povečuje možnost, da bo pri poskusih socializacije iskal umetna pomagala.
- **ZDRAVE NAVADE:** Naklonjen odnos do samega sebe, svojega telesa in zdravja je sestavni del ustrezne samopodobe. Otrok razvija ta odnos ob neposrednih izkušnjah in posrednih zgledih, ki jih je deležen v svoji družini. Če odrasli člani njegove družine na naraven, sproščen način skrbijo za

svoje telo in zdravje, jih to spremlja ob vseh priložnostih, kjer se izražajo vsakodnevne družinske navade. Primerna nega telesa in skrb zanj, gibanje, zdrave prehranske navade, dejavnosti, ki so povezane s počitkom in naporom – v vse to je otrok vključen že od malega. Seveda skrajnosti (obsedenost z zdravjem, prehrano in zaslužjenost na primer s telesno dejavnostjo) tudi na tem področju niso spodbudne. Odrasli, ki jih izkazujejo, lahko zbudijo v otroku odpor in mu ne pomagajo razviti prijaznega in sproščenega odnosa do sebe. Zdrave navade morajo biti vključene v življenje družine naravno in sproščeno – kot prijetnost, spodbuden izziv in sestavni del doživljanja ter negovanja lastne vrednosti in ozaveščene skrbi zase. Ni jih mogoče uvesti v vsakodnevno vedenje in zagotoviti s pridigami ali zahtevami, ampak le z ustreznimi zgledi in slogom življenja, ki je prilagojen celotni družini, hkrati pa je prijazen do vseh njenih članov. Le tako je skrb za zdravje povezana z dolgotrajnim dobrim počutjem, ne pa ogrožena z navadami, ki jih vodi težnja po takojšnjem ugodju in nadomestkih pravega zadovoljstva.

- ODNOS DO UGODJA: Vsak človek potrebuje ugodje in teži za dobrim počutjem. Občutek, da mu je lepo in prijetno, je naraven in uravnava mnoga posameznikova dejanja ter prizadevanja. Vendar pa je ugodje mogoče doseči tako na zdrav in prijeten način, lahko pa utegnejo biti izbrani načini celo nevarni. V družinah je že osnovni odnos do ugodja lahko različen.

Nekateri starši ne znajo, ne zmorejo ali nočejo svojega otroka prikrajšati za nobeno ugodje. Izpolnjujejo mu želje, še preden jih sam začuti in izrazi, ga zasipajo s stvarmi, ki jih ne potrebuje. S tem nadomeščajo čas in pozornost, ki ju otroku ne posvečajo dovolj. Tak otrok se počuti prikrajšanega že na primer, če mora pospraviti šolske knjige, preden se loti računalniških igrice. Ne nauči se odložiti izpolnitve svojih želja in ne prenaša omejitev, ki jih zahteva življenjska stvarnost. Zato tudi v adolescenci, ko je iskanje prijetnega počutja ob mnogih razvojnih stiskah še toliko bolj neustavljivo, teži le za takojšnjim ugodjem in brezpogojnim zadovoljstvom. Ne zna prenesti, da se mu neka želja ni izpolnila, pri tem pa se za njeno izpolnitev ni niti sposoben niti pripravljen potruditi. Vse

hoče takoj, brezpogojno in na najlažji način. V drugi družini pa velja vsakršno ugodje za nekaj slabega, nezaželenega, celo prepovedanega. Družina že od otroka zahteva samoodpovedovanje in zanikanje lastnih želja. Tak otrok doživlja občutja krivde in tesnobe, če si kaj privošči. Prava mera ugodja, ki ga družina uči dosegati na ustrezen način, je naravni sestavni del pozitivnega odnosa do sebe.

Študije naj bi pokazale, da je bila pri osebah z bulimijo nervozo visoko izražena temperamentna lastnost izogibanja neugodju, prisotna pa nižja stopnja usmerjenosti vase in velika odvisnost od zunanjih potrditev, pišeta Copak in Uzman (2012).

- PROSTI ČAS: Prosti čas si zapolnimo tako, da si poiščemo kakšna prijetna vznemirjenja in se ukvarjamo s takimi dejavnostmi, ki nas razvedrijo, sprostijo in na ugoden način zamotijo. Ljudje se razlikujemo po tem, kaj nam v prostem času najbolj godi in največ pomeni – telesna dejavnost, zabavna družba, iskanje novih doživetij ali intelektualni izzivi. Značilnega sloga preživljanja svojega prostega časa se vsakdo nauči že zelo zgodaj. Družina lahko daje otroku različne tovrstne spodbude. Starši morajo imeti pri teh spodbudah seveda občutek za otrokove značilne potrebe in želje, ki izhajajo iz njegove narave in morda niso takšne kot njihove. Poleg tega je pomemben tudi zgled staršev. Če so prve izkušnje povezane s prijetnim in dejavnim preživljanjem prostega časa, je možnost predajanja pasivnemu ždenju manjša tudi kasneje.
- DOŽIVLJANJE IN IZRAŽANJE ČUSTEV: Ljudje se na dogajanje okrog sebe odzivamo s čustvi. To je sestavni del našega odnosa do ljudi, stvari in vsakršnega dogajanja. Čustva niso le prijetna, ampak tudi neugodna, včasih celo boleča in prav ta si želimo na različne načine lajšati. Otrok se lastna čustva nauči zaznavati in jih izražati že v zgodnjem razvojnem obdobju. V nekaterih družinah tem izrazom otrokovih emocij prisluhnejo, jih spoštujejo, upoštevajo in so mu pripravljeni tudi pomagati, da svoje čustvene stiske razrešuje, jih ne skriva ter ne kopiči v sebi. V drugih družinah pa izražanje čustev, zlasti tistih, ki so manj prijetna, ni zaželeno.

Zanje je "dober" le otrok, ki se obvladuje in jih ne bremeni s svojimi stiskami. Tako se otrok navadi svoja čustva tiščati v sebi, jih skrivati in jih zanikati celo samemu sebi. Sila nakopičenih in nesproščenih emocij pa še povečuje njegovo neugodje.

Otrok se v krogu družine uči ravnati s svojimi čustvi neposredno prek tega, kako jih sprejmejo njegovi starši in kako se nanje odzivajo, posredno pa tudi prek zgleda drugih članov družine. Če vidi, da oni svoje lastno doživljanje skrivajo in zapirajo vase, tudi sam svojih čustev ne sprejema kot nekaj naravnega in dovoljenega. Lastne emocije ga begajo in prav lahko si poišče neustrezne načine, da bi jih obvladoval ter dušil.

- **OBVLADOVANJE STRESA:** Učenje obvladovanja stresa je postopno. Otrok seveda še ne zmore samostojno razreševati preizkušenj in težav, ki mu jih prinaša vsakdan. Postopoma pa se mora v poteku svojega razvoja usposabljaati za to, da svoji zrelostni ravni primerno obvladuje vedno zahtevnejše obremenitve. Da bi uril svoje spretnosti za to, se uči (tudi preko zmot) izbirati prave strategije, potrebuje pravo spodbudo, oporo in zgled s strani svojih najbližjih.

Starši morajo znati stres, ki mu je otrok izpostavljen, tudi primerno odmerjati. Če je otrok s stresom prezgodaj in preveč obremenjen, doživlja poraze ter izgublja energijo za njegovo razreševanje, s tem pa izgublja tudi zaupanje vase. Če pa mu odrasli ves stres prihranijo in ga tudi razrešujejo namesto njega, nima niti priložnosti, da bi razvijal potrebne spretnosti, poleg tega pa je prikrajšan, da bi ob samostojno rešenih nalogah gradil zaupanje vase. Za otroka je pomemben tudi način, kako se z vsakodnevnimi in izjemnimi preizkušnjami spoprijemajo njegovi najbližji. Slab vzor otroku so, če se stresu izogibajo, če se že vnaprej počutijo poražene in nemočne, če prezgodaj obupajo ter se z življenjskimi obremenitvami ne spoprijemajo dejavno.

Sernec in Copak (2012) pravita, da je vloga družine pri razvoju človekove osebnosti pomembna in nesporna. Otroku družina dejavno usmerja razvoj mnogih njegovih lastnosti in značilnosti, te pa odločajo o njegovem duševnem

zdravju. Kot pišeta nadalje, na duševno zdravje otroka vplivajo tudi mnogi drugi dejavniki, a tudi za srečanje z njimi, ga je po svoje pripravila družina.

Avtorja (v Hafner idr. 2011) govorita o funkcionalni družini, to je družinski strukturi, kjer stečejo čustveni procesi in ni simptoma – ne na telesnem ne na duševnem in ne na nivoju posameznih članov. Kaže se uravnavanje medsebojne bližine in oddaljenosti ter komunikacija ob tem.

Pri disfunkcionalni družini naj bi obstajal simptom ali problem. Pri strukturi družine so meje zabrisane in ni hierarhije. Tako se moč izkazuje kot zlorabljevalska in ne kot nekaj, ki lahko zaščiti. Starši ne sprejemajo odgovornosti in zato svojim otrokom ne zmorejo pomagati pri vgrajevanju mej.

Dobro je tudi omeniti, kot pišeta Matjaž Copak in Saša Učman (2012), da je okoli 30 % oseb z motnjami hranjenja poročalo o različnih oblikah nezaželenih spolnih izkušenj v otroštvu (ločimo fizične, psihične in spolne zlorabe). Bolj zgodaj kot se zlorabe pojavijo in bolj kot so dolgotrajne ter intenzivne, težje so posledice za osebnost in funkcioniranje v nadaljnjem življenju.

1.3.3 DRUŽINE OSEB Z MOTNJAMI HRANJENJA

Vsaka družina ima svoja nezavedna pravila, zahteve, potrebe, razmejitve, načine sporazumevanja in specifične vloge, ki jih zasedajo člani družine. Motnje hranjenja postanejo v prepletu medosebnih relacij družinskega sistema pomembna regulativna funkcija, ki pomaga ohranjati ravnovesje družinskega funkcioniranja.

Iz systemskega vidika je motnja hranjenja simptom družinske problematike in odraz nefunkcionalnih odnosov. Oseba, ki se bori z motnjo hranjenja, nosi nezavedno breme družine, ki se v družinski realnosti pogosto izraža z neučinkovitim izražanjem čutenj, konfuznimi razmejitvami med člani družine, neustrezno medosebno komunikacijo in nezmožnostjo reševanja konfliktov.

Odraščajoč otrok, ki razvije motnjo hranjenja, lahko s tem nezavedno »rešuje« konflikte staršev. Nase prevzema njihove odcepljene psihične vsebine (npr. občutja nesposobnosti, visoka pričakovanja, občutke krivde, agresivnost) in na tak način postane del starševskih osebnih ali partnerskih problemov.

Otrok z motnjo hranjenja tako pripomore k vzdrževanju ustaljenega načina družinskega funkcioniranja.

(<http://www.introspekta.si/motnje-hranjenja/osnovna-dejstva-o-motnjah-hranjenja/>, 20. 1. 2015)

V družinah, kjer so osebe z bulimijo nervozo, je pogosteje mogoče prepoznati konfliktno situacijo, ki je člani družine ne morejo razrešiti. Konflikt je tako vzdrževalec ali pa posledica zmede, ki vlada v njihovih odnosih. Starši naj bi bili bolj zavračajoči, manj skrbni, izražali naj bi manj empatije, pogosto naj bi zanemarjali svoje otroke in vzbujali v njih občutke krivde, pišeta Sernek in Copak (v Hafner idr. 2011).

Naprej avtorja (2012) opisujeta tudi raziskavo socialne indukcije (starši naj bi svoje skrbi glede telesnega videza in prehranjevanja prenesli na otroke), pri kateri je bilo ugotovljeno, da so imeli starši oseb z motnjo hranjenja neustrezna pričakovanja o telesni shemi in prehranjevanju, in raziskavo glede navezanosti med staršem in otrokom, ki naj bi bila ali varna ali pa neustrezna oz. nefunkcionalna. Varna navezanost naj bi pomenila predvsem toplino, sprejemanje in empatijo staršev do otroka, hkrati pa spodbujanje otrokove avtonomnosti. Raziskava je pokazala, da so za osebe z motnjo hranjenja bolj značilne nefunkcionalne oblike navezanosti, konkretno je za osebe z bulimijo nervozo bolj značilna odvisnostna navezanost in povezanost s pomanjkljivimi občutki bazične varnosti. Značilni so občutki nezaupanja do drugih, strahu pred intimnostjo in strahu pred neustreznostjo oz. javnim razkrivanjem nepopolnosti.

Gorazd V. Mrevlje (2012) pa opisuje, kako je klinična psihologinja Margo Maine preučevala odnos med očetom in hčerjo, pri čemer je podarjala pomembnost tega odnosa za razvoj motenj hranjenja in širše, kakšen pomen

ima odnos očeta in hčere za razvoj mladostnice v zrelo žensko. Piše, kako so dekleta, ki so bolj povezana z očeti, samozavestnejša, odločnejša in bolj asertivna pri preizkušanju novih stvari ter obvladovanju novih situacij, imajo boljšo samopodobo in prijaznejši odnos do svojega spreminjajočega se telesa, v odraslosti več samozaupanja do moških, manj so družbeno konfliktne in imajo petdeset odstotkov manj možnosti za depresijo.

Jadranka Čarapič (2012) piše, da je za osebe z motnjo hranjenja značilno, da se zelo trudijo, da bi zadovoljili pričakovanja okolice, naredijo celo več, kot se od njih zahteva, ne marajo konfliktov in se ne znajo na ustrezen način postaviti zase ter za svoje pravice. V družinah pogosto prevzamejo vlogo reševalca težav in vloge, ki jim jih naložijo drugi. V osnovi so zelo zahtevni do sebe, ker želijo izpolniti pričakovanja drugih.

1.4 DEJAVNIKI TVEGANJA IN VZROKI ZA RAZVOJ MOTENJ HRANJENJA

Tomori (2012) piše, da so epigenetska dogajanja najbližje temu, da nam znanost odgovori na to, kateri so odločujoči dejavniki v razvoju motenj hranjenja, saj upoštevajo zapleteno dinamiko med raznoterimi zunanjimi vplivi, ki v organizmu sprožijo disfunkcijo na nevrobiološki ravni pri posameznikih, ki so na te vplive na poseben način odzivni.

Copak in Uzman (2012) pišeta o integriranem modelu nastanka motnje hranjenja. Bistven vpliv na nastanek motenj hranjenja naj bi imela generalizirana psihopatologija in ne le specifične težave s hranjenjem (multidimenzionalen, biopsihosocialni model razlage). Te teorije predpostavljajo, da pojav motenj hranjenja vključuje skupek bioloških dejavnikov (temperament, obvladovanje impulzov in vpliv dednosti na razpoloženje), socialnih pritiskov (sociokulturna pričakovanja glede na način vedenja in razmišljanja), psiholoških tendenc (družinski vzorci, ki posamezniku omogočajo razvoj avtonomije, perfekcionizem, nagnjenost k redu in nadzoru, preobčutljivost za socialne potrditve, nizko samospoštovanje)

in razvojnih procesov (prilagoditvene motnje zaradi prezgodnjega telesnega razvoja, menjave socialnih okolij, prilagajanja novim spolnim vlogam, večjim zahtevam na šolskem področju).

Pišeta tudi, da so psihološke študije empiričnega preučevanja povezav med motnjami hranjenja in osebnostnimi lastnostmi, ki so bile usmerjen v raziskovanje perfekcionizma, obsesivnosti in impulzivnosti, pokazale, da je perfekcionizem kot osebna lastnost pomemben dejavnik pri razvoju motenj hranjenja, povečana stopnja perfekcionizma pa je opazna tudi pri starših (posebno materah) oseb z motnjo hranjenja. Pred prvim pojavom motenj hranjenja so bile ugotovljene izrazite obsesivne značilnosti. Tudi obsesivno kompulzivne osebnostne značilnosti in impulzivnost v otroštvu so se izkazale za pomemben napovednik dejavnika motenj hranjenja.

Obstajajo številni dejavniki, ki pogojujejo razvoj motenj hranjenja. Večinoma gre za kombinacijo večjega števila dejavnikov, ki lahko določeno, a vztrajno vodijo v eno izmed motenj hranjenja. Serneć (v Hafner idr. 2011) jih deli na:

- družinske dejavnike tveganja,
- socio-kulturne dejavnike tveganja,
- biološko-genske dejavnike tveganja.

Pravi, da se ne išče krivca za bolezen v družini oz. pri enem ali celo obeh starših. Družinske vzroke oz. dejavnike tveganja je potrebno poznati, da jih oseba z motnjo hranjenja med obravnavo lahko prepozna, kar ji pomaga pri spremembi emocionalnega odzivanja na njih, s tem pa lahko opusti škodljive vedenjske vzorce.

1.4.1 DRUŽINSKI DEJAVNIKI TVEGANJA

- **Kronične telesne in duševne bolezni staršev:** pri otroku in mladostniku povzročajo občutke negotovosti, nestabilnosti in pomanjkanja varnosti, ti pa so ključni za razvoj ustrezne samopodobe, samospoštovanja in samoovrednotenja.

- **Nefunkcionalni partnerski odnos:** podobne posledice kot kronične telesne in duševne bolezni staršev puščajo tudi prepiri, pretirana nadvlada enega od staršev nad drugim ali celo nasilnost. Ustrezen partnerski odnos je eden najmočnejših varovalnih dejavnikov za ustrezen psihosocialen razvoj otroka.

Nefunkcionalno oz. neustrezno starševstvo povzroča, da v tem primeru otrok prevzema vloge, ki jim ni dorasel – vloge posredovalca, pogajalca, amortizerja ali razsodnika med starši. O nefunkcionalnem starševstvu se govori tudi takrat, ko eden ali oba od staršev svojega otroka ali pretirano varujeta, ga želita ubraniti "vsega hudega", ali pa mu prepuščata odločitve in samostojnost, ki jim še ni dorasel.

- **Pogoste diete v družini (predvsem materine):** otrok prevzema vedenjske vzorce od tistih, ki so mu najbližje. Hčerka se bo v določenem razvojnem obdobju identificirala s svojo materjo, z njenim lastnim nezadovoljstvom.

Dejavnik tveganja je tudi **uporaba hrane kot vzgojnega pripomočka**. Otrok se v tem primeru začne izogibati skupnim obrokom, ali pa se jih že vnaprej boji, saj ve, da ga bodo starši zasliševali o šoli, prijateljih, ga oštevali in vršili nadzor nad njim. Hrana ni in ne sme biti sredstvo nagrajevanja ali kaznovanja.

- **Duševna, telesna, spolna zloraba:** otrok razvije slabo samopodobo in nizko samospoštovanje, saj pogosto za napake odraslih išče krivdo v sebi ter se posledično počuti slabo in nevrednega spoštovanja.
- **Nekompatibilnost med otrokom in starši:** sem sodijo predvsem tako imenovana "dvojna sporočila", kar pomeni, da nekdo zatrjuje eno, z dejanji (vedenjem) pa sporoča ravno nasprotno.

Preventivno lahko starši/skrbniki delujejo tako, da pri otroku spodbujajo "zdravo agresivnost", to je postaviti se zase, poskusiti nove stvari, upati si stopiti v svet in izstopati, pa tudi individualnost, odprto ter direktno komunikacijo, pohvaliti je treba tudi trud in ne le dosežen cilj. Zavedati se morajo, da so otrokovi vzorniki in da jih je treba naučiti se pogovarjati, se spreti, se pobotati, biti vesel in žalosten, se znati pohvaliti in tudi sprejeti kritiko ... (*prav tam*).

Copak in Uzman (2012) omenjata, da je Hilde Bruch, ena prvih modernih teoretičark, ki se je ukvarjala z motnjami hranjenja, poudarjala, da je pomembnost pretirane materine vključenosti v vzgojo in neustrezno odzivanje na otrokovo samopotrditveno vedenje vzrok za deficite v avtonomiji in trajne občutke pri avtonomiji oseb z motnjami hranjenja. Osebe proces hranjenja uporabljajo za zadovoljevanje številnih potreb, ki niso povezane s hrano. Zaradi okupacije s hrano in s hranjenjem tako niso sposobne prepoznati lakote in je ločiti od drugih oblik telesne napetosti oz. emocionalnih vzburjenj. Tako se vsa stanja napetosti interpretirajo kot potreba po hrani, namesto da bi se identificiral pravi izvor napetosti.

1.4.2 SOCIO-KULTURNI DEJAVNIKI TVEGANJA

- **Spremenjena vloga žensk:** v zadnjih desetletjih, še posebej v industrializiranih deželah "razvitega" sveta, se je vloga ženske spremenila. Ženska išče ravnotežje med novimi ideali in tradicionalnimi pričakovanji družbe do nje. Je zaposlena, hkrati pa prevzema vse naloge, ki so včasih veljale za tradicionalno ženske. Danes je uspešna ženska tista, ki je hkrati lepa, negovana, vitka, zaposlena in tako mati kot gospodinja.
- **Vpliv medijev – ideala lepote:** mediji so v veliki meri prispevali k dejstvu, da je vitkost pomemben dejavnik uspešne ženske. Revije, namenjene dekletom, na vsakem koraku spodbujajo k dietam, z naslovnici pa se smehljajo lepe in vitke mladenke (*prav tam*).

1.4.3 BIOLOŠKO-GENSKI DEJAVNIKI TVEGANJA

- **Prekomerna telesna teža ob rojstvu in v otroštvu:** prekomerno hranjen otrok je tarča posmeha vrstnikov in jeze staršev. Četudi kasneje shujša, je težko popraviti slabo samopodobo, ki jo je ustvaril o sebi.

- **Specifične osebne poteze:** nagnjenost k tem potezam se deduje. Med njih se uvršča perfekcionizem, pretirana storilnost, izrazita pridnost, potrebo po potrjevanju, pohvalah in potrditvah s strani okolice (*prav tam*).

Raziskave v zadnjih petdesetih letih ugotavljajo predvsem to, da so psihiatrične motnje rezultat kompleksnih interakcij genetike in okolja, da za nobeno od psihiatričnih bolezni ni bila odkrita izključno genetska podlaga ter da je izraznost genov pogojena z dejavniki okolja, kot so zgodnje izkušnje, travme, učenje in spominski procesi, pišeta Uzman in Copak (2012).

Tomori (2012) opisuje dejavnike, ki imajo za osebe z motnjami hranjenja poseben pomen. To so njihova čisto osebna psihologija, njihove izkušnje iz najzgodnejših obdobj razvoja, njihovi odnosi z najbližjimi in vrednostnimi sistemi, s katerimi jim socio-kulturno okolje daje sporočila o njihovi vrednosti in jim tako določa samopodobo.

Nadalje piše, da se pri zdravstveni obravnavi oseb, ki se želijo rešiti pasti motenj hranjenja, soočajo z različnimi dejavniki, že globoko prepletenimi med seboj v razvoju teh motenj in da je ločevanje posameznih vplivov nesmiselno, kajti njihova povezanost določa čustveno bolečo, zdravju nevarno ali celo življenje ogrožajočo bolezensko obremenjenost vsakega bolnika na svoj način.

1.4.4 SPOLNE ZLORABE

Čarapič (2012) piše, da je eden od pomembnih sprožilnih dejavnikov pri razvoju motenj hranjenja izkušnja spolne zlorabe. Pravi tudi, da so različne študije opozorile na pomembno povezavo med spolnimi zlorabami in motnjami hranjenja. »Pri mladih dekletih, žrtvah spolnega zlorabljanja, obstaja trikrat večja možnost zlorabe alkohola in drog, motenj hranjenja ter psihičnih motenj, ko odrastejo,« pa navaja mag. Nataša Vanček.

Med osebami z bulimijo je bilo ugotovljenih tudi več spolnih zlorab kot med osebami z anoreksijo. Veliko posameznic, ki so žrtve spolnih zlorab, želi potlačiti spomine ali o tem ne želi govoriti. Motnje hranjenja jim na nek način pomagajo, da se zavarujejo pred bolečo izkušnjo. Ker se sramujejo in se počutijo krive, želijo, da zloraba ostane skrivnost, obenem pa jih je strah, da jim nihče ne bo verjel. Verjamejo, da bodo kot presuhe ali predebele neprivlačne za storilce, ki jih zlorablajo, in da se bodo zlorabe ustavile. Tako jim nadzor nad hrano daje dober občutek, ker pri spolni zlorabi niso imele nadzora nad tem, kar se jim je dogajalo z njihovim telesom. "Osebe z motnjo hranjenja, ki so bile spolno zlorabljene, lahko spregovorijo o izkušnji zlorabe v varnem okolju, s terapevtom ali v skupini, kjer je že vzpostavljeno trdno zaupanje. Ko spregovorijo, je možno, da se simptomi bolezni nehoti okrepijo, zato takrat potrebujejo več vsestranske podpore." (*Prav tam:124.*)

Doc. dr. Tanja Repič, zakonska in družinska terapevtka za žrtve spolnih zlorab, je v intervjuju zapisala, da se pri najstnicah spolna zloraba zelo pogosto izraža z motnjami hranjenja. »Hrana v terapevtskem jeziku simbolično predstavlja čutenje. Bulimija pomeni, da oseba ne more prebaviti gnusa, sramu in ponižanja, ki ga je dobila od storilca, in mora to izbruhati. Anoreksija pa, da hrane ne more več sprejemati vase, ker je vsega preveč – nasilja, stiske, težkih čutenj. Hrana je edini način, s katerim lahko simbolično še postavi mejo in ima nadzor. Zlorabe ne more nadzorovati; vedno je storilec tisti, ki stori zlorabo in je zanj v polnosti odgovoren. Pogosti so tudi samopoškodovanje z ostrimi predmeti, beg v droge, kjer se bolečina utaplja s substancami, samomorilne misli in vedenje, svet brez prijateljev ... Raziskave kažejo, da se spolno zlorabljeni najstniki v primerjavi z nikoli zlorabljenimi pogosteje zapletajo v (pre)zgodnje spolne odnose, menjajo več spolnih partnerjev in so redkeje zaščiteni med spolnimi odnosi. Nezavedno imajo občutek, da jih bo nekdo imel rad in ne bodo tvegali zavrženosti ali zapuščenosti, če »ponudijo« svoje telo. Tudi ko so bili zlorabljeni, je nekdo prihajal do njih prav prek spolnosti in jih morda celo prepričeval, da jih »ima rad« ... Ob tem bi želela poudariti, da lahko tudi mladostnik, ki je navzven popolnoma »neproblematičen«, globoko v sebi trpi zaradi številnih strahov in krivde, ki so vplivi travme spolne zlorabe.«

(<http://med.over.net/forum5/read.php?43,6977847,6977847#msg-6977847>,
22. 12. 2014)

Ellen Bass in Laura Davis (1998) pišeta, da ženske, ki so bile spolno zlorabljene, pogosto poskušajo obvladati notranjo bolečino z različnimi vrstami zasvojenosti. Zasvojenost je navadno samodestruktivna. »Morda ste zasvojeni z vpletanjem v nevarnosti in krizne situacije ali s spolnostjo. Morda ste se obrnili k drogi, alkoholu ali hrani, da bi utišali spomine in utopili občutke.« (*Prav tam*:64.)

“Pogosta posledica spolne zlorabe so težave s hranjenjem. Mlada dekleta, ki so bila spolno zlorabljena, včasih zbolijo za anoreksijo ali bulimijo. V zaprtem družinskem okolju, kjer zlorabo skrbno prikrivajo in so vsa sprenevedanja nekaj normalnega, lahko anoreksija ali bulimija pomenita klic na pomoč. Za dekleta, ki so jih prisilili v spolnost, je lahko odraščanje v žensko in v žensko telo grozljivo. Anoreksija in bulimija lahko pomenita poskus reči “ne” in dobiti nadzor nad svojim telesom, ki se razvija in spreminja. Drug način preživetja je prisilno hranjenje. Ženske, ki so bile zlorabljene, imajo občutek, da se bodo z debelostjo obvarovale pred vabili k spolnosti.” (Bass in Davis 1998:66.)

1.5 OD STISKE DO MOTNJE

Maternica, otrokovo okolje v obdobju pred rojstvom, je zelo omejeno in varno okolje. Z rojstvom se okolje nenadoma razširi, za nekatere potrebe (dihanje, sesanje) pa mora nenadoma začeti skrbeti sam. Začenja torej sprejemati odgovornost za zadovoljevanje svojih potreb. Z odraščanjem se širi krog okolja, širi pa se tudi krog potreb – nekaterih znotraj organizma, drugih v interakciji z okoljem, spet tretje otrok samo prevzema iz okolja. V danem trenutku se lahko pri človeku istočasno javlja tudi več potreb, zato si organizem postavi hierarhijo, saj vseh ne more zadovoljiti istočasno.

V vsakdanjem sporazumevanju se je za poimenovanje potreb uveljavila cela vrsta izrazov: nagoni, instinkti, goni, potrebe, želje, interese, ideje ..., ki pa nimajo vselej enoznačnih pomenov. Pojavljajo se vedno nove in nove

potrebe, posebno tiste v interakciji z okoljem. Žorž (1997: 34) za orientacijo opisuje potrebe, ki izhajajo iz različnega tipa porušenega ravnotežja.

- Biološko-fiziološko ravnotežje je potrebno, da biološke in fiziološke funkcije v organizmu potekajo normalno. Porušenje tega ravnotežja izzove biološke potrebe – potreba po zraku, hrani toploti ...
- Za zadovoljevanje potreb je potrebna interakcija, komunikacija z okoljem, saj tako rekoč posameznik vse svoje potrebe zadovoljuje v tem okolju. Zato se razvija sklop potreb po raziskovanju, spoznavanju, odkrivanju tega okolja, znanju ...
- Čustva so pomemben del človekove osebnosti. V procesu odraščanja se v povezavi z njimi razvije cel sklop potreb po izražanju, preverjanju in prepoznavanju vseh svoji in tujih čustev.
- Ob rojstvu je otrok ogrožen, nesposoben, da bi se sam spoprijel z okoljem, ki je potrebno za obstoj. Potrebuje pomoč, oporo in varnost. Razvije se torej cel sklop potreb po varnosti, pripadnosti ...
- V komunikaciji z drugimi ljudmi se vzpostavljajo čisto novi odnosi, posameznik spoznava socialne vloge in odnose, ki niso vselej v službi zadovoljevanja njegovih osebnih potreb. Pojavi in oblikuje se tudi cel sklop socialnih potreb po druženju, oblikovanju socialnih odnosov, sodelovanju, ustvarjanju ...
- Ob zavedanju samega sebe in svojega obstoja si posameznik začne zastavljati nešteto vprašanj o svojem bistvu, izvoru, smislu svojega obstoja, svobodi in odvisnosti ... pojavi se cel sklop potreb, ki bi jih lahko označili kot duhovne potrebe, ker z njimi človek presega (transcendira) svoj fizični obstoj.

Nezadovoljena potreba, porušeno notranje ravnotežje pri novorojenčku (pomanjkanje hrane) izzove napetost, vznemirjenost. To je njegova prva stiska. Ta princip ostane vse življenje: ko je neka potreba nezadovoljena, je notranje ravnotežje porušeno, pojavi se neka napetost, vznemirjenost, ogroženost. V nekem trenutku se posameznik te vznemirjenosti zave ali vsaj na poseben način doživi to stanje (čeprav se v tem trenutku še ne zaveda, katera nezadovoljena potreba jo je izzvala) in pojavi se doživljanje te napetosti – stiska (*prav tam*).

1.5.1 POMEN STISK

Žorž (*prav tam*) naprej piše, kakšen je pomen doživljanja stiske. Jok novorojenčka na primer, ki je lačen, je pomemben ne samo zaradi klica in zadovoljitve te potrebe, temveč tudi zaradi zavedanja potrebe ter s tem zavedanje samega sebe.

Ko otrok kasneje občuti lakoto in v tistem trenutku matere ni ob njem, da bi ga nasitila, doživi hudo stisko. Matere ni, stiska pa narašča. Spozna, da je prepuščen sam sebi, zato začne preverjati načine, kako bi lakoto vendarle potešil. Zanj je to pomembno izkustvo, začel je namreč prevzemati odgovornost za zadovoljevanje svojih potreb, odgovornost zase, začel je zavestno uporabljati in selekcionirati pridobljene izkušnje. Ko je na koncu lakoto potešil, je tudi ob tem doživel zadovoljstvo, občutek ponosa, samospoštovanja. Stiske so torej za zdrav otrokov razvoj, za njegovo osebnostno in tudi duhovno rast nujno potrebne.

Iz svoje prakse Žorž navaja, da ob stiskah in težavah mladostnikov opaža spremljajoč neizdelan odnos do hrane. Potreba po hrani se namreč ne pojavi samo ob lakoti, ampak je neka socialna obveznost, navada, sredstvo manipulacije.

Žorž (*prav tam*) piše o stiskah, ki so škodljive. Kot primer navaja, ko se za reševanje otrokove stiske uporablja načine, ki so drugim ali sebi v škodo – lačen otrok bo ukradel hrano in tako lakoto sicer potešil, a bo zato kaznovan. Tak otrok je lahko tudi zaklenjen doma in ne najde ničesar za potešitev lakote. Stiska torej prerašča v travmatsko doživetje. Žorž piše tudi o trajni travmi v

skrajnih primerih v okolju, v katerem vladata revščina in pomanjkanje ter je lakota stalna spremljevalka otrokovega odraščanja. Njegov razvoj in osebna rast sta motena.

Kazen, ki jo mora otrok prestati, je zanj vsekakor stiska, vendar če jasno ve, kaj je naredil narobe, se tega zaveda in razume, če je kazen v skladu s težo napake, prekrška. V takem primeru se bo otrok iz te stiske morda kaj koristnega naučil. Če pa ne ve, zakaj točno je kaznovan (samo ker je »lump«, hudoben, slab ...) in je stalno kaznovan, bo to sprejel kot »nujno zlo«, vsa življenjska energija bo usmerjena v kazen in čakanje, da mine.

Koristne stiske so torej tiste, ki so časovno omejene ali rešljive, ki so v skladu z otrokovimi zmogljivostmi in jih otrok lahko predela, premaga, obvlada ali se jih nauči vnaprej preprečiti.

Za otrokov razvoj pa so škodljive tiste stiske, ki presegajo njegove zmogljivosti, ki dejansko ogrožajo njegov obstoj (zdravje), ki otroku ne nudijo prepoznavne pozitivne izkušnje, ki niso rešljive in ki so časovno neopredeljive (za otrokovo doživljanje navidezno trajajo v neskončnost).

Kadar otrok stiske ne more povezati s koristjo, z dobrobitjo zase in obleži v njem kot celota, ga obremenjuje ter veže energijo, ki bi jo sicer koristno uporabljal. Avtor omenja domač izraz »kuhanje mule«, kadar se otrok kuja, prekine komunikacijo z okoljem in se zapre vase po nekem razočaranju. Siska lahko prehaja v motnjo.

Stiske pa so neločljivo povezane s čustvi, pa naj gre za koristne ali škodljive stiske.

Pozitivno rešene stiske, pri katerih otrok občuti vznemirjenost, strah, po drugi strani pa veselje, radost, ponos, da mu je samemu uspelo, dajo barvo celi izkušnji. Dogodek, ki se vtisne v spomin, ni travma, ampak koristna izkušnja oz. spoznavanje.

Ni pa tako, ko se otrok trudi, paleta predhodnih izkušenj in ustvarjalnosti se iztroši, potreba pa še vedno ostane nepotešena in je iz trenutka v trenutek večja. Tako ostanejo neprijetna čustva, občutek lastne nemoči z občutkom

lastne nesposobnosti za zadovoljitev svoje potrebe, popolne odvisnosti od drugih, od okolja, z občutkom, da je njegova sleherna dejavnost nesmiselna ... S takšno neprijetno, negativno čustveno obarvanostjo se izkušnja vtisne v spomin. Žorž (*prav tam*) piše, da otrok doživi travmo. Če se tovrstne izkušnje pojavljajo pogosto, se pričnejo utrjevati izkrivljene povezave med čustvi in njihovim pomenom. Neprijetnih čustev se otrok začne bati, saj so zanj znanilci nečesa hudega, zanj ogrožajočega. Otroke se zato uči preprečevati reakcije, povezane s temi čustvi, razvija obrambne mehanizme, s katerimi naj bi se obvaroval takšnih ogrožajočih situacij.

Copak in Uzman (2012) pišeta, da je za osebe z bulimijo značilna manjša frustracijska toleranca in slabši nadzor impulzov, hkrati pa so bolj emocionalno odprte in se naučijo bolj neposredno izražati svoje emocije, predvsem neugodne, seveda na manj konstruktiven način. Vzrok za pogostejšo konfliktnost pri teh osebah je v manj stabilni osebnostni strukturi in večjemu pričakovanju od zunanjega sveta, ki ga ne morejo usmerjati po svojih zahtevah. Način odprtega konfliktnega vedenja je velikokrat naučen model reševanja stisk iz prejšnjih odnosov, predvsem iz družine.

1.6 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA ZDRAVJE

Alenka Hafner (v Hafner idr. 2011) opisuje, kako motnje hranjenja vplivajo tako na telesno kot na duševno zdravje posameznika pa tudi na njegovo socialno vključevanje. Piše, kako pomembno je, da se motnja odkrije čim prej, saj v nasprotnem primeru lahko nastanejo tudi resni in dolgotrajni zapleti.

Sernec (2012) naprej piše, da motnje hranjenja povzročajo stisko ter telesno, duševno in socialno prizadetost ter pojavljanje sekundarnih duševnih motenj, predvsem depresije in anksioznosti. Hujše oblike vodijo v kronično obolevnost, zmanjšano sposobnost in tudi v smrt (kot posledica naraščajoče podhranjenosti, telesnih posledic bolezenskega vedenja ali aktivnega samomorilnega dejanja).

Nekatere nevropsihološke raziskave pri osebah z motnjami hranjenja kažejo blago oškodovanost višjih kognitivnih funkcij, kot so pozornost, delovni spomin in reševanje težav. Drugače pa osebe z bulimijo nervozo dosegajo boljše rezultate pri nebesednih kot pri besednih nalogah pišet, Copak in Uzman (2012).

1.6.1 TELESNE POSLEDICE BULIMIJE NERVOZE

Motnje hranjenja lahko potekajo s številnimi telesnimi zapleti, piše Blanka Kores Plesničar (2012), ki pa so v izjemnih stanjih celo ireverzibilni. Vsak hud telesni zaplet zahteva takojšnje ukrepanje in sodelovanje s strokovnjaki drugih medicinskih strok.

Osebe z bulimijo nervozo imajo običajno normalno telesno težo, zato je bolezen težje prepoznati. Poleg tega se prenašanje odvija na skrivaj ali pa čim manj opazno. Zaužito hrano nato skušajo na nek način čim prej izločiti iz telesa (bruhanje, uporaba odvajal ali diuretikov ...). Pogoste so elektrolitske motnje, pojavi se lahko tudi nihanje krvnega tlaka in upočasnjeno delovanje srca ter druge motnje srčnega ritma. Slednje pa ogrožajo tudi življenje. Pri bolnikih z bulimijo nervozo so pogoste tudi vrtoglavice in omedlevice ter dušenje. Pojavijo se lahko tudi hormonske motnje, čeprav so slednje pogostejše pri anoreksiji nervozi. Tako se včasih pojavi tudi izostanek menstruacije. Kot posledica dolgega nerednega prehranjevanja so možne prebavne težave. Krčevite bolečine v trebuhu so posledica prevelikih obrokov, saj se želodec preveč raztegne. Pogosto bruhanje povzroča erozije na sklenini, lahko tudi zobno gnilo in otekline žleze slinavke, zaradi česar je obraz videti okrogel. Vnetja in razjede v predelu požiralnika so posledica izpostavljenosti požiralnika kisli vsebini želodca. Zaradi bruhanja lahko pride tudi do poškodbe glasilk ali do raztrganja sluznice na prehodu iz požiralnika v želodec in posledičnih krvavitev. Vzrok smrti pri osebah z bulimijo nervozo je tudi razpok želodca. (Hafner 2011). Možne so tudi krvavitve iz želodca in spremembe na sluznici debelega črevesa (hemeroidi, prebavne motnje), in sicer zaradi pretirane uporabe odvajal (Tina Sentočnik, 2003).

Nevarnosti in bolezni, ki jih sprožijo več let trajajoče motnje hranjenja:

Podhranjenost povzročena iz prenajedanja ali stradanja. Podhranjenost pomeni pomanjkanje energije, proteinov in mikrohranil (vitamin A, jod, železo) posamezno ali v kombinaciji vseh. Povzroča tveganje zdravja, kot so infekcije dihal, poškodbe ledvic, srčna kap, krvavenje in ne nazadnje tudi smrt.

Dehidracija zaradi pomanjkljivega vnosa tekočin in omejevanje karbohidratov ter maščob. Omejevanje in stradanje, bruhanje ter uporaba odvajal so primarni vzroki za nastanke bolezni in motenj, kot so omotičnost, telesna šibkost, temnenje urina. Vse to lahko vodi v poškodbe ledvic in srca, napade, poškodbe možganov in ne nazadnje tudi smrt. Pojavi se neravnovesje elektrolitov: elektroliti so bistveni za nastajanje »naravne elektrike«, ki zagotavlja zdravje zob, kolkov in kosti, živcev, mišičnih impulzov, ledvic in srca, nivo sladkorja v krvi in dostavo kisika v celice, in pa hiponatriemija (vezano na »nalaganje vode«). Ob pitju večjih količin vode (več kot 8 kozarcev v manj kot 12 urah), je možna hiponatriemija, kar pomeni pomanjkanje sode v krvi, še posebej pri osebah, ki so podhranjene ali dehidrirane. Povzroča zadrževanje vode v pljučih, nabrekanje možganov, slabost, bruhanje, zmedenost in ne nazadnje tudi smrt. Pojavi se pomanjkanje vitaminov in mineralov ter lanugo – mehke dlačice, ki rastejo po obrazu, hrbtu in rokah. Pojav je zaščita telesa, da ohranja temperaturo in toploto v obdobjih stradanja ter bruhanja. Pojavi se vodenica – napihnjenost zaradi prevelike količine vode v telesu, najbolj pogosta je v nogah in stopalih. Potem atrofija mišic, to je zmanjšanje mišične mase, ki nastane zaradi denervacije (prekinitev živčenja), neaktivnosti mišic (na primer po poškodbah), propadanja mišičnih celic (miopatije), sladkorne bolezni, pomanjkanja hrane za razvoj. Začasna ali stalna paraliza – mišična šibkost, povzročena z nizko stopnjo kalija in/ali z degeneracijo živčnih celic v hrbtenjači ali v možganih, ki so prikrajšani za bistvena življenjska hranila. Obdobja paralize so lahko vse pogostejša in resnejša, kar lahko ob nezdravljenju privede do trajne ohromelosti in ne nazadnje tudi smrti. Pride tudi do solzenja požiralnika, do česar pride zaradi izzvanega bruhanja, do želodčne rupture, spontane trebušne erozije, do krvavenja v prebavilih in refluksa na požiralniku, to je nehotenega vračanja želodčne vsebine v grlo ali usta. Zgago in regurgitacijo

lahko spremljajo kisel ali grenak okus, zadah iz ust, vračanje želodčne vsebine v usta, bruhanje, pekoč jezik in razjede v ustih. Zgaga, regurgitacija in drugi kislinsko pogojeni simptomi niso le posledica življenjskega sloga, ampak predvsem ohlapnosti mišice zapiralke med želodcem in požiralnikom. Dieta, zmanjšan stres in zdrav način življenja pa tudi večina zdravil, ki so na voljo brez recepta, običajno simptome samo olajšajo. Če se težave ponavljajo, je za dolgotrajno rešitev potrebno zdravljenje. Povečuje se namreč možnost za nastanek raka na požiralniku ali glasilkah. Pojavljajo se nespečnost, kronični sindrom utrujenosti, hiperaktivnost, zatekanje v obraz in lica, žuljavi ali odrgnjeni prsti zaradi povzročenega bruhanja, suha koža in lasje, krhki nohti in lasje, izpadanje las zaradi pomanjkanja vitaminov in mineralov, podhranjenost in dehidracija, nizek krvni pritisk (hipotenzija) – pogostejša pri anoreksiji in/ali bulimiji – povzročena zaradi zmanjšane telesne temperature, podhranjenosti in dehidracije. Lahko pride so srčne aritmije, šoka in miokardnega šoka, ortostatske hipotenzije – pretiranega znižanja in hitrega padca pritiska pri naglem vstajanju. Zaradi zmanjšanja krvnega pretoka lahko pride tudi do nezavesti. Sicer pa so najpogostejši simptomi omotica, omedlevica, razbijanje srca in glavobol ali visok krvni pritisk (hipertenzija), ki je bolj pogost pri kompulzivnem prenažanju. Za povišan krvni pritisk se šteje pritisk, ki presega 140/90. Povzroča spremembe v žilnem sistemu, premikanja slike v očesnem zrklu, povečano bitje srca, poškodbe ledvic in možganov. Dolgotrajno zvišan krvni tlak lahko povzroči okvare ožilja, srčno odpoved, srčnomišično in možgansko kap, ledvično odpoved in druge zaplete. Pride tudi do nizkega števila trombocitov oz. trombocitopenija, ki je povzročena zaradi nizkega nivoja vitamina B12 in folne kisline. Posledica znižanega števila trombocitov je nagnjenost h krvavitvam. Te so spontane ali pa se pojavijo po operacijah in poškodbah. Za trombocitopenijo so značilne predvsem petehije, purpure in v manjši meri ekhimoze v koži in sluznicah. Pogoste so krvavitve iz dlesni in nosu. Lahko se pojavijo tudi krvavitve iz notranjih organov. Zaradi motnje nivoja krvnega sladkorja (hipoglikemija) – povzroča okvare jeter ali ledvic in lahko vodi do drugih nevroloških in mentalnih okvar, kot so diabetes, krvno cirkulacijo in okvaro imunskega sistema, diabetes – povišan krvni sladkor zaradi nizkega proizvodnje inzulina. Do njega lahko pridejo hormonska neravnovesja, hiperglikemija in kronični

pankreatitis. Ketoacidoza vzrok zanjo je pomanjkanje hormona inzulina zaradi okužbe in nepravilne ali slabo zdravljene sladkorne bolezni oz. visokega nivoja kisline v krvi, povzročene z izgorevanjem maščobe v telesu, ki je lahko posledica stradanja, povzročenega bruhanja, dehidracije, hiperglikemije in/ali alkoholiziranosti. Pojavi se lahko tudi anemija oz. pomanjkanje železa, infekcija in odpoved ledvic, osteoporoza – tanjšanje kosti zaradi pomanjkanja kalcija, kostnih proteinov in vitamina D, osteopenija – je pojav zmanjšanja kostne mase zaradi spremenjenega razmerja med izgubljeno in obnovljeno kostno maso, artritis – zaradi hormonskega neravnovesja in pomanjkanja vitaminov, ki lahko nastane zaradi povečanega stresa, pogosta pri kompulzivnem prenažanju, sindrom TMJ – Težave s čeljustnimi sklepi se lahko pojavijo zaradi številnih vzrokov, kot so na primer dislociranje čeljusti (izpah) v preteklosti, odstranitev več zob v zadnjem času, drgnjenje in stiskanje zob med spanjem. Možen vzrok težav je lahko tudi tako imenovani TMJD (temporomandibular joint dysfunction), ki onemogoča pravilno zapiranje in odpiranje čeljusti, amenoreja – izguba menstrualnega cikla, odrgnine na koži zaradi suhe kože in dehidracije pri naglem hujšanju, težave z zobmi, erozija zobne sklenine, karies in bolezni dlesni – ki so povzročene zaradi kislin in encimov, ki prihajajo v stik z ustno votlino zaradi izzvanega bruhanja, zaradi pomanjkanja vitamina D in kalcija in porušenega hormonskega ravnovesja, poškodbe ledvic, poslabšana cirkulacija krvi, upočasnen ali nereden srčni utrip, aritmija, angina ali zaustavitev srca (srčna kap) – neravnovesje elektrolitov, dehidracija, podhranjenost, znižan pritisk, izredna ortostatska hipotenzija (nizek krvni tlak), upočasnjeno bitje srca, hormonska neravnovesja, visok krvni pritisk, kopičenje maščob okoli srčne mišice, (pre) visok holesterol, zmanjšana telesna vadba, diabetes, neplodnost – izguba menstrualnega cikla in hormonska neravnovesja. Podhranjenost in pomanjkanje vitaminov onesposablja telo za donositev ploda in normalen, zdrav zaključek nosečnosti, sindrom policističnih jajčnikov, depresija in samomor, zmanjšana telesna temperatura, krči, napihnjenost, zaprtje, driska, inkontinenca, peptične razjede, pankreatitis – akutni pankreatitis označuje nenadno nastalo vnetje trebušne slinavke, pri katerem se prebavni encimi, ki jih žleza izloča v svetlino dvanajstnika, aktivirajo že v žlezi sami in jo pričnejo razgrajevati. Encimi trebušne slinavke se aktivirajo v samem organu. Začetek

akutnega vnetja lahko povzroči različno izražene morfološke in funkcijske spremembe organa (otekanje žleze, poškodbe krvnih žil in krvavitve). Klinično ga označujejo bolezni v trebuhu in zvišanje pankreatične amilaze v krvi, prebavne težave, splošna šibkost in utrujenost, napadi in smrt.

(<http://www.motnje-hranjenja.si/telesni-simptomi-in-posledice-mh.html>,
20. 12. 2014)

1.6.2 DUŠEVNE POSLEDICE BULIMIJE NERVOZE

Prenajedanje se prične z občutki nevzdržne napetosti. V zgodnjih stadijih se bolnik prenaje v obdobju stresa, depresivnosti, lakote, skrbi zaradi postave ali telesne teže, kasneje pa lahko postane prenažedanje natančno planirano, podobno ritualu, celo z nakupovanjem hrane posebej za to priložnost. Duševne posledice bulimije nervoze pa so socialni umik, depresija, slaba samopodoba in nihanje razpoloženja (Hafner idr 2011).

1.7 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA SOCIALNO VKLJUČEVANJE IN IZOBRAŽEVAJE

Z motnjami hranjenja so povezani tudi socialni parametri in dejavniki, izmed katerih so najizrazitejši tisti, ki se prepletajo s spolnimi zlorabami, šolanjem, družinskim življenjem in socialno vključenostjo oseb z motnjami hranjenja, piše Plesničar (2012).

Čas šolanja je ključnega pomena za posameznikov razvoj, potrditev. Motnje hranjenja pa se najpogosteje pojavljajo v starostni skupini od 15. do 25. leta, njihova meja pojavnosti pa se pomika navzdol proti nižji starosti in zajema ravno ta pomemben čas.

Ob tem pa ne moremo mimo današnje miselnosti, da je treba biti ves čas dobre volje, da ne sme biti dvoma v našo učinkovitost, hkrati pa v težavah ostajamo predvsem sami. Mladi v zunanji svet vstopajo različno opremljeni, z različnimi izkušnjami in naravnostjo. Uspešnost spopadanja posameznika z izzivi današnjega načina življenja je odvisna od mnogih dejavnikov, tako od njegovih osebnostnih značilnosti kot tudi od okoliščin, v katerih živi.

Težave posameznikov, ki imajo motnjo hranjenja, so običajno povezane z njihovo nizko samopodobo, ta pa se v obdobju odraščanja počasi oblikuje, razvija pa skozi življenje v interakciji z okoljem in ima ključno vlogo pri izoblikovanju osebnosti.

Čarapičeva lepo povzame (v Hafner idr 2011) problematiko oseb z motnjami hranjenja v povezavi z reševanjem vsakodnevnih situacij ali problemov, ki razvijejo večjo mero nezaupanja vase in v druge ljudi zaradi preteklih slabih izkušenj v življenju. Pove, da se motnje hranjenja običajno manifestirajo takrat, ko se posamezniki srečujejo z novimi razvojnimi nalogami, izkušnjami in pričakovanji, zahtevami in spremembami, ki so povezane s prehodi v novo življenjsko obdobje, na primer prehod iz osnovne šole v srednjo in iz srednje šole na fakulteto. Posamezniki na morebitni neuspeh reagirajo drugače od sovrstnikov, strah jih je namreč, da bodo razočarali, saj sta njihova samopodoba in spoštovanje močno odvisna od mnenja najbližjih in okolice. "Ukvarjanje s strahovi in negativistično razmišljanje močno obremenjuje posameznike, ki razvijejo motnjo hranjenja, zato se zatečejo v "varno" polje hranjenja, kjer imajo vse pod nadzorom, kjer oni odločajo. To jim vzbuja lažni občutek moči." (Čarapić 2011:77)

1.7.1 POMEN ŠOLE IN IZOBRAŽEVANJA ZA OSEBE Z MOTNJO HRANJENJA

Ne le učenje, tudi šola je za otroka pomemben dejavnik učenja za življenje. Predstavlja prostor navezovanja pomembnih medvrstniških in prijateljskih stikov, razvijanja, spodbujanja talentov, otrok se uči krmiljenja med

opravljanjem obveznosti in izrabo prostega časa. Skozi šolske obveznosti pridobiva občutek za uravnoteženje vloženega truda in dosego želenega cilja. V obdobju izobraževanja se posameznik uči sprejemati uspehe in poraze. Prav slednje pa predstavlja za osebe z motnjo hranjenja velik problem. "Z izrazito željo po dokazovanju, uspešnosti in perfekcionizmu se zakopljejo v učenje do te mere, da jim zmanjka časa za vse preostale stvari. Dostikrat odlične ocene postanejo nuja, strah pred tem, da ne bi dosegli odličnih ocen, jih vleče v vse bolj intenzivno učenje, ki se raztegne čez ves dan. Samospoštovanje in lastno vrednost doživljajo le prek nenehnega dela, izpolnjevanja obveznosti in skrbi za dobro počutje drugih." (Čarapić v Hafner idr 2011:78.)

1.7.2 VPLIV MOTENJ HRANJENJA NA UČENJE IN ŠOLANJE

»Za večino oseb z motnjami hranjenja sta značilna perfekcionizem in natančnost. Če jim ne uspe izpolniti načrta dela in učenja, se počutijo slabo, imajo občutke krivde in ničvrednosti. Ob takšnem doživljanju sežejo po tolažbi – hrani (bulimija nervoza), ali pa si hrane ne privoščijo (anoreksija nervoza)«, piše Čarapićeva (v Hafner idr 2011: 79). S strukturo opravil, ki si jih zastavijo in jih morajo opraviti, imajo občutek kontrole in se tako počutijo varneje. Tak stil življenja pa zahteva veliko napora, piše avtorica, zaradi česar poročajo o stalni napetosti, ki se umiri običajno le s hrano (pri bulimiji nervozi) ali pa z intenzivno fizično aktivnostjo, pri tem pa v telo vnesejo majhne količine hrane (pri anoreksiji nervozi). Nagrada za dobro opravljeno delo je pri osebah z motnjo hranjenja ravno hrana. Tudi počitek v smislu telesne umiritve ne prinese zadovoljstva, saj se v trenutkih sami s seboj počutijo nelagodno. Zato doseganje vseh uspehov v šoli ali pri študiju osebam z motnjo hranjenja ne daje zadovoljstva, vsaj v času bolezni ne, saj je uspeh na tem področju za njih samoumeven. Ko pa se simptomi bolezni intenzivirajo, posamezniki z motnjo hranjenja zelo težko usklajujejo učne obveznosti in rituale, povezane z motnjo. Vse to vodi v utrujenost, nezbranost, motnje spanja in počasi tudi izgubo motiviranosti za delo ter učenje. Naprej to vodi v socialno izoliranost,

saj se izogibajo tesnejšim kontaktom s sošolci in kolegi. Zaradi telesnega videza (prenizka ali previsoka telesna teža) se v strahu, da jih ti ne bi zasmehovali, izogibajo tudi sovrstnikom. Zaostanek v učni snovi, slabše ocene ali padec na izpitu pomenijo pravo katastrofo. Tako začnejo dvomiti vase in svoje sposobnosti. Soočanje s težavami in njihovo reševanje jih spravi v hudo stisko, zaradi česar se pogovorom o tem izogibajo (*prav tam*).

S pričakovanji o popolnosti pa se da povleči vzporednice z mnogimi družbenimi normami, ki jih podpirajo tudi pretirano zaščitniške družine. »Prilagajanje potrebam staršev vodi do oblikovanja lažnega jaza. Seme notranje negotovosti je zasejano že zelo zgodaj s pričakovanjem odraslih, da bo otrok v vsem izpolnil njihovo predstavo, pri tem pa mu ne dajo občutka in možnost za izražanje svojih pristnih čustev, tudi kadar gre za občutek lastne nemoči, tesnobe, jeze in krivde ... Osnovne potrebe po varnosti, sprejetosti in pozornosti niso zadovoljene. Zato stalno hrepenijo po tem, da bi bili sprejeti in opaženi, to pa so lahko le, če so v redu, ustrezljivi, uspešni. Hkrati jim to daje možnost, da zakrijejo svoje težave oz. ne govorijo o njih.« (*Prav tam*: 82.)

1.7.3 SOCIALNO VKLJUČEVANJE

Čarapić (v Hafner idr 2011) piše, da mladostnikova stiska lahko izhaja iz več področij, ki so zanj pomembna v obdobju odraščanja – samopodoba (nezadovoljstvo s seboj, s svojim izgledom), družinski odnosi (vprašanje osamosvajanja, neodvisnosti hkrati s potrebo po sprejetosti s strani staršev), šola (samopodoba, povezana s šolsko uspešnostjo, odnosi s sovrstniki, težave v stikih z avtoriteto), socialno področje (težave pri vzpostavljanju odnosov z drugimi), intimnost in bližina (negotovost, neizkušenos na tem področju, kar jih dela ranljive).

Tako osebam z motnjo hranjenja dom postane najvarnejše zatočišče zaradi umika iz socialnega življenja. V procesu bolezni postajajo zunanje vezi vedno slabše in manj pomembne, okrepijo pa se vezi s starši. Z boleznijo postanejo bolj negativistični, nezaupljivi, netolerantni, v tem obdobju izgubljajo prijatelje,

vse bolj so osamljeni, potrti in razočarani. Navzven kažejo trdnost, medtem ko so dejansko negotovi in močno ranljivi.

Copak in Uzman (2012) pišeta, da se pri osebah z motnjo hranjenja pojavlja socialna izolacija, in sicer iz različnih vzrokov. Zaradi pozornosti na hrano, kalorij ali diet se lahko zaradi obsesivne preokupacije začnejo izogibati določenim krajem, družbam ali zabavam, kjer ne bodo mogle nadzorovati hranjenja. Vse to početje lahko zaradi monotonosti v medosebni komunikaciji pripelje tudi do zavračanja osebe s strani okolice, kar v njej spodbudi občutek neustreznosti in še okrepi simptome, ki naj bi zmanjšali lastno neustreznost. Podobno je lahko tudi zaradi drugačnosti osebe z motnjo hranjenja (npr. videza – izrazita shujšanost, skrajna stališča in zahteve do sebe in tudi do okolice). Osebe z bulimijo nervozo lahko doživljajo nesprejetost s še več napetostmi in s tem okrepijo neustrezne vzorce zmanjševanja napetosti (hranjenje – bruhanje) ter postanejo še bolj odklonilne do drugih, saj v njih vidijo glavni vir lastne nemoči. Pri tem je pomemben dejavnik tudi osebnostna struktura posameznikov z motnjami hranjenja. Osebe z izogibalnim osebnostnim tipom zaradi stalne napetosti, zaskrbljenosti, negotovosti, manjvrednosti in preobčutljivosti za kritiko ne morejo funkcionirati v medosebnih odnosih, čeprav hrepenijo po sprejetosti in ljubezni, tiste z odvisnostnim tipom osebnosti pa se zaradi lastne pasivnosti, negotovosti in izogibanja odgovornosti umikajo iz širše socialne okolice in se večinoma usmerjajo na posamezno osebo. Hude tesnobe v stiku z drugimi ter brezvoljnost, obupanost, izguba zanimanj, občutki nemoči in nesmiselnosti, ki so značilni za pridružene motnje, lahko onеспособijo delovanje oseb z motnjami hranjenja v socialnih stikih, kar njihove občutke še bolj okrepi.

Čarapič (2012) piše, da ko se osebe z motnjo hranjenja soočijo z boleznijo, se pogosto razvrednotijo v smislu, da jih nihče ne bo maral, dokler se ne uredijo, pozdravijo, saj so v nasprotnem primeru prepričane, da niso vredne prijateljev ali partnerja (zaradi nepopolnosti jih je sram in strah ljudi). Navzven kažejo trdnost, v sebi pa so negotovi in močno ranljivi, preplavijo jih negativistična razmišljanja, postajajo nezaupljivi in se vedno bolj umikajo v osamo (pretrgajo stike s prijatelji, kolegi, sorodniki). Dom jim postane najvarnejše zatočišče in sicer v smislu umika iz socialnega življenja in ne ker bi bili radi več s starši.

Zato se v procesu bolezni okrepijo vezi s starši, zaradi bolezni od njih postajajo tudi vedno bolj odvisni, medtem ko postajajo zunanje vezi vedno tanjše in manj pomembne.

1.8 PRIDRUŽENE MOTNJE

Pri osebah z bulimijo nervozo je komorbidnost z duševnimi motnjami pogostejša. Večina poleg motnje hranjenja doživlja še eno duševno motnjo, mnogi pa doživljajo več komorbidnosti. Ta ni omejena na kakšno določeno podskupino, temveč se pojavlja skozi široko paleto duševnih motenj. Obstaja povečana pogostost depresivnih simptomov (npr. nizko samospoštovanje), bipolarne motnje in depresivne motnje (zlasti depresivne motnje) pri osebah z bulimijo nervozo. Pri mnogih posameznikih se razpoloženjske motnje začnejo sočasno z bulimijo nervozo ali pa to sledi razvoju bolezni. Posamezniki pogosto svojim razpoloženjskim motnjam pripisujejo pospeševanje razvoja bulimije nervoze. Prisotna je lahko tudi povečana pogostost anksioznih motenj, pogosto v pristojnosti sledečega učinkovitega zdravljenja bulimije nervoze. Življenjska prevalenca uporabe snovi, zlasti alkohola ali uporabe stimulantov, je med posamezniki z bulimijo nervozo vsaj 30 %. Stimulante se pogosto uporablja za nadzor apetita in teže. Precejšen odstotek posameznikov z bulimijo nervozo ima tudi osebnostne značilnosti, ki izpolnjujejo merila za eno ali več osebnostnih motenj, najpogostejša je mejna osebnostna motnja (po DSM V: 349 in 350).

Tudi Plesničar (2012) navaja, da so motnje hranjenja komorbidne z drugimi duševnimi motnjami, npr. zlorabo/odvisnostjo od psihoaktivnih substanc, obsesivno-kompulzivno motnjo, depresijo, osebnostnimi in drugimi motnjami, ki vse zahtevajo specifične terapevtske pristope. Nadalje pišeta Serneć in Nike Novak Vaca (2012), da so raziskave pokazale, da je pri osebah z bulimijo nervozo razvrstitev osebnostnih motenj sledeča: 28 odstotkov mejna, 21 odstotkov odvisniška, 20 odstotkov historična in 19 odstotkov izogibajoča. Očitno je, da so impulzivni načini hranjenja, prenažanje in bruhanje, povezani z visoko pojavnostjo mejne osebnostne motnje. Prisotnost

anksiozne in depresivne motnje pri teh osebah ojača znake osebnostne motnje, osebe, katerih motnja hranjenja pa je bila uspešno zdravljena, niso več izpolnjevale diagnostičnih kriterijev za postavitev diagnoze osebnostne motnje.

Copak in Uzman (2012) navajata, da je metaanaliza študij pokazala, da ima skoraj 60 odstotkov oseb z motnjami hranjenja tudi osebnostno motnjo, ki je definirana kot utrjen vzorec nefunkcionalnega oz. okolju neprilagojenega vedenja, mišljenja in čustvovanja. Pri purgativnih oblikah je bolj značilna borderline (čustveno neuravnovešena) osebnostna motnja, za katero je značilno, da so osebe bolj impulzivne, neprimerno izražajo jezo, hitro in izrazito menjajo razpoloženje, imajo kronične občutke dolgočasnosti in praznine, pogosto prihaja tudi do samopoškodb in poskusov samomora.

1.8.1 BULIMIJA NERVOZA IN ODVISNOST OD PSIHOAKTIVNIH SNOVI

»Osebe z bulimijo nervozo pogosteje postanejo odvisne tako od dovoljenih kot od nedovoljenih psihoaktivnih snovi.« piše Serbec (v Hafner idr:19)

»Vedenje, povezano z uživanjem psihoaktivnih snovi, pa naj bodo te udomačene in že tradicionalno sprejete v nekem okolju, ali pa nove, tuje in prepovedane, se oblikuje ob prepletanju mnogih pomembnih osebnostnih značilnosti. Med njimi so v tem smislu odločilne samopodoba, zaupanje vase, odnos do svojega zdravja in telesa, način iskanja ugodja in sprostitve, prilagodljivost za različne preizkušnje ter sposobnost obvladovanja stresov, čustvenih stisk in bolečih doživljanj.« (Tomori v Stankovič-Bevc idr 2003: 28)

»Nekateri ljudje se zatekajo k rabi psihoaktivnih snovi v okoliščinah, ki jih doživljajo kot stresne. Tako si poskušajo lajšati pretežke obremenitve ali se izogibajo preizkušnjam, za katere mislijo, da jih ne morejo obvladati. Stres nikomur ni prihranjen in prej ali slej se z njim v tej ali v oni obliki sreča vsak človek. Zato je za vsakogar pomembno, da se v stresnih situacijah nauči, da se kolikor se da najbolj učinkovito znajde.« nadaljuje Tomorijeva (*prav tam*: 35).

1.8.2 BULIMIJA NERVOZA IN RAZPOLOŽENJSKE MOTNJE

Dr. Sernec piše o pomembni povezavi med bulimijo nervozo in depresivno motnjo. Raziskave naj bi kazale, da pri približno 75 % žensk z bulimijo lahko diagnosticirajo tudi izraženo klinično sliko depresije, posledično pa so pogostejši tudi samomorilni poskusi. »Poleg depresivnih simptomov pa se ob porabi antidepresivov zmanjšajo tudi simptomi bulimije nervoze, predvsem potreba po prenašanju.« (*Prav tam*:19.)

1.8.3 BULIMIJA NERVOZA IN MOTNJE KONTROLE IMPULZOV

Nadaljuje, da pri osebah z bulimijo nervozo pogosteje opazajo tudi pojav vedenjskih vzorcev, ki so povezani z motnjami pri kontroli impulzov. Tako naj bi bile pogosto prisotne nagnjenost h krajam, samopoškodovalnemu in promiskuitetnemu vedenju.

Pri purgativnem tipu bulimije nervoze so študije pokazale, da se izraža večstranska impulzivnost, ki se lahko kaže kot odvisnost od drog in alkohola, ponavljajoča se samopoškodbeni vedenja, seksualna dezinhibiranost in kraje, pišeta Uzman in Copek (2012).

1.8.4 DVOJNE DIAGNOZE IN POJAV VRTLJIVIH VRAT

“Pacienti z dvojno diagnozo trpijo zaradi dveh vrst težav, ki so si v nekaterih pogledih podobne. Huda duševna motnja je tako kot odvisnost motnja v delovanju možganov, ki vpliva na mišljenje, vedenje in čustvovanje. Obe motnji sta kronični in ponavljajoči se, vendar ju je mogoče zdraviti (tudi pri soobolevnosti motnje, vezane na uživanje psihoaktivnih snovi, z drugo duševno motnjo). Za obe motnji je vsaj v začetnih obdobjih značilno minimaliziranje ali popolno zanikanje težav, pri obeh se pojavijo občutki

sramu, nemoči in odrinjenosti.” (Avberšek idr 2004:123). Po pisanju Nuše Šegrec in Andreja Kastelica (2010) je učinkovita obravnava oseb z duševno motnjo in motnjo vezano na uživanje psihoaktivnih snovi v zgodnjih stopnjah razvoja, kjer naj bi bilo najbolj ustrezno INTEGRATIVNO ZDRAVLJENJE, pri katerem se zdravljenje obeh motenj hkrati izvaja v ISTI DELOVNI skupini. »Zdravljenje sestavljajo ukrepi, vezani na faze zdravljenja (zajema vključevanje, pripravo, aktivno zdravljenje in preventivo recidiva), svetovanje, motivacijske ukrepe, zmanjševanje negativnih posledic, spremljanje in podpora v skupnosti. Zastavljeno je dolgoročno, obširno in vključuje čim več vidikov bolnikovega življenja ter ni le izolirano zdravljenje bolezni. Vključuje hospitalizacije, ponovne ocene, krizne ukrepe, zdravljenje z zdravili, pomoč pri reševanju finančnih težav, preglede urina na prisotnost PAS, gospodinjstvo, poklicno rehabilitacijo, vključuje pa tudi obravnavo posebnih skupin (mater z otroki, brezdomec ipd.).« (Prav tam: 571.) Čeprav imajo terapevti različne poglede na zdravljenje, se tovrstna vprašanja rešujejo znotraj delovne skupine in se jih ne prelaga na bolnike. Nasprotno pa je pri VZPOREDNEM ZDRAVLJENJU (pomeni sočasno zdravljenje obeh motenj v različnih delovnih skupinah), pri katerem se neredko pojavljajo težave v sporazumevanju, saj imajo lahko terapevti v dveh delovnih skupinah različne poglede na zdravljenje. Nalogo združevanja obeh zdravljenj mora tako pogosto opraviti bolnik sam. Še več pomanjkljivosti pa se pojavlja pri ZAPOREDNEM ZDRAVLJENJU (zdravljenje ene motnje se nadaljuje z zdravljenjem druge), saj se ne upošteva interaktivne in ciklične narave obeh bolezni. Pogosto se dogaja, da ena nezdravljena motnja negativno učinkuje na drugo motnjo in tako zavira njeno stabilizacijo. Pojavi se tudi vprašanje, katero motnjo, kadar sta obe enako »hudi«, zdraviti najprej in kdaj se lahko trdi, da je bila prva motnja v zadostni meri zdravljena, da se lahko prične z zdravljenjem druge. »Pogosto se žal zgodi, da bolnika po zaključku zdravljenja ene motnje ne napotimo na zdravljenje druge.« (Prav tam:571.)

Zakaj je temu tako, govori dejstvo, da v Sloveniji za zdravljenje bolnikov z dvojno diagnozo ni razvitih dovolj ustreznih programov, še posebej ne integrativnih. Tovrstno zdravljenje v omejenem obsegu poteka le na Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog Psihiatrične klinike Ljubljana.

Neustrezna obravnava teh bolnikov ima kot posledico poslabšanje obeh motenj (prav tam).

Kot pišeta Ines Kvaternik in Vera Grebenc (2008:130), je za skupino »uporabnikov storitev socialnega in zdravstvenega varstva značilno, da jih zaradi različnih težav obravnavajo različni strokovnjaki (večinoma prej neusklajeno), in pogosto postanejo dolgotrajni uporabniki različnih služb (**pojavnost vrtljivih vrat**). »Namesto da bi se ukvarjali z uporabnikovimi potrebami, se ukvarjajo z vprašanjem, katera služba je bolj primerna, da bi se ukvarjala s takim uporabnikom. Na tak način nobena od služb ne prevzame odgovornosti za zdravje posameznika in vlogo koordinatorja storitev. V nekaterih primerih je takšno zanemarjanje uporabnikov povezano s finančnimi sredstvi ali je preprosto naključje, v katero službo je uporabnik najprej stopil.« V drugih primerih pa se zgodi, da nekatere službe odklanjajo ljudi, ki imajo »dvojne diagnoze«, saj so zanje prezahtevni (prav tam:132). Na zapisanem primeru pokažeta na še en problem, in sicer, da strokovnjaki pogosto načrtujejo delo na podlagi programov, ki jih imajo ali jih poznajo, in ne na podlagi potreb uporabnika. Pišeta, da je glavni problem strokovnjakov, ki se srečujejo s posamezniki in imajo tako raznovrstne težave, ta, da pravzaprav ne vedo, kako naj z njimi delajo oz. kam naj jih usmerijo. »Izhode vidijo v vzpostavljanju specializiranih programov s timom strokovnjakov, ki naj bi bil interdisciplinaren, visoko strokoven in bi po možnosti imel »recept« za težavne primere. Pri svojem delu se ne počutijo uspešne. Uporabnike pogosto zaznavajo kot osebe, ki se »upirajo«, »ne sprejemajo ponujene pomoči«, saj ne sledijo navodilom/scenarijem, ki jih zanj pripravljajo službe; problem strokovnjakov je tudi v občutku nekompetentnosti za reševanje teh primerov – *»zaradi pomanjkanja medicinskega in/ali terapevtskega znanja ne ponujamo programov o mentalnih boleznih.*«, kar se lahko kaže kot izgovor, saj službe, ki delujejo na področju socialnega varstva, pravzaprav niso pooblašene za zdravljenje, v svoje time pa seveda lahko vključijo zdravstvene strokovnjake (prav tam:136).

1.9 ZDRAVLJENJE

“Najvišji zakon skoraj vseh psiholoških šol je spraviti se s seboj in s svojim življenjem, gledati na vse v sebi, ne da bi to razvrednotil in obsojal, ampak da bi na ozadju lastne življenjske zgodbe odkril svojo vrednost. Cilj terapije večinoma ni v tem, da se človek reši vseh problemov in pozabi na vse rane, temveč da drugače ravna s samim seboj, tako ravna, da s tem lahko živi.« (Anselm Grün 1996: 61)

»Če je človek zmožen opazovati dogajanje v svojem telesu in če je zmožen opredeliti bolečine, ki jih občuti, bo to zanj, zlasti, ko bo zaradi tega iskal zdravniško pomoč, nedvomno velikega pomena«, piše Rakovec-Felsar (1991:97).

Pelc (v Middleton in Smith 2012) piše, da zdravljenje motenj hranjenja lahko poteka ambulantno in bolnišnično ali v specializiranih ustanovah, ki se ukvarjajo s to dejavnostjo. Obravnava je lahko individualna in/ali skupinska, osebe se lahko vključujejo tudi v skupine za samopomoč. Zdravljenje je večletni proces, pri katerem je stalnost terapevta zelo pomembna. Sernec (v Eivors in Nesbitt, 2007) pove, da je najuspešnejše tisto zdravljenje, ki oboleli osebi ne pomaga odpravljati in obvladovati le simptomov hranjenja (odklanjanje hrane, nizka telesna masa, pretirana telesna aktivnost, prenehanje, bruhanje, zloraba odvajal ...), temveč tudi prepoznati njene vzroke ter posledično spreminjati doživljanje in vrednotenje sebe.

Ambulantno zdravljenje motenj hranjenja je v Sloveniji organizirano po regijskem principu. V kolikor je potrebno še bolnišnična obravnava, pa se otroci do 14. leta zdravijo na Pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani in Nevropsihiatričnem oddelku Splošne bolnišnice Maribor, mladostniki do vključno 16. leta v Enoti za adolescentno psihiatrijo Psihiatrične klinike v Ljubljani, mladostniki starejši od 17 let in odrasli pa v Enoti za zdravljenje motenj hranjenja (EMH) Psihiatrične klinike v Ljubljani.

»Z različnimi terapevtskimi pristopi ter psihoedukacijo vplivamo na spremembo stališč in vedenja. V različnih fazah zdravljenja so potrebni določeni pristopi, zato je izbira strokovnih oblik pomoči nujna.« Pelc (v Middleton in Smith 2012:10), spec. za psihološko svetovanje, piše, da je pomemben korak k ozdravitvi krepitev zavedanja in razumevanja sedanjih težav v povezavi s preteklostjo in prihodnostjo. Ker ni enoznačnih vzrokov za nastanek motnje niti izhoda za njeno odpravljanje, je pomembno poznavanje konteksta razvoja motnje hranjenja. Nadaljuje, da je pomemben tudi uvid, kaj lahko stori oseba, ki se sooča z motnjo, in kaj drugi pri ponovni vzpostavitvi duševnega ravnovesja, ki pa ga je moč doseči, ko oseba poleg drugega zmore prepoznati svoje potrebe in jo zadovoljiti na bolj konstruktiven način.

Rakovec-Felsar piše o tem, da je uspešnost zdravljenja tudi v rokah bolnika in ne samo zdravnika.

»Zdravje, dobro, čim boljše počutje je še kako odvisno od posameznika. Ne samo zdravnik, tudi bolnik določa trajanje in obseg preiskovalnega postopka, tudi njegove informacije so lahko povod za iskanje v napačni smeri. Odsotnost pravih podatkov lahko povzroči, da se zdravljenje začne na nepravem koncu.« (Rakovec-Felsar 1991:98.) Nadaljuje, da je za preiskovalne in terapevtske posege pomemben posameznikov odnos do lastnega telesnega dogajanja, hkrati pa tudi njegova zmožnost verbalne ekspresije. Bolnikova zmožnost besednega opisa težav je pravzaprav prvi pomemben člen v iskanju vzrokov zanje. Sodelovanje z bolnikom kot zaveznikom je pomembnega pomena. S tem pa tudi zavedanje, da je določena oseba v svojem mišljenju in ravnanju sicer stvarna in preudarna, v vlogi bolnika pa je lahko povsem drugačna – soočena z boleznijo, porinjena v položaj nemočne odvisnosti, iztrgana iz domačega kroga, prekinjena v načrtih in pričakovanjih, zato pogosto doživlja krizo.

Nastanek motenj hranjenja je povezan z disfunkcionalnostjo duševnih procesov, kar je pomembna ugotovitev, saj sama po sebi narekuje uporabo psihoterapije kot osnovnega, ne pa edinega postopka zdravljenja. (Copak in Učman (2012). Nadaljujeta, da so se na psihoterapevtskem področju uveljavile predvsem psihoedukacija, vedenjsko kognitivna, psihodinamska,

interpersonalna in družinska psihoterapija, ki se vse razen družinske uporabljajo tako v individualnem kot v skupinskem zdravljenju. Izkušnje iz tujine in doma kažejo, da je najpogostejši terapevtski pristop kombinacija različnih psihoterapij v odvisnosti od potreb oseb, ki jih zdravijo. Najpogosteje uporabljena psihoterapevtska oblika, še posebej v začetnih fazah zdravljenja, je vedenjsko kognitivna terapija. Ta model predvideva, da je za vse psihične motnje značilno izkrivljeno in disfunkcionalno mišljenje, ki vpliva na razpoloženje ter vedenje določene osebe. Realistična evalvacija in modifikacija mišljenja povzročata izboljšanje v razpoloženju in vedenju, trajnejše izboljšanje pa je rezultat modifikacije temeljnih disfunkcionalnih verovanj. Pri osebah z bulimijo nervozo je ta terapija usmerjena predvsem na vedenje pri hranjenju in na misli o hrani, telesni masi ter telesni shemi. Terapija naj bi najprej normalizirala vzorce hranjenja in vzpostavila reden urnik hranjenja (preventivni izogib ekstremnim občutkom lakote in zmanjšanje prenajedanja in bruhanja). Ob vsem tem skušajo oblikovati obvladovane mehanizme, ki temeljijo predvsem na identifikaciji. Interpersonalna terapija pa je usmerjena v obravnavo neustreznih medosebnih odnosov, ki naj bi prispevali k razvoju in vztrajanju motnje hranjenja (ustreznejši medosebni odnosi naj bi zmanjšali občutke osamljenosti, praznine, dolgočasje, medosebnega stresa, anksioznega in depresivnega razpoloženja ter posledično tudi odpravili nefunkcionalna vedenja, povezana s prehranjevanjem). Psihodinamska terapija pa predpostavlja, da je simptomatika motenj hranjenja posledica osebnega konteksta, za katerega je značilna neustrezna identifikacija in regulacija emocij. Posledica tega so konfliktnost in težave v avtoregulaciji notranjih impulzov, neustrezna predstava o sebi in drugih, kar pripelje do neustrezne interakcije v medosebnih odnosih in primanjkljajev na področju konsolidacije identitete. Pri zdravljenju se osredotoča na neugodne in nesprejemljive občutke, konflikte med občutki in željami, medosebne odnose in posameznikovo zaznavanje teh, na občutke v odnosih do pomembnih oseb iz preteklosti, na izogibanje pomembnih medosebnih stikov in razpoloženj, identifikacijo neprilagojenih medosebnih vzorcev, misli, čustev in motivov ter obvladovanje jeze in agresivnosti. Družinska terapija je usmerjena predvsem na zmanjševanje družinskih stresorjev in neugodnih komunikacijskih vzorcev

znotraj družine, kar naj bi posledično vplivalo tudi na zmanjševanje simptomov.

Osebe z motnjo hranjenja niso pripravljene na spremembe in običajno niso pripravljene opustiti prehranjevalnih vzorcev, dokler ima motnja v njihovem življenju globlji pomen. Pri ozdravljenju je eden najpomembnejših dejavnikov želja po ozdravitvi, torej lastna motivacija in vztrajnost (*prav tam*).

1.9.1 PREDSTAVITEV POSAMEZNIH PROGRAMOV

ENOTA ZA MOTNJE HRANJENJA (EMH), PSIHIATRIČNA KLINIKA LJUBLJANA

Enota je specializirana za obravnavo motenj hranjenja pri pacientkah in pacientih, ki so stari več kot 17 let. V manjšem obsegu se zdravijo tudi bolniki z drugimi duševnimi motnjami (motnje iz nevrotskega kroga), ki potrebujejo psihoterapevtsko obravnavo. Obravnava motenj hranjenja (anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prenajedanje) zahteva daljši čas zdravljenja. Običajno zdravljenje traja 3–4 mesece. Sprejem po navadi poteka po predhodnem dogovoru oziroma nasvetu izbranega zdravnika ali lečečega psihiatra. Vključitev v zdravljenje mora biti povsem samostojna odločitev. Posameznika uvrstijo na čakalno listo in ga pisno ali po telefonu obvestijo o datumu sprejema. Cilj zdravljenja je obvladovanje motnje, prepoznavanje vzrokov bolezni ter vzpostavljanje ustrežnejše samopodobe in medosebnih odnosov. Ob tem je ključnega pomena lastni delež odgovornosti za zdravljenje. To je usmerjeno celostno in zajema diagnostično, psihiatrično in psihoterapevtsko vodenje. Uporabljajo se različne vrste psihoterapevtske obravnave (individualna, skupinska, družinska), po potrebi pa tudi ustrezna zdravila. Po zaključku se lahko pri njih po dogovoru zdravljenje nadaljuje v ambulantni obliki oziroma pri lečečem psihiatru. Možna je tudi vključitev v katero od psihoterapevtskih skupin ali skupin za samopomoč. Vodja enote je asist.dr. Karin Serbec, dr. med.

(<http://www.psih-klinika.si/strokovne-enote/center-za-mentalno-zdravje/enota-za-motnje-hranjenja/>, dne 21. 10. 2014).

Karin Sernec (2012: 147–149) piše: “Slovenski model bolnišničnega psihiatričnega/psihoterapevtskega zdravljenja motenj hranjenja je multidimenzionalen in upošteva kognitivne lastnosti ter čustvene potrebe posameznika. V omenjenem modelu zdravljenja imajo pomembno mesto izobraževalni program za ozaveščanje pomena ustrezne prehrane in posledic neustreznih prehranjevalnih navad, psihodrama, gibalno-izrazna skupina in asertivni trening ter trening socialnih veščin, ki vključuje tudi učenje reševanja težav in s tem zmanjšuje možnost recidiva. Osnova zdravljenja pa je skupinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko kognitivne in psihodinamske psihoterapije.”

“Bolnišnično zdravljenje v povprečju traja tri do štiri mesece, delimo pa ga na tri faze:

PRVA – SIMPTOMATSKA FAZA ZDRAVLJENJA: Bolniku s pomočjo predvsem vedenjsko kognitivne psihoterapije pomagajo vzpostaviti ustrezen odnos do hrane, pijače in telesne mase ter prek tega do samega sebe in svoje samopodobe.

DRUGA – PSIHODINAMSKA FAZA ZDRAVLJENJA: Bolnik s pomočjo skupinske in individualne psihoterapije prepozna odnos do sebe in dinamsko ozadje svoje motnje. Vzrokov za nastanek motnje hranjenja ne more spremeniti, lahko pa spremeni svoj emocionalni odziv na njih in posledično tudi neustrezne vedenjske vzorce (simptomi motnje hranjenja).

TRETJA – REINTEGRACIJSKA OZ. SOCIALNA FAZA ZDRAVLJENJA: Bolnik v tej fazi jasno in konkretno načrtuje svojo prihodnost ter spremembe, ki jih želi okrepiti v okviru svojega ožjega in širšega socialnega okolja.

Po odpustu se bolniki vključujejo še v dnevno oskrbo, nato pa v ambulantno zunajbolnišnično psihoterapevtsko skupino in nadaljnje ambulantno zdravljenje.”

Nadalje piše, da vedenjsko kognitivni pristop pomaga bolniku obvladati predvsem simptome motnje, nekako pa ne pripelje do tega, da bi prepoznali vzroke, ki so privedli do motenj hranjenja (racionalni uvid), medtem ko je psihodinamski terapevtski pristop usmerjen bolj v prepoznavanje vzrokov, ki so privedli do motenj hranjenja (emocionalni uvid). Ko jih med obravnavo prepozna, spremeni svoj emocionalni odziv nanje, posledično pa potem

izzvenijo vedenjski vzorci, ki so bili vezani na motnje hranjenja (simptomi motnje hranjenja).

Iztok Rink (2012: 153–157) piše, da je gibalno- izrazna terapija, ki jo izvajajo v EMH, metoda, pri kateri je telo izrazni medij, ki pomaga, da z izraznim gibom pridemo do občutkov, doživljanj. Gre za metodo, pri kateri želimo prek neverbalnega izraza priti do besednega izražanja o tem, kako se posameznik počuti in kako ga doživljajo drugi. "Združenje za plesno-gibalno terapijo opredeljuje to terapevtsko obliko kot uporabo giba in plesa kot medija, prek katerega se posameznik lahko kreativno vključi v proces osebne integracije in rasti ... V kontekstu terapevtskega odnosa gibalno-plesni terapevt pomaga klientu prepoznati in interpretirati čustvene asociacije na njegovih gibalnih izkušnjah in sekvencah ... Gre torej za neposredne in takojšnje učinke tako na telesno samopodobo kot na samospoštovanje, saj med doživljanjem gibanja klienti celotni self neprestano potapljajo v proces spreminjanja. Terapevt ustvarja ugodno okolje in klientu pomaga procesirati in ponotranjiti občutke, ki jih vzbujajo gibalne izkušnje." (Totenbier in sod. 1988.)

Marinka Pahole (2012: 175–176) piše : "Psihodrama predstavlja samostojno smer psihoterapije, ki izhaja iz lastne filozofije, lastnih teoretskih konceptov osebnosti in razvoja, s svojimi metodami in tehnikami dela. Namesto vnaprej napisanega besedila se je na odru pojavila realna protagonistova izkušnja – strahovi, potrebe, frustracije, pričakovanja in želje. Psihodrama prek igre pomaga ponovno doživeti določene vloge, odnose, ki so boleči, vendar imajo v psihodrami priložnost, da se zaključijo drugače, kot se v realnosti. Človek lahko v igri zaživi kot celota v svoji neponovljivosti in enkratnosti. Igra se v psihodrami odvija prek igre vlog, ki pomenijo najbolj viden in hkrati dosegljiv vidik človekove osebnosti. Ponovno doživetje travmatične izkušnje, pomeni olajšanje prvotne izkušnje. Moreno je verjel v moč odnosa in srečanja v trenutkih, ko na človeka pogledamo z njegovimi očmi ... Psihodrama je aktivna in igriva oblika psihoterapije, ki vodi ljudi v njihov notranji svet, njihovo notranjo resničnost, jim omogoča in dovoli, da ta svet opišejo, ga predelujejo tako, kot ga sami vidijo. S pomočjo psihodrame odkrivajo vzorce svojih odnosov, kako razmišljajo, kako čustvujejo, kako se vedejo in kako

predelujejo informacije o sebi in drugih. S svojimi tehnikami omogoča transferno reševanje posledic travmatičnih dogodkov, da se posameznik ne ujame v past grožnje, ki jo zanj predstavlja ogrožajoči objekt. Transferji, ki se v psihodramskem dogajanju vzpostavijo, omogočajo fragmentacijo izkušnje, ki pomeni olajšanje predhodno doživetih izkušenj. Psihodrama omogoča razširitev predstav o dogodkih, odnosih in občutjih ter tako prekinja povezave, ki so posameznika zapletle v začaran krog ponavljanja enakih izkušenj. Eksternalizacija notranjega čustvenega doživljanja omogoča posamezniku lažje predstavljanje svojega notranjega sveta in s tem tudi boljšega obvladovanja. Podpora zunanje resničnosti omogoča obvladovanje zmede notranjega sveta in meja jaza. Psihodrama je vključena v terapevtski program, ker na preprost način pomaga posamezniku (in skupini) priti do bolečih točk njegovega življenja, mu hkrati omogoča zavedanje in ponuja možnost iskanja novih rešitev.”

**PSIHIATRIČNA IN PEDOPSIHIATRIČNA ORDINACIJA ANJA RELJIĆ PRINČIČ
D. O. O. ANJA MARIJA RELJIĆ PRINČIČ, DR. MED. SPECIALIST PSIHIATRIJE**

Dr. Anja Marija Reljić Prinčič v članku opisuje zdravljenje bulimije nervoze:

(http://www.revijavita.com/index.php?stevilkavita=40&naslovclanek=Izku%C5%A1nje_pri_zdravljenju_v_ambulantih, 20. 12. 2014)

Bulimični pacienti so nihajočega razpoloženja, odvisno od položaja, v katerem se nahajajo. Pogosto so manipulativni in v želji, da bi ugajali terapevtu, prikrivajo resnico. Večina jih meni, da je bulimično vedenje vredno, obsojanja zato se počutijo manj vredne in ne zaupajo terapevtu. Sprememba vedenja oziroma napredek v obvladovanju znakov bulimije je možen le, če je zgrajen trden, zaupen terapevtski odnos.

Namen zdravljenja bulimije nervoze je pomagati pacientom doseči sprejemljiv odnos do hrane, hranjenja, telesnega videza, telesne teže. Med zdravljenjem zmanjšujemo njihovo obsedenost s hrano in jim pomagamo, da obdržijo

telesno težo v mejah normalnega. Učimo jih jesti v obrokih. Iščemo nadomestno vedenje, ki bo v pomoč pri izogibanju nevarnemu vedenju, kot so bruhanje, jemanje odvajal, pretirana telovadba. Zelo pomembno je pomagati prizadetemu pri prepoznavanju čustev, razpoloženja, misli, ki spremljajo bulimično vedenje. Pomagamo jim, da rešujejo probleme primerno in ne s prenažanjem. Ob strani jim stojimo pri izboljšanju samopodobe, ki je pri njih zelo slaba. Pri zdravljenju bulimije nervoze je zelo uspešen vedenjsko kognitiven pristop. Terapija sloni na dejstvu, da natančne informacije v dobrem terapevtskem odnosu prepričajo pacienta, da začne misliti o motnji in sebi drugače (kognitivni del zdravljenja), to pa ima v večini primerov za posledico spremembo vedenja (vedenjski del zdravljenja). Bulimični pacienti so močno zaskrbljeni glede videza in telesne teže, zato so pogosto na dieti. Prav tako čutijo prisilo po nekontroliranem prenažanju in ker se zavedajo, da bi se zato lahko zredili, razvijejo različne preventivne strategije, ki naj bi jih obvarovale pred rastjo telesne teže. Vedenjsko kognitivni pristop teži k spremembi obsesivno kompulzivnega mišljenja in vedenja. Pacientom pomagamo, da dosežejo stalno telesno težo z utrjenim vzorcem rednega prehranjevanja. V prvi fazi terapije pacient razloži dožemanje motnje ter prednosti in slabosti svojega prehranjevalnega sloga. Terapevt s pacientom razišče in pojasni nevarnosti vedenja, ki ga pacient zaznava, skupaj pa predebatirata pacientove spremljajoče neprijetne simptome. To pomaga pacientu, da spremeni prehranjevalni vzorec. Medtem spreminjamo napačno mišljenje o hrani (npr. dobra in slaba hrana) in se pogovarjamo o nevarnih načinih kontroliranja telesne teže. V drugi fazi zdravljenja pomagamo pacientom, da prepoznajo čustva, da govorijo o svojem telesu in pomenu hrane. Pomagamo jim, da spremenijo negativna čustva, izboljšajo samopodobo ter zmanjšamo pomembnost videza in teže telesa pri samovrednotenju.

Pri zdravljenju bulimije nervoze uporabljamo antidepresivna zdravila (SSRI) v kombinaciji z izbrano psihoterapevtsko metodo.

Zdravljenje, ki ga opisuje, sloni na vedenjsko kognitivnem principu, ki ga je v osemdesetih prejšnjega stoletja vpeljal H.Lacey.

Zdravljenje poteka v dveh fazah. Prva, intenzivna faza, vsebuje dnevnik, individualna srečanja s terapevtom in skupinska srečanja. Dnevnik ima pacient ves čas ob sebi in vpisuje vse o hranjenju (uro, količino, vsebino, prenažedanje, bruhanje). Prav tako beleži jemanje odvajal, sredstev za izločanje vode in pretirano telovadbo. Beleži čustva, misli in razpoloženje, ki spremljajo dogajanje ob hranjenju. Dnevnik simbolizira odnos med terapevtom in pacientom, predstavlja prehodni objekt, zagotavlja terapevtovo prisotnost in podporo tudi, ko je pacient sam.

Pacient dobi ob dnevniku dietni list, ki mu omogoča, da si uredi prehrano. Hrana je raznovrstna in razdeljena na tri glavne obroke in dve malici. V glavnih obrokih so obvezni OH v predpisani količini – izbira hrane, ki vsebuje OH, je poljubna. Tako dosežemo nadzor količine zaužitih OH in ne kontrolo kalorij. Prednost tovrstnega zdravljenja je, da ima pacient možnost izbire hrane in se zato zmanjša upiranje zdravljenju, saj sam odloča, kdaj in kaj bo jedel. Na individualnih srečanjih terapevt utrjuje pacientovo motivacijo za zdravljenje. Spodbuja ga, da prevzame odgovornost za spremembo. Vzpostavi se zaupen odnos med terapevtom in pacientom, ki pacientu pomaga pri premagovanju čustvenega kaosa in dietnih zablod. Terapevt mu pomaga, da prepozna čustva, misli in razpoloženje, ki pripeljejo do motnje hranjenja. Na individualnih srečanjih pacient išče nove, primerne načine izražanja čustev in reševanja problemov. Redno tehtanje, ki poteka enkrat na teden ob določenem času ob prisotnosti istega terapevta na individualnem srečanju, pomaga pacientu spoznati, da se kljub hranjenju in brez bruhanja teža ne zvišuje. Po končanem individualnem srečanju se pacienti udeležijo dvournega skupinskega srečanja. V skupini je 6–8 članov in dva terapevta. Ponudi varno okolje, pacienti se počutijo sprejete, sprejmejo svojo zunanost, pogosto prvič brez zadržkov in odkrito govorijo o sebi in motnji. Iščejo način za premagovanje motnje in pri tem upoštevajo izkušnje drugih sodelujočencev skupine. V krizah dobijo močno podporo. Počasi se začnejo sprejemati in ceniti.

Po desettedenski intenzivni fazi, ki vsebuje deset individualnih in deset skupinskih srečanj, se začne utrjevalna faza zdravljenja, ki traja dve leti.

Skupinska srečanja so manj pogosta. Prvo srečanje je mesec po intenzivni fazi zdravljenja, naslednja pa se vrstijo na tri mesece in so vedno manj pogosta. Ta stopnja zdravljenja je pomembna, ker ponuja pacientom možnost, da utrdijo nove prehranjevalne navade in se pogovorijo o vseh težavah, ki jih imajo. Pacienti niso prepuščeni sami sebi in se zavedajo, da v krizi lahko poiščejo pomoč pri skupini. Utrjevalna faza zagotavlja dolgoletni uspeh zdravljenja.

Uspešnost zdravljenja motenj hranjenja je odvisna od motiviranosti za spremembo in od pacientovega zaupanja do terapevta. Prvi vtis oziroma začetni pogovor je za izid zdravljenja silno pomemben. Terapevt mora že pri prvem srečanju ponuditi pacientu možnost, da izrazi svoja čustva, strahove in pričakovanja, ki jih prinaša. V nasprotnem primeru se zaradi različnosti terapevtovih predpostavk in dejanskega doživljanja pacienta pojavi tveganje za nadaljnje zdravljenje. Temu se izognemo tako, da direktno vprašamo pacienta o njegovi motnji hranjenja in o vseh drugih spremljajočih težavah. Pomembno je seznaniti pacienta s potekom zdravljenja in ga vprašati, ali je ponujen način zdravljenja zanj sprejemljiv.

Z vprašanji, kaj se zdi pacientu najbolj zaskrbljujoče, pogosto odkrijejo razliko v videnju problema. Pacient je pod vplivom mešanih čustev, v dvomih glede pričakovanih sprememb. Večina anoreksičnih in bulimičnih se boji, da bodo ob koncu zdravljenja predebeli. Anoreksični se bojijo izgube nadzora, kar je za njih zastrašujoče in jih spravlja v hudo stisko. Čutijo, da bo izguba večja kot pridobitev. Bulimični pa so v stiski, ker se bojijo, da bo opustitev prenaždanja in kompenzatornega vedenja povzročila rast telesne teže. Sramujejo se početja, zato prikrivajo pogostost in podrobnosti prenaždanja ter vedenja, ki mu sledi. Poleg tega so prisotni občutki krivde zaradi olajšanja, ki nastopi ob prenaždanju. Prav zato se je treba neposredno in s spoštljivo radovednostjo pogovoriti o pacientovih težavah. Pacienti, ki se kompulzivno prenaždajo, se zaradi občutkov manjvrednosti z vsem strinjajo. Navajajo težave zaradi telesne teže ali prenaždanja, izogibajo se pa pogovoru o čustvih in samodoživljanju. To lahko zaslepi terapevta, da se loti dela »z velikimi

koraki«. Terapevt si utegne zastavi visoke cilje, ki jih pacient ne more doseči in mu to poglobi primarno slabo samopodobo.

Zdravljenje motenj hranjenja je možno le, če je zgrajen zaupen odnos med pacientom in terapevtom, ki vsebuje celotno okrevanje in spremembo v odnosu do sebe.

Sodelovanje pri zdravljenju oziroma želja po spremembi je pri pacientih zelo različna. **Motivacija**, ki jo opredeljuje značilna interakcija med terapevtom in pacientom, vsebuje nekaj stopenj, ki se vrstijo druga za drugo. Kako bo potekalo zdravljenje, je odvisno od tega, na kateri stopnji motivacije je pacient. Pacientom v prvi fazi motivacije, ko ne opredeljujejo svojega problema kot takega, pomagamo s koristnimi nasveti, da razmišljajo o prednostih in slabostih sprememb, kako bi jih dosegli, kaj bi jim prinesle dobrega in kaj slabega. V naslednji fazi pacienti prepoznavajo problem pri sebi in premišljujejo o spremembi. Tu so koristni predlogi, ki pomagajo pacientom doseči zaupanje v sebe in so jim vodilo na poti do spremembe. Paciente podpiramo pri ciljih, ki so si jih zastavili. Učimo jih, da se zadovoljijo z manjšimi cilji in da je vsak uspeh vreden priznanja. V naslednji fazi so pacienti pripravljeni za spremembo in zmorejo uporabiti nasvete. Pacienti se aktivno spreminjajo in si vedno bolj zaupajo. V zadnji fazi jim pomagamo, da utrdijo doseženo spremembo in nadaljujejo po poti ozdravljenja.

Ker pa so si ljudje različni, si stopnje motivacije za zdravljenje ne sledijo vedno tako, kot je opisano. Pogosto se pacienti vrtijo v krogu, dosežejo nekaj sprememb, jih opustijo in začenjajo znova. Vedno je potrebno prisluhniti posamezniku in mu ponuditi tisto, kar potrebuje, ker bi sicer lahko naredili več škode kot koristi.

SOCIALNODELAVSKO- ŽENSKA SVETOVALNICA, SVETOVALNICA INTROSPEKTA

ŽENSKA SVETOVALNICA (<http://www.drustvo-zenska-svetovalnica.si/o-nas> 30. 1. 2015) je prostovoljna ženska organizacija, ki deluje na področju psiho-socialne pomoči in samopomoči žensk, ki so žrtve nasilja ali imajo motnje hranjenja. Ženskam v stiski nudijo brezplačno svetovanje, zagovorništvo, informacije o pristojnostih javnih služb in pomoč pri organizaciji skupin za samopomoč. Poleg tega delujejo tudi javno: opozarjajo na družbene okoliščine, ki pogosto pogojujejo stiske žensk, se borijo proti različnim oblikam diskriminacije žensk in se zavzemajo za pravice žensk. Konkretno pa ženskam nudijo naslednje vrste pomoči: individualno svetovanje, nudenje podpore pri organizaciji novih projektov in skupin za samopomoč, uporabnice se nam lahko pridružijo kot prostovoljke, kreiranje ženskega prostora in podpora projektom, katerih nosilke so uporabnice.

Svetovanje lahko poteka po telefonu, pisno ali osebno, in sicer kot enkratni pogovor, svetovanje na krajše obdobje (ženska prihaja predvidoma tedensko v krajšem obdobju, v katerem s svetovalko predelujeta konkretnejše in manj kompleksne probleme), kontinuirano svetovanje na daljše obdobje (ženska prihaja kontinuirano skozi daljše časovno obdobje, v tem času osvetli več problematičnih področij v svojem življenju, s svetovalko poskušata najti načine za izboljšanje njenega položaja ter razumevanja situacije), nekontinuirano svetovanje na daljše obdobje (ženska se s svetovalko občasno srečuje skozi daljše časovno obdobje, ko začuti potrebo, da bi se o čem želela pogovoriti), osveščanje in informiranje žensk o njihovih pravicah. Leta 2004 je v izšla knjiga, priročnik Nasilje nad ženskami – Odgovornost policije, ki sta jo za kvalitetnejše delo policije v primerih nasilja nad ženskami prevedli svetovalki Ženske svetovalnice. Na njihovi spletni strani si je mogoče ogledati izdajo časopisne priloge o nasilju nad ženskami, ki so jo pripravile v sklopu Projekta 'v štirih korakih'. Na področju motenj hranjenja pa Ženska svetovalnica izvaja naslednje dejavnosti:

PODPORNA SKUPINA ZA BLIŽNJE: V podporni skupini za bližnje se lahko bližnji oseb z motnjami hranjenja srečajo z drugimi, ki jih pestijo podobne stiske, izrazijo svoje dileme, občutja, vprašanja in strahove, dobijo podporo in tudi nove ideje, kako živeti z nekom z motnjo hranjenja, kako biti v oporo, kako zgleda proces okrevanja ipd. Skupino vodi strokovna delavka, prisotno je tudi dekle, ki je okrevalo od motnje hranjenja.

SKUPINA ZA ŽENSKE IN DEKLETA Z MOTNJO HRANJENJA: V podporni skupini za osebe z motnjo hranjenja se srečajo dekleta in ženske, ki so razvile motnjo hranjenja ter si delijo medsebojna doživetja. Skupino vodita dve strokovni delavki. Na skupini se učijo, kako bolj konstruktivno reševati probleme in se spopadati z "manj prijetnimi platmi življenja", kako preživljati prosti čas, izražati čustva, ravnati konstruktivno s svojimi potrebami, izboljšati odnose z drugimi ipd.

DRUŽENJE S PROSTOVOLJKAMI: Druženje lahko poteka individualno ali skupinsko. Individualno poteka tako, da si oseba, ki ima motnjo hranjenja, izbere prostovoljko, s katero se nato družijo, pogovarja, govori o osebnih stiskah itd. Pri skupinskem druženju se prostovoljki srečata z dekleti, ki imajo motnjo hranjenja, in se neformalno družijo.

INDIVIDUALNO PREHRANSKO SVETOVANJE: Z univerzitetno diplomirano živilsko tehnologinjo se lahko pogovorijo o svojih prehranskih tegobah, o jedeh in živilih, ki povzročajo težave, skupaj poiščejo nadomestna živila, ki jih lahko vključijo v svoj jedilnik. Poiščejo način prehranjevanja, ki jih spodbuja k zdravemu načinu življenja in dobremu počutju brez odpovedovanja.

INDIVIDUALNO SVETOVANJE ZA ŽENSKE Z MOTNJO HRANJENJA: Kontinuirano svetovanje je namenjeno spodbudi in načrtovanju korakov na poti okrevanja od motnje hranjenja k boljšemu razumevanju, kako je motnja hranjenja povezana s siceršnjim življenjem posameznice in kako vztrajati v procesu okrevanja tudi ob morebitnih krizah. Pri svetovanju se svetovalka in uporabnica dogovorita tako o terminu in pogostosti svetovanja kot tudi o individualnih ciljih.

INDIVIDUALNO SVETOVANJE ZA BLIŽNJE OSEB Z MOTNJO HRANJENJA: Kontinuirano svetovanje je namenjeno bližnjim oseb z motnjo hranjenja, predvsem pri razmejevanju odgovornosti pri problemih, boljšemu razumevanju motnje hranjenja in skrbi zase, ko oseba zavrača določene tehnike pomoči. Pri svetovanju se svetovalka in bližnja oseba dogovorita tako o terminu in pogostosti svetovanja kot tudi o individualnih ciljih.

INFORMATIVNI RAZGOVOR: Informativni pogovor lahko poteka s komerkoli – osebo, ki ima motnjo hranjenja in ne ve, kam po pomoč, bližnjimi, osebami, ki preučujejo problematiko motnje hranjenja ipd. Informativni razgovor se izvede pred vstopom v individualno svetovanje ali skupino za ženske z motnjo hranjenja.

INDIVIDUALNI POGOVOR Z OSEBO, KI JE OKREVALA OD MOTNJE HRANJENJA: Pogovor z zaposleno, ki je okrevala od motnje hranjenja o svojih občutkih in stiskah, ki jih doživlja, ter pomoč pri iskanju odgovorov, kako naprej.

DELAVNICE: Letno izvedejo različne delavnice na temo: obvladovanje stresa (je sklop delavnic diskusije na temo stresa in vadba sprostitvenih tehnik: vodena imaginacija, dihalne tehnike, avtogeni trening, progresivna mišična relaksacija in kratka čuječnostna meditacija), učinkovitega komuniciranja (je sklop delavnic na temo komunikacije in asertivnega vedenja) in predavanja na temo: alternativne oblike prehranjevanja, ogledi dokumentarnih filmov (na temo diet, prehranjevanja ...), body image (je sklop delavnic na temo, 'kako izboljšati odnos do telesa'), gledališča zatiranih (gledališče zatiranih ni gledališče, v katerem se odigra predstavo občinstvu. Je tehnika, ki se uporablja z namenom spodbujanja izražanja neverbalne in verbalne komunikacije, občutij in razmišljanja.)

FORUM MED.OVER.NET: Moderiranje foruma Med.over.net na temo motenj hranjenja. Več na: <http://med.over.net/forum5/list.php?43>

DNEVNI CENTER ZA DEKLETA IN ŽENSKE Z MOTNJO HRANJENJA:

Dnevni center je namenjen vsem ženskam na poti okrevanja od motenj hranjenja oziroma ženskam, ki se borijo s hrano.

INTROSPEKTA: Svetovalnica Introspekta nudi strokovno pomoč pri zdravljenju motenj hranjenja. Programi individualnega svetovanja omogočajo celostno zdravljenje osebe z motnjo hranjenja in potekajo v smeri potreb ter ciljev posameznika. Namenjeni so trajni odpravi problematike motenj hranjenja, kar pomeni, da se motnje hranjenja in druga spremljajoča samouničujoča vedenja po končanem zdravljenju naj nikoli več ne bi povrnila.

Motnje hranjenja se velikokrat izražajo s skrajnimi situacijami, ki ogrožajo človekovo življenje. Zametki motnje hranjenja pa se vedno skrivajo v manj izrazitih situacijah. Te povzročajo stisko in opozarjajo na nevaren potencial razvoja problematike.

Programi svetovanja so namenjeni posameznikom, ki pri sebi opažajo nezdrav odnos do hranjenja in imajo težave z doživljanjem, s sprejemanjem ter z izražanjem sebe.

Pri izbiri pomoči je potrebno paziti, da ima svetovalec javno priznano oziroma verificirano izobrazbo, ki je predpogoj za strokovno izvajanje svetovalnega dela. Za uspešen proces svetovanja je pomembno:

- da strokovnjakova drža v svetovalnem odnosu vzbuja občutja zaupanja in varnosti,
- da v procesu svetovanja strokovnjak upošteva posameznikove želje, potrebe in zmožnosti,
- da posameznikova stališča obravnava resno in dovoli, da izraža nestrinjanje z njegovimi prepričanji,
- da proces svetovanja vodi v smer temeljitega razreševanja problematike motenj hranjenja, to pomeni, da se opažajo spremembe, da se problematika motnje hranjenja razrešuje na globlji ravni in se ne osredotoča samo na urejanje simptomov.

Zakaj izbrati individualno svetovanje za zdravljenje motenj hranjenja?

1. CELOSTNA OBRAVNAVA – Individualno svetovanje vključuje delo z raznolikimi vidiki problemske situacije in s tem povezanimi posameznikovimi vzorci mišljenja, čutenja in vedenja. Osredotočajo se tudi na primarno družino in če je potrebno na okolje, v katerem živi posameznik. To omogoča učinkovito in temeljito razreševanje problematike.

2. CILJNA USMERJENOST – Proces individualnega svetovanja je ciljno usmerjen. To pomeni, da se osredotočajo na aktualne vidike problematike in ne zapravljajo časa za zadeve, ki so postranskega pomena za razreševanje problematike motenj hranjenja. To omogoča intenzivno na rešitev usmerjeno delo in razmeroma hitro izboljšanje trenutnega stanja.

3. PROCES, OSREDOTOČEN NA EMOCIJE: Delo s čutenji je bistvenega pomena za zdravljenje osebe z motnjo hranjenja. Oseba se v svetovalnem procesu začneja zavedati, da so njena čutenja zelo pomembna, in da jo usmerjajo v življenje. Skozi pogovor in svetovalni odnos spoznava, kako ji lahko ozaveščanje čutenj pomaga.

Zelo pomembna funkcija dela s čutenji je osvobajanje telesa. Telo je v primeru težav s hranjenjem ujet v nevzdržna psihobiološka stanja, ki ga lahko v skrajnosti popolnoma zasušijo (ravno to nazorno sporoča videz anoreksičnega telesa kot tudi telo z ekstremno prekomerno težo). Oseba z motnjo hranjenja brez predelave čutenj ne more pristno začutiti svojega telesa in prepoznavati, kaj ji telo sporoča. S čutenjem in izražanjem emocij pa začneja sproščati potlačene telesne senzacije, ki jo nezavedno silijo v škodljive načine hranjenja.

Namen je izpolnjen, ko si oseba dovoli čutiti emocionalno doživljanje, prepozna sporočila čutenj, jih zna izražati na ustrezen način in jim tudi zaupa.

Intenzivno delo s čutenji je zelo pomembno, saj dokler v polnosti ne predelamo emocionalne podlage motnje hranjenja, ne moremo pričakovati ozdravljenja. Kognitivno vedenjski pristopi, ki se primarno osredotočajo na

spreminjanje miselnih vzorcev in temeljijo na premisi, da imajo miselni procesi najpomembnejšo vlogo pri nastanku in vzdrževanju psihičnih motenj, lahko do določene mere izboljšajo stanje, v določeni fazi okrevanja je kognitivno opolnomočenje tudi nujno, vendar ne omogočajo procesa zdravljenja motenj hranjenja.

Delovni pristopi, ki se osredotočajo na UČENJE VEŠČIN ZA KREPITEV POZITIVNE SAMOPODOBE (z vidika "sprejmi se, takšen kot si") so neustrezni, kajti takšno delo pogosto vodi še k večjemu potlačevanju čutenj in s tem utrjevanju motnje hranjenja.

4. POTEK DELA – Srečanja individualnega svetovanja potekajo v obliki strokovno vodenega pogovora. Svetovalec je odgovoren za vzpostavitev svetovalnega procesa in vzdrževanje profesionalnega odnosa. V procesu svetovanja obravnavajo zadeve, o katerih je posameznik pripravljen spregovoriti, in sicer samo v tolikšni meri, kot želi. To omogoča zasebno in posamezniku prilagojeno obravnavo. Srečanja potekajo kontinuirano enkrat tedensko, kar omogoča stabilen proces in resen napredek.

5. TRAJNI REZULTATI OKREVANJA – programi so namenjeni trajni odpravi težav.

(<http://www.introspekta.si/>, 26. 1. 2015)

DRUŠTVA IN SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

SPREMEMBA V SRCU je zavod za psihoterapijo in je zasebna ustanova, namenjena organiziranju in izvajanju psihoterapevtskih programov za zdravljenje nekemičnih zasvojenosti in kasnejših posledic travme. V njem delujeta priznana terapevtka Sanja Rozman, dr. med., spec., CSAT, CMAT, TAP, in Saša Krajnc Starček, koterapevtka.

Njihovi programi so:

- holistični: bio-, psiho-, socio- in spiritualno naravnani,
- dolgoročni: tri do petletni,
- visokopražni: pričakuje se abstinenca od zasvojenosti,
- kompleksni: sestavljeni iz številnih terapevtskih sredstev in metod,
- visoko strokovni: zaposleni se stalno izobražujejo v tujini,
- individualizirani: prilagojeni posameznikom,

Izvajajo kompleksni terapevtski program za zdravljenje nekemičnih zasvojenosti, eklektično sestavljen iz terapevtskih sredstev in postopkov, ki so bili razviti na osnovi različnih terapevtskih tehnik in sicer: socialno andragoške metode, transakcijske analize, vedenjsko kognitivne terapije, skupinsko analitične terapije, z elementi psihodrame in geštalt terapije in EMDR. Pri delu uporabljajo »metodo 30 nalog« (*30-task method*) dr. Patricka J. Carnesa in njegovo priporočeno literaturo, za kar so se njihovi terapevti izobrazili in si pridobili licenco s študijem pri avtorju metode v ZDA. Psihoterapija v zavodu zajema: svetovanje, individualno psihoterapijo (EMDR), partnersko psihoterapijo, skupinsko psihoterapijo, psihoterapevtski program in delavnice.

Kot imajo napisano na njihovih internetnih straneh, je čas za spremembo:

- če ste ugotovili, da ste zasvojeni s hrano, z odnosi ali »ljubeznijo«, s seksualnostjo, z igrami na srečo, s sanjarjenjem, z nakupovanjem, z duhovnostjo ali z delom, pa ste odločeni, da tako ne gre več,
- če ste soodvisni oziroma ste poročeni z nekom, ki je zasvojen,
- če trpite, ko vaši otroci odhajajo od doma, in ugotavljate, da ste zasvojeni z odnosi,
- če čutite, da je vaše življenje že predolgo v slepi ulici, tako da ste že pozabili, kdaj ste se nazadnje česa resnično razveselili,
- če čutite, da bi moral nekje biti nekdo, ki bi dal smisel vašemu življenju, pa ga nikakor ne morete najti,

- če ste se zamislili nad tem, da ste vse življenje v seksualnosti iskali le omamo,
- če je s prenehanjem zaposlitve ali z razvezo življenje za vas ostalo brez smisla,
- če delate z mladostniki v šoli ali v centru za socialno delo in niste zadovoljni s tem, kar jim lahko ponudite.

(<http://www.spremembavsrcu.si/index.php>, 22. 12. 2014)

Leta 2009 je bil zgoraj omenjeni zavod Sprememba v srcu še društvo, ki je enkrat mesečno ob določeni uri sprejemal klice tistih, ki so si želeli postati njihovi člani. Če so menili, da ste primerni za njihovo članstvo, so vas pozvali, da preberete knjigo Peklenska gugalnica, v njej poiščete kako napisati življenjepis in ga napišete, nato pa so vam določili datum razgovora pri gospe Sanji Rozman, na katerega je bilo treba prinesiti tudi življenjepis. Po daljšem in podrobnem razgovoru z gospo Rozman so vas obvestili o morebitnem sprejetju v društvo. Pogoji za vključitev v skupino je med drugim tudi popolna abstinenca kemičnega ali drugega sredstva za omamljanje, npr. ne le bruhanja, jemanja odvajal (stvar dogovora s terapevtom) ipd., ampak tudi pitja kakršnegakoli alkohola, kajenja cigaret ipd. Ob vključitvi v skupino je moral kandidat podpisati, da bo spoštoval Etični kodeks in sprejeta pravila Društva, v katerih med drugim piše tudi, da se spoštuje pravila diskretnosti, kar pomeni, da osebnih podatkov, za katere bo izvedel pri delu društva, ne bo izdajal ljudem zunaj društva in da bo morebitne konflikte v odnosih, ki lahko nastanejo med terapevtskim delom, reševal v okviru skupine.

Rozmanova v knjigi Peklenska gugalnica navaja, da je terapevtska skupina poglavitno orodje za zdravljenje zasvojenosti. Ob vstopu v skupino se vzpostavijo novi odnosi, najprej s terapevtom, nato pa tudi s člani skupine. Skupina je organizem z lastno dinamiko in ni le vsota posameznikov. Zdravljenec, ko vstopa v odnose z drugimi, vnaša svojo duševno energijo, v odnosih se izraža njegova posebnost, drugačnost, zato je možnost, da se izrazi tisto, kar je v njegovih odnosih z ljudmi bolezenskega. Člani skupine (tudi terapevt) ga opozorijo na napake, ki jih dela v odnosih, brez nevarnosti, da bi kritiko razumel kot napad. Skupina pri Sanji Rozman je bila mešana

(ženske in moški), polodprtega tipa, kar pomeni, da so z novimi zdravljenci zapolnili mesta, ki so se sprostila, kadar kdo odide. Teme, ki jih ne želijo izpostaviti v skupini, se obravnavajo individualno. Vsak novi član dobi na prvem sestanku mentorja, s katerim vzdržuje tesnejše stike, mu razloži pravila vedenja v skupini, ga seznani z vsebino terapevtskega programa, ga večkrat pokliče ipd. Mentor najboljše pomaga z lastnimi izkušnjami in zgledom, znati mora poslušati in biti za vzgled, nima pa pravice dajati terapevtskih nasvetov, kritizirati ali ocenjevati. Praviloma se javi sam ob uvodni predstavitvi novega člana, ker v njem začuti podobnost ali simpatičnost.

“Terapevtska skupina šteje okoli 25 ljudi in se sestaja dvakrat mesečno, sestanki trajajo tri ure z vmesnim odmorom. Sestanke vodi terapevt, ostali člani pa aktivno sodelujejo. Načrt sestanka: prisotnost, uvodni nagovor, glavna tema ..., kje sem jaz v odnosu na to stopnjo ..., biblioterapija ..., aktualne težave udeležencev ..., predstavitve, utrinki, razno ..., zaključna meditacija.” (Rozman, 1999: 291)

1.9.2 MOŽNOSTI ZA OZDRAVITEV

»Pri motnjah hranjenja moramo zdraviti telo in dušo, to pa je dolgotrajen proces, ki ne pozna bližnjic.« (Nataša Končnik-Goršič 2004).

Ozdravitev je redkokdaj jasno definirana in lahko vsakomur predstavlja nekaj drugega, pišeta Middleton in Smith (2012). Ob soočanju z motnjo hranjenja in odločanju za zdravljenje je treba vedeti, kaj je pravzaprav resnična »ozdravitev«. Tako se oseba lahko odloči, da je to nekaj, kar hoče doseči in tako bo vedla, kdaj bo to dosegla. Običajna definicija ozdravitve postavlja v središče »vrnitev na normalo«, kar pa naj bi mnogim z motnjo hranjenja vzbujalo misel, da se bodo morali vrniti v stanje, kakor so se počutili prej, ko so bili v stiski in nesrečni, toda zdaj »prikrajšani« za možnost, da bi nadzorovali svojo težo. Avtorici poudarjata tudi, da »vrnitev na normalno« namenja preveč pozornosti vidnim stranem, torej prehranjevanju in teži, kar pomeni, da bi ocenjevali stopnjo okrevanja prej po teh vidnih straneh kakor po

tem, kako se ljudje resnično počutijo. Resnična ozdravitev je veliko več kot le povečanje in ustalitev telesne teže ali celo samo opustitev prenajedanja ali čiščenja (čeprav je treba ta dva problema nujno obravnavati, preden je posameznik lahko deležen katerekoli druge pomoči ali zdravljenja, če so škodljive posledice resne). »Okrevanje je proces, ki je usmerjen na razloge, zaradi katerih uporabljate hrano kot pripomoček za premagovanje težav, in tudi na to, kako vidite sebe in svoje življenje. Okrevanje vam pomaga najti učinkovite taktike posebej za vas, med katerimi jih bo nekaj za ravnanje s hrano in prehranjevanjem ter nekaj, ki se bodo nanašale na vaše čustvene odzive na življenje in bodo vključevale vaš način razmišljanja in občutke. Resnična ozdravitev zahteva čas in podporo, ki ste jo deležni po »uradnem« zdravljenju, medtem ko se učite, kako živeti drugače.« (*Prav tam*: 60–61.)

“Sicer pa je najustreznejše zdravljenje tisto, ki ne odpravlja le simptomov motnje hranjenja (bruhanje, stradanje, prenajedanje, jemanje diuretikov/in ali odvajal in pretirana telesna dejavnost), temveč upošteva tudi vzroke nastanka motnje. To sta vedenjsko kognitivna psihoterapija (vplivanje na spremembo vedenjskih vzorcev in stališč preko spoznavnih procesov) in dinamska razvojna psihoterapija (vplivanje na spremembo vedenja preko razumevanja in upoštevanja preteklih izkušenj). Motivirana oseba, ki nima močno izražene simptomatike katere od motenj hranjenja, se lahko vključi v ambulantno individualno ali skupinsko psihoterapevtsko zdravljenje. To so lahko psihiatrične ambulante ali pa druge oblike pomoči (nevladne organizacije, kot sta pri nas na primer ženska svetovalnica in društvo Muza). Za osebo z bolj izraženo in dalj časa trajajočo klinično sliko ene od opisanih motenj hranjenja pa je priporočljivo najprej bolnišnično psihoterapevtsko zdravljenje, nato vključitev v zunaj bolnišnično psihoterapevtsko skupino in pozneje še nekajletno ambulantno spremljanje. Obravnava anoreksije nervoze je dolgotrajnejša od obravnave preostalih oblik motenj hranjenja. Vzrok temu pa ni v nizki telesni masi oseb z anoreksijo, temveč v zgodnejšem pričetku motnje. Anoreksija nervoza se večinoma klinično izrazi na prehodu iz otroštva v mladostniško obdobje, bulimija nervoza na prehodu iz mladostniškega v odraslo obdobje, kompulzivno prenajedanje pa v odraslem obdobju. Mladostnik z anoreksijo ne more izpeljati ključnih razvojnih nalog

mladostništva, med katere sodijo izgradnja lastne identitete (ustrezne samopodobe in samospoštovanja) ustrezen odnos do avtoritete, funkcionalen odnos z vrstniki, ustrezen odnos do dela in izgrajena/izdelana spolna identiteta. Osebe z drugimi oblikami motnje hranjenja, ki so se klinično izrazile pozneje, so del razvojnih nalog že izpeljale; posledično so razvojni zaostanki manjši in je obravnava motenj krajša in manj zapletena.” (Sernec 2012: 146–147.)

Za čim manj zapletov in posledic bi bilo treba bolezen odkriti v čim bolj zgodnji, prognostično najbolj ugodni fazi. Pa vendar je čas od nastopa bolezni do prve hospitalizacije precej dolg, v povprečju kar 6 let, piše Hafnerjeva, saj bolniki z motnjami hranjenja bolezen pogosto zanikajo oziroma zaradi nje dolgo ali sploh ne iščejo zdravniške pomoči. Pri osebah z bulimijo pa je na prvi videz težavo še posebej težko prepoznati, saj imajo večinoma normalno telesno težo. Pomembno je tudi prepoznavanje parcialne (subklinične) oblike ob popolnoma razvitih kliničnih oblikah, saj kar 50 odstotkov bolnikov s to boleznijo v treh letih razvije tipično klinično sliko bulimije nevroze ali anoreksije nevroze.

A. Hafner naprej piše, da je z začetkom zgodnje obravnave povezana možnost za ozdravitev: “Polovica pacientov z anoreksijo nervozo ali bulimijo nevrozo popolnoma ozdravi, 30 odstotkov deloma, pri 20 odstotkih pa ni nobenega posebnega izboljšanja simptomov. Uspeh terapije pa je močno odvisen od tega, kdaj s terapijo začnemo, saj z zgodnjim zdravljenjem lahko preprečimo prehod v kronično fazo.” (Hafner 2011:73) Tudi Pelčeva (v Middleton in Smith 2012) poudarja pomen zgodnjega preprečevanja in odkrivanja s celostnim strokovnim delovanjem na različnih ravneh, poleg pa je pomembna podpora pri ponovnem vključevanju v vsakdanje življenje ob zaključku zdravljenja.

Sernec (2012:145) poudarja: “Najpomembnejši predpogoj za uspešno zdravljenje je lastna motivacija (želja po spremembi in s tem po zdravljenju). Dokler se oseba sama ne odloči, da želi spremeniti svoje življenje, je nihče ne more k temu prisiliti. Kljub temu pa je potrebno izvajati redne ambulantne

pogovore in na ta način motivirati mladostnika ali odraslo osebo za nadaljnje intenzivnejše zdravljenje.”

Tuji viri (Mirror, Mirror; eating disorders) navajajo, da so statistični podatki o okrevanju pokazali, da uspešno zdravljenje bulimije nervoze vključuje medicinsko in psihološko zdravljenje, pomembno pa je tudi prehransko svetovanje ter izobraževanje. Zdravljenje mora biti tekoče, v celoti pa naj bi trajalo od tri do šest mesecev ali več. Statistični podatki naj bi pokazali, da kar 80 odstotkov oseb z bulimijo nervozo, ki se zdravijo za to boleznijo, doseže odpust v treh mesecih. Pogoste pa so tudi ponovitve. Leto kasneje jih več kot 25 odstotkov še naprej izpolnjuje diagnostične kriterije za bulimijo nervozo. Brez zdravljenja je bulimija nervoza lahko usodna, v več kot 20 odstotkov primerov je tako.

(<http://www.mirror-mirror.org/bulimia/statistics-on-bulimia.htm> 19. 2. 2015)

Mnogo bolnikov z motnjami hranjenja pa naj bi ostalo neprepoznanih, bolezen posledično prehaja v kronično obliko in je s tem vse bolj škodljiva.

Ozdravljenje pa ne pomeni le odsotnosti simptomov motnje hranjenja, temveč tudi zadovoljivo psihosocialno funkcioniranje, piše Ser nec (v Eivors in Nesbitt, 2007). »Ko začne okrevajoči normalno jesti, še ne pomeni, da je zunaj nevarnosti. Še vedno ga lahko preplavljata krivda in sram, ki ju težko prenaša. Pomembno je, da okrevajoči ve, da je pot do popolne ozdravitve dolga in da je cilj zdravljenja dvojen. Postopoma mora začeti uravnoteženo jesti in se spoprijateljiti s hrano. Sprevideti mora, da hrana ni njegova sovražnica in da mora sprejeti in razrešiti občutja, ki so ga potisnila v motnjo hranjenja.« (Končnik-Goršič 2004: 97).

Pelc J. (prav tam) še piše, da je eden pomembnih ciljev zdravljenja doseči občutek identitete, zavedanje posameznika, kdo je, kaj želi. Postopoma naj bi zmožni vzeti v oči drugih tudi pozitivni del sebe, ga posvojiti in vgraditi v mozaik svoje osebnosti, ki je enkratna, verjetno drugačna, kot jo pričakujejo starši, prijatelji, družba.

Ser nec (2012a) piše, da približno 50 odstotkov oseb z bulimijo nervozo doseže popolno ozdravitev, pri večini ostalih pa se občasno pojavljajo

simptomatska obdobja, doživljajska motnja pa se pojavlja le pri majhnem odstotku obolelih. Pri 33 odstotkih ozdravljenih oseb se motnja ponovi. Kazalci za to slabšo prognozo so daljše trajanje motnje, neuspešni poskusi zdravljenja v pretekli anamnezi, sočasna zloraba ali odvisnost od psihoaktivnih snovi in osebnostne motnje. Izid zdravljenja oseb z bulimijo nervozo je mnogo boljši kot pri tistih z anoreksijo nervozo, njena obravnava je krajša, možnost ponovitve pa manjša. Podobno statistko omenjata Steinhausen in Weber: »Raziskave pri bulimiji kažejo, da okoli 45 odstotkov obolelih popolnoma okreva, 27 odstotkom se stanje precej izboljša 23 odstotkov pa jih še naprej trpi za kronično bulimijo (Steinhausen in Weber, 2009: <http://www.b-eat.co.uk/about-beat/media-centre/facts-and-figures/>, 19. 2. 2015)

Spet tuje raziskave (Anred Statistics: How many people have eating disorders) naj bi kazale, da je umrlo 20 odstotkov ljudi, ki so imeli težjo obliko motnje hranjenja in se niso zdravili. Od tistih, ki pa so se zdravili, je takšnih le dva do tri odstotke. Po zdravljenju pa je približno šestdeset odstotkov takšnih, ki se jim motnja hranjenja ni ponovila. Ohranjajo zdravo telesno težo. Jedo raznoliko prehrano (normalno hrano) in ne izbirajo izključno nizkokalorične oz. nemastne hrane. Sodelujejo v prijateljstvih in intimnih odnosih. Ustvarjajo si družino in kariero. Mnogi pravijo, da čutijo, da so postali močnejši in na splošno bolj občutljivi za življenje, kot če bi bili brez motnje. Kljub zdravljenju pa je približno dvajset odstotkov takšnih, ki le delno okrevajo od motnje hranjenja. Še vedno so namreč preveč osredotočeni na hrano in težo. Le delno sodelujejo v prijateljstvih in intimnih odnosih. Lahko ohranijo svoja delovna mesta, vendar le redko ustvarijo kariero. Večino plače porabijo za dietne knjige, odvajala, razne vadbe in za hrano za prenažanje. Preostalih dvajset odstotkov jih ne okreva niti z zdravljenjem. Ti se večkrat vračajo v zdravstveno kliniko za motnje hranjenja, v programe za motnje hranjenja in kliniko za duševno zdravje. Svoje tiho obupno življenje vrtijo okoli hrane in skrbi glede telesne teže, spiralno navzdol padajo v depresijo, osamljenost, občutke nemoči in brezupa. Ob teh podatkih je dobro upoštevati, da je študija motnje hranjenja relativno novo področje, kjer ni dobrih informacij o dolgoročnem procesu okrevanja. Ve pa se, da okrevanje običajno traja dolgo

časa, morda v povprečju tri do pet let. Napredek je počasen, vključuje začetek, prenehanja, korake nazaj, na koncu pa gre v smeri duševnega in telesnega zdravlja.

(<http://www.anred.com/stats.html> , 19. 2. 2015)

Ksenija Jovanovič (2010: 107–110) pa nasprotno vsem piše, zakaj tovrstne odvisnosti ni mogoče popolnoma pozdraviti. Meni, da je zasvojenec s hrano oseba, ozdravljena bulimije, ne more pa reči, da je zdrav, saj bo kot tak vse življenje nagnjen k svoji odvisnosti tako kot alkoholik k alkoholu, s tem da se brez alkohola da preživeti, brez hrane pa ne gre. Nadalje piše: "Nekateri terapevti radi prepričljivo in s tem neodgovorno trdijo, da se tovrstno odvisnost da pozdraviti, če pacient sodeluje. Pacient pa, ker je zbehan, obupan, zmeden in ker hrepeni po kakršnikoli spodbudni besedi, temu seveda slepo verjame. Celo razveseli se. V kaj točno verjame? Da sodeluje. V resnici sodeluje delno. Samo v fazi zavedanja. Ko pa čez nekaj let ugotovi, da se njegovo psihično stanje ne izboljšuje, postane razočaran in togoten. Čuti se ogoljufanega, izdanega, prevaranega s strani terapevta in še bolj izgubljenega s strani sebe. Če terapevti trdijo, da se bulimične osebe zatekajo k bulimiji nervozi zato, ker si zastavljajo previsoke cilje, ki jih ne morejo doseči, kaj potem počnejo sami, ko trdijo, da se človek lahko popolnoma ozdravi? Zavedati se morajo, da so do neke mere odgovorni za bolnika in za njegove posledice. Takšen človek je pretirano občutljiv in se oprime vsake zdravnikove besede. Vsako besedo registrira močneje kot zdrav človek. Naredi jo pomembnejšo, kot v resnici je, ne pozabi je, ponavlja si jo vsak dan in ravno zaradi tega bi terapevti morali vedeti, kaj govoriti in na kakšen način kaj povedati. Človek, ki trpi ali je trpel za bulimijo nervozo, nikoli ne bo čisto zdrav. Dolgotrajna bolezen ga, hoče ali noče, zaznamuje za vse življenje. Pušča brazgotine." Meni, da se bo tak človek občasno srečeval z bulimijo nervozo, a ji ne bo podlegel v tej meri, da bi ponovno dosegel hudo bolezensko stanje pred zdravljenjem ali med neuspešnim zdravljenjem, nikoli pa bolezni ne bo popolnoma odrešen. Ostale mu bodo tudi nekatere manjše, a ne več tako pogubne navade kot npr. redno tehtanje, a kakšen kilogram več ga še ne bo vznemiril, občasno prenajedanje, a ne tako kruto kot včasih, zato ne bo vplivalo nanj in ne bo imel občutka krivde, ne bo mislil, da nima kontrole

nad sabo, stalno posvečanje pozornosti zunanjemu izgledu, perfekcionizem, ogledovanje v ogledalu, fantaziranje, ostalo bo tudi nekoliko mazohizma, neizbiranje hrane, ki je visoko kalorična, stik s hrano ga bo namreč vselej spomnil na bolezen.

1.9.3 TERMINI IN ZAPISOVANJE

Pri vsaki obravnavi posameznika so potrebni zapisi strokovnjakov o uporabniku, delovnih nalogah, vseh vključenih v delo, »napredku«, mislih za pregled, primerih dobre prakse, učenju, samorefleksiji in ne nazadnje motivacijskem »miselnem vzorcu« vključenega in delujočega na sebi, za sebe.

Čačinovič Vogrinčič (idr 2008) piše, da je pravi delovni odnos tisti med uporabnikom in strokovnjakom ali udeleženci v problemu in iskanju rešitev, komunikacija pa je v tem procesu temeljnega pomena in ima ključne učinke. Kar nekdo reče, lahko zaboli, razveseli, rani, zdravi ... Zapis je na voljo na papirju, ki se ga lahko vzame v roke. Je dejstvo. Je razsežnost strokovnega dela, v katerem ne more biti sprenevedanja »nisem tako mislil/a«, »hotel/a se reči ...«.

Milko Poštrak in Mojca Urek (v Čačinovič idr 2008:4) zapišeta: »Zapisi naj bi v vseh fazah nastajanja in ravnanja z njimi odsevali doktrinarna načela. Zapiski niso nikoli le mrtve besede na papirju, temveč so obenem že dejanja. Posegajo v resničnost in jo spreminjajo. Imajo realno moč kot dokazila, strokovna mnenja, uradna poročila, hkrati pa pomembno vplivajo na samodojemanje uporabnikov. Pripovedne in s tem tudi zapisovalne prakse v socialnem delu dajo vrsto priložnosti za dialog, soustvarjanje, izboljšano samopredstavitev, krepitev moči in za večji nadzor ljudi nad lastnim življenjem. Prav tako pa lahko izrazijo neenakomerno razporeditev moči med strokovnjaki in uporabniki. Človeka naj bi njegova zgodba krepila in ne še dodatno slabila njegovo moč in nadzor nad življenjem.« Zapis, ki ga lahko malone posplošimo na vsako delo z (obravnavo) ljudmi. Vzporedno se lahko dotakneta Petre Videmšek (2013: 89), ki piše o vprašanju moči, ki obsega

različne interese in ravni analize: kdo ima moč, kdo koga nadzoruje, kdo kaj prejema, kdo kaj opredeli, kdo o čem odloča. Avtorica navaja tudi Sreča Dragoša (2008), ki meni, da imamo z močjo opraviti povsod, kjer obstaja verjetnost, da bodo delovali tako, kot se zahteva od njih.

Na mestu avtorici Kvaternik in Grebenc (2008) omenjata Harrisa (1991) v Thompsonu (2001) in **strokovne žargone**, ki jih razvijajo strokovnjaki. Ti so »branik« statusa stroke, dokazujejo njihovo pripadnost, onemogočajo drugim strokovnjakom, da bi vstopili v njihovo »področje« in v zaščito stroke ne dovoljuje rabe svoje terminologije v drugih okoljih. Ta »prepoved« jezika pa ne velja za uporabnike storitev, za laike. »Uporabniki storitev imajo skozi to vlogo dostop do vseh jezikov in torej do vseh vednosti.« (Prav tam: 139.)

Tako označiti in stigmatizirati uporabnika/pacienta/klienta z zapisom in »izbranim terminom« je vse prej kot strokovno.

»Besedilni tipi strokovnega jezika se med seboj razlikujejo, za vse pa je značilna uporaba terminov, ki poimenujejo strokovno predmetnost.« (Mojca Žagar Karer, (2011:155).

TERMIN KRONIČNO ima medicinski pomen, »kronična bulimija« ne obstaja.

- **króničen** -čna -o prid. (ó) ki se počasi razvija in dolgo traja, se ponavlja: kronične črevesne motnje; kronična bolezenska nagnjenja / kronični katar želodca; kronično vnetje / kronični alkoholik, bolnik; pren., ekspr. polastila se ga je kronična utrujenost **krónično** prisl.: te snovi kronično primanjkuje; kronično bolan
- **obolénje** -a s (é) pojav, nastop bolezni: obolenje je nastopilo zaradi telesne in duševne izčrpanosti; zaradi obolenja ni mogel na potovanje; iskati vzroke obolenja / kronično, množično obolenje; širjenje srčnih obolenj; starostna obolenja; obolenje dihal, prebavnih organov ♦ med. alergično, avitaminozno, degenerativno obolenje; glivično obolenje obolenje kože ali notranjih organov, ki ga povzročijo glivice; gripozno obolenje; kožno, rakasto obolenje // bolezen: podleči obolenju; hudo, nevarno, smrtno obolenje; poklicno obolenje (SSKJ <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>, 6. 12. 2014)

Pelc (*prav tam*) opozarja, da motnje niso le medicinski problem, temveč tudi družbeni, družba pa smo mi vsi, zato je pomembno, da se sproti odločamo za tiste izbire, ki bodo podprle spremembe tudi na področju vrednot, ki jih živimo. Hkrati pa naj imamo v ospredju zavedanje, da oseba, ki ima motnjo hranjenja, ni motnja hranjenja sama! Poziva k pomoči mladim brez stigmatiziranja (anoreksiki, bulimiki ...) ... oni namreč niso svoja motnja. Da bi se osvobodili spon motnje, »...morajo opustiti poistovetenje z motnjo ter dopustiti drugačen, to je razvojni proces poistovetenja, kjer bodo iskali odgovor na to, kdo so, kaj želijo, kaj jim je všeč, kaj jih radosti, kaj jih bogati, kaj jih razočara, kaj jih jezi, na kakšen način lahko to izrazijo, kako se lahko potolažijo in pomirijo. Manj, ko se bodo identificirali z motnjo, več bo prostora, da bodo spoznavali sebe in morebitne občutke boleče praznine.« (2012: 12).

1.9.4 UPORABA TEORETSKEGA ZNANJA V PRAKSI; RAZLIČNI PRISTOPI IN METODE DELA

Razlika med dobro in slabo prakso bi bila lahko v **uporabi teoretskega znanja v praksi** (teza iz katere izhaja Nina Mešl (2008), in sicer za stroko socialnega dela). Povzema avtorja Argyris in Schön (1974), ki zagovarjata tezo, da obstaja globoka vrzel med uporabnim znanjem (*applicable knowledge*) in znanjem za ravnanje (*actionable knowledge*). Po njunem uporabno zanje pove, kaj je relevantno, znanje za ravnanje pa pove, kako se lahko to znanje implementira v svet vsakodnevne prakse. Prav Schön (1987, 1991) je pri delu izhajal iz predpostavke, da kompetentni praktiki po navadi vedo več, kot to lahko povejo.

»Teorije strokovne prakse lahko najboljše razumemo kot posebne primere teorij ravnanja, ki določajo vsa premišljena vedenja.« (Mešl, 2008: 52).

Mešl (2008:49–59) piše o teorijah strokovne prakse, ki jih lahko najboljše razumemo kot posebne primere **teorij ravnanja**, ki določajo vsa premišljena vedenja in je za izvajalca teorija kontrole (njegova teorija ravnanja je zanj normativa, je tudi pojasnjujoča in napovedujoča, ko mu jo pripišemo). S **teorijo prakse** pa opišemo zaporedje ravnanj, ki jih izvaja oseba, da bi »služila« drugim, ki jih poimenuje kot kliente (uporabnike, sodelavce,

sogovornike). Sestavljena je iz niza medsebojno povezanih teorij ravnanja, ki specificirajo ravnanja za praktične situacije, ki bodo (če so predpostavke relevantne) prinesli hotene posledice. Kako se nekdo vede v določenih situacijah (njegova privzeta teorija), je teorija ravnanja, ki ji je posameznik predan in o kateri komunicira z drugimi, avtorica pa omenja še teorijo v uporabi (po Argyris in Schön 1974), ki dejansko vodi ravnanja posameznika, ki pa je lahko skladna ali neskladna z njegovo privzeto teorijo. Teorija v uporabi izhaja iz vedenja, »tihega« znanja in zmožnosti konstruiranja domiselnih eksperimentov, ki kažejo na to, kaj bi strokovnjak naredil pod raznolikimi okoliščinami. Te teorije v uporabi pa ne moremo prepoznati tako, da povprašamo po njej. Lahko jo konstruiramo le z opazovanjem njegovega vedenja.

Človek je zapleteno bitje v vseh funkcijah, tako tudi z njim povezane stiske, doživete travme, bolezni, motnje ... En sam strokovnjak težko zbere vso znanje za celostno obravnavo, a če že, mora biti odprt za nova znanja in teorije. Tako tudi Mešl omenja stališče avtorjev Argyris in Schön o učenju novih teorij ravnanja in teorij v uporabi, ki pravita, da težave, ki jih imajo ljudje z učenjem novih teorij ravnanja, ne izvirajo toliko iz zahtevnosti novih teorij kot iz že obstoječih teorij, ki jih uporabljajo in ki že določajo prakso. Drug problem učenja pa je, kako lahko spremenimo obstoječo teorijo v uporabi ali se naučimo nove, če ne moremo izraziti, kar naj bi spremenili ali izrazili. Zgodovinsko ukvarjanje s to temo avtorica opisuje tri možnosti (prav tam:55).

- *Vemo le tisto, kar lahko izrazimo:* S tem pogledom se izgubi razlikovanje med privzetimi teorijami in teorijami v uporabi; je v nasprotju s splošnimi ugotovitvami, da je vedenje ljudi pogosto nekompatibilno s teorijami ravnanja, ki so jih prevzeli.
- *Vemo le tisto, kar manifestiramo skozi vedenje:* teorije v uporabi so le konstrukti za pojasnitev vzorcev vedenja; ta pogled ne omogoči, da bi pojasnili situacije, v katerih se ljudem ne posreči vesti po njihovih teorijah v uporabi, a vseeno pravijo, da jih imajo.
- *Vemo več, kot lahko povemo, in več kot naše vedenje dosledno kaže:* To je implicitno ali tiho znanje – znanje, kjer se demonstrira veščino, za

katero se ne da izraziti eksplicitnega programa, ali ko se izkusi intimnost odkritja, ki se ga ne da ubesediti.

“Teorije v uporabi obstajajo tudi, ko jih ne moremo izraziti in tudi, ko smo ovirani, da bi se vedli po njih. Ko jih formuliramo, naredimo eksplicitno znanje v razmerju do našega “tihega” znanja. Ko se naučimo, kako postaviti privzeto teorijo ravnanja v uporabo, gre za nasproten proces. Namesto da bi sklepali o eksplicitni teoriji iz implicitnega znanja, ki ga kaže naše vedenje, naredimo eksplicitno teorijo **IMPLICITNO**, torej jo ponotranjimo.” (Meši 2008:55–56)

Prednost eksplicitnega izražanja teorije v uporabi, ki jo že obvladamo: če neizražene teorije v uporabi omogočijo akterju učinkovito delovanje, morda od tega ni nobene koristi, razen priložnosti, da eksplicitno izraženo teorijo v uporabi lažje prenese na druge situacije in ljudi. Če pa akter deluje neučinkovito in ne ve zakaj, ali se drugi zavejo njegove neučinkovitosti, on sam pa ne, pogovor o tem omogoči ekspliciranje njegove teorije v uporabi. »Akterjevi napor, da bi zaščitil svojo »tiho« teorijo v uporabi, mu lahko preprečijo učenje, da bi se drugače vedel.« (Prav tam:57.)

Za okrevanje od motenj hranjenja se oseba lahko obrne na več institucij, ki nudijo tovrstno pomoč. V teh institucijah pa delujejo **različni profili strokovnjakov**, kjer razen pri bolnišničnem zdravljenju, kjer dela cel interdisciplinarni tim, delujejo samostojno (npr. Ženska svetovalnica, Intropsekta, Muza ...). Zastavlja se vprašanje, kako je s tem povezano okrevanje osebe, ki je v stiski. Morda z različnimi pristopi in metodami dela, zastavljanjem ciljev ter pojmom, kaj ozdravitev sploh pomeni.

»Poleg že obstoječih ved ali disciplin, kot so npr. pedagogika, psihologija, psihoterapija, psihiatrija, andragogika, socialno delo itd. nastajajo na njihovih presečiščih vsak dan nove interdisciplinarne povezave ali pa poskusi aplikacije teh disciplin na nova področja. Univerze tako proizvajajo vedno večje število vedno ožje usmerjenih ekspertov, ki so si do absurdnosti razdelili nedeljivo področje človekovega bivanja. Vse te discipline imajo za izhodišče materialno polje »človek«, njihov predmetni vidik pa se razlikuje. Tako se npr. psihologija ukvarja s preučevanjem človekovega vedenja in doživljanja,

psihoterapija in psihiatrija pa se ukvarjata z zdravljenjem oziroma odpravljanjem različnih, dokaj arbitrarno razmejenih psihopatoloških pojavov. Delitev v tem primeru ne izhaja toliko iz same narave problema kot iz zgodovinsko določene in krčevito branjene delitve interesnih sfer. Uporabnik pa je soočen z vedno večjo fragmentacijo storitev in pomanjkanjem transparentnosti, kar predstavlja garancijo totalnega nerazumevanja in neodzivnosti na potrebe uporabnika, s tem pa tudi popolne nezmožnosti nudenja učinkovite pomoči.«

»Učinkovito odzivanje na stisko človeka je otežkočeno s tem, ker ima vsaka disciplina svojo teoretsko integracijsko raven, ki povezuje ustrezne predmetne vidike in omogoča postavitev opisnih in pojasnjevalnih konstruktov. Vsaka teoretsko integracijska raven poleg tega temelji na sebi lastnih predpostavkah in zasleduje svoje cilje z uporabo predpisanih metod. Vse to je za stroko nedvomno dobro, uporabnik pa, ki se znajde v precepu različnih strok, lahko samo nemočno ugotavlja, da so cilji in metode enega eksperta včasih ravno obratni od metod in ciljev, ki jih zagovarja drugi...« piše Tanja Lamovec (v Žorž 1997:7).

Naprej avtorica govori o pomembnosti skupne točke te nove paradigme, kjer je v ospredju sprejemanje človeka v vsej njegovi celovitosti in individualnosti. V ospredju je torej človek in ne ta ali ona stroka. Človekove pravice in potrebe so tiste, ki določajo način dela, pri čemer je posamezniku omogočeno polno prevzemanje odgovornosti za njegovo življenje.

Avtorica poudarja, da nobena količina znanja oziroma informacij ne more nadomestiti razumevanja, ki je rezultat preverjanja teh informacij skozi lastno izkušnjo, ki je vedno tudi osebna, saj srečanje pusti spremembe na obeh udeležencih. Nova paradigma naj bi odpravila vsako stigmatizacijo, ki je povezana s klasičnim diagnostičnim pristopom. Strokovnjaki naj bi se izogibali diagnoz, »ki predstavljajo le mistifikacijo in florifikacijo stroke, diagnosticirani osebi pa vtisnejo doživljenjski pečat, ki se navadno izkaže kot največja ovira za produktivno življenje, ovira, ki je bolj usodna od stiske, ki je otroka ali odraslega pripeljala do strokovnjaka.« (*Prav tam*: 8.)

O tem govori tudi eden izmed konceptov delovnega odnosa, *etika udeležnosti* (Čačinovič idr 2008), da se nadomesti objektivnega opazovalca, učitelja, s sodelovanjem, v katerem nihče nima končne besede, temveč pogovor, ki se nadaljuje. Avtorica povzema Lynn Hoffman, ki jasno opozarja, da strokovnjak odstopi od moči, ki mu ne pripada- od moči, da posreduje resnice in rešitve. In še pomemben prispevek D. Saleebeya, ki ga avtorica omenja, je koncept *perspektive moči*. Ta usmeri, da se v prispevku uporabnika, strokovnjaka iz izkušenj, spoštljivo išče njegovo moč, njegove vire. Iz perspektive moči se sprašuje po zaželenih razpletih, dobrih izidih, sanjah in upanju; sprašuje se po virih, opori v družini, prijateljski skupini, po dobrih izkušnjah iz preteklosti itn. Saleeby zagovarja formulo iz tega koncepta (avtorica je nadomestila besedo učenec s klientom): »Mobiliziraj moč klientov (talente, znanja, sposobnosti, vire) s ciljem, da podpreš njihova prizadevanja, da dosežejo svoje cilje in vizije, in klienti bodo imeli boljšo kakovost življenja, tako, ki bo v skladu z njihovimi koncepti kakovosti. Čeprav je recept preprost, mu sledi trdo delo.« (*Prav tam*: 33.)

2. PROBLEM

V nadaljevanju pisanja diplomske naloge se bova zaradi lažje dostopnosti do informacij in sodelujočih v raziskavi omejili zgolj na dekleta, ki so se ali se še soočajo z bulimijo nervozo.

Dekleta, s katerimi sva se družili kot prostovoljki, praktikantki ali samostojno npr. iz KOMZ-a, z oddelka za motnje hranjenja, v Ženski svetovalnici, iz AO, iz Al-anona, iz Muze, iz terapevtske skupine pri psihiatrinji Anji Reljič Prinčič, iz skupin Sprememba v srcu, iz psihoterapevtske skupine socialnega delavca in psihoterapevta Lana Pečjaka, s klientkami kliničnega psihologa Bernarda Rojnika in drugih, morda manj znanih terapevtskih skupin, terapevtov, so zaznala razliko med dekleti, ki skozi terapijo hitro okrevajo, tistimi, ki potrebujejo za to dalj časa, in tistimi, ki jim to po dolgotrajni terapiji še ni uspelo. Po njihovih navedbah so same zaznale tako razliko med omenjenimi načini okrevanja kot tudi različnimi pristopi terapevtov do teh deklet zaradi različnega načina okrevanja.

Problem je, da dekleta čutijo potrebo po diferencirani obravnavi, ki pa je strokovnjaki po mnenju deklet ne nudijo.

Odločili sva se, da to področje malo bolje raziščeva, kajti ob vseh pogovorih in srečanjih s terapevti sva ugotovili, da dekleta sama, kot nekateri terapevti omenjajo tri različne termine, in sicer bulimijo, »kronično bulimijo« in povratnice, ločujejo zdravljenje bulimije nervoze na »običajno« in dolgotrajno. V povezavi s tem naj bi bil po navedbah deklet lahko izvajen tudi različen, ustrežnejši in prilagojen pristop zdravljenja.

3. METODOLOGIJA

3.1. Vrsta raziskave, model raziskave in spremenljivke

Izvedli sva dve študiji primera in intervjuje s strokovnjaki.

Raziskava je kvalitativna in deskriptivna.

Kvalitativna je, ker je osnovno gradivo sestavljeno iz podatkov, ki sva jih pridobili z nestandardiziranimi individualnimi intervjuji z dvema uporabnicama in devetimi strokovnjaki.

Deskriptivna pa je zato, ker sva raziskovali določena problema in ga nato opisali.

Spremenljivke, ki so naju zanimali, so:

Študiji primera

- sprožilni faktor ,
- dejavniki tveganja za nastanek motenj (družina),
- posledice bulimije,
- pridružene motnje,
- strategija preživetja,
- edukacija,
- zavedanje, spoznanje,
- začaran krog zasvojenosti,
- druge zasvojenosti,
- zdravljenje (pričakovano, neustrezno, iskanje načinov za okrevanje, napredek pri okrevanju, varno okolje za okrevanje).

Strokovnjaki

- poznavanje termina "kronična" bulimija/ povratnik,
- poimenovanje dolgotrajnega okrevanja,
- časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje,
- raznolikost pristopa/obravnave,
- mnenje o uporabi termina "kronična" bulimija v delovnem jeziku,

- tipizacija/stopnja motnje,
- klasifikacija bulimije nervoze,
- kriteriji za stopnjo motnje hranjenja,
- okrevanje.

3.2. Merski instrumenti in viri podatkov

Študiji primera sva izvedli s pomočjo več srečanj, razgovorov in intervjujev. Intervjuje s strokovnjaki sva izvedli osebno, telefonsko ali prek elektronske pošte.

3.3. Udeleženci raziskave

Prvi del raziskave, torej pri dveh študijah primera, predstavljata udeleženci raziskave dve odrasli dekleti. Ena, ki je že okrevala od bulimije nervoze, in druga, ki se s to vrsto motnje po dolgotrajnem zdravljenju še vedno spopada.

V drugem delu raziskave predstavlja udeležence raziskave devet strokovnjakinj s področja motenj hranjenja. Te so bile na seznamu v zgibanki Društva Ženska svetovalnica z naslovom "Motnje hranjenja, kam po pomoč in informacije" (vseh navedenih organizacij je bilo 62) in so bile pripravljene sodelovati pri raziskovanju.

3.4. Zbiranje podatkov

Intervjuja z dekletoma sva izvedli v živo. Med pogovorom sva si zapisovali oporne točke, kajti snemanja nista dovolili. Takoj po izvedenem intervjuju sva ga v celoti dopolnili in zapisali. Podatke in intervju sva lahko pri njima tudi preverili in po potrebi dopolnili.

S strokovnjaki pa sva opravili intervjuje prek elektronske pošte, enega prek telefonskega pogovora, enega pa osebno na delovnem mestu. Intervjuja s strokovnjaki sta potekala v dveh sklopih (drugi sklop sva dodali po nasvetu

mentorjev). Pri drugem sklopu je od devetih strokovnjakov v intervjuju sodelovalo le še 6 strokovnjakov, torej je bil osip 33, 34 odstoten.

3.5. Obdelava in analiza podatkov

Intervjuje sva obdelali s pomočjo kvalitativne analize, in sicer:

Študiji primera

- najprej sva gradivo prepisali iz ročnega zapisa v računalniški zapis;
- podatke, ki so se nama zdeli pomembni za najino raziskavo, sva podčrtali, kategorizirali in razvrščali tako, da sva jim pripisali nek višji pojem, potem pa nadpomen;

PRIMER:

Maja (citati sledijo toku intervjuja)

Relevantni citat	Višji pomen	Nadpomen
Dokler ne najdeš pomoči, to lahko furaš cel lajf.	Spoznala je.	Uvid.
Točno spoznanje, da gre v mojem primeru za motnjo hranjenja, pa sem se zavedala, ko sem se pogovarjala z nekom iz foruma.	Zavedanje.	Zavedanje/spoznanje.
Dokler sem bila sama v tem, mi ni nič pomagalo.	Spoznanje, da potrebuje pomoč.	Zavedanje/spoznanje.
Govora je bilo o čustvih. Kmalu sem ugotovila, da ko bruhaš, izbruhaš čustva.	Uvid, prepoznavanje čustev. Potek zdravljenja.	Uvid.
Sam sebe moraš prepričati in ugotoviti, kaj boš.	Spoznanje.	Zavedanje/spoznanje.
S to hrano je prava bolniška. In sama hrana sploh ni problem. Gre za samokontrolo – urnik hrane, zapor z obroki, vse "rešiš" z bruhanjem.	Zavedanje. da ni težava v hrani.	Zavedanje/spoznanje.

Na koncu ne gre niti več za čustva, postane navada. Ko se naješ, ko se prenaješ, je čisto OK, da greš bruhat.	Postane navada.	Zavedanje/spoznanje
Tam ne govoriš, nimaš gsm-a, cele dneve le meditiraš in se posvečaš sebi, svojim občutkom. Si sam s sabo, kar jaz do takrat nisem mogla biti.	Pristop zdravljenja Njej ustrezen način zdravljenja Vrnitev k sebi	Zavedanje/spoznanje
Sem se vprašala "A tako bi ti živela še nadaljnjih 60let? Če ne, je treba nekaj spremeniti." Te meditacije sem se potem udeležila še trikrat. V Sloveniji in Italiji (Vipasana)	Vprašanje o prihodnosti. Prepoznanje, kaj ji ustreza. Njej ustrezen način zdravljenja.	Uvid.
Z mano ni nič narobe. Naučila sem se sprejemati, izražati. Sem ok.	Uvid/prihodnost. Izražanje čustev.	Uvid.

Tabela 1 Maja: izpis relevantnih citatov; pripis višjega pomena in nato nadpomena

TINA

Relevantni citat	Višji pomen	Nadpomen
Mislila sem, da če ne bruham, se ne drstim in ne stradam, da sem na pravi pot. Niti pomislila nisem, da če jem zgolj nekaj živil, tudi spada pod motnje hranjenja.	Posledica edukacije. Prepoznavanje.	Uvid.
Če pogledam nazaj, sem naredila veliko, priznala sem si glede spolne zlorabe, jo upam predelala, spoznala vse, kar se je slabega dogajalo doma, naredila vsaj SŠ in se redno zaposlila.	Lastna evalvacija. Napredek.	Zavedanje/spoznanje.
Zavedanje, da nisem edina, ki ima bulimijo, da se jo da omiliti oz. premagati ...	Kaj ji je pomoč dala. Zavedanje.	Spoznavanje/zavedanje.

Tabela 2 Tina: izpis relevantnih citatov; pripis višjega pomena in nato nadpomena

- v naslednjem koraku sva besedila, ki so imela pripisan isti pojem, morali zbrati in ločiti od besedil, ki spadajo pod drug pojem; tako sva organizirali svoje podatke:

Primer :

*Skozi okrevanje sta obe prišli do določenega **uvida**. Maja je ugotovila, da dokler posameznik ne najde pomoči, lahko celo življenje nadaljuje s prepričanjem, da je hrana zgolj navidezna kontrola, nadzor nad samo. Pri sebi je kmalu spoznala, da ko bruha, izbruha čustva. Zastavila si je vprašanje: "A tako bi ti živela še nadaljnjih 60 let? Če ne, je treba nekaj spremeniti." Spoznala je, da z njo ni nič narobe. Tina pa je spoznala, da je simptom bulimije tudi to, da je zgolj nekaj živil.*

*Skozi proces okrevanja sta obe prišli do **spoznanja**, da se morata umakniti iz družine, če želita okrevati. Maja predvsem zato, ker družini ni bilo pomembno, kaj čuti. Spoznala je tudi, da ji, dokler je sama z boleznijo, nič ne pomaga. Zavedala se je, da je s to hrano prava "bolniška", da hrana sama po sebi sploh ni problem, da gre za samokontrolo, urnik hrane, "zapor z obroki", vse pa naj bi rešila z bruhanjem. Spoznala je tudi, da je bulimija kot kajenje, ki ga ne moreš opustiti, na koncu ne gre niti več za čustva, postane navada, ko se naješ, ko se prenaješ, je čisto normalno, da greš bruhat. Na okrevanju je ugotovila, da tudi tam nisi čisto na varnem, da moraš sam sebe prepričati in ugotoviti, kaj boš ...*

.... Tina pa je s pogledom v času okrevanja spoznala, da je naredila veliko – priznala si je glede spolne zlorabe, upa, da jo je predelala. Spoznala je vse, kar se je slabega dogajalo doma, naredila je vsaj srednjo šolo in se redno zaposlila. Ugotovila je, da se je šele takrat začela zavedati sebe in iskati, kdo je, kaj je, kam spada, da ima pravico živeti in da se ni dobro primerjati z drugimi. Dobila je tudi neko moč, voljo, da se navkljub vsemu začne boriti zase, ker se nihče drug ne bo namesto nje. Skozi okrevanje se je bolj spoznala in naredila neke korake, ki jih drugače ne bi ...

- izbrali in definirali sva relevantne pojme in kategorije,
- pojme sva razporedili v vzročno posledično zaporedje,
- oblikovali sva končne, teoretične formulacije, ki so razvidne v rezultatih .

Intervju s strokovnjaki

- intervjuja, izpeljana z osebnim in telefonskim pogovorom, sva najprej zapisali in ročni zapis spremenili v računalniškega;
- ostale intervjuje sva zbrali;
- podatke iz odgovorov na vprašanja sva uredili in razporedili pod določene višje pojme;

Primer:

Poznavanje termina »kronična« bulimija/»povrtanice«:

Alja Fabjan, intergrativna psihoterapevtka in doktorandka zakonske in družinske terapije : *»Da, poznam oba termina. Da, sprejemem tudi kliente "povratnike".*

Tanja Breznik, diplomirana del. terapevtka, diplomirana psihoterapevtka: *»Ne kot uradni termin. Jaz uporabljam kot delovni termin. Kronična bulimija za tiste, kjer je stanje kronificirano. Povratniki pa osebe, ki so uredili motnjo in je zaradi spleta okoliščin ponovno izbruhnila.«*

- izbrali in definirali sva relevantne pojme in kategorije,
- pojme sva razporedili v vzročno posledično zaporedje,
- oblikovali sva končne, teoretične formulacije, ki so razvidne v rezultatih .

4. REZULTATI

4.1 ANALIZA PRIMERJAV: ŠTUDIJI PRIMERA

Pri Maji naveden **sporožilni faktor**: konec razmerja s fantom.

Pri Tini naveden **sporožilni faktor**: spolna zloraba s strani znanca, izkušnja polbrata, ki ga je videla, kako po kosilu bruha in osamosvojitev pri osemnajstih, ko je zaživela s fantom.

Pri Maji navedeni **družinski dejavniki tveganja**: konec razmerja s tedanjim fantom, slaba komunikacija v družini, problema ni bila sposobna zaupati mami, celo več, prikrivala ga je. Ker je bilo doma vedno polno hrane, saj je predstavljala vir ljubezni in je bila to njena stiska, se je začela doma izogibati. Bil si priden, če si vse pojedel. Pri njih ni bilo dovoljeno izkazovati pretiranih čustev, ne jeze ne ljubezni. Tudi fanta, ki si je ga sama izbrala, niso odobraval.

Pri njej bil velik problem izražanje čustev, ker tega ni znala.

Imela je slabo samopodobo, ta nemir je povzročal, da sebe ni sprejemala, da ni mogla biti sama s sabo.

V procesu okrevanja se ji je pridružila tudi družina, ki je po njihovem mnenju od skupnih terapij veliko odnesla. Tudi njenega fanta so kasneje sprejeli in zdaj je to zanjo najboljši fant. Po okrevanju od bulimije nervoze se je odločila dokončati celo fakulteto.

V času, ko je imela motnjo hranjenja, je pustila študij.

Pri Tini navedeni **družinski dejavniki tveganja**: vzor družinskih članov, mama in polbrat sta imela večne probleme s prekomerno težo oz. izmenjavanjem hujšanja in prenehanja. Zdelo se ji je, kot da so vedno v središču kilogrami, hrana in hujšanje, kot da je to edino, kar je pomembno v življenju. Videla je celo brata, kako se po kosilu zaklene v kopalnico in bruha. Pri njih je bilo kaznovanje in nagrajevanje močno povezano s hrano. Imeli so mnogo tabujev, niso se veliko pogovarjali. Njej se je vse zdelo umetno, brez

pravih čustev in topline, depresivno. Tudi pozitivnih spodbud ni imela, govorili so ji, da iz nje ne bo nič. Tudi fant, ki si ga je izbrala, je bil iz disfunkcionalne družine, posluževal se je drog in ni imel posluha zanjo, sploh da bi opazil, kaj se dogaja z njo. S fantom je prekinila, ker sta se odtujila in ker je mislila, da je on kriv, da jo je "potegnil" v drogo.

Sprva je slabe občutke in praznino polnila s promiskuitetnim vedenjem. Svojo motnjo hranjenja je skrivala pred drugimi, ker jo je bilo strah, da bi kdo odkril njeno početje. Do telesa ni imela primernega odnosa. Čutila je nelagodje in sovražila je svoje telo, v katerem se je počutila utesnjeno.

Zaradi slabe samopodobe je bila mnenja, da bo, ko uredi to »bezljanje« s hrano in uredi težo, vse OK. Obremenjevala se je zaradi svojega videza in imela je občutek, da jo vsi gledajo »postrani«, da je z njo nekaj narobe. Polna je bila sovraštva do sebe, drugih, počutila se je debelo, zanemarjeno, manj vredno.

V osnovni šoli je bila odličnjakinja, v gimnaziji, to je po spolni zlorabi, je ponavljala letnik, v drugem letniku pa so jo premestili na drugo šolo, kjer ga je s popravnimi izpiti komaj naredila. Potem je za več let pustila srednjo šolo, verjetno kot posledica večkratnega dolgega stradanja, po katerem je bila tako utrujena, dani mogla več slediti pouku.

V procesu okrevanja je na spodbudo dr. Reljičeve končala srednjo trgovsko šolo in potem začela delati v trgovini (osamosvajanje). V nadaljevanju je celo naredila prekvalifikacijo, uspešno opravila maturo in se ob delu vpisala na FSD, ki pa je žal ni končala (se je pa veliko naučila o zasvojenostih).

Pri Maji so navedeni naslednji **simptomi**: ob razhodu s fantom se je začela ukvarjati s svojim videzom in kontrolo hrane. Po treh letih hujšanja je začela tudi bruhati. Vsak trenutek ji je bilo pomembno le za to, ali bo jedla ali ne. Tudi pri prvem zdravljenju pri dr. Reljičevi je še vedno hodila domov bruhat in ni imela moči za kontrolo nad sabo. Vse, kar je pojedla, je šla izbruhat, saj je bil to edini način, da se je spraznila. Tudi po okrevanju na EMH je kmalu začela spuščati obroke, ker se ji je zdelo fino, da bi malo shujšala. Kmalu je ponovno

začela bruhati in potem bruhala dve leti. Ker je imela svoje podjetje, je ves čas, ko je bila v službi, lahko opravljala rituale.

Pri Tini so navedeni naslednji **simptomi**: kmalu je tudi sama začela prekomerno jesti, navkljub bruhanju se ji je teža povečevala, zato so se menjali rituali prenajedanja, bruhanja, jemanja odvajal, telovadbe in poživil. Tudi po vseh okrevanjih se občasno ponovno poslužuje ritualov.

Pri Maji so navedene naslednje **posledice bulimije nervoze**: pred okrevanjem se je izolirala od okolice, bližnjih, zaprla se je vase. Imela je občutek, da vsi vedo, kaj se z njo dogaja. Z nikomer si ni upala ven, na kosilo, ker ni vedela, kaj se bo zgodilo, če ne bo mogla bruhati. Izolacija ji je dajala občutek varnosti. Kadar pa je že kam odšla, ni bila zares prisotna, saj je bilo zanje mučno, sploh če je bila na mizi hrana. Imela je občutek, da nima kontrole nad sabo, nad življenjem. Velikokrat je šla kolesarit, da je preusmerila misli in da se ji ni zmešalo ob misli na hrano. Bila je mnenja, da je bila kot »junkie«, hrana jo je »vlekla«, jo veselila in žalostila, drugih stvari pa sploh ni opazila. Niti slišala ni, kaj ljudje govorijo. Počutila se je, kot da je robot, kot agonija, da nase popolnoma pozabiš. V službi je bila storilnost dobra, koncentracija pa je bila zaradi bulimije slaba. Tam je vedno premišljevala, da bi si šla nakupit veliko hrane. Venomer je imela boj med da in ne. Pred okrevanjem se je sama sebi »graužala«, se tepla, se skrivala in tudi dotikati se ni mogla, sploh ne trebuha. Kmalu po odpustu iz EMH-ja se še vedno ni počutila varno jesti izven urnikov obrokov.

Pri Tini so navedene naslednje **posledice bulimije nervoze**: sprva je začela prekomerno jesti, kar se ji je poznalo na teži. Menila je, da je to njen edini problem in edina ovira do srečnega življenja. Potem je prišlo obdobje, ko se je posluževala ritualov in so ji navkljub »požrtijam« kilogrami padali, zaradi česar se je začela počutiti bolje, bila je polna energije, brez slabih občutij, počutila se je zmagovalno, srečno, priljubljeno in popularno. Potem je sledilo obdobje stradanja. Bila je tako utrujena, da v šoli ni mogla več slediti pouku. Sledila so nihanja in navkljub ritualom se je teža povečevala. Vedno bolj je bila utrujena, depresivna, pojavljale so se ji samomorilne misli, zdelo se ji je, da je zakleta, da je v njej nekaj, kar jo žene v to, sama pa tega ne more ustaviti. Da bi

utopila občutek lakote, je začela zlorabljati tudi ecstasy, ki ji je obenem dajal tudi nepopisen občutek sreče. Tudi po vseh okrevanjih se še vedno tolaži s hrano, saj ko ji je prehudo, ne zmore drugače. Vedno se je obremenjevala s svojim videzom. Imela je močnejša stegna in boke, zato je nosila bolj vrečasta in prevelika oblačila, samo da se ne bi opazilo. V kopalkah se sploh ni upala pojaviti. Večinoma je nosila črna oblačila. Čutila je nelagodje do telesa, večkrat ga je tudi sovražila. Kadar se je počutila predebelo, ni hotela iti od doma, če ni bilo nujno in za to se je znala tudi zlagati. Izogibala se je vsem stikom in raje ostajala med štirimi stenami. Po vseh okrevanjih se še vedno občasno počuti utesnjena v svojem telesu in še vedno ljudi ne more pustiti tako blizu, kot bi si želela.

Pri Maji so navedene naslednje **pridružene motnje**: bila je impulzivna, včasih se za nazaj sploh ni spomnila, kako je prišla domov s polnimi vrečkami hrane in ves čas je imela občutek, da je obsedena s hudičem.

Pri Tini pa so navedene naslednje **pridružene motnje**: zaradi motnje hranjenja je bila vedno bolj utrujena in depresivna. Spopadala se je s tesnobo, depresijo in boleznimi, zato je tudi velikokrat izostala z dela. Pojavljale so se ji samomorilne misli, zdelo se ji je, da je zakleta, da tega ne more ustaviti.

Pri Maji je navedena naslednja **strategija preživetja**: imela je refleks bruhanja, zaradi katerega meni, da je preživela, da se ni počutila noro.

Pri Tini je bila navedena naslednja **strategija preživetja**: dolgo je menila, da je bulimija njena edina strategija preživetja, saj si ni znala predstavljati življenja brez nje in zato se je posluževala ritualov ter se tako navidezno spraznila vsega negativnega.

Pri Maji je navedena naslednja **edukacija**: ker je na spletu našla forum na temo motnje hranjenja, je tam spoznala, kaj se z njo sploh dogaja, predvsem pa, da ni edina s to motnjo. Na skupinskem zdravljenju pri dr. Reljič je bila podučena, da obstaja EMH. Naučili so jo, naj ima, preden reče ne za vsako stvar, za seboj vsaj izkušnjo, da lahko vsaj poskusi, če pa ji bo prehudo, gre še vedno lahko domov. Tako je dobila občutek, da na nek način odrašča.

Naučila se je sprejemati, izražati in komunicirati. Pri dr. Reljič se je ob pisanju dnevnika naučila dobro analizirati, spraševati in komunicirati.

Pri Tini je navedena naslednja **edukacija**: v reviji Antena je našla članek na temo motnje hranjenja, kjer je gospa Sernec pisala tudi o bulimiji, ki jo je pri sebi takoj prepoznala. V procesu okrevanja je spoznala kar nekaj tehnik, ki se jih je kasneje posluževala in se jih še danes. Predvsem v začetku ji je skupina dala znanje, zavedanje, da ni edina, ki ima bulimijo nervozo, da se jo da omiliti oz. premagati. Naučila se je dihati s polnimi pljuči. Ko nima težav, je več hrane in ima redne obroke. Ko se pojavi bulimija, pazi na to, da popije veliko tekočine, nadomesti elektrolite, vitamine in si po vsakem bruhanju dobro umije zobe (saj je v obdobju motnje hranjenja izgubila kar nekaj zob), vzame čaj za ledvice, obraz in grlo spere z morsko vodo ali solno raztopino, da prepreči odtekanje, za razpokane ustnice v kotičkih pa poskrbi z velikim nanosom vazelina. Odrgnjenost na členkih rok pa prepreči z uporabo PVC rokavic. Kadar ji začne srce preveč biti, se hitro uleže in včasih ji pomaga spanec. Naučila se je veliko o bulimiji pa tudi o življenju in odgovornosti zase.

Pri Maji je naveden **uvid**, ko je povedala, da dokler posameznik ne najde pomoči, to lahko »fura cel life«, da je hrana le navidezna kontrola, nadzor nad sabo. Pri sebi je kmalu ugotovila, da ko bruha, izbruha čustva, torej vse, kar je nakopičeno. V času okrevanja si je zastavila vprašanje: »A tako bi ti živela še nadaljnjih 60 let? Če ne, je treba nekaj spremeniti.« Spoznala je, da z njo ni nič narobe.

Pri Tini je naveden **uvid**, ko je izrazila svoje misli, da če ne bruha, se ne drsti in ne strada, da je na pravi poti, ni pa pomislila, da je to, da je le nekaj živila, tudi motnje hranjenja. Nehala je iskati princa na belem konju, ki bi jo čudežno rešil.

Pri Maji je navedeno **zavedanje, spoznanje**: ko se je pogovarjala z nekom na forumu, je ugotovila, da gre v njenem primeru za motnje hranjenja. Spoznala je, da je bolje, da se umakne iz družine, saj jim ni bilo pomembno, kaj čuti. Spoznala je, da ji nič ne pomaga, ko je sama v tem. Zavedala se je, da je s to hrano prava »bolniška«, da sama hrana sploh ni problem. Gre za samokontrolo, urnik hrane, zapor z obroki, vse pa kakor rešiš z bruhanjem.

Spoznala je tudi, da je bulimija kot kajenje, ki ga ne moreš opustiti. Na koncu ne gre niti več za čustva, postane navada. Ko se naješ, ko se prenaješ, je čist ok, da greš bruhat. Na okrevanju je prišla do zaključka, da tudi tam nisi čisto na varnem, da moraš sam sebe prepričati in ugotoviti kaj boš. Spoznala je, da je pomembno, da se znotraj skupine povežeta punca z malo močnejšo voljo in eno šibkejšo, da si lahko pomagata, da se tudi individualno s prijateljem lahko podpreš, da čutiš sprejetost pri sojetniku, saj grupiranje zelo šibkih ni OK in gre zgolj za jamranje, kako to ne moreš, da bi bruhal. Tudi to je spoznala, da dokler se sam ne odločiš za kaj si tam, ti oni ne morejo pomagat. Nadalje je spoznala, da moraš najti način, kako se sprazniti vseh čustev in kar te teži. Skozi terapijo s starši je spoznala, da smo vsi samo ljudje in da se premalo pogovarjamo. Tudi to je spoznala, da včasih ne vidimo koliko smo močni, kaj zmoremo. Da je dobro, da si malo ozaveščen sam s seboj, da veš kaj delaš in si rečeš »to sem pa res »fajn« naredil«. Pomembno spoznanje je zanjo tudi, da se učiš življenja, kako biti samostojen, brez tega, da te je strah, da je s teboj nekaj narobe, ter da se je treba naučiti biti sam s seboj, kar ona do takrat ni mogla biti. Spoznala pa je tudi, da če ješ izven urnika, med urniki, da si še vedno ok, ne smeš imeti občutka krivde in se zavedat, da ne bo nobeden hud nate. Ugotovila je, da ji je bulimija veliko dala za življenje in da danes živi veliko bolj kvalitetno. Ima pristne odnose in manj strahu. Sprejela je, da nič ni stalnica, da se vse v življenju spreminja.

Pri Tini je navedeno **zavedanje, spoznanje**: ko govori, da je spoznala, da so se njene težave začele že zgodaj v OŠ, ko je odklanjala malico in kosilo, ko cele dneve ni jedla. Na sistematičnem pregledu se je primerjala z najbolj vitko in bila razočarana, ker nikakor ni mogla doseči njene nizke teže, čeprav je bila zelo blizu njeni. Po prvem letu v skupini se je s puncami veliko družila, potem pa je prišla do spoznanja, da je to prešlo v neprestano jamranje in govorjenje o težavah, bulimiji. Na neki točki je spoznala da ne zmore več. Prišla je do spoznanja, da se prenajeda in bruha že samo zato, da da vse to kar je slišala ven iz sebe. Počutila se je kot kanta, v katero so stresale svoje smeti, sama pa je ugotovila, da ne uspe spregovoriti o svojih težavah. Zaveda se, da je njeno okrevanje precej dolgotrajno. Ne zna si še predstavljati življenja brez nje. Ostale nekako okrevajo, sama pa ostaja še naprej s simptomi. Če

pogleda nazaj, vidi, da je naredila veliko. Spoznala je, da si je priznala glede spolne zlorabe, upa, da jo je predelala. Spoznala je vse, kar se je slabega dogajalo doma, naredila vsaj SŠ in se redno zaposlila. Prišla je tudi do spoznanja, da se je šele takrat začela zavedati sebe in iskati kdo je, kaj je, kam spada, da ima pravico živeti in da se ni dobro primerjati z drugimi. Dobila je tudi neko moč, voljo, da se navkljub vsemu začne boriti zase, ker se nihče drug ne bo namesto nje. Skozi okrevanje se je bolj spoznala in naredila neke korake, ki jih drugače ne bi.

Pri Tini je navedena **socialna mreža**: ima sike le z eno punco iz EMHja, s katero se še družijo... Ostali stiki so precej vezani le na odnose v službi in kolikor ima stike s starši otrok iz vrtca. Zlahka pa se družijo s terapeuti in socialnimi delavci. Stike z družino je prekinila.

Pri Maji je navedena **socialna mreža**: stike ima s punco iz skupine, ki je ravno tako okrevala od bulimije nervoze. Živi s partnerjem, po terapiji in okrevanju pa se je zblížala tudi s svojo družino.

Pri Maji so navedene **zasvojenosti**, ko je opisovala po njenih besedah začaran krog zasvojenosti, kjer je opisovala kako je potekal. Zjutraj je na vse zgodaj vstala in se zelo lačna zbudila. Takoj je šla kolesarit, da je preusmerila misli in da se ji ne bi zmešalo ob misli na hrano. Potem je spila kak kozarec mleka in odšla v službo. Tam je le premišljevala, da bi si šla nakupiti ogromno hrane in po notranjem boju je že imela poln voziček hrane. Opiše: "Vse poješ, greš bruhat, spet jokaš in rečeš jutri bo pa bolje, bom pa začela zdravo jest... In tako se sklone začaran krog."

Pri Tini so navedene **zasvojenosti**, ko že opisuje dinamiko življenja v svoji primarni družini, kjer sta imela mama in pol brat večne težave s prekomerno težo oz. večnim izmenjavanjem hujšanja in prenajedanja. Meniva, da je stvari precej zracionalizirala, saj je po spolni zlorabi mislila, da je zelo popularna in priljubljena, ker je zamenjala veliko različnih spolnih partnerjev. Ob bulimiji je čutila neko vzvišenost, adrenalin, ki ga prej ni čutila in dolgo časa je bila s tem zadovoljna, ni pa mogla več ustaviti kroga prenajedanja in bruhanja. Vse se je vrtelo okoli bulimije in sicer rituali prenajedanja, bruhanja, odvajal, telovadbe in poživil. Da je zapolnila občutek lakote, se je posluževala plesnih in

podobnih drog, posledično je postala priljubljena v družbi. Zdelo se ji je, da so postali ena velika družina, polna toplote in sreče, ki je sama ni imela. Blestela je in življenje ji je bilo prečudovito. Komaj je čakala, da so odšli čez vikend na zabavo, včasih je vzela četrtno ectasya kar doma, seveda, da nihče ni vedel. Po nekaj letih noben ectasy ni več prijel kot v začetku in ni dolgo trajalo, ko se je pojavila lakota, kot tudi utrujenost in kmalu depresija. Občasno sanjari, da bi spoznala svojega »mega« dobrega moža in da bi bili »mega« dobra družinica. Drugače pa se občasno še vedno tolažbo s hrano, ko je prehudo, ko ne zmore drugače. Skozi okrevanje pa je spoznala, da je prišlo do zanikanja in sicer, dokler ni prišlo do spolne zlorabe ni mislila, da ima težave, saj je bila edina vitka v družini in se je prehranjevala popolnoma drugače kot pol-brat in mama. Posluževala se je tudi športa. Pri ga. Serneč se na njen odgovor in povabilo na pismo ni odzvala, saj je ravno v tistem času spoznala fanta in tista praznina in slabi občutki so tedaj izginili in bila je prepričana, da je bulimija za njo. Ko je hotela priti v skupino v Društvu sprememba v srcu, ki je visokoprazni program in zahteva popolno abstinenco od zasvojenosti, je zanikala, da ima še vedno probleme z motnjo hranjenja. Tudi ko je poiskala drugo pomoč v Ženski svetovalnici, si ni upala povedati svojih let, ne pravega imena in priimka, ker jo je bilo strah zgražanj in pa da ji tudi tukaj zaprejo vrata, zato se je naučila, da včasih raje česa ne pove po pravici, ker je potem po njenem mnenju deležna boljše terapije, obravnave.

Pri Maji je naveden **recidiv**: ko je povedala, da je pol leta po okrevanju v EMH začela spuščati obroke, da bi malo shujšala in začela ponovno bruhati.

Pri Tini je naveden **recidiv**: ko ji po nekaj letih noben ectasy ni več prijel kot v začetku in ni dolgo trajalo, ko se je spet pojavila lakota, kot tudi utrujenost in kmalu depresija in ponovno se je začela prenajedati in bruhati. Ponovno, ko je že mislila, da se je osvobodila bulimije, je zdrsnila v precej hudo obliko bulimije in sicer, ko je bil zaradi izpitov strah in stres zanjo prevelik.

Pri Maji so navedene **druge zasvojenosti**: misli si je preusmerila s kompulzivnim nakupovanjem oblek, kdaj pa kdaj je pokadila travo, zvečer pa spila kak kozarček vina, da je bolje zaspala.

Pri Tini so navedene **druge zasvojenosti**: zloraba ectasya in podobnih drog, raznih poživil, kajenje, vmes je bilo tudi kompulzivno nakupovanje.

Pri Maji naveden **potek zdravljenja**: pri skupinski terapiji pri dr. Anji Reljič Prinčič ji sama skupina ni bila dovolj, saj je bila preveč razpuščena, če vedno je hodila domov bruhat. Na terapijah ji ni bilo dosti lažje, stvari so se ji začele odpirati, govora je bilo o čustvih. Počutila se je kot na vročem stolu, vsak dan je imela cel dan terapije. V EMHju se je zdravila pol leta, potem so ji rekli, da je čas, da gre domov, saj ko si na neki točki, nima več smisla, da sediš tam, da si pripravljen za svet. Tudi po odpustu se je držala urnikov prehranjevanja. Nato je hodila še na zunanje terapije, meditacijo, sproščanje, jogo. Pika na i, da se je končno sestavila skupaj, pa je bila udeležba na deset dnevni meditaciji v tišini, ki se jo je potem udeležila še trikrat. To ji je končno prineslo notranji mir. Srečala se je sama s seboj, vsi strahovi in druga čustva so ji prišla na plano.

Pri Tini naveden **potek zdravljenja**: njeno prvo okrevanje je bilo v skupinski terapiji pri dr. Anji Reljič Prinčič, ki se je sestajala enkrat tedensko vse leto, prej pa je bilo tudi dvajset minutno srečanje s psihiatrinjo. Ko se spominja za nazaj ve, da je tam prišla do največ spoznanja, da ji je to res spremenilo življenje na bolje, ni pa popolnoma okrevala. Bilo ji je peklensko, sploh, ko je po parih letih te individualne in skupinske terapije prvič spregovorila in začela predelovati spolno zlorabo. Takrat se je prvič sesula in dobila antidepresive. Na poti okrevanja se je posluževala tudi psihoterapije. Sprejeta in odpuščena na lastno pobudo je bila tudi na EMH, zdravila pa se je tudi z homeopatsko in ajurvedsko pomočjo in pomočjo bioenergetika. Nadalje je okrevanje nadaljevala tudi v društvu Sprememba v srcu, v Muzi, pri overeaters anonymus in v Ženski svetovalnici. Zadnje omenjeno zdravljenje je bilo ponovno pri psihiatrinji Anji Reljič Prinčič, kjer je imela individualno obravnavo. Dobila je antidepresive in tablete proti tesnobi in kot "povratnica" je bila vključena v skupino, ki je bila sestavljena iz posameznikov iz različnih skupin punc, ki še niso okrevale in so vztrajale v skupini, vendar ni dolgo zdržala, ker ni mogla več poslušati vsega tistega negativnega, kar so govorile v skupini, je pa še dolgo hodila na individualno terapijo.

Pri Maji navedeno, kar je **pričakovala od zdravljenja**, pomoči: ko je povedala, da jo je potrebno nekam zapreti, da nima možnosti oditi, da se ukvarja sama s seboj v varnem okolju. Povedala je, da bi morala obvezno obstajati kakšna skupnost, ko prideš ven iz EMHja, kjer delajo s tabo, da se naučiš priti nazaj v življenje. Od zdravljenja je pričakovala, da neha bruhat.

Pri Tini navedeno, kar je **pričakovala od zdravljenja**, pomoči: in sicer povedala je, da je pričakovala, da jo bodo naučili kako prav jesti in seveda ostati primerno težka. Po dolgotrajnem okrevanju pričakuje, da bodo do nje imeli drugačen pristop. A ni mislila na način, da se teh z dolgotrajnim zdravljenjem odkrižajo, ampak da jih še bolj spodbujajo, iščejo kaj jim lahko bolj pomaga (kje se pojavi tista razlika, da oni ne zmorejo v primerjavi z drugimi), se bolj potrudijo z njimi, na način, ki bi jim prinesel vidne rezultate, morda tudi kakšne bivanjske enote, kot je slišala, da jih imajo v tujini.

Pri Maji navedena **izrazita pripravljenost, motivacija za zdravljenje**: ko poudari, da bi sama poskusila čisto vse kar nudijo, saj je hotela ozdraveti. V času okrevanja, je spoznala, da je tam res z namenom, da razreši te stvari v zvezi z bulimijo. Ko je bila odpuščena iz EMH, je hodila povsod: na meditacije, sproščanje, jogo. Vso energijo je usmerila v umirjanje tega nemira, ki jo je čisto paraliziral v življenju.

Pri Tini navedena **izrazita pripravljenost, motivacija za zdravljenje**: šele zdaj, ko ima hčer, zaradi katere se še naprej trudi ozdraveti od bulimije in ji daje smisel. Želi si, da bi bila dobra mati, da se ne bi več počutila ujeta v nekem večnem čakanju na svet, ki se bo šele rodil.

Pri Maji navedeno **neustrezno ali nezadostno zdravljenje**: ko poudari, da ji sama skupina ni bila dovolj, saj je bilo preveč razpuščeno. Neustrezno se je tudi zdelo, da bi morala jemati antidepresive za vključitev v EMH. Odpustitev iz EMH pa se ji je zdelo prehitro in neustrezno, saj se ji je zdelo, da še ni pripravljena na svet. Skoraj se ji je zmešalo, počutila se je kot: "Šele naučili ste me leteti, zdaj me boste pa iz gnezda vrgli."

Pri Tini navedeno **neustrezno ali nezadostno zdravljenje**: ko je bila sprejeta v EMH in tam ni zdržala dolgo in je prostovoljno odšla. Potem je bilo zanjo

neustrezno tudi, ko je poiskala pomoč v Muzi, kjer se ji je takrat zdelo vse nekam kaotično in se nekako tam ni našla. Včasih je imela občutek, kot da so se je naveličali oz., da je ne jemljejo resno v smislu, da si želi okrevati. Najprej se še nekaj trudijo, da bi pri njej našli nekaj kar bi jo hitreje spravilo na pot okrevanja, potem pa ji sčasoma povejo, da pri njej ne vidijo napredka in naj si raje poišče kakšno bolj primerno pomoč.

Pri Maji navedeni **iskani načini okrevanja**: ko je prišla iz EMHja, je hodila povsod, na meditacijo, sproščanje, jogo. Šla je tudi na deset dnevno meditacijo v tišini, vse mogoče je iskala, da bi si čim bolj zapolnila dneve, ker si sama ni znala pomagat.

Pri Tini navedeni **iskani načini okrevanja**: da je napisala pismo dr. Sernec in ji opisala kaj se dogaja, ter jo prosila za pomoč. Nekako se ji zdi, da je poskusila vse kar je vedela in znala, a ni šlo. Vzroke za te težave je iskala od zunaj. Prekinila je tudi dolgoleten odnos s fantom, ker mislila, da je on kriv, ko jo je "potegnil" v drogo in ker sta se odtujila. Postalo je neznosno in takrat je poiskala pomoč pri društvu Sprememba v srcu, kjer je poskušala predelati travmo s spolno zlorabo. Življenje pa se ji je vrtelo tudi okoli fakultete in učenja (bila ja zelo zagreta učenka), psihoterapije, raznih samopomočnih skupin, branja literature in raznih tečajev o samopodobi, motnjah hranjenja in podobno. Hodila je na razne tečaje za izboljšanje samopodobe, šla je celo na hipnozo, delala je vaje iz joge, se učila pravilnega dihanja, kako meditirati, poskušala je tudi z molitvami.

Pri Maji navedena **pomoč pri okrevanju**: Na terapijo je prišla cela družina in to ji je veliko pomenilo. Svetovala pa ji je tudi kolegica iz foruma. Do lastnega zavedanja, ko je ponovno začela z rituali, pa ji je pomagal priti njen fant.

Pri Tini navedena **pomoč pri okrevanju**: antidepresivi, psihične težave pa je reševala s terapevtko prostovoljko, ki dela preko Karitasa.

Pri Maji naveden **zgled**: enkrat je videla svojo prijateljico, ko je šla po zaužiti hrani bruhat, češ da je na dieti in se ne sme zrediti (ona ima še danes anoreksijo). Ko je bila sprejeta na EMH je videla sostanovalko, kako hodi

bruhat. Spomni se tudi, da je tam videla punco, ki je bila že vsa "zelena" v glavo, komaj je še stala, a je šla po tablete, da se ne bi po infuziji zredila.

Pri Tini naveden **zgled**: bila je sedmi ali osmi razred OŠ, ko je prvič videla pol-brata, kako po kosilu bruha. Ujela ga je v kopalnici, ko se je pozabil zakleniti in je imel eno roko v ustih in visel nad školjko. Zgled bi lahko bil tudi to, da je videla pol brata kaj počne po kosilu, pa da ga je še večkrat opazila, kako se po basanju s hrano zaklepa za dalj časa v kopalnico in včasih je prav slišala kako bruha. V zgodbah drugih ob terapiji, je videla, spoznala sebe. Sprašuje se namreč ali so res sploh vse okrevale. Pozna namreč eno punco iz njene skupine, ki je sicer rekla, da je popolnoma okrevala, a ve, da se še vedno poslužuje bruhanja. "Morda pa je takih več in so to sprejele kot način življenja?"

Pri Maji naveden **napredek pri okrevanju**: ko je govorila, da je skozi terapijo dobila novo razumevanje staršev. Spustila je lahko zamero. Zmanjšal se ji je občutek močne eksplozije čustev, ki silijo na bruhanje. Prej, ko ji je ta naval čustev privrel na plan, ni vedela, kaj se dogaja. Edini način, da se je spraznila je bil, da je šla bruhat. Danes ne čuti več te eksplozije, takrat pa je mislila, da bo ob tem umrla. V času okrevanja je delala na tem, da se je počutila dobro. Začela se je tudi analizirati in spraševati, zakaj se počuti tako ali drugače. Po končanem okrevanju se ji zdi, da je vse normalno. Zdaj hodi tudi ven, na krožke, tečaje, zdi se ji da res živi in drugače gleda na vse stvari. Nadaljuje tudi s študijem. Probleme rešuje sproti. Nima več tiste eksplozije navala čustev, ki bi jo tiščala k bruhanju in se ne bojuje več s hrano. Živi veliko bolj kvalitetno, ima pristne odnose, manj strahu. Prej jo je bilo na smrt strah povedat kar čuti, zdaj pa ve, da ob tem nima ničesar za izgubiti. Sprejela je, da nič ni stalnica, da se vse življenje spreminja. Počuti se dobro in ne razmišlja več o svojem telesu. Na plaži končno uživa in nima občutka, da vsi bulijo vanjo. Ima zdrav način življenja, tudi s športom se ukvarja in ima rada svoje telo. Je, ko je lačna, neha jesti, ko je sita. Načrtovanje obrokov je opustila. Uživa v življenju. Zdi se ji da bolj, kot povprečen človek.

Pri Tini naveden **napredek pri okrevanju**: ko je govorila, da je bilo hudo, sploh, ko je začela spet čutiti, kar je bilo očitno potlačeno v njej, ko je

spoznala, kaj se je dogajalo v njeni družini, ko je spoznala, kaj je ona počela... Po zdravljenjih se je že znala lažje in hitreje pobrati, po vsakem padcu, še vedno pa je stremela k temu, da bi popolnoma ozdravela. Ni premagala bulimije, jo je pa začela obvladovati. S tem misli to, da ko se pojavi, da se lahko takoj pobere nazaj in se ne skriva več za štirimi stenami. V zgodbah drugih je videla sebe in bilo je šokantno, ko je to slišala na tak način. Začela je spoznavati svoja občutenja in naučila se je govoriti o čustvih, težavah, prepoznavati svoje želje in potrebe in jih ločevati in delno že postavljati meje drugim. Začela se je tudi spopadati s svojimi problemi. Učila se je tudi zaupanja in kako zaprositi za pomoč. Začela je torej delati na sebi, se spoznavati in sčasoma spreminjati. Spoznala je, da je za preživetje odgovorna sama in da mora razmišljati o svoji prihodnosti (česar jo doma niso naučili). Zato je dokončala šolo in našla zaposlitev. Prekinila je tudi stike s svojo družino, ki je negativno vplivala nanjo. Ni več iskala princa na belem konju, ki bi jo čudežno rešil. Ne zganja panike več za vsako stvar, stvari vidi tudi drugače. Tudi se ne sprašuje več, zakaj se to dogaja ravno njej. S težavami se skuša spoprijemati takoj, ko jih prepozna. Res da je pri njej bulimija še prisotna, a ni več na prvem mestu, kot da zelo počasi izzveneva, ali pa res zavzema tisti nujni delež v njenem življenju. Več se zaveda in sočasno s tem jo tudi boli, da je toliko mladostniški let vrgla stran. Če bi takrat vedela, kar ve danes, bi živela popolnoma drugače. Zdaj se upa tudi zjeziti, za kar je včasih mislila, da nima pravice. Danes razume svoje telo kot tempelj, za katerega je treba skrbeti in ga negovati. Večino časa ji to tudi uspe. Če je vse normalno, poskuša jesti po obrokih, predvsem zdravo hrano.

Pri Maji navedeno **varno okolje** pri okrevanju: in sicer ob terapijah se je počutila, da je varno okolje, polno ljubezni, ni dobila občutka, da je z njo kaj narobe. Varnost pa ji je dajal tudi guru na Vipassani meditaciji, ker se lahko nanj obrnila, če bi ji postalo preveč hudo.

Pri Maji naveden **dvom v terapevta**: ni bila na mestu izjava dr. Serbec, ko je rekla, da bruhat verjetno nikoli ne bo nehala

Pri Tini naveden **dvom v terapevta**: in sicer po enem letu terapije so jo izključili, ker ni bila sposobna plačevati in ker se je zapletla v konflikt s članom

skupine in naj ne bi prav nič napredovala, za kar pa je bila sama precej drugačnega mnenja.

Pri Maji navedeno **razlikovanje med termini »kronično« in »navadno« bulimijo oz. »povratnice«/ dolgotrajno zdravljenje:** ob tem, ko je povedala, da je s kolegico, ki ima "kronično" bulimijo izgubila stik, pa vendar je bila ona čisto v svojem svetu. Samo sedela je tam in se ni odprla, ni dosti govorila o sebi. Pozna tudi dve »povratnici«. Eno z bulimijo, drugo z anoreksijo. Zdi se ji pomembno, da bi imeli drugačen pristop do tistih z dolgotrajno motnjo, ne pa nujno ločen, saj ostalih to ni oviralo, vsaj njo ne, niti demotiviralo. Sama sebe je navedla, da bi smatrala za »povratnico«, če bi zdaj spet začela ponovno bruhati. Termin kronična pa se ji grozno sliši. Predstavlja ji močen izraz, kot da je zelo hudo, kot da zdaj je pa konec in je to način življenja. Ne spomni pa se točno, kje je te termine slišala.

Pri Tini navedeno **razlikovanje med termini »kronično« in »navadno« bulimijo oz. »povratnice«/ dolgotrajno zdravljenje:** ob tem, da je povedala, da je bila kot »povratnica« vključena v skupino, ki je bila sestavljena iz posameznikov, iz različnih skupin punc, ki še niso okrevale in so vztrajale v skupini. Zaveda se, da je njeno okrevanje precej dolgotrajno. Dolgo je menila, da je bulimija očitno njena edina strategija preživetja. Nekako si ne zna več predstavljati življenja brez nje. Ob tem misli na to, da se občasno na ta način sprazni vsega negativnega v njej. Za oba termina je že slišala, in sicer sta bila večkrat uporabljena na individualnem razgovoru in zdi se ji, da »kronična« bulimija zdravstveno označuje njeno stanje, medtem ko ji termin »povratnik« nikakor ne gre. Sliši se ji, kot da to pomeni nek prestopnik in ni prav, da ga omenjajo.

4.2 ODGOVORI STROKOVNJAKOV

- SVETOVALNICA PU: ANA HRAM,; dipl. soc. del., spec. pomoči z umetnostjo
- DRUŠTVO MUZA: VESNA ŠOLAR univ. dipl. soc. del., gestalt psihoterapevtka
- DRUŠTVO SAMOPODOBA: KSENIJA JOVANOVIĆ
- DRUŽINSKI CENTER MIR: KORNELIJA FERČAK, zakonska in družinska terapevtka
- ZAVOD ŠTUDENTSKA SVETOVALNICA: ALJA FABJAN, integrativna psihoterapevtka in doktorantka Zakonske in družinske terapije
- TANJA BREZNIK, diplomirana delovna terapevtka, diplomirana psihoterapevtka
- ENOTA ZA MOTNJE HRANJENJA: asist. mag. KARIN SERNEC dr. med., specialistka psihiatrije
- ŽENSKA SVETOVALNICA: ANA ZIHERL, dipl. soc. del.
- SPECIALISTIČNA PSIHIATRIČNA ORDINACIJA: Anja Reljič Prinčič, dr. med. specialist psihiatrije

4.2.A Poznavanje termina "kronična" bulimija/ povratnik.

Od vseh devetih anketiranih strokovnjakov, vsi poznajo termina "kronična" bulimija, povratnik. Ana Hram pravi, da pri njih povratnikov z bulimijo ni, ji pa "kronično" pomeni negativni izraz, skrajnost, obupanje. Vesna Šolar termin kronično povezuje z zdravstveno terminologijo, v socialnem varstvu pa meni, da se ne uporablja izrazov, kot so ozdraveti, ozdraviti, kroničen in podobno. Ksenija Jovanovič meni, da je termin »kronična« bulimija nekoliko ponesrečen ali bolje rečeno neustrezen, saj je bulimija nervoza že sama po sebi kronična. Je ena od oblik odvisnosti od hrane. Tudi termina "povratnik" se izogiba, ker v oboleli osebi lahko po nepotrebnem vzbuja občutke nesposobnosti in neuspešnosti. Meni, da ima termin slabšalni prizvok. Kornelija Ferčak pravi,

da o »kronični« bulimiji na njihovem centru ne govorijo, tudi na izobraževanjih in usposabljanjih za delo z motnjami hranjenja niso govorili o njej. Bolj razširjen pa je termin "povratnik", a ga pri delu s klienti ne uporabljajo. Alja Fabjan je navedla, da pri njih sprejemajo tudi kliente "povratnike". Tanja Breznik uporablja termin "kronična" bulimija kot delovni termin, ne pa kot uradni, uporablja pa ga za tiste, kjer je stanje kronificirano. Za povratnike pravi, da so to osebe, ki so uredile motnjo hranjenja, pa je zaradi spleta okoliščin ponovno izbruhnila. Karin Sernec pozna termin "kronična" bulimija v kontekstu, da so vse motnje hranjenja kronična duševna motnja, saj meni, da ne moremo govoriti o akutnih ipd. obolenjih. Termin "kronična" bulimija se ji zdi neumen. Ana Ziherl bolj uporablja termin "kronična" bulimija kot "povratnik", saj se ji ta zdi nekoliko slabšalen. Anja Reljič Prinčič meni, da je to bulimija, ki traja leta in leta. Ima na primer pacientko, ki je zdaj stara šestdeset let in se pri njej še vedno zdravi za bulimijo nervozo. Ima enakomerno urejeno, kako se hrani, bruha ipd. Ta termin »kronična« bulimija se ji zdi vprašljiv. Navaja, da se v literaturi ne govori kot o akutni in kronični, da takšne oblike po diagnostičnih merilih ni, klinično pa rečejo npr. po tolikih letih, da je kronično.

4.2.B Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Od devetih strokovnjakov, jih je samo sedem odgovorilo na vprašanje glede poimenovanja dolgotrajnega okrevanja, dve strokovnjakinji sta navedli poimenovanje, pet pa jih za dolgotrajno zdravljenje nima posebnega poimenovanja. Vesna Šolar navaja, da pri njih rečejo za osebo z motnjo hranjenja, da je popolnoma okrevala, je delno okrevala ali da ni okrevala. Če ni okrevala, potem ima lahko motnjo hranjenja tudi čez dvajset let. Sicer pa jih poimenujejo po imenu, v strokovnem govorjenju pa oseba z bulimijo. Ksenija Jovanovič pravi, da za obolele osebe nimajo posebnih imen, ker imenovanje ni pomembno. Kornelija Ferčak navaja, da so pri njih vsi klienti, ne glede na to, ali se dalj časa zdravijo ali pa se po nekem času ponovno vključijo v terapevtski proces. Alja Fabjan sama ne uporablja posebnih terminov za tiste, ki se zdravijo dalj časa, saj gre pri vseh motnjah hranjenja večinoma za

dolgotrajno zdravljenje. Vprašanje je tudi, kdaj je nekdo zares ozdravel, zato je zelo težko določiti neke meje. Vse je odvisno od posameznika, kaj želi doseči, nekaj pa tudi od zunanjih dejavnikov, ki so lahko naklonjeni vzdrževanju ali pa pospešijo ponovitev bolezni. Sernec Karin pravi, da je težko govoriti o daljši dobi kot taki, saj je povprečna doba, da se oseba odloči za zdravljenje, šest let. Ana Ziherl po navadi nima posebnega izraza za dolgotrajno okrevanje, dekleta so včasih vključena tudi dve do tri leta. Za nekatere reče, da ima tako rekoč "kronično" motnjo hranjenja, a to le za tiste, ki imajo motnjo hranjenja že osem, deset let in so bile deležne že kar nekaj oblik pomoči. Anja Reljič Prinčič pa pravi, da omogoča ponovno vključitev v zdravljenje, jih pa imenuje popolnoma enako kot prvotno vključene.

4.2.C Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

Od devetih strokovnjakov štirje niso navedli časovnega okvira za dolgotrajno zdravljenje, tri imajo določen tak okvir, dve strokovnjakinji pa ne. Vesna Šolar navaja, da je doba daljšega okrevanja v njihovem programu pet let. Alja Fabjan navaja, da pri nobenem zdravljenju, tudi pri psihoterapevtskem, ne morejo biti gotovi, da bo zdravljenje dokončno in da se bolezen ali težave ne bodo ponovile. Anja Reljič Prinčič meni, da o kroniciteti ne bi mogla govoriti, ker po diagnostičnih merilih "kronične" bulimije ni. Pravi pa, da klinično rečejo, npr. po tolikih letih, da je kronično. Karin Sernec navaja, da ne more govoriti o daljši dobi kot taki. Ana Ziherl navaja, da za tiste, ki imajo motnje hranjenja že osem, deset ali več let in so po navadi bile deležne že kar nekaj oblik pomoči, včasih reče, da imajo tako rekoč že kronično motnjo.

4.2.D Raznolikost pristopa/obravnave.

Od devetih strokovnjakov jih je pet navedlo, da imajo raznolik pristop obravnave za vključene v zdravljenje, trije navajajo, da je postopek zdravljenja za vse enak, ena strokovnjakinja pa odgovarja, kakšen pristop bi moral biti. Ana Hram ne uporablja drugačnih pristopov, meni pa, da ni »kronične« motnje hranjenja, še najmanj pa bulimije, razen če je imela pacientka prej neustrezna zdravljenja (dolgo let v eni organizaciji ali vrsto izgubljenih let v različnih organizacijah, ustanovah) in so ji odvzeli upanje. Vesna Šolar navaja, da

vsakega obravnava drugače, ker je to del terapevtskega procesa. Imajo določene smernice, kako ravnati v določenih primerih: npr. krizne intervencije – če je oseba življenjsko ogrožena, ko ima oseba sočasno poleg motnje hranjenja še druge motnje (depresija, anksioznost, obsesivno kompulzivno motnjo, idr.), kadar ima izkušnjo kompleksnih travm ... V svetovalnici so zaposleni strokovni delavci, ki so usposobljeni iz različnih psihoterapevtskih smeri. Pogosto se pogovarjajo o podobnostih, razlikah in na koncu ugotovijo, da je tisto, kar šteje bolj kot posamezni pristopi najbolj v resnici odnos. V ozadju je treba imeti veliko znanja, predvsem pa tudi veliko redne supervizije – le tako je možno kvalitetno delati z osebami, ki imajo izredno težke probleme. Ksenija Jovanovič meni, da je pristopov, metod in tehnik toliko, kolikor je obolelih. Kornelija Ferčak navaja, da je obravnava različna od primera do primera. Kadar je proces daljši, ali pridejo nazaj, vključijo še družino. Če je le mogoče, vključijo tudi zunanje institucije oz. je obravnava multidisciplinarna. Pri motnjah hranjenja (ne glede na to, za katero obliko gre) traja terapevtski proces eno, dve ali več let, vmes so možne prekinitve. Alja Fabjan pravi, da so bolj pozorni na tiste, ki so bili že večkrat v remisiji, nato pa se je spet znašel v začaranem krogu bulimije. Kroničnost vidi predvsem v smislu ponavljanja in daljšega vztrajanja težav kljub zdravljenju. Tanja Breznik navaja, da osebe z dolgotrajno motnjo hranjenja težko obravnava celostno. Pravi, da bi bil primeren pristop, ki bi upošteval telesno, duševno, duhovno in socialno področje osebe ter bi zajemal zavedanje, naknadno socializacijo, aktiviranje doživljanja in izkušnjo solidarnosti. Karin Sernek navaja, da nimajo drugačnega pristopa, načina zdravljenja, vsem pa je omogočeno, da se vračajo in nadaljujejo zdravljenje, če se simptomi spet okrepijo. Pristop je psihoterapevtski in se dela etapno (tako tudi za tiste, ki odidejo in se vrnejo s ponovno okrepljenimi simptomi). Po odpustu imajo tudi možnost ambulantnega zdravljenja. Ana Zihnerl je napisala, da po eni strani ni razlik v svetovanju, če pa bolj pomisli, je razlika v tem, da se mora bolj vklopiti na več spodbude, potrpežljivosti in tako rekoč »tek na dolge proge«, torej da predvidi, da bo svetovanje verjetno potekalo več kot leto dni in bo potrebno uporabnico spodbujati z več pohvalami za male dosežke, da bo vztrajala v delu na okrevanju kljub počasnim vzponom in občasnim padcem ali platojem – da se ne premakne nikamor. Bolj je pozorna, da ima drugačen pristop pri bolj

»intenzivnih« oblikah bulimije – če je na primer bruhanje vsakodnevno, ali so odvajala v večjih količinah dnevno ali na dva do tri dni, da jih bolj odločno napoti naj spremljajo svoje zdravstveno stanje tudi pri zdravniku in zobozdravniku. Meni pa, da je odvisno od več dejavnikov, tako tistih, ki vplivajo na počutje in samopodobo, kot tudi tistih, ki vplivajo na fizično stanje posameznice, njene siceršnje življenjske pogoje (delo, študij, v kakšnih razmerah in s kom živijo ...). Anja Reljič Prinčič piše, da bi moral biti drugačen način pristopa v smislu, da je te osebe treba podpreti, jim omogočiti, da se odprejo in jim ponuditi razumevanje, kajti to so po navadi osebe, ki so bile deležne že veliko zdravljenj in z vedenjsko kognitivno terapijo to slabše uspeš kot s psihoterapijo.

4.2.E Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Od devetih strokovnjakov jih je samo sedem podalo mnenje glede uporabe termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku. Ana Hrom meni, da je termin »kronična« bulimija človeško degradiven izraz za bolezen oz. motnjo, ki je ozdravljiva in se jo da urediti. Meni, da so jim tisti, ki jim niso znali pomagati, vzeli moč (ker niso priznali svoje strokovne nemoči). Po njenem mnenju je bila takšna oseba brez upanja, bolna prepuščena sebi in životarjenju, nihče več se ni potrudil zanjo. Vesna Šolar pravi, da tega termina nikoli ne uporabljajo, ker zveni preveč nespoštljivo do teh oseb. Ksenija Jovanović pravi, da osebno ne bi mogla podati strokovne razlage, zakaj nekatera dekleta uporabljajo termin »kronična« bulimija. Lahko pa uporabi lastno mnenje oziroma v tem primeru bolj ugibanje. V svoji dolgoletni praksi se še ni srečala s strokovno osebo ali z obolelim dekletom, ki bi uporabila termin »kronična bulimija«, prav tako omenjenega termina ni zasledila niti v sredstvih javnega obveščanja (npr. časopis, televizija, internet, itn). Dekleta verjetno razlikujejo med bulimijo in »kronično« bulimijo, ker so pri nekaterih dekletih opazila, da bruha vseskozi in že več let, pri drugih se je pa morda pojavljal drugačen vzorec bulimije (občasno bruhanje z obdobji normalnega prehranjevanja). Možno je, da so termin povezoval s trajanjem bruhanja (npr. kdor bruha v krajšem časovnem obdobju in potem popolnoma preneha, je zanje »samo« bulimik, kdor bruha dalj časa, pa je »kronični« bulimik.) Koreniliya Ferčak je napisala, da je težko

določiti in strokovno opredeliti »kronično« bulimijo. Tega termin pri njih ne uporabljajo. Predvideva, da dekleta uporabljajo laični izraz, ko bulimija traja dlje časa. S strokovnega vidika pa razume kroničen vidik predvsem kot dlje časa trajajoče in ponavljajoče se stanje bolezni oz. trajajočih, ponavljajočih se vzorcev vedenja, simptomov, ki lahko trajajo vse življenje. Je pa težko opredeliti, kdaj se začne »kronična« bulimija. Alja Fabjan navaja, da ker »kronična bulimija« (še) ni uvrščena med diagnoze, si lahko vsak razlaga po svoje, kdaj bulimija postane kronična in kdaj gre za težjo obliko bulimije (izraza sta po njenem mnenju tudi sopomenki). Karin Sernec pravi, da so motnje hranjenja kronične motnje. »Kronična« bulimija po njenem mnenju tudi pogovorno ne obstaja. Meni, da dekleta, ki uporabljajo ta termin, niso seznanjena s tem, kaj so motnje hranjenja in marsikaj rečejo. Do tega pridejo zaradi neznanja o tem terminu. To je tako kot na primer pri šestnajstletnici, ki pravi, da je vzrok za motnje hranjenja fant, ki ji je rekel, da dobro zgleda, ko je vitka. V resnici pa je to samo »kaplja čez rob«, kajti vse tri skupine – dejavniki, ki se prepletajo družinski (otročstvo), sociokulturni in biološko genetski so seštevki do subklinične slike motnje hranjenja. In en sam stavek, ki se ga dekleta zave, torej je na zavestnem nivoju, »da se je malo popravila«, ji pomeni vzrok za nastanek motnje hranjenja. Ana Ziherl je napisala, da se pri terminih eni uveljavijo bolj pogovorno med ljudmi, za strokovno uveljavitev pa mora obstajati neka potreba in nek konsenz med strokovnjaki. Nadalje piše, da je pri »kroničnih« bulimiji tveganje, kadar se osebe na motnje hranjenja prilagodijo tako, da jo obvladujejo vsaj toliko, da nekako shajajo v življenju. Ne delajo pa zares na okrevanju in razkrivanju ozadja motnje hranjenja, ki ga je potrebno obravnavati in drugače reševati probleme, kot jih poskušajo reševati z motnjo hranjenja. Večinoma jo preseneti, kako se telo adaptira na kronično motnjo hranjenja in telo uspe zdržati tak stres in destruktivno ravnanje s hrano na dolgi rok, če sicer dokaj dobro skrbijo za ostale potrebe telesa (počitek, dovolj tekočine, sicer zdrava in redna prehrana, tudi gibanje in sprostitve in dovolj spanja). Verjetno imajo te uporabnice že v osnovi boljše predispozicije za ohranitev zdravega telesnega stanja.

4.2.F Tipizacija/stopnja motnje.

Od devetih strokovnjakov štirje niso podali mnenja glede tipizacije/stopnje motnje, štirje pa so jo opredelile. Karin Sernec je mnenja, da ni delitve na hujšo in blažjo obliko bulimije nervoze. To ji zveni, kot da je vezana na simptome. Zanj ne obstajajo blaža, zmerna in huda oblika. Tudi ko terapevti v pogovornem jeziku za nekoga rečejo, da je »zaguljen«, se to ne nanaša na to, kolikokrat in koliko bruha. Huda oblika pomeni hudi vzroki, ki so pripeljali do vzroka in to pomeni, da bo terapija zanje trajala dalj časa. Nekateri na primer menijo, da bo tista, ki je najbolj suha, imela najbolj dolgotrajno zdravljenje, pa to sploh ni nujno. Po navadi so takšna dekleta visoko motivirana, jasno jim je, kaj jih je pripeljalo do vzroka in zato hitreje okrevajo. Enako velja za tiste, ki bruhamo. Če bruhamo bolj pogosto, to še ne pomeni, da bo terapija trajala dolgo časa. Ksenija Jovanovič pravi, da kronično pomeni nekaj, kar se ponavlja. Za vse, ki imajo težjo obliko bulimije, je značilno bruhanje po vsakem obroku. Bulimija je lahko v kombinaciji še s samopoškodbami, pretiranim uživanjem alkohola, kompulzivnim prenehanjem, samomorilnim mišljenjem itn. Metoda dela oziroma obravnave bulimije se v celoti ne spreminja za posamezno stopnjo odvisnosti (vsaj ona tega ne prakticira). Meni pa, da je nujno, da se način dela prilagodi vsakemu odvisniku posebej. Osebe, ki trpijo za težjo obliko bulimije, ponavadi potrebujejo več časa in truda za napredovanje. Kornelija Ferčak pravi, da rabijo tisti, ki imajo težjo obliko bulimije, več časa za zdravljenje, določeni vzorci vztrajajo dalj časa, čustveno doživljanje (lastno doživljanje sebe, svojega telesa, drugih ljudi ...) in čustveni zapleti so bolj kompleksni. Pri njih metode in obravnava niso posebej drugačne. Razlika je v tem, da je psihoterapevtski proces daljši in je več sodelovanja z zunanjimi institucijami, kadar gre za težjo obliko. Če je mogoče, pa poleg individualne obravnave predlagajo tudi skupinsko obliko dela. Alja Fabjan navaja primer – če bi sama govorila o »kronični« bulimiji, bi ta motnja navkljub ustreznemu zdravljenju trajala več let (npr. več kot pet) oziroma bi se večkrat izmenjavala obdobja remisije in močnih simptomov. Ker so motnje hranjenja ene bolj dolgotrajnih in težko ozdravljivih motenj, meni, da je treba ves čas terapevtskega zdravljenja imeti v mislih, da je povratek motnje mogoč. V teh primerih se je potrebno

osredotočiti na načine, kako to preprečiti ter na situacije, v katerih se to lahko zgodi. Torej ne glede na to, ali gre za prvo zdravljenje ali pa za ponovitev. Ana Ziherl je bolj pozorna, da ima drugačen pristop pri bolj "intenzivnih" oblikah bulimije – če je npr. bruhanje vsakodnevno, ali so odvajala v večjih količinah dnevno ali na dva do tri dni, jih bolj odločno napoti, da spremljajo svoje zdravstveno stanje tudi pri zdravniku in zobozdravniku. Kadar oceni, da je bolj ogroženo življenje in zdravje – kadar je sum na to, jo poleg vključitve v svetovanje odločno napoti tudi do zdravnika.

4.2.G Klasifikacija bulimije nervoze po zdravstvenih kriterijih.

Od devetih strokovnjakov je le šest strokovnjakov odgovorilo, ali uporabljajo klasifikacijo po zdravstvenih kriterijih. Od teh pa jo le tri strokovnjakinje uporabljajo pri svojem delu. Alja Fabjan, ki pravi, da največ uporablja diagnostiko po DSM-5, ločuje purgativni in nepurgativni tip bulimije (meni, da pri bulimiji nervozi ni nujno vključeno bruhanje in zloraba odvajal), ne pozna pa klasifikacije glede na število epizod čiščenja na teden. Karin Sernec glede klasifikacije bulimije nervoze navaja, da se za kratico ICD po WHO reče Mednarodna klasifikacija bolezni (10 revizija,) DSM-4 (zdaj je sicer že 5) pa je ameriška razdelitev, o kateri se strokovna javnost zelo prepira. Po tej naj bi na vsakem izvidu napisana šifra diagnoze, npr. šifra za duševne motnje je F. Mednarodna klasifikacija bolezni 10. revizija pa je stara nekje od 10 do 15 let. Problem vseh klasifikacij je, da je ta verzija narobe prevedena. Ko so jo prevajali, se pri nas še nihče ni posebej ukvarjal z motnjami hranjenja in so motnje hranjenja prevedli v motnje prehranjevanja, kar pa ni prav. Motnje prehranjevanja imamo občasno vsi, vsi se kdaj pa kdaj prenažemo, ne jemo ustrezno ipd., a to še niso duševne motnje. Tudi oblik motenj hranjenja se ne deli pravilno. MKB S 50.0 je anoreksija nervoza, po dogovoru z Evropo je restriktivna 50.1 netipična pa purgativna anoreksija – ni bruhanja po simptomu. F 50.2 je tipična bulimija nervoza, F 50.3 pa atipična bulimija nervoza – 11. Revizija bo to imela popravljeno, in sicer 50.2 bo purgativna bulimija in 50.3 bo nepurgativna bulimija, kar pomeni 1. faza prenažanja in 2. faza hiperaktivnost. Torej so vsi simptomi pri obeh oblikah motnje hranjenja. Eno obliko od druge pa ločujemo po indeksu telesne mase, in sicer

pod 17,5 je anoreksija nervoza, nad 18 in do 25 pa je bulimija nervoza. F 50.4 pa je kompulzivno prenehanje. V 11. Reviziji bosta vpisani tudi ortoreksija nervoza in bigoreksija nervoza. Ksenija Jovanovič pozna obe klasifikaciji, ki opredeljujeta bulimijo, vendar osebno ne postavlja stopenj. Meni, da je bruhanje pri bulimiji nujni sestavni del, kajti če oseba ne bruha, potem ne moremo govoriti o bulimiji ampak prej o kaki drugi odvisnosti od hrane (kompulzivnem prenehanju, anoreksiji, ortoreksiji ...). Meni tudi, da ni nujno, da je bruhanje vedno namerno izzvano, lahko je sproženo tudi refleksno. Navaja primer, ko se je bulimija prevesila v kompulzivno prenehanje. Se pravi, oseba ni nikoli več bruhal, se je pa še zmeraj prenehanja. V tem primeru ne govori več o bulimiji ampak o kompulzivnem prenehanju. Stroka, med drugim, pri bulimičnih osebah ločuje purgativni tip (obdobju prenehanja sledi bruhanje, jemanje odvajal in/ali diuretikov) in nepurgativni tip (obdobju prenehanja sledi obdobje stradanja, odklanjanje hrane ter pretirana telesna aktivnost). V praksi pravi, da se je izkazalo, da lahko oba tipa, tako purgativni tip kot tudi nepurgativni tip zasledimo pri eni sami bulimični osebi. Se pravi, oba tipa skupaj in ne ločeno. Oba se prepletata in v različnih obdobjih bulimije se kažeta v različnih intenzitetah. Kornelija Ferčak pravi, da klasifikacijo za bulimijo in DSM5 terapevti poznajo, ker jim je v pomoč pri njihovem delu, ne postavljajo pa tipizacije/stopnje motnje, ker zakonski in družinski terapevti naj ne bi postavljali diagnoze. Diagnozo dobijo dekleta pri zdravniku, psihiatru ... Na njihov predlog ali svojo lastno željo se potem vključijo v psihoterapevtski proces in jih obravnavajo na podlagi že postavljene diagnoze. Psihoterapija je dodatna pomoč pri zdravljenju motenj hranjenja, ne pa edina. Ana Ziherl pravi, da DSM ne upošteva popolnoma, ker je ne zanima toliko za diagnozo, kot to, kako pogosto to počne (zanima jo predvsem, da ve ali jo mora nujno ali ne tako nujno napotiti še k zdravniku). Pomembno ji je, da sliši, kako sama definira svoj problem, seveda pa se o tem pogovorita tudi v začetku svetovanja. Tedaj ji razloži tudi svoj pogled na to. Zanj je bulimija prisotna takrat, ko se oseba preneha, potem pa uporablja eno od metod za "čiščenje" oz. preprečevanje negativnih posledic preveč zaužite hrane – lahko je prisotno bruhanje, odvajala, preveč športa ali bljuvanje hrane ali kar ji povedo, da zlorabljajo v ta namen. Vpraša jih tudi glede telesne teže, sicer pa je bolj pozorna na to, da oceni, ali je na meji zelo nizke teže, ki bi lahko

ogrožala zdravje - da se potem pogovorita, ali ima anoreksijo ali bulimijo- po njeni oceni in glede na ITM. Anja Reljič Prinčič navaja, da uporablja klasifikacijo ICD-10 za bulimijo nervozo. Pravi še, da pri bulimiji nervozi bruhanje ni vedno sestavni del, lahko zlorablja odvajala ali telesno aktivnost. To počnejo zato, da se na en način znebijo odvečnih kalorij.

4.2.H Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

Od devetih strokovnjakinj jih šest ni odgovorilo na vprašanje glede kriterijev za stopnjo motnje hranjenja, tri pa so opisale kriterije za motnje hranjenja. Ana Hram je navedla, da imajo posebne kriterije. Posameznika gledajo predvsem kot na človeka, ki trpi. Glavni kriterij je, poškodba bivanjske razsežnosti in globoko trpljenje. So pa z dr. Vito Poštuvan, univ.dipl.psih. in dr. Jožetom Ramovšem razvili poseben vprašalnik, kjer dobijo mnogo informacij in smernikov za okrevanje osebe in vzroke za razvoj motnje. Ana Fabjan pravi, da če bi sama govorila o »kronični« bulimiji, bi bilo to morda v primerih, ko bi motnja vztrajala več let (npr. več kot pet) navkljub ustreznemu zdravljenju, oziroma bi se večkrat izmenjavala obdobja remisije in močnih simptomov. Za Ano Ziherl je bulimija prisotna takrat, ko se oseba prenažeda, potem pa uporablja eno od metod za "čiščenje" oz. preprečevanje negativnih posledic preveč zaužite hrane - lahko je prisotno bruhanje, ali odvajala, ali preveč športa ali bljuvanje hrane ali kar ji pač povedo, da zlorablja v ta namen. Kriterij za "kronično" bulimijo pa opredeli z leti trajajočo motnjo (osem, deset ali več let) in so po navadi tudi že dale skozi kar nekaj oblik pomoči.

4.2.I Okrevanje.

Od devetih strokovnjakinj dve nista navedli, kaj se jima zdi ključno za čim hitrejše okrevanje od bulimije nervoze. Ana Hram meni, da je pri tem ključno: ali ima oseba, ki svetuje dovolj vseobsegajočega znanja za urejanje motnje hranjenja; in ali ima namero pomagati osebi z motnjo hranjenja, ali je to zgolj njeno delo, prostovoljstvo; ali je nekoč sama imela indice, ipd.; ali se zavzame za osebo in ji v ključnih prebojnih trenutkih stoji ob strani; ali ozavešti (prizemlji) njene starše in ne dovoli več nikakršnih zlorab in zamenjav vlog; ali jim jasno pove, kaj je nedovoljeno in nedopustno in pri tem tudi skozi

okrevanja vztraja; in ali ji je mar. Ksenija Jovanovič pravi, da obolele za bulimijo nervozo ne more nihče pozdraviti, če si sami tega ne želijo in če niso na to pripravljeni. Res je, da sami niso krivi, ker so zboleli. Če smo iskreni, nihče si ne želi imeti bulimije ali anoreksije, vendar so tudi te osebe same odgovorne za svoje življenje, za posledice svojih odločitev. Od njih je odvisno ali se bodo še naprej zatekali v bolezen ali bodo ozdravili. Potrebna sta trdna odločitev in brezpogojno sodelovanje obolelega po eni strani in pa, seveda, pravilno svetovanje ali pravilna terapijska usmeritev, po drugi. Ključno je, da je oseba pripravljena na mučen proces zdravljenja, na spremembe, na prevzgojo, da je pripravljena sodelovati in predvsem, kljub morebitnim spodrslijajem, vztrajati na poti ozdravitve. Proces ozdravitve primerja s študijem na fakulteti. Če študent porabi ogromno svojega časa, energije, truda, volje in samodiscipline za študij, bo študij najverjetneje uspešno tudi zaključil. Nič drugače ni tudi z bulimijo. Veliko truda prinese ozdravitev, malo truda je dovolj le za popravni izpit. Terapevt pa ne more vedeti ali je obolela oseba popolnoma ozdravljena- to svetovalcu ali terapevtu ponosno pove oseba, ki se je zdravila. Kornelija Ferčak pravi, da je zdravljenje bulimije od osebe do osebe zelo različno. Najpomembnejši dejavniki, ki pomagajo pri hitrejšem okrevanju, zdravljenju pa meni, da so: osebna odločitev, notranja motivacija, pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju, podpora, razumevanje in sodelovanje družine, svojcev, prijateljev. Znaki, ki po njenem mnenju kažejo na ozdravitev so: večje zaupanje vase, spremembe v mišljenju, čustvovanju, vedenju, normalno prehranjevanje, zdrave prehranjevalne navade, boljši odnosi in zadovoljstvo s svojim življenjem. Alja Fabjan navaja, da je prva ključna stvar želja in motiviranost posameznika za to, da bi ozdravel. Ključna je psihoterapevtska pomoč, ter zdravljenje z antidepressivi, če gre vzporedno tudi za depresijo. Potrebna in zaželena je tudi podpora in razumevanje okolice, bližnjih, največ pa je seveda odvisno od lastne aktivnosti (raziskovanje sebe, vzrokov, vedenjske spremembe ipd.). Oseba je po njenem mnenju ozdravljena, ko zanjo ne veljajo več kriteriji iz DSM V, ko se preneha preobremenjenost s hrano in se lahko sproščeno posveča drugim področjem življenja. Karin Sernek pravi, da je ključ za čim hitrejšo okrevanje lastna motivacija, ne pa jakost simptomov, to pomeni, če si dekle želi okrevati. Definicija ozdravljenja je odsotnost ali manj prisotnosti

simptomov. Pogovorno bi rekla, da je to tedaj, ko se človek dobro počuti, ima ustrezno samopodobo in ustrezno psihosocialno funkcioniranje, da ustrezno opravlja vse svoje vloge, ki jih ima. Ana Ziherl meni, da je hitrejše okrevanje odvisno od veliko dejavnikov. Npr. socialna mreža uporabnice, koliko je ranjena iz otroštva, kako so se starši odzivali na njene potrebe v najzgodnejših treh letih, ali je bila ključna oseba v njenem otroštvu, ki ji je lahko zaupala in je skrbela za njo, koliko ima nekih dejavnosti in ljudi, ki so ji v oporo, koliko prepoznavajo svoje potrebe in čustva in jih uspeva sprejemati kot del življenja, pa tudi da se uči s temi ravnati konstruktivno... Za ozdravljivost pa meni, da ni pomembno le odsotnost destruktivnega odnosa do hrane, ampak tudi, da se problemov loteva bolj konstruktivno, da se postavi zase, da poišče podporo ali tolažbo, ko rabi, da se zna pohvalit, da se loti nečesa, kar je njena strast, da bolj neposredno izraža svoja čustva in potrebe, tudi bolj konstruktivno in tudi, česar je najbolj vesela, da izraža neko samozavest ali veselje do življenja, da govori počasi vse manj o hrani in več o svojem življenju, svojih čustvih in potrebah in kaj jo veseli in kako se spopadati s stvarmi, ki so ji naporene, pa niso hrana... Anja Reljič Prinčič meni, da je dekle ozdravljeno takrat, ko je zadovoljna s seboj, ko sprejme tudi svoje negativne stvari in ko sprejme svojo težo in se s težo ne obremenjuje več. Meni tudi, da lahko kasneje, kadar je stres prevelik, v tistem trenutku odreagira z bruhanjem, vendar gre potem počasi spet po svoji poti naprej.

5. RAZPRAVA

V razpravi se bova najprej osredotočili na podobnosti in razlike, ki sta jih imeli Maja in Tina v vseh dejavnikih (opisanih zgoraj v teoretičnem delu diplome), ki so kakorkoli vplivali na razvoj bulimije nervoze. Poskušale bova pokazati, da je med njima razlika v trajanju okrevanja, da obstaja dolgotrajno zdravljenje, in razložiti, kaj bi dolgotrajnemu zdravljenju lahko bil vzrok. Vse to bova poskušali pokazati z namenom, da se za ta dekleta začne raziskovati, iskati drugačne, njim primernejše načine in pristope zdravljenja.

V drugem delu razprave (prvotni namen ankete je bil ugotoviti, ali to, kar sva predvidevali glede dolgotrajnega zdravljenja, ugotavljajo oz. vedo tudi terapevti in na podlagi tega tem dekletom nudijo drugačen pristop) pa se bova osredotočili na to, kako anketirani strokovnjaki uporabljajo klasifikacijo bulimije nervoze po zdravstvenih kriterijih. Ali poznajo termin "kronična bulimija"/ "povratnice" in ali ga uporabljajo v delovnem jeziku. Ali sploh delijo na hujšo in blažjo obliko bulimije nervoze, kakšen je njihov časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje in kako ga vidijo kot kroničnega. Zakaj se nekatera dekleta dolgotrajno zdravijo in kaj bi bilo potrebno za hitrejše okrevanje ter kakšne pristope imajo za takšne uporabnike oz. kakšni menijo, da bi zanje morali biti. Ob tem pa bova poskušali še pokazati, da je glede zgoraj napisanega razlika tudi med psihoterapevtsko oz. socialno delavsko stroko in zdravstveno stroko. Na koncu razprave bova podali še osebno mnenje glede razprave strokovnjakov.

5.1 RAZPRAVA ŠTUDIJ PRIMERA

Družinske razmere in s tem povezani dejavniki tveganja

Glede na to, da so dejavniki tveganja zelo pomembni, sva bili pri analizi študij primera še posebej pozorni na okoliščine, ki sta ju bili Maja in Tina deležni v primarni družini. Zaznali sva, da so v obeh **družinah** imeli slabo komunikacijo, saj se čustva niso smela izkazovati in se tudi sami nista smeli izražati. *Ravno nasprotno pa opisuje V. Satir, ko pravi, kako pomembna je sposobnost*

kongruentnega komuniciranja, torej, zmožnost izraziti sporočilo o tem, kaj čutim, kaj si želim, kaj potrebujem. (V. Satir, v Čačinovič Vogrinčič, 1998).

Sprožilni dejavnik in s tem povezana slaba samopodoba

Zelo veliko razliko sva opazili pri **sprožilnem dejavniku**. Pri Maji je bil ta dejavnik konec razmerja s tedanjim fantom, Tina pa je bila spolno zlorabljena s strani znanca, kar jo je sprva privedlo do prenehanja. *To dejstvo pa »opravičuje« Anina Derkovič (2014), ko piše: »Za odvečnimi kilogrami se po navadi skrivajo neizražena ali globoko potlačena čustva. Poseganje po hrani lahko služi kot regulator bolečine, razočaranja ter drugih »negativnih« občutij, kot so jeza, praznina, osamljenost, itd. ... Lahko so to čustva, ki so vezana na pretekle dogodke in se, npr. v otroštvu, zaradi njihove silovitosti z njimi nismo bili sposobno soočiti. Lahko so to stare zamere, izdajstva, občutki razgaljenosti ali bolečine, ker smo bili nemočni ali so bile naše meje nespoštovane.«*

Kmalu potem, ko je bila Tina nezadovoljna s prekomerno težo, je v ključnem trenutku, ko je potrebovala tolažbo, dobila zgled polbrata, kako se poslužuje bruhanja. Tedaj si je tudi sama izbrala tak način praznjenja negativnih čustev, ki so se ji posledično nabrala. *Kot piše Čačinovič Vogrinčič (1998) vsak človek sprejme in obvlada tista čustva, ki jih »sme« sprejeti in obvladati v družini. Po Skyneerju pa za zaslon skriva (izrine) tista čustva, ob katerih doživi travmo ali stres, ali pa tista, ki v njegovi družini niso sprejeta in povzročajo napetost in vznemirjenje. Posluževati se je začela tudi promiskuitetnega vedenja; na splošno do telesa ni imela primernega odnosa, čutila je nelagodje in sovražila svoje telo, v katerem se je počutila utesnjeno. Bass in Davis: (1998: 64) "Zasvojenost je po navadi samodestruktivna. Morda ste zasvojeni z zapletanjem v nevarnosti in krizne situacije ali s spolnostjo. Morda ste se obrnili k drogi, alkoholu ali hrani, da bi utišali spomine in otopili občutke ..." Če je bila zloraba edini način, da ste v otroštvu navezovali telesne stike, morda še vedno iščete bližino le s spolnostjo. Lahko se predate promiskuiteti oziroma s spolnostjo zadovoljujete nespolne potrebe."*

Maja pa je po razhodu s fantom preusmerila vso pozornost nase in začela intenzivno hujšati. Izolirala se je od okolice, ljudi, bližnjih in se zaprla vase.

Meniva, da je tako kot Tina tudi Maja, ko ni zmogla več zadrževati negativnih čustev, ki so se ji nabrala, začela po treh letih hujšanja bruhati. Obe sta imeli **slabo samopodobo**. Pri Maji je nemir povzročal, da se ni sprejemala in ni mogla biti sama s seboj. Tudi Maja ni imela primernega odnosa do telesa, sama sebi se je gnusila, tepla se je. Tudi sama sebe se ni zmogla dotikati, sploh pa ne po trebuhu. Tina je bila polna sovraštva do sebe in drugih, obremenjevala se je zaradi svojega videza, počutila se je debelo, zanemarjeno in manjvredno. Imela je občutek, da jo vsi »gledajo postrani«. *Bass in Laura Davis (1998) pišeta, da je jeza naraven odziv na zlorabo, ker ko so bile zlorabljene, niso mogle doživeti in izraziti besa ter delovati v skladu z njim. Namesto da bi bile jezne na osebo ali ljudi, ki so jo zlorabili, so se zatekle k nekakšni kombinaciji zanikanja in sprevračanja jeze. In eden od načinov, kako so ženske preživele spolno zlorabo, je, da so se odmaknile od svoje jeze in se poistovetile s storilčevim načinom dojenja in popolnoma izgubile stik s sabo in s svojimi občutji.* Mnenja je bila, da bo, ko uredi težo in to "bezljanje" s hrano, vse v redu.

Zgled kot možni način reševanja stiske

Maja je kot **zgled** za motnjo hranjenja navedla svojo prijateljico in izkušnjo, ko jo je videla, kako je šla po zaužiti hrani bruhat, češ da je na dieti in se ne sme zrediti. Navedla je tudi izkušnjo iz EMH-ja, ko je videla sostanovalko, kako hodi bruhat. Spomni pa se tudi prizora dekleta, ki je bila že vsa "zelena" v glavo, komaj je še stala, a je še vedno šla po tablete, da se po infuziji ne bi zredila... Pri Tini je bil zgled polbrat, ko je bila ona še v osnovni šoli. Tedaj ga je videla, kako po kosilu bruha. Ujela ga je v kopalnici z eno roko v ustih, ko je visel nad školjko. Pri tem dejanju ga je zalotila še večkrat. Med terapijo je ob zgodbah drugih prepoznala sebe. Sprašuje se, ali so res vse okrevale, kajti pozna dekle iz njene skupine, ki je sicer rekla, da je popolnoma okrevala, a ve, da se še vedno poslužuje bruhanja: "Morda pa je takih več in so to sprejele kot način življenja?" *Saša Šolc (2012) piše, da motnje hranjenja govorijo o zavednih in nezavednih sporočilih, ki jih sprejemamo v zvezi s seboj in s svojim telesom, o preživetem otroštvu, navadah hranjenja, o družbah, ki si ustvarjajo dobičke z različnimi odvisnostmi, o ustvarjanju lepih teles, ki naj bi zabrisala negativno pridobljeno identiteto, o samonadzorovanju*

in samokaznovanju. Povezave so s hrano in učenjem, kako naj človek uporablja hrano. Da ta postane spet užitek, ne trpljenje, ter kako naj začne živeti v svojem telesu, ne da bi preveč razmišljal o tem, kakšno postavo in telesno maso mora imeti.

Hude stiske: opustitev šolanja, nihanje simptomov bulimije in posledice bulimije

Obema je skupno, da sta v času napredovanja bulimije nervoze opustili šolanje, kar je ob njunih družinskih težavah tudi velikega pomena, saj kot piše Čačinovič Vogrinčič (2008:35) »šola nikoli ni le prostor za učenje. V njej se naučiš obvladati življenje, o sebi in življenju se začneš učiti v njej. V dobrem in slabem. Nihče ne more učenca – človeka obvarovati pred slabimi izkušnjami, bolečino in razočaranjem. Vendar je pomembno, da šola učencu omogoči dovolj dobrih izkušenj, da bo iz nje stopil ves opolnomočen, ustvarjalen, z vedenjem o tem, kaj zmore in česa ne ... šola vzgaja in uči o življenju.« Opomni pa tudi, da je šola včasih edini prostor, kjer bi učenec občutek lastne vrednosti in odpornosti lahko razvil. Značilnosti odpornega otroka imajo velik pomen, sem pa spadajo socialna kompetentnost, veščine za odpravljanje problemov, neodvisnost in občutek smisla in prihodnosti. Da bi otrok pridobil odpornost in bil življenju kos, pa mora dobiti dovolj izkušenj z doživljanjem, soustvarjanjem. Avtonomija in občutek lastne vrednosti pa omogočata otroku, da načrtuje prihodnost. Kar pa je izrednega pomena in ob tem avtorica citira Pfeifferja-Schaupa: »Če ne veš, kam hočeš priti, se ti ni treba bati, da bi kdaj prispel.« (v Čačinovič Vogrinčič 2008:41). Maja je šolanje opustila v času **študija** na fakulteti, Tina pa je iz odličnjakinje v osnovni šoli na gimnaziji po spolni zlorabi ponavljala prvi letnik. Že takrat je večkrat zelo dolgo stradala in zato postala tako utrujena, da ni mogla več slediti pouku. V drugem letniku so jo premestili na drugo šolo, kjer je letnik s popravnimi izpiti komaj naredila, nato pa za več let pustila srednjo šolo, medtem ko se je borila z bulimijo nervozo. "Ko se simptomi intenzivirajo, posamezniki z motnjo hranjenja vse težje usklajujejo učne obveznosti in rituale, s katerimi vzdržujejo motnjo hranjenja (pogosto hranjenje ali ukvarjanje z dejavnostmi, ki znižujejo ali vzdržujejo nizko telesno maso). Pretežni del dneva so okupirani z nadzorom hranjenja in/ali pretirano dejavnostjo, kar vodi v utrujenost, nezbranost, motnje

spanja in počasi v izgubo motiviranosti za učenje. Vedno pogostejše izostajajo od pouka, ne hodijo na predavanja in se posledično bojijo, da snovi ne bodo obvladali, zaradi česar jim je še težje oditi v šolo ali na predavanja. Zaradi telesnega videza (nizka telesna masa) se lahko zgodi, da se začnejo izogibati sovrstnikov v strahu, da jih ti ne bi zasmehovali. Tako pogosto raje ostajajo doma in predelujejo učno snov ali študijsko gradivo. Socialna izolacija predstavlja dodatno oviro za kakovostno vključevanje posameznikov z motnjo hranjenja v sam učni in študijski proces in vpliva na čustveni razvoj posameznika. V posameznike se naseli strah, da zaradi bolezni ne bodo zmogli opraviti šolskih ali študijskih obveznosti. Za enako dobre učne rezultate potrebujejo vedno večje vložke, saj jim obvladovanje simptomov bolezni vzame vedno več časa. Padec na izpitu ali že "manj dobra" ocena jim pomeni katastrofo. Ob tem začnejo dvomiti vase in v svoje sposobnosti," piše Čarapić (2012).

Pri obeh sva prepoznali enake **simptome bulimije** nervoze: prenajedanje, kontrola vnosa hrane, bruhanje, telovadbe in jemanja poživil. Razlika, ki sva jo prepoznali iz intervjujev, je bila, da je Tina imela največ težav s prenajedanjem in potem sledečimi rituali, medtem ko se je Maja ves čas bojevala, ali bo jedla ali ne. Ko je vstala, je bila njena prva misel, da bo šla kolesarit, da ne bo mislila na hrano.

Kot **posledico bulimije** sva pri Maji spoznali, da se je socialno precej izolirala, se zaprla vase. Imela je občutek, da vsi vedo, kaj se z njo dogaja. Z nikomer ni upala iti na kosilo, ker ni vedela, kaj se bo zgodilo, če ne bo mogla bruhati. Tudi kadar je šla ven, ni bila "prisotna", saj je bilo zanjo zelo mučno, če je bila na mizi hrana. Imela je občutek, da ni imela kontrole nad seboj, nad življenjem. Izolacija ji je dala občutek varnosti. Tina se je sprva zaradi posledic bulimije počutila polna energije, brez slabih občutij. Počutila se je srečno, priljubljeno in popularno (navkljub prenajedanju je zaradi bruhanja izgubljala kilograme). Podobne občutke ji je dajalo tudi promiskuitetno vedenje. To je trajalo, dokler se ni zaljubila v enega od teh fantov, ki ji je povedal, da jo je imel le za seks, saj naj za kaj drugega ne bi bila vredna. S promiskuitetnim vedenjem, ki sva ga zaznali kot del zasvojenosti, je tlačila negativne občutke. Verjetno je zato imela večjo tendenco po druženju, bližini

in deljenju občutij, ki jih je prepoznala v sebi kot srečo, priljubljenost in popularnost. Ob tem, kar ji je povedal ta fant, se ji je zdelo, da se ji je podrl svet in simptomi bulimije so se ojačali. Ni mogla več ustaviti kroga prenajedanja in bruhanja, saj se ji je teža povečevala, vedno bolj je bila utrujena, depresivna, pojavljale so se ji tudi samomorilne in obsesivne misli. Ko se je s fantom preselila, je začela zlorabljati še ecstasy, in sicer predvsem v namene, da utopi občutek lakote. Dajal pa ji je tudi nepopisen občutek sreče. Tudi tedaj se ni socialno izolirala kot Maja, temveč se je v družbi počutila priljubljeno in zdelo se ji je, kot da so ena velika družina, polna topline in sreče, ki jo sama ni imela. Izolirala se je zgolj, kadar se je počutila predebelo. Takrat se je raje izogibala vsem stikom in je ostajala med štirimi stenami. Po nekaj letih, ko noben ecstasy ni imel več enakega učinka kot včasih in so se spet pojavili lakota, utrujenost in depresija (vzroke za težave je iskala od zunaj) se je zgodil preobrat. Pustila je tedanjega fanta, ker je mislila, da je on kriv, da jo je "potegnil" v drogo – *slednje lahko po Požarniku (1978) umestiva kot racionalizacijo (zaščitni mehanizem duševnosti), ki je ena izmed oblik reagiranja na duševne probleme in stiske. O njej pa govori, kadar skuša nekdo razumsko opravičevati svoj neuspeh ali nemoč in zvaliti krivdo na druge. Odločila se je za zdravljenje. Bass in Laura (1998) pišeta, da se veliko žensk, ki so preživele spolno zlorabo, spomni te, ko se streznijo, prenehajo uživati drogo ali prenehajo prisilno jesti. Te in druge vrste zasvojenosti lahko učinkovito onemogočijo spominjanje zlorabe, ko pa prenehajo, spomini pogosto pridejo na površje.*

Preživeti iz dneva v dan: bulimija nevroza kot strategija preživetja, razvoj pridruženih motenj in ujetost v začaranem krogu zasvojenosti

Na začetku je bulimija nervoza obema dekletoma predstavljala **strategijo preživetja**, kot piše Aleksandra Rožman (2013), uni. dipl. soc. de. doktr. zakonske in družinske terapije in zastopnica Svetovalnice za motnje hranjenja Introspekta, obremenjevanje s hrano, težo ali obliko telesa služi kot mehanizem nezavednega preusmerjanja pozornosti od bolečega duševnega doživljanja. Ti človeku pomagajo preživeti napetost, ki se nabira v njegovi duševnosti. Posamezniku daje občutek, da lahko nadzoruje svoje počutje. Avtorica govori o razviti motnji hranjenja, kjer se posamezniku nabirajo

psihične vsebine z vsemi težkimi čutenji, ki jih ni zmogel občutiti, izraziti in predelati. Tako so se v posameznikovi duševnosti shranjevale dolgoletna jeza, žalost, razočaranje, obup. Maja ni vedela, od kod prihaja refleks bruhanja oz. bulimija, uporabljala ga je, da se ni počutila noro, Tini pa so rituali omogočali, da se je na ta način po njenem mnenju izpraznila vsega negativnega občutenja, zaradi česar si ne bi mogla predstavljati življenja brez njega.

Obe sta navedli **nekaj pridruženih motenj**, na primer da sta imeli obsesivne misli, da sta zakleti oz. obsedeni s hudičem. Maja je bila precej impulzivna, večkrat se sploh ni spomnila, kako je prišla domov s polnimi vrečkami hrane. S Tino je bilo huje. Bila je precej utrujena in depresivna, spopadala se je z občutkom tesnobe, depresijo in raznimi boleznimi, pojavljale so se ji tudi obsesivne in samomorilne misli. *Stanja, ki jih opisuje tudi Rožmanova (prav tam: 48), kjer zaradi povečane emocionalne napetosti :» ... posameznik vedno znova zapada v raznovrstna neprijetna razpoloženja (npr. depresivnost, tesnoba, razdražljivost, impulzivnost). Vse onemogočajo sproščeno in spontano bivanje. S tem se posameznikova nemoč povečuje. Dolgotrajne duševne stiske vedno povzročajo nezadovoljstvo z doživljanjem sebe, negativno samopodobo...posameznik zaradi duševne razbolelosti in bolečega doživljanja sebe potrebuje način hranjenja za redno nadzorovanje svojega počutja. Motnja hranjenja mu služi kot strategija preživetja, ki omogoča, da lažje preživi dan.«*

Pri obeh sva mnenja, da bi lahko govorili o **začaranem krogu zasvojenosti**. Pri Maji, ko opisuje, kako je potekal njen dan. Zjutraj je navsezgodaj vstala in se zbudila zelo lačna. Takoj je šla kolesariti, da je preusmerila misli in da se ji ob misli na hrano ne bi zmešalo. Potem je spila kak kozarec mleka in odšla v službo. Tam je neprestano razmišljala, da bi si šla nakupiti veliko hrane in po notranjem boju z mislimi je v trgovini že imela poln voziček hrane. Opiše: "Vse poješ, greš bruhat, spet jokaš in rečeš jutri bo pa bolje, bom pa začela zdravo jesti ... In tako se sklene začaran krog." Pri Tini pa bi lahko rekli, da gre za začarani krog zasvojenosti že, ko opisuje dinamiko življenja v svoji primarni družini, kjer sta imela mama in polbrat večne težave s prekomerno težo oz. večnim izmenjavanjem hujšanja in prenajedanja. Meniva, da je stvari precej

zracionalizirala, saj je po spolni zlorabi mislila, da je zelo popularna in priljubljena, ker je zamenjala veliko različnih spolnih partnerjev. Ob bulimiji je čutila neko vzvišenost, adrenalin, ki ga prej ni čutila in dolgo časa je bila s tem zadovoljna, ni pa mogla več ustaviti kroga prenajedanja in bruhanja. Vse se je vrtelo okoli bulimije, in sicer ritualov prenajedanja, bruhanja, odvajal, telovadbe in poživil. Prihodnosti jo je strah, zato si je ne upa preveč načrtovati. Boji se, da se ne bo nič spremenilo in hkrati se boji sprememb: "... vem, da je to paradoks, ampak tako paradoksalno je moje življenje. Pridejo dnevi, ko se **zasanjam**, da bi spoznala svojega »mega« dobrega bodočega moža in da bi bili »mega« dobra družinica, potem pa si skušam zamisliti, kako bi to »zgledalo«, pa se vse podre, saj nimam najmanjše ideje, kako bi to moralo biti, da bi bilo idealno, ker tega sama nisem imela." *Jelen Lea (2007:32:17–19) piše:* "Domišljija in sanjarjenje, ko izgubiš domišljijo in sposobnost sanjarjenja, izgubiš svojo otroško dušo. Sanjarjenje povezujemo z umetnostjo in ustvarjalnostjo. Ali ni čisto dobro včasih malo sanjariti? Da. A nekateri ljudje se tako umikajo iz življenja, čedalje več časa preživijo v vzporednem svetu navidezne resničnosti. Sanjarjenje postane kot droga, z vsemi psihičnimi in socialnimi posledicami, ali bežanje v navidezen svet postaja drogiranje številka ena?"

Pri njiju sva zaznali tudi druge zasvojenosti, in sicer sta imeli obe težave s kompulzivnim nakupovanjem, obe sta kadili, Maja se je posluževala tudi alkohola in canabisa, Tina pa raznih poživil, ectasya in podobnih drog. *Bass in Davis (1998) pišeta, da ženske, ki so bile spolno zlorabljene, pogosto poskušajo obvladati svojo notranjo bolečino z raznimi vrstami zasvojenosti.*"

"Vedenjsko kognitivni model razlaga, kako se osebe z bulimijo nervozo in kompulzivnim prenajedanjem vrtijo v začaranem krogu. Ko se oseba odpoveduje hrani z dietami ali pa hrano na neustrezne načine izloči, svoje telo oropa energije. Nato zaužije hrano, ki jo ima po svojih dietnih načelih za prepovedano, kar jo privede do občutkov krivde. Zato se ponovno odpoveduje hrani ali jo izloči na neustrezne načine. Tako se začarani krog nadaljuje, " piše Šolc (2012: 112).

V Droge tvoj vodnik piše v članku “O katerih drogah govorimo in koga zanimajo”, da vse vrste marihuane vplivajo na človeka tako, da spreminjajo delovanje možganov. Po kajenju se želeni učinki lahko prepletajo z nezaželenimi, na primer spreminjanje razpoloženja na boljše in nasprotno, nekateri ljudje pa ne občutijo ničesar. Najpogostejši učinki so: sprostitvev, popestritev zavor, veselje, občutek, da čas teče počasneje, zaspanost, spremembe čutnega zaznavanja in težave pri zapletenih funkcijah, kot so jasno izražanje, kratkotrajni spomin, sposobnost koncentracije in učni procesi. Marihuana lahko zmede običajno delovanje možganov, v stanju vzhičenosti trpi učinkovitost v šoli, pri športu in drugih dejavnostih, obstaja tudi večja verjetnost za napake, ob pogosti uporabi pa lahko prihaja do izgubljanja interesa za napredovanje v šoli, pri delu in za vzdrževanje videza posameznika. Za ekstazi piše, da ta lahko vsebuje mešanico drog in da gre največkrat za stimulativne droge, kot so amfetamini, efedrin in kofein. Amfetamini med drugim povzročajo tudi pomanjkanje apetita. Psihološki učinki ekstazija so družabnost, zanos, evforija, povečan občutek samospoštovanja, popustitev zavor, zgovornost ... Zanimivo je, da ga je leta 1912 odkrila farmacevtska družba, ko je iskala zdravilo za zmanjševanje apetita, vendar ga je zaradi psihoaktivnih učinkov opustila. Dokler ni bilo znanstvenih raziskav, so ekstazi predstavljali kot čisto in nenevarno drogo. Ne glede na to, pa so poškodbe, ki so jih utrpeli nekateri uživalci, in tudi študije, ki so bile opravljene konec devetdesetih, odkrile tveganje za zdravje, predvsem pa nepredvidljive posledice za živčni sistem. Na psihološki ravni so najresnejša tveganja pri daljšem jemanju ekstazija tesnobna kriza, depresivne motnje in psihotične spremembe.

Pot od zdravljenja do okrevanja

Zanimivo je, da sta obe **pričakovali od zdravljenja** predvsem to, da se jima bo po okrevanju spremenil odnos do hrane. Maja si je želela nehati bruhati in se v varnem okolju ukvarjati s seboj, Tina pa si je želela naučiti, kako prav jesti in ostati primerno težka.

Potek zdravljenja in iskani načini okrevanja:

	MAJA		TINA
1	Skupinska terapija pri dr. Anji Reljič Prinčič, dr. med. spec. psihiatrije	1	Skupinska terapija pri dr. Anji Reljič Prinčič, dr. med. spec. psihiatrije
2	EMH	2	Psihoterapija
3	Zunanje skupine	3	EMH
4	Meditacije, sproščanje, joga	4	Homeopatska in ajurvedska pomoč, pomoč bioenergetika
5	Meditacija v tišini trikrat	5	Društvo Sprememba v srcu
		6	Muza
		7	Skupina prekomernih jedcev, Al-anon, tečaji, hipnoza, joga, molitve
		8	Ženska svetovalnica
		9	Skupinska terapija pri dr. Anji Reljič Prinčič,
		10	Prostovoljna terapevtka na Karitasu

Tabela 3: Potek zdravljenja in iskani načini okrevanja

Ko se je bulimija nervoza pojavila pri Tini in ko je iskala odgovore v zvezi z motnjo, pri nas še ni bilo toliko literature. Zato je bila srečna, ko je v reviji Antena našla prvi članek na to temo. Napisala ga je gospa Serbec (je ena izmed prvih strokovnjakinj pri nas, ki se je ukvarjala z motnjami hranjenja) in tedaj ji je tudi pisala v želji, da dobi odgovore na to, kaj se ji dogaja in kaj naj stori. Potrdila ji je, da ima bulimijo nervozo in jo povabila na razgovor. Ko je Maja iskala podobne odgovore, jih je takrat že uspela najti na spletu, na forumu. Povezala se je tudi dekletom s foruma, ki jo je glede bolezni in zdravljenja informirala. Po enem mesecu je poiskala pomoč in začela s skupinsko terapijo pri dr. Anji Reljič Prinčič, dr. med. spec. psihiatrije, kjer se ji je zdela skupina preveč razpuščena. Še vedno je hodila domov bruhat in ni imela moči za kontrolo nad sabo. *Kadis (v P.Praper 2008) navaja in opisuje*

zaprto terapevtsko skupino s stalnim članstvom, ki je po njegovem sestavljena tako, da terapevt v času sestavljanja z vsakim članom doseže dogovor, da bo točno in redno prihajal skozi dogovorjeni čas. To pa je lahko od nekaj mesecev do nekaj let. Loči pa tudi občasno odprto skupino članom, ki terapevtu omogoča, da v določenih intervalih skozi obnovljen dogovor izpeljejo spremembo – kateri od članov se lahko preusmeri drugam ali zaključi, terapevt pa tudi lahko koga zaključi ali preusmeri na novo. Maja je pa dobila informacijo, da obstaja EMH, kamor je potem tudi odšla. Tudi Tina je poiskala pomoč v individualni in skupinski terapiji pri dr. Anji Reljič Prinčič, dr. med. spec. psihiatrije, kjer se je skupina sestajala enkrat tedensko skozi vse leto, in pomoč psihoterapevta. Nadalje piše Peter Praper (2008: 170):

”Skupina s stalnim članstvom je navadno homogena skupina, ki mora že zaradi narave motenosti izpeljati določen program. Takšen primer so skupine oseb s prekomerno težo, ki se vključijo v program ...” Tu je po nekaj okrevanjih prvič spregovorila in začela predelovati spolno zlorabo, obenem je dobila zdravila zaradi depresije. Bilo ji je hudo, po njenih navedbah je začela ponovno čutiti, kar je bilo vsa ta leta očitno potlačeno v njej. *”Otrok je posamezne prestopke, nejasen in ogrožajoč odnos s storilcem med samim trajanjem zlorabe poskušal prestajati na dva načina: najprej se je boril proti lastnim utesnjujočim, pogosto paničnim občutkom nemoči, strahu, izpostavljenosti in gnusa, proti želji po begu. Te občutke je “potiskal”, jih tajil pred samim seboj, nehal čutiti samega sebe, da mu ne bi bilo treba čutiti nebogljenosti. Potem se je naučil dvomiti v lastno zaznavanje in dogodke ..., “pišeta Mathias Waiss in Ingrid Galle (2001:118).* Ker ji je bilo najverjetneje prehudo (spopadala se je s tesnobo, depresijo, drugimi boleznimi), so jo na njeno željo sprejeli tudi na EMH. Vendar po njenem mnenju to zanjo v tistem trenutku ni bilo najbolj ustrezno zdravljenje, zato je kmalu prostovoljno odšla. Maja pa je na EMH vztrajala, kljub temu da je povedala, da ji je bilo grozno, saj je imela vsak dan celodnevne terapije. Imela je občutek, kot da je “gola na vročem stolu”, je pa ob terapijah vseeno čutila občutek varnosti, polno ljubezni in ni imela občutka, da je z njo kaj narobe. Peter Praper (2008: 170):

»Dejstvo, da je skupina zaprta, v veliki meri determinira njene učinke. Verjetno je najbolj tipično za zaprto analitično skupino to, da so zunanje meje že zaradi organizacije rigidnejše, s tem pa je večji notranji občutek varnosti.«

Pogoj za vključitev v EMH je bil, da začne jemati antidepresive, kar pa je Maja odklonila. Ta konflikt so uspešno rešili, ko je Maja suvereno pokazala, da si želi okrevanja, a antidepresivov ne potrebuje in jih ne bo jemala. Obe sta okrevanje nadaljevali v različnih izvenzdravstvenih ustanovah in skupinah za samopomoč. Tina je potem poiskala homeopatsko in ajurvedsko pomoč ter pomoč bioenergetika. Sprejeta je bila tudi v društvu Sprememba v srcu, kjer je poskušala predelati travmo s spolno zlorabo, ni pa si upala povedati, da še ni okrevala od bulimije, saj je bila abstinenca pogoj za njihov visokopražni program. *Bass in Davis (1998) pišeta, da če zlorabljene ženske hodijo na svetovanje ali so članice podporne skupine, kjer se počutijo varno, je to odlično okolje, da se govori o zlorabi. Ko bodo prvič govorile o tem, jih bo strah, zato jim bo pomagalo, če bodo v okolju, kjer bodo vedele, da jih bo kdo sočutno poslušal. Nadalje pišeta še, da je razkritje spolne zlorabe zelo pomembno, ker se tako premaknejo iz ozračja sramu in skrivnosti, ki jih ločuje od drugih, premakne jih iz ozračja zanikanja in tako priznajo resnico o zlorabi, s tem si tudi omogočijo, da dobijo razumevanje in pomoč in stopijo v tesnejši stik s svojimi čustvi. Menita, da si tako dajo možnost videti svojo izkušnjo in sebe skozi sočutne oči druge osebe, ki jih podpira in s tem naredijo tudi prostor za intimnost, ki prihaja iz iskrenosti.* Po enem letu so jo zaradi nesposobnosti plačevanja, vpletenosti v konflikt z enim od članov skupine in ker po njihovem nenju ni bilo vidnega napredka pri okrevanju izključili iz skupine. Zdravljenje je nato nadaljevala v Društvu Muza, kjer se ji je zdelo vse nekam kaotično in se tam ni našla. Okrevanje je nadaljevala v skupini anonimnih prekomernih jedcev (overeaters) in na skupini Al-anon. Hodila je na razne tečaje za izboljšanje samopodobe, šla je celo na hipnozo, delala vaje iz joge, se učila pravilnega dihanja, meditacije, poskušala je tudi z molitvami. Ob vsem tem se ji je stanje z bulimijo izboljšalo. *Bass in Davis (1998) pišeta, da za okrevanje ne potrebujejo ničesar mističnega ali čudežnega, le varnost in podporo, ki jim bosta omogočili, da se bodo brez strahu soočile z izvorom bolečine in podoživele občutke, ki so jih potlačile. Za to potrebujejo nekoga, ki jih bo poslušal in tolažil ter izkušnje, ki jih bodo naučile, kako se potolažiti. Ko bodo to našle in v celoti podoživele občutek, ki jih je ogrožal, ga delile s kom, odigrale, se v celoti izrazile, se bodo njihovi občutki lahko začeli spreminjati (žalovanje potrebuje svoj prostor, vzeti si*

morajo čas, zanj, poskrbeti za varnost in si dovoliti to občutiti). Tako bodo presegle bolečino in žalost. Tina je nadaljevala je s študijem na FSD, vse dokler ni ponovno zdrsnila v precej hudo obliko bulimije, in sicer po njenem mnenju, ko sta bila v času izpitnega obdobja stres in strah prevelika. Takrat je poiskala pomoč v Ženski svetovalnici, kjer si ni upala povedati ne pravih let ne svojega imena in priimka. Strah jo je bilo zgražanj in tega, da bi ji tudi tu zaprli vrata. Nazadnje se je ponovno vrnila na zdravljenje na skupinsko in individualno terapijo kot "povratnica" pri dr. Anji Reljič Prinčič, dr. med. spec. psih. Tam pa ponovno ni dolgo zdržala, ker ni mogla poslušati vsega negativnega, kar se je govorilo v skupini. *Peter Praper (2008: 149) » ...Posamezniki kot osebe "uporabljajo svoje osebne karakteristike" v procesiranju izmenjave. Tako določajo dinamiko v skupini in skupine kot celote (v odnosu navznoter in navzven), in to na zavestni in nezavedni ravni. Skupinska dinamika z elementi, kot so čustvena klima, skupni cilji, struktura, aktualne in latentne teme, in predvsem občutek pripadnosti (skupinska identiteta) povratno vpliva na posameznika. Dogajanje v skupini je torej nenehno pod vplivi vsakega posameznika ali skupinske dinamike hkrati.«* Nadaljevala je le še z individualno terapijo pri dr. Reljičevi. Maja pa je potem hodila še na meditacije, sproščanje, jogo in druga svetovanja, skupine, vse, le da si je lahko zapolnila dneve. Tri leta je potem še občasno bruhala, nato pa je izvedela za meditacijo v tišini. Te se je udeležila celo trikrat in se po tem, kot je navedla, končno sestavila. Srečala se je sama s seboj, "vsi strahovi pridejo ven, vsa čustva butajo ven".

Pri obeh dekletih sva med okrevanjem opazili velik **napredek**. Obe sta začeli delati na sebi. Prva sprememba pri obeh je bila v odnosu do primarne družine. Maja je bila v EMH deležna podpore staršev, ki se je kazala v njihovem sodelovanju pri zdravljenju, zdaj so si lahko vse povedali. Dobila je novo razumevanje staršev in lahko je spustila zamero. Spoznala je, da smo vsi samo ljudje in da se premalo pogovarjamo. Zmanjšal se ji je občutek "eksplozije" čustev, ki silijo na bruhanje. Danes ne čuti več te "eksplozije", takrat pa je mislila, da bo zaradi tega umrla. Tudi njenega fanta so potem sprejeli v družini. Odločila se je zaključiti fakulteto. Tina je morala prekiniti stike s svojo primarno družino, ker je spoznala, da negativno vpliva nanjo.

Začela je delati na sebi. Spoznala je, da je za preživetje odgovorna sama in da mora razmišljati o svoji prihodnosti, česar je doma niso naučili. Na spodbudo dr. Reljičeve je dokončala šolo in našla zaposlitev. Ni več iskala princa na belem konju, ki bi jo čudežno rešil. Skozi okrevanje je v zgodbah drugih videla sebe in bilo ji je šokantno, ko je to slišala na tak način. Začela je spoznavati svoja občutenja in naučila se je govoriti o čustvih, težavah, prepoznavati svoje želje in potrebe ter jih ločevati in delno že postavljati meje drugim. *Bass in Davis (1998) menita, da je podoživljanje občutkov eden najtežjih delov spominjanja, sploh, ker se večini zlorabljenih žensk zdi, da imajo spomini nadzor nad njimi in ne morejo same zbirati kdaj in kje se bodo spomnile česa novega. Zmožnost postavljanje meja pa je bistvenega pomena, če hočejo imeti dober občutek o sebi. Veliko žensk, ki so preživele spolno zlorabo, ni vedelo, kako razporejati čas zase, kako zavarovati svoje telo, kako dati prednost sebi, kako reči ne. Ko postavijo meje, se zavarujejo in hkrati osvobodijo, kar pa ni lahko, saj so ženske naučene, ugajati drugim in dajati prednost njihovim potrebam.*

Začela se je tudi spopadati s svojimi problemi. Učila se je tudi zaupanja in tega, kako zaprositi za pomoč. Začela je torej delati na sebi, se spoznavati in se sčasoma spreminjati. Pove, da ne »travmira« več za vsako stvar, stvari vidi tudi drugače. Ne sprašuje se več, zakaj se to dogaja ravno njej. S težavami se skuša spoprijemati takoj, ko jih prepozna. Res da je pri njej bulimija še prisotna, a ni več na prvem mestu. Zdi se ji, kot da zelo počasi izzveneva, da res zavzema tisti nujni deleže v njenem življenju. *Kar paradoksalno lahko razberemo iz pisanja Maje Rus Makovec (2011:102–103): »Če je bil čas potreben za razvoj odvisnosti, je potreben tudi za osvobajanje od nje: realistično upanje na spremembo na bolje.«*

Več se zaveda in sočasno s tem jo tudi boli, da je toliko mladostniški let vrgla stran. Če bi takrat vedela, kar ve danes, bi živela popolnoma drugače. Zdaj se upa tudi razjeziti, za kar je včasih mislila, da nima pravice. Danes razume svoje telo kot tempelj, za katerega je treba skrbeti in ga negovati. Večino časa ji to tudi uspe. Če je vse normalno, poskuša jesti po obrokih, predvsem zdravo hrano. Po zdravljenjih se zna zdaj lažje in hitreje pobrati (po vsakem padcu), še vedno pa stremi k temu, da bi popolnoma ozdravela. Ni premagala

bulimije, jo je pa začela obvladovati. S tem misli na to, da se, ko se pojavi, hitreje pobere in se ne skriva več za štirimi stenami. Tudi Maja je nadaljevala s študijem. Odslej probleme rešuje sproti, ni več tiste "eksplozije navala čustev", ki bi jo tiščala k bruhanju in nima več boja s hrano. Živi veliko bolj kvalitetno, ima pristne odnose in manj strahu. Prej jo je bilo na smrt strah povedati, kar čuti, zdaj pa ve, da nima kaj za izgubiti, ko čuti. Sprejela je, da nič v življenju ni stalnica, da se vse spreminja. Počuti se dobro in ne razmišlja več o svojem telesu. Na plaži končno uživa in nima občutka, da vsi buljijo vanjo. Ima zdrav način življenja, tudi s športom se ukvarja in zdaj ima rada svoje telo. Je, ko je lačna, neha jesti, ko je sita. Ne načrtuje več obrokov. Začela je uživati v življenju. Zdi se ji, da celo bolj kot povprečen človek.

Skozi proces okrevanja sta bili deležni različne **edukacije**. Maja je bila pri dr. Reljičevi podučena, da obstaja EMH. Tam so jo naučili, da naj ima za vsako, stvar, preden reče ne, za sabo vsaj izkušnjo. Tako je dobila občutek, da na nek način odrašča. Naučila se je pravilneje sprejemati, izražati in komunicirati. Pri dr. Reljičevi se je ob pisanju dnevnika naučila dobro analizirati, spraševati in komunicirati. Tina je spoznala kar nekaj tehnik, ki se jih je potem posluževala in se jih še danes. Predvsem v začetku ji je skupina dala neko znanje, zavedanje, da ni edina, ki ima bulimijo nervozo, da se jo da omiliti oz. premagati. Naučila se je dihati s polnimi pljuči. Ko nima težav z bulimijo, je več vrst hrane in ima redne obroke. Ko se pojavi bulimija, pazi na to, da popije veliko tekočine, nadomesti elektrolite, vitamine in si po vsakem bruhanju dobro umije zobe (saj je v obdobju motnje hranjenja izgubila kar nekaj zob), vzame čaj za ledvice, obraz in grlo spere z morskovo vodo ali solno raztopino, da prepreči odtekanje, za razpokane ustnice v kotičkih pa poskrbi z velikim nanosom vazelina. Odrgnjenost na členkih rok pa prepreči z uporabo PVC rokavic. Kadar ji začne srce preveč biti, se hitro uleže in včasih ji pomaga spanec. Naučila se je veliko o bulimiji in tudi o življenju ter odgovornosti zase.

Povratak k bulimiji nevrozi ob vnovični stiski in iz uvida do spoznanj

Pri obeh se je po okrevanju, izboljšanju pojavil **recidiv**. Pri Maji se je pojavil recidiv, ko je po okrevanju po EMH začela ponovno izpuščati obroke, da bi malo shujšala in je začela ponovno bruhati. Pri Tini pa se je pojavil recidiv, ko po nekaj letih noben ecstasy ni imel več enakega učinka kot na začetku jemanja in ponovno se je pojavila tako huda lakota kot tudi utrujenost in kmalu depresija. Znova se je začela prenaledati in bruhati. Ponovni recidiv pa se ji je pojavil pred opravljanjem izpitov na fakulteti, ko je zaradi stresa in strahu spet zdrsnila v hudo obliko bulimije.

Skozi okrevanje sta obe prišli do določenega **uvida**. Maja je prišla do dejstva, da dokler posameznik ne najde pomoči, lahko s takšnim načinom življenja nadaljuje celo življenje; da je hrana zgolj navidezna kontrola, nadzor nad seboj. Pri sebi je kmalu spoznala, da ko bruha, izbruha čustva. Zastavila si je vprašanje: "A tako bi ti živela še nadaljnjih 60 let? Če ne, je treba nekaj spremeniti." Prišla je tudi do spoznanja, da z njo ni nič narobe. Tina pa je spoznala, da je simptom bulimije tudi to, da je le nekaj vrst živil. Prenehala je iskati "princa na belem konju", ki bi jo čudežno rešil. Spoznala je, da je za preživetje odgovorna sama in da mora razmišljati o prihodnosti. Jezi jo, ker jo starši niso pripravili na življenje in ker so ji dali tako velik in težak nahrbtnik nepredelanih družinskih »travm«. *Kar je velik preobrat od prejšnjega razmišljanja, ki ga opisuje Zoran Kanduč z omembo avtorja Edmunda Leach; ta je družino opredelil kot »izvir vseh naših nezadovoljstev« (1997:281).*

Skozi proces okrevanja sta obe prišli do **spoznanja**, da se morata umakniti iz družine, če želita okrevati. Maja predvsem zato, ker družini ni bilo pomembno, kaj čuti. Spoznala je tudi, da dokler se sama bori s to motnjo, ji nič ne pomaga. Zavedala se je, da je s to hrano prava "bolniška", da sama hrana sploh ni problem. Gre za samokontrolo, urnik hrane, "zapor z obroki", vse pa naj bi rešil z bruhanjem. Spoznala je tudi, da je bulimija kot kajenje, ki ga ne moreš opustiti, na koncu ne gre niti več za čustva, postane navada in ko se naješ, ko se prenaješ, je čisto normalno, da greš bruhat. Na okrevanju je prišla do zaključka, da tudi tam nisi čisto na varnem, da moraš nekako sam

sebe prepričati in ugotoviti, kaj sploh boš vnaprej. Spoznala je, da je pomembno, da se znotraj skupine povežeta dekleta z malo močnejšo voljo in eno s šibkejšo, da si lahko pomagata, da se tudi individualno s prijateljem lahko podpreš, da čutiš sprejetost pri sojetniku, saj grupiranje zelo šibkih ni v redu in gre zgolj za jamranje glede bruhanja. In dokler se sam ne odločiš, zakaj si tam, ti oni ne morejo pomagati. Ugotovila je, da moraš najti način, kako se sprazniti vseh čustev in tega, kar te teži. Skozi terapijo s starši je odkrila, da smo vsi samo ljudje in da se premalo pogovarjamo. Včasih ne vidimo, koliko smo močni, kaj zmoremo in je dobro, da si malo ozaveščen sam s seboj, da veš, kaj delaš in si rečeš: "To sem pa res »fajn« naredil." Pomembno spoznanje zanjo je tudi, da se učiš življenja, samostojnosti brez strahu, da je s teboj nekaj narobe. Da se je treba naučiti biti sam s seboj, do česar ona takrat ni mogla priti. Spoznala pa je tudi, da če ješ izven urnika in med urniki, da si še vedno normalen, da ne smeš imeti občutka krivde in se moraš zavedati, da ne bo nihče zato hud nate. Ugotovila je, da ji je bulimija veliko dala za življenje in da danes živi veliko bolj kvalitetno, ima pristne odnose in manj strahu. Sprejela je, da nič v življenju ni stalnica, da se vse v življenju spreminja. Tina pa je skozi okrevanje spoznala, da so se njene težave začele že zgodaj v osnovni šoli, ko je odklanjala malico in kosilo, ko cele dneve ni jedla. Na sistematskem pregledu se je primerjala z najbolj vitko in bila ob tem razočarana, ker nikakor ni mogla doseči njene nizke teže, čeprav je bila zelo blizu njeni. Po prvem letu v skupini se je z dekletki veliko družila, potem pa je ugotovila, da je to prešlo v neprestano jamranje (enako je čutila tudi Maja) in govorjenje o težavah o bulimiji in na neki točki je spoznala, da ne zmore več. Ugotovila je, da se prenajeda in bruha že samo zato, da vse to, kar je slišala na skupini, da iz sebe. Počutila se je kot kanta, v katero so stresali svoje smeti, sama pa je ugotovila, da ne uspe spregovoriti o svojih težavah. Zaveda se, da je njeno okrevanje precej dolgotrajno, ne zna pa si še predstavljati življenja brez bulimije in nervoze. Zdi se ji, da ostale nekako okrevajo, sama pa ostaja še naprej s simptomi. Če pogleda nazaj, vidi, da je naredila veliko. Spoznala je, da si je priznala glede spolne zlorabe, upa, da jo je predelala. Ozavestila je vse, kar se je slabega dogajalo doma, naredila vsaj srednjo šolo in se redno zaposlila. Prišla je tudi do spoznanja, da se je šele takrat začela zavedati sebe in iskati, kdo je, kaj je, kam spada, in da ima

pravico živeti in da se ni dobro primerjati z drugimi. Dobila je tudi neko moč, voljo, da se navkljub vsemu začne boriti zase, ker se nihče drug ne bo namesto nje. Skozi okrevanje se je bolj spoznala in naredila določene korake, ki jih drugače ne bi.

Česa »jaz« (ne)potrebujem za okrevanje

Pri obeh sva zaznali (njima) **neprimerno zdravljenje**. Maji se je zdelo zdravljenje v skupini pri dr. Reljič preveč razpuščeno, nekako ji ni bilo dovolj. Neustrezno se ji je zdelo tudi, da so ji za vstop v EMH postavili pogoj, da mora jemati antidepresive, da se lahko vključi v zdravljenje. Neprimerno se ji je zdelo tudi, da so jo po polletnem zdravljenju odpustili. Takrat se sama še ni čutila pripravljena za odhod iz EMH: "Šele naučili ste me leteti, zdaj me boste pa iz gnezda vrgli." ... *Gabi Čačinovič Vogrinčič (1998) piše, da je sposobnost za konflikt bistvena lastnost, ki jo potrebujemo, zato bi si morali zavestno ustvarjati pogoje, da si jo pridobimo. Sposobnost za konflikt pomeni zavestno pridobljeno, naučeno sposobnost posameznika, da zazna konflikt za motenimi interakcijami in komunikacijami, ga prepozna in se z njimi sooči, da bi ga ali začel reševati ali zmogel živeti z njim.*

Tina pa v EMH ni zdržala dolgo in je zato prostovoljno odšla. Tudi v Muzi se ji je zdelo vse nekam kaotično in se tudi tam ni našla. Ravno tako ni dolgo zdržala v skupini pri dr. Reljičevi, ker ni mogla poslušati vsega negativnega, kar so dekleta govorila v skupini. Včasih je imela občutek, kot da so se je naveličali oz. kot da je ne jemljejo resno, in sicer v smislu, da si želi okrevati: "Najprej se še nekaj trudijo, da bi našli pri meni nekaj, kar bi me hitreje spravilo na pot okrevanja, potem pa mi sčasoma povedo, da pri meni ne vidijo napredka in naj si raje poiščem kakšno bolj primerno pomoč". *Praper (2008) piše, da v kognitivno vedenjskih pristopih oblikujejo neke specifične pristope za bolj homogene skupine – na primer za osebe z motnjami hranjenja, s socialno anksioznostjo, depresivnostjo ipd. In podobno kot v vedenjski terapiji postaja redukcija ali odpravljanje same simptomatike poglavitni kriterij uspeha.* Pri obeh se je pojavil **dvom v terapevta**, in sicer se je Maji zdela neustrezna izjava dr. Serneč, ko je rekla, da bruhati verjetno nikoli ne bo nehala (vsaj tako pravi, da jo je razumela). Ker je vsem strokovnjakom verjela

vse, kar so povedali, se ji je po tem stavku pojavil dvom, ali bo sploh kdaj ozdravela. Tina pa je začela dvomiti v terapevta, ko so jo v društvu Sprememba v srcu odpustili iz skupine rekoč, da pri njej ni bilo videti nobenega napredka, s čimer se ni strinjala. *Waiss in Galle (2001) opisujeta terapevtske možnosti za nekdanje žrtve zlorab. In sicer pišeta, da terapevtu ne zadostuje pavšalna izobrazba, dokazljiva s spričevalom, pomembno je, da najde pravo in upravičeno ravnotežje med umikanjem in kazanjem samega sebe, med puščanjem prostora in nudenjem zaščite. Vsi poskusi, da bi stvar poenostavil in skrival sebe in svojo osebnost in preteklost za svojo patentirano terapevtsko metodo, lahko pri terapiji z njimi v najboljšem primeru pripeljejo v prosti tek. Čeprav žrtve dvomijo v lastno osebnost in ne zaupajo v upravičenost lastnega jaza imajo nadvse oster in nepodkupljiv čut za osebno prisotnost sogovornika. Zelo dobro občutijo sogovornikovo osebnost in v naprej začutijo njegove vzgibe. In če ne začutijo, da ima sogovornik izoblikovano osebnost, se izgubijo. Nimajo pa le občutljivih senzorjev za sogovornika, ampak so posebni tudi v tem, da se "pripojijo" nanj. Enačijo se s tem, kar začutijo pri sogovorniku. Ko terapevt pokaže premalo samega sebe, se pacient izgubi in če pokaže preveč sebe, se tega žrtve zlorab oprimejo, zato je pomembno, da terapevt vodi pot nekje vmes.*

Obe sta bili pri okrevanju deležni strokovni pomoči, pri čemer je Maja imela še **pomoč in podporo cele družine**, ki je hodila z njo tudi na terapijo, kar ji je veliko pomenilo. Svetovala ji je tudi kolegica s foruma. Do lastnega zavedanja, kaj se z njo dogaja, ko je ponovno začela z rituali, pa ji je pomagal priti njen fant. Žal pa si je Tina lahko lajšala težave le z zdravili in ni imela podpore družine, z njimi je prekinila vse stike. Kadar ima zdaj psihične težave, si jih lajša s terapevtko prostovoljko s Karitasa.

»Posameznice z bulimijo so poročale o majhni podpori s strani prijateljev in družine, o več negativnih interakcijah in konfliktih v medosebnih odnosih in o manjših socialnih kompetencah,» piše Čarapič (2012: 131).

V njuni **motivaciji za okrevanje** sva zaznali pomembno razliko. Maja je poudarila, da bi poskusila čisto vse, kar nudijo, da bi ozdravela. V času okrevanja je spoznala, da je tam res z namenom, da razreši stvari, povezane

z bulimijo. Po odpustu iz EMH je hodila povsod – na meditacije, sproščanje, jogo, vso energijo je usmerila v umirjanje nemira, ki jo je v življenju čisto “paraliziral”. Pri Tini sva dobili občutek, da je imela veliko motivacije za vključitev v posamezno zdravljenje, ne pa tudi za njegovo nadaljevanje oz. zaključek. Največjo motivacijo ji zdaj predstavlja hči, zaradi katere se še naprej trudi ozdraveti od bulimije, saj ji otrok daje smisel. Želi si, da bi bila dobra mati, da se ne bi več počutila ujeta v nekem večnem čakanju na svet, ki se bo šele rodil. *Janek Musek (1977) piše, da je osebno delovanje usmerjeno, naravnano k različnim ciljem. Ti cilji izhajajo iz primarnih bioloških potreb, obstajajo pa še posebni notranji cilji, hotenja, interesi in ideali. Ti oblikujejo človekov značaj. Človek si te temeljne ideale, cilje bolj ali manj iz samega sebe avtonomno zastavlja, h katerim potem stremi in usmerja svoje prihodnje ravnanje, dokler jih nekoč ne doseže.*

Precejšna razlika je v njuni **socialni mreži**. Tinina je šibka. Ima stike le z enim dekletom iz EMH-ja, s katerim se še družijo ... Ostali stiki so precej vezani le na odnose v službi in kolikor ima stike s starši otrok iz vrtca. Zlahka pa se družijo s terapevti in socialnimi delavci. Stike z družino je prekinila. Majina socialna mreža pa je močnejša – stike ima z dekletom iz skupine, ki je ravno tako okrevala od bulimije nervoze. Živi s partnerjem, po terapiji in okrevanju pa se je zblížala tudi s svojo družino.

Nestrokovna terminologija (lahko) zaznamuje

Pri obeh sva zaznali **razlikovanje med termini »kronična« in »navadna« bulimija oz. povratnice/dolgotrajno zdravljenje**. Maja je navedla, da je s kolegico, ki ima “kronično” bulimijo, izgubila stik: *»pa vendar je bila ona čisto v svojem svetu. Samo sedela je tam in se ni odprla, ni dosti govorila o sebi«*. Pozna pa tudi dve “povratnici”. Eno z bulimijo, drugo z anoreksijo. Zdi se ji pomembno, da bi imeli drugačen pristop do tistih z dolgotrajno motnjo, ne pa nujno ločen, saj ostalih to ni oviralo. Sama zase meni, da bi se smatrala za “povratnico”, če bi zdaj, po okrevanju, ponovno začela bruhati. Termin “kronična” bulimija pa se ji sliši grozno, predstavlja ji močen izraz, kot da je zelo hudo, kot da je zdaj konec in je to zdaj že prešlo v način življenja. *Kot piše Dragoš (1997:262), »ni dvoma, da lahko termin okrepi ali ublaži stigma.«*

Ne spomni se točno, kje je te termine slišala. *“Za vsako profesijo velja, da se z večanjem njene veljave, z višanjem njenega ugleda v znanstveni srenji in z daljšanjem tradicije, na katero se sklicuje, hkrati zmanjšuje potreba, po legitimiziranju njene dejavnosti in narobe. Enako velja za izrazje “(prav tam: 259).*

Tina pa je navedla, da je bila kot “povratnica” vključena v skupino, ki je bila sestavljena iz posameznikov, iz različnih skupin deklet, ki še niso okrevale in so še vztrajale v skupini z željo po okrevanju od motnje hranjenja. Zaveda se, da je njeno okrevanje precej dolgotrajno, dolgo je namreč menila, da je bulimija očitno njena edina strategija preživetja. *Waiss in Galle pišeta (2001), da je treba včasih računati s tem, da terapevtski postopek ne zadostuje in da so potrebne nadaljne in dodatne terapije, predlagata “gestalt terapijo”. In sodelovanje v skupini za samopomoč in skupinsko terapijo, nekaterih simptomov skozi njegovo terapijo ni mogel pozdraviti, npr. prisilnega vedenja, ki so ga imele žrtve zlorab za samozaščito. Nekako si ne zna več predstavljati življenja brez nje. Ob tem misli na to, da se občasno na ta način izprazni vsega negativnega občutenja v njej. Za oba termina je že slišala, in sicer sta bila večkrat uporabljena na individualnem razgovoru. Zdi se ji, da “kronična” bulimija zdravstveno označuje njeno stanje, medtem ko ji termin “povratnica” nikakor ne gre z jezika. Sliši se ji, kot da to pomeni nekega prestopnik in ni prav, da ga omenjajo.*

Pot okrevanja zlorabljene osebe je (lahko) bolj dolgotrajna (Tinini primer)

Bass in Davis (1998) pišeta, da okrevanje od spolne zlorabe ni lahko. Njihova najpogostejša ravnanja pred okrevanjem so: omaloževanje – da se obnašajo, da to, kar se jim je zgodilo, v resnici ni tako hudo, racionaliziranje – zlorabo si razumsko razložijo, izmislijo si vzroke, ki opravičijo storilca, zanikanje – delajo se, da se to, kar se je zgodilo, ni zgodilo, pozabljanje – človeški um ima neverjetne zmožnosti potlačevanja občutkov, razcep – uporabljajo ga, da opišejo dve različni čustveni stanji, pomanjkanje celovitosti – oseba je razcepljena v več kot eno osebo, zapuščanje telesa – telesno otopijo, da ne čutijo tistega, kar se jim dogaja, nenehen nadzor – v svojem prizadevanju za red gredo lahko zelo daleč, kaos – včasih ohranijo nadzor tako, da ustvarijo

kaos (s svojim nenadzorovanim vedenjem lahko prisilijo ljudi, da ob njihovem prihodu vse spustijo iz rok in se ukvarjajo z njihovimi najnovejšimi problemi), miselna odsotnost – imajo grozljivo sposobnost, da so lahko miselno odsotni, nenehna čuječnost – pozorno spremljajo, kaj počno ljudje okrog njih, nič jih ne more presenetiti, humor – včasih lažje preživijo s smislom za črni humor, z grenko duhovitostjo ali cinizmom, zaposlenost – če poskrbijo, da imajo vedno dovolj dela, lahko pozabijo na sedanjost in beg – poskušajo zbežati od resničnosti, morda s spanjem, knjigami ali televizijo. Ko bolečina postane prevelika, lahko privede do duševne bolezni. Tudi samotrpincenje je eden od načinov, kako ženske, ki so preživele spolno zlorabo, nadzorujejo doživljanje bolečine. Namesto da bi jih ranil storilec, se raje ranijo same. Včasih poskušajo narediti samomor, ker se jim zdi edini možen izhod, pogosto pa poskušajo obvladati notranjo bolečino z raznimi zasvojenostmi. Ko se osebe odločijo ukvarjati s stvarmi, povezanimi z zlorabo, jim to sproži vprašanja, ki si jih nikoli niso nameravali zastaviti, in dobivajo odgovore, ki jih nikoli ne bi pričakovali. Ko se enkrat začno resno ukvarjati z okrevanjem, njihovo življenje nikoli ni več enako. Odločitev za okrevanje pogosto prinese uničenje zakonov, intimnih odnosov, odnosov s starši in drugimi sorodniki, včasih celo z lastnimi otroki. Nadalje še pišeta, da te osebe ob okrevanju morda ne bodo sposobne živeti, delati, študirati, misliti, smejati se, biti dejavni, včasih bodo celo težko jedle in spale ali pa ne bodo mogle prenehati jokati. Oseba se mora zavestno določiti, da bo okrevala, po tem bo sledilo obdobje krize, kjer se ukvarjajo s spomini in potlačenimi občutki, kar jim lahko popolnoma vrže življenje iz tira. Ukvarjali se bodo s sramom, krivdo pa bodo morali postaviti na ramena storilcev, povezati bodo morale spet stik s svojo ranljivostjo, se naučiti zaupati lastnim zaznavam, občutkom in intuiciji (temelj za dejavno vključevanje v življenje), občutiti bodo morale škodo, ki so jo utrpele zaradi zlorabe. V sebi bodo morale odkriti jezo in jo usmeriti naravnost na storilca in na tiste, ki jih niso zavarovali, tudi sebi bodo morale odpustiti. Dobro je, da poiščejo duhovnost v veri, meditaciji, naravi ali v svoji podporni skupini. Ko bodo šle večkrat skozi vse omenjene stopnje, bodo dosegle točko integracije. Njihova občutja in pogledi se bodo utrdili in umirili. Ne bo jih več preganjala misel na storilca. Svoje preteklosti seveda ne bodo izbrisali, bodo pa globoko in dolgoročno spremenile svoje življenje. Z okrevanjem bodo pridobile

zavedanje, sočutje in moč. Ob tem pa je pomembno, da imajo vsaj z eno osebo povsem odkrit odnos, v katerem lahko pokažejo svoj pravi obraz, s svojo preteklostjo, bolečino in jezo vred.

PRI ŠTUDIJAH PRIMERA sva ugotovili, da je med Majo in Tino velika razlika predvsem v tem, da ko je Tina iskala odgovore za svoja početja, ki so bila povezana z motnjo hranjenja (a tega tedaj še ni vedela), se s to motnjo pri nas še niso tako ukvarjali kot tedaj, ko je Maja iskala odgovore zase. Zaznali sva razliko, da je Tinino zdravljenje precej daljše (dolgotrajno) kot Majino, tudi sama je povedala, da se zaveda, da je njeno zdravljenje dolgotrajno. Eden od vzrokov je ravno to, da ko je iskala odgovore za svoja početja, še ni bilo dovolj informacij in pomoči (Karin Sernec je v intervjuju povedala, da je Mednarodna klasifikacija bolezni 10. revizija stara nekje od 10 do 15 let in da je ta verzija narobe prevedena, saj ko so jo prevajali, se pri nas še nihče ni posebej ukvarjal z motnjami hranjenja. Tina pa je v intervjuju povedala, da je v letu 2014, ko je bil opravljen intervju, 13 let, odkar se spopada z bulimijo nervozo.), zaradi česar je pomoč poiskala dokaj pozno. Po mnenju Ane Ziherl se je cna motnji hranjenja takrat že toliko prilagodila, da jo je obvladovala vsaj toliko, da je nekako shajala v življenju. Ni pa delala na okrevanju ozadja motnje hranjenja, ki ga je potrebno obravnavati in drugače reševati problem, kot z motnjo hranjenja. Zelo izstopajoče razlike za daljše okrevanje pa sva zaznali tudi v sprožilnem faktorju. Tina je doživela hudo travmo, ko je bila spolno zlorabljena. Poleg tega je imela depresijo (Vesna Šolar je v intervjuju sicer napisala, da imajo v Muzi določene smernice, kako ravnati v določenih primerih, ko ima oseba sočasno poleg motnje hranjenja še druge motnje – depresija, anksioznost, obsesivno kompulzivno motnjo, idr. – in kadar ima izkušnjo kompleksnih travm, vendar Tina se tam ni našla). Nadalje je razlika med njima tudi v tem, da je Tina imela slabo socialno mrežo in tudi skozi okrevanje ni imela niti pomoči družine niti drugega bližnjega, na kogar bi se lahko naslonila (Alja Fabijan je napisala, da je za čim hitrejšo okrevanje poleg motiviranosti posameznika, psihoterapevtske pomoči in anitidepresivov, potrebna in zaželeno tudi podpora in razumevanje bližnjih. Tudi Kornelija Ferčak je navedla, da kadar je proces zdravljenja daljši oz. če se vrnejo nazaj

na zdravljenje, da potem vključijo tudi družino). V terapevtskih obravnavah je pomemben tudi varen prostor za vse vključene, česar pa Tina ni bila povsod deležna, saj je v eni od terapij prekrivala motnjo hranjenja, da je lahko v skupini predelovala spolno zlorabo, v drugi terapevtski obravnavi pa je svoje prave podatke zamenjala z drugo osebo, da po vsem dolgotrajnem zdravljenju ne bi bila zavrnjena.

5.2 RAZPRAVA ODGOVOROV STROKOVNJAKOV

Iz odgovorov strokovnjakov sva razbrali, da zdravstvena stroka uporablja klasifikacijo bulimije nervoze po zdravstvenih kriterijih, večina iz psihoterapevtske oz. socialno delavske stroke pa ne. Čeprav je termin »kronična« bulimija/»povratnce« stigmatiziran, ga poznajo vsi anketirani strokovnjaki in nekateri ga tudi uporabljajo v delovnem jeziku. Medtem ko je del psihoterapevtske oz. socialno delavske stroke ugibal oz. poskušal ugotoviti, zakaj dekleta imenujejo »kronična« bulimija /»povratnce«, in sicer ko simptomi bulimije trajajo dalj časa (se ponavlja), je zdravstvena stroka podala mnenje, da »kronična« bulimija tudi pogovorno ne obstaja. Dekleta, ki uporabljajo ta termin, naj ne bi bila seznanjena z motnjo hranjenja. Ana Ziherl je poskušala razložiti, da se pri terminih eni uveljavijo bolj pogovorno med ljudmi, za strokovno uveljavitev pa mora obstajati neka potreba in nek konsenz med strokovnjaki. To sva nekako razumeli kot praktično klasifikacijo, ki nekatere očitno stimulira k iskanju novih rešitev, druge pa žal demotivira v smislu, kot je navedla Tina, da je ne jemljejo resno. Zdravstvena stroka na splošno meni, da ni delitve na hujšo in blažjo obliko bulimije nervoze (ta bi bila po tem takem vezana na simptome), medtem ko psihoterapevtska oz. socialno delavska stroka loči med tovrstnimi oblikami bulimije (nekaj, kar se ponavlja, določeni vzorci trajajo dalj časa, čustveno doživljanje in čustveni zapleti so bolj kompleksni, motnja, ki traja več let, z izmenjavanjem remisije in močnih simptomov). Nekateri so bolj pozorni na intenzivne oblike bulimije. Psihoterapevtska oz. socialno delavska stroka navaja, da je časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje nekje od pet do deset let. Ne morejo pa zagotoviti, da se težave ne bodo ponovile. Zdravstvena stroka pa o tem ne more govoriti,

ker po diagnostičnih merilih ni »kronične« bulimije (Anja Prinčič Reljič pa meni, da klinično sicer rečejo, da je po toliko letih kronično). Psihoterapevtska oz. socialno delavska stroka je glede pristopa tistih, katerih zdravljenje menijo, da je dolgotrajno, deljenega mnenja. En del navaja, da bi morali takšnim z dolgotrajnim zdravljenjem nameniti drugačen pristop, več pozornosti, spodbude, drugi del pa, da je obravnava tako ali tako že v osnovi različna od primera do primera (pristopov in metod je toliko, kolikor jih ima motnjo). Tu sta različnih mnenji tudi obeh strokovnjakinji zdravstvene stroke. Prva navaja, da nimajo drugačnega pristopa, načina zdravljenja, druga pa meni, da bi za tiste z dolgotrajnim zdravljenjem moral biti drugačen način, da se jih podpre, jim omogočiti, da se odprejo in jim ponuditi razumevanje. Vse stroke navajajo, da je za hitrejše okrevanje od motnje hranjenja potrebna lastna, notranja motivacija. Za ozdravljivost pa jim je nekako skupno to, da oseba nima več simptomov bulimije, da to sama prepozna, da je zadovoljna (zadovoljstvo, pa vsakdo razlaga po svoje).

Zanimiv je pogled, kako vidijo dolgotrajno zdravljenje bulimije kot »kronične«. Ob tem se nama pojavlja vprašanje, ali je zdravje epizoda, kajti tisti, ki se vrnejo, so zopet pridobili simptome. Strokovnjaki imajo različno mnenje o »kroničnosti« bulimije, na primer da je bulimija sama po sebi kronična, ker je to ena od oblik odvisnosti od hrane in da kronično pomeni nekaj, kar se ponavlja; ker »kronična« bulimija po njihovem še ni uvrščena med diagnoze, si lahko vsak po svoje razlaga, kdaj bulimija postane kronična in kdaj gre za težjo obliko bulimije, saj so motnje hranjenja ene najbolj dolgotrajnih in težko ozdravljivih motenj, kjer je povratek motnje mogoč. »Kroničnost« pa je nekje v smislu ponavljanja in daljšega vztrajanja težav navkljub zdravljenju. Pri »kronični« bulimiji je stanje kronificirano in povratniki so tisti, ki so že uredili motnjo, zaradi spleta okoliščin pa je ponovno izbruhnila. Te osebe se zdravijo kar nekaj let in so izkusile že kar nekaj oblik pomoči. Pri njih je tveganje, da se na motnje hranjenja prilagodijo tako, da jih obvladujejo vsaj toliko, da nekako shajajo v življenju. Ob tem pa ne delajo zares na okrevanju ozadja motnje hranjenja, ki ga je potrebno obravnavati, kot tudi drugače reševati probleme, kot jih poskušajo reševati z motnjo hranjenja. Menijo tudi, da pri nobenem zdravljenju ne moremo biti gotovi, da bo dokončno (tudi

psihoterapevtskem ne), da se bolezen ali težave ne bodo ponovile. Potem pa pravijo, da pri njih, »kronične« bulimije ni. Ena od strokovnjakinj z lastno izkušnjo je napisala, da pri njih »povratnikov« z bulimijo ni, da osebe pri njih okrevajo v enem letu. Meni pa, da se o »kroničnosti« govori tedaj, ko bi oseba imela neustrezna zdravljenja (dolgo let v eni organizaciji, ali po malem ali vrsto izgubljenih let v različnih organizacijah, ustanovah) in so ji odvzeli upanje. (Ob tem je potrebno omeniti, da je njihov program plačljiv in da si marsikatero dekle tega verjetno ne more privoščiti).

Kaj menijo strokovnjaki, zakaj se nekatera dekleta zdravijo dolgotrajno oz. ne okrevajo? Nihče jih ne more pripraviti do ozdravitve, če si tega samene želijo in če niso na to pripravljene. Te osebe so same odgovorne za svoje življenje, za posledice svojih odločitev in od njih je odvisno, ali se bodo še naprej zatekale k motnji ali bodo ozdravile. Potrebna sta trdna odločitev in brezpogojno sodelovanje obolelega po eni strani in, pravilno svetovanje ali pravilna terapevtska usmeritev po drugi. Pomembno je, da je oseba pripravljena na mučen proces zdravljenja, na spremembe, na prevzgojo, da je pripravljena sodelovati in predvsem kljub morebitnim spodrslijajem vztrajati na poti ozdravitve. Ključna je lastna motiviranost posameznika za to, da bo ozdravel, zaželeno je še podpora in razumevanje okolice, največ pa je odvisno od lastne aktivnosti.

Ob tem so se dotaknili tudi dvojne diagnoze, in sicer ena anketiranih navaja, da imajo smernice, ko ima oseba sočasno poleg motnje hranjenja še druge motnje, npr. depresijo, anksioznost, obsesivno kompulzivne motnje in izkušnjo kompleksnih travm. Na EMH se zgodi, da se k njim kdaj pa kdaj po pomoč zateče tudi kakšna pacientka, ki pride k njim in bi skoraj umrla, po treh tednih pa ozdravi, ker dobi antidepresive, ozdravi depresijo in takrat se ugotovi, da je bila neješčnost del depresije, ne pa motnje hranjenja. Bulimija pa je lahko tudi v kombinaciji s samopoškodbami, pretiranim uživanjem alkohola, kompulzivnim prenajedanjem, samomorilnim mišljenjem ipd. Tudi Tina je imela dve diagnozi, vendar ni bila deležna primernega zdravljenja, ki bi zaobjel obe.

Strokovnjakinja z lastno izkušnjo je podala mnenje, da so tisti, ki osebam z bulimijo, zaradi katere se dalj časa zdravijo, niso znali pomagati, vzeli moč, ker niso priznali svoje strokovne nemoči. Zanje meni, da so to osebe brez upanja in so bolne, prepuščene pa sebi in životarjenju. Nihče več se ne potrudi zanje, same osebe pa sebe že dolgo ne morejo ozdraviti. Pravi, da se da vsem pomagati. Tudi glede okrevanja pri dolgotrajnem zdravljenju oz. ko se ponovno vrnejo na zdravljenje so različnega mnenja. Strokovnjakinja z lastno izkušnjo meni, da se naj posameznika obravnava glede na globino motnje hranjenja in da je ključno ali ima oseba, ki svetuje dovolj vse obsegajočega znanja za urejanje motnje hranjenja in ali ima namero pomagati osebi z motnjo hranjenja (ali pa je to »zgolj njeno delo«). Nadalje ena strokovnjakinja meni, da se mora v teh primerih vklopiti na več spodbude in potrpežljivosti. Da vzame, da bo svetovanje verjetno potekalo več kot leto in bo treba uporabnico spodbujati z več pohval za male dosežke in bo vztrajala v delu na okrevanju navkljub počasnim vzponom in občasnim padcem ali platojem – kadar se ne premakne nikamor. Druga, da bi za tiste z dolgotrajnim zdravljenjem moral biti drugačen način, da se jih podpre, jim omogoči, da se odprejo in jim ponuditi razumevanje. Spet tretja, da se v primerih težje oblike bulimije nervoze omogočijo daljši proces zdravljenja. Ob tem pa, kadar pridejo nazaj, če je le možno, da vključijo tudi družino in zunanje institucije in je obravnava multidisciplinarna (zdravnik, šola), predlagajo pa tudi skupinsko obliko del. Ena pravi, da pri njih menijo, da kar najbolj šteje je v resnici odnos, bolj kot posamezni pristopi. Spet naslednja, da je potrebno imeti veliko znanja v ozadju in redne supervizije, da se lahko kvalitetno dela z osebami, ki imajo izredno težke probleme. In zadnje omenjena pravi, da če oseba ni motivirana za vključitev v reden psihosocialni terapevtski program jim še vedno lahko nudijo občasna svetovanja oz. svetovanja v krizi.

5.3 OSEBNO MNENJE

»Kronična« bulimija po mnenju strokovnjakov torej v teoriji ne obstaja, ali kot je zapisala ena od strokovnjakinj: *»kronična bulimija (še) ni uvrščena med diagnoze«*, kar je moč razbrati tudi v teoretičnem delu diplome pod naslovom Klasifikacija motenj hranjenja in opredelitve, kjer sva navedli obe klasifikaciji za bulimijo nervozo. Kljub temu je večina vprašanih strokovnjakov že slišala za zapisani termin, nekateri ga celo uporabljajo v pogovornem/delovnem jeziku. Zaznati je očitno distanco do slednjega, strogo zavračanje večine, ker naj bi bilo to nestrokovno. Povzeli so, kaj bi ta termin označeval, če bi se uporabljal oz. kaj po njihovem mnenju z njim mislijo dekleta, ki ga uporabljajo, in kaj to pomeni v delovnem jeziku: *dlje časa trajajočo in ponavljajočo motnjo, navkljub zdravljenju, ki bi lahko trajala celo celo življenje*, kar pravzaprav opisuje Tinino dolgotrajno okrevanje. Kot sva torej razumeli, posameznik motnjo hranjenja sprejme kot način življenja in namesto konstruktivnega reševanja problemov je motnja hranjenja sredstvo za operacijo z njimi. Pravijo, da »kronične« bulimije ni, čeprav jo opišejo tako, kot jo opisuje Tina, ki meni, da je njeno zdravljenje dolgotrajno in da so ji tudi strokovnjaki rekli, da je kronično.

Da, šele ko nekaj ubesediš, poimenuješ, postane otipljivo in se s tem lahko ukvarjaš. Zakaj ga torej v strokovnem jeziku ne poimenujejo, sploh če si večina predstavlja oz. časovno določa, da naj bi dolgotrajno zdravljenje (»kronična bulimija«) trajalo več let, npr. od pet do deset let (Tina okreva letos že štirinajsto leto), ter da je to nekaj, kar se navkljub zdravljenju ponavlja (tudi pri Tini se simptomi ponavljajo). Torej če tega ne ubesedijo, tega ni?

S postavljeno diagnozo pa oseba prevzame tudi njej pripisano vlogo. *Strokovni žargoni, ki jih razvijejo strokovnjaki, so »branik« statusa stroke, dokazujejo njihovo pripadnost in onemogočajo drugim strokovnjakom, da bi vstopili v njihovo »področje« in v zaščito stroke ne dovoljuje rabe svoje terminologije v drugih okoljih. Ta »prepoved« jezika pa ne velja za uporabnike storitev, za laike.* (Kvaternik in Grebenec 2008). Dekleta si tako sama izmislila termina »kronična« bulimija in z njim povezane simptomatike ter

pristopov dela v procesu zdravljenja. Uporabniki storitev naj bi imeli dostop do vseh jezikov, vseh vednosti.

In če dolgotrajno zdravljenje (»kronično«) obstaja, sva podvomili, da bi to lahko bila posledica nezadostnega ali neprimernega zdravljenja. Ne moremo pa govoriti, da je to morda »krivda« posameznika, ki je po mnenju večine strokovnjakov poleg nudene pomoči sam odgovoren za proces in rezultat okrevanja. Iz tega sklepava, da so posamezniki, ki niso »po meri« strokovne obravnave primorani potrkati na druga vrata. Je torej dolgotrajna motnja povezana tudi s pristopi zdravljenja? Torej, če dolgotrajnega zdravljenja ni, potem za te osebe tudi ni drugačnih pristopov. Kam naj se torej obrnejo tisti, ki že dalj časa okrevajo? Kaj torej preostane takšnim, kot je Tina? Kot piše ena od strokovnjakinj: *»ni kronične motnje hranjenja, še najmanj bulimije, razen, če je imela neustrezna zdravljenja (dolgo let v eni organizaciji, ali po malem ali vrsto izgubljenih let v različnih organizacija, ustanovah, ipd.) in so ji odvzeli upanje... Vedno je upanje, vedno! Še posebej pri zasvojenostih, ki je poškodba duše s strani drugih. Tisti, ki jim niso znali pomagati, so jim vzeli moč (ker niso priznali svoje strokovne nemoči... Vsem se da pomagat.«* Torej po zapisanem taka bulimija obstaja, vendar ne pri vseh vprašanih ... temveč tam, za drugimi vrati, ob nezadostni pomoči ali nesodelovanju obolelega v procesu zdravljenja.

V teoretičnem delu diplomske naloge sva pisali o problemu dvojnih diagnoz. Tina je namreč navedla dvojno diagnozo: bulimijo nervozo in depresijo (jemala pa je tudi trdo drogo) ter težko travmo za sabo, zato sva mnenja, da bi njeno dolgotrajno zdravljenje lahko bila posledica tega, da strokovnjaki niso dovolj opremljeni za zdravljenje z dvojnimi diagnozami. Kot je povedala Tina, nekaj časa se trudijo, da bi našli pri njej nekaj, kar bi jo hitreje spravilo na pot okrevanja, potem pa ji sčasoma povedo, da pri njej ne vidijo napredka in naj si raje poišče kakšno primernejšo pomoč. Kaj pa je primerna pomoč? Sklepava, da je po mnenju takšnih, ki so Tino poslali na »druga vrata«, in ki menijo, da naredijo vse, kar se da narediti, ob tem pa te osebe v njim določenem časovnem okviru ne napredujejo, za to »kriv« posameznik, saj še ni pripravljen na zdravljenje, še ni dovolj motiviran. Ti strokovnjaki žal ne priznajo svoje strokovne nemoči. Ni morda to tudi del strokovne obravnave,

da posameznika dovolj motivira, pripravi na zdravljenje, poišče njegove vire moči in ga podpre?

Ali strokovnjaki vedo le tisto, kar lahko povedo? Ali so strokovnjaki v fazi zanikanja? Ali morda do strokovnjakov ne pridejo prave informacije, ker se osebe z dolgotrajno motnjo počutijo tako stigmatizirano, da raje prekrijejo svojo motnjo (kot jo je Tina v procesu predelave spolne zlorabe v društvu Sprememba v srcu; ali ko je svoje osebne podatke zamenjala za drugo osebo, da ne bo kot tista, ki se dolgotrajno zdravi (ali ima »kronično« bulimijo) spet zavrnjena.)? In kako sploh lahko pride do tega, ko pa je ravno v terapevtski obravnavi pomembno, da je osebam, ki pridejo na zdravljenje, omogočen tako varen prostor, da s strokovnjakom lahko podeli prav vse svoje misli in stiske, se najde v delih, za katere je že mislil, da jih je izgubil – varnost, spoštovanje, zaupanje, moč, da zmore okrevati. To vendar pomeni iti (po) po-moč. Tinin primer očitno kaže na iskanje »pravih vrat«, kjer bo našla pomoč za svoje stiske. In takšni uporabniki postanejo pogosto dolgotrajni uporabniki različnih služb (pojav vrtljivih vrat), nihče pa ne prevzame odgovornosti zanje ... *“namesto, da bi se ukvarjali z uporabnikovimi potrebami, se ukvarjajo z vprašanjem, katera služba je bolj primerna, da bi se ukvarjala s takim uporabnikom. Na tak način nobena od služb ne prevzame odgovornosti za zdravje posameznika in vloge koordinatorja storitev.* (Kvaternik in Grebenec, 2008:130)

Sicer je to lahko povezano s finančnimi sredstvi, kakor pri Tini, ko v društvu Sprememba v srcu ni zmogla plačevati vsega, kar je vključeval njihov program, ali pa je to preprosto naključje, za katero zdravljenje se je odločila najprej. Nekateri odklanjajo ljudi, ki imajo »dvojne diagnoze«, ker so zanje prezahtevni. Strokovnjaki tudi pogosto načrtujejo delo na podlagi programov, ki jih imajo ali jih poznajo, in ne na podlagi potreb uporabnika.

Kaj pa je s tistimi, ki so po njihovi meri, torej okrevajo v časovnem okviru, ki so ga določili strokovnjaki in se čez nekaj časa ponovno vrnejo na zdravljenje? Večina pravi, da jim omogoča povratek na zdravljenje. Vendar kako se potem z njimi pristopa takrat? Ali preidejo v dolgotrajno zdravljenje? In kaj sploh pri bulimiji nervozi pomeni ozdravljenje, če je to po mnenju strokovnjakov težko

ozdravljiva kronična duševna motnja? Ozdravljenje strokovnjakinje opisujejo različno, vendar jih večina navaja, da je ob velikem stresu recidiv možen. To navajava tudi v teoriji pod poglavjem Možnosti ozdravitve, kjer je tudi navedeno, da je to ena težje ozdravljivih motenj, kjer jih na primer navkljub zdravljenju deloma ozdravi le trideset odstotkov, približno pri dvajsetih odstotkih pa ni nobenega posebnega izboljšanja simptomov, kar pa je lahko v povezavi z zgodnjem ali poznem odkrivanju motnje. Je torej tu zdravje epizoda in ne motnja? Kaj sploh pomenijo ti odstotki? Koliko k temu prispeva terapevtska obravnava, koliko uporabnik in koliko terapevtska obravnava in uporabnik? Odgovori strokovnjakov, predvsem o odgovornosti vpletenih v obravnavi, si nasprotujejo. Kot ena od strokovnjakinj meni, da *nihče ni sam kriv, da so zboleli, je pa posameznik sam odgovoren, ali bo okreval in v kolikšni meri je pripravljen na sodelovanje v terapevtski obravnavi* ali potem terapevtske obravnave naj ne bi zagotavljale vse pogoje, da se okrevanje lahko zgodi, brez »zasilnega izhoda«, da je vedno možnost recidiva? Če se ozdravljeni torej še vedno lahko vrača k starim vzorcem, potem sama terapevtska obravnava ni popolnoma uspešna. Se torej konča na točki »v času obravnave je okrevala« in je potem »odgovornost« preložena ob morebitnem povratku motnje z »ni si zadosti želela ozdraveti«?

Meniva, da je za večino neskladij, ki sva jih pisali glede strokovnjakov, podlaga to, da strokovnjaki eksplicitno navajajo določene stvari, ki so nama jih posredovali v obliki ankete, implicitno pa jih vodi drugačna teorija, o čemer sva tudi pisali v teoretičnem delu diplomske naloge. Kot piše Mešl (2008), teorija v uporabi izhaja iz vedenja, »tihega« znanja in zmožnosti konstruiranja domiselnih eksperimentov, ki kažejo na to, kaj bi strokovnjak naredil pod raznolikimi okoliščinami. Ne moremo je prepoznati tako, da povprašamo po njej. Lahko jo konstruiramo le z opazovanjem njegovega vedenja oz. v najinem primeru kar sva lahko zaznali iz študij primera v primerjavi z odgovori anketiranih strokovnjakov.

Meniva torej, da hude travme, pridružene motnje, uživanje psihosomatskih snovi ob motnji hranjenja uporabnika zahtevajo celostno obravnavo, sodelovanje tima strokovnjakov, ki niso vsak na svojem strokovnem področju,

v zagovorništvu izključno lastnih uspešnih metod in zavračanju njim »neustreznih« uporabnikov/ pacientov/ strank/ klientov. Pomembno se nama zdi, da šteje mnenje uporabnikov tudi glede njihovega pogleda na zdravljenje, okrevanje, pristope ipd., saj oni to najbolj občutijo.

Poleg strokovnega znanja je torej za (uspešno) terapevtsko obravnavo pomembna tudi osebna, odnosna plat vpletenih v reševanje stiske v varnem prostoru. In tisto »nekaj več« v človeku – zavzetost za posameznika, ki ni le še eden od primerov v praksi in pozitivna ali negativna statistika. Vsaka obravnava je lahko spet novo učenje za vse vključene, tudi za strokovnjaka.

6. SKLEPI

Na podlagi najinih študij primera so sklepi sledeči:

Pri najinih dveh primerih sva pokazali, da se ena od deklet zdravi dolgotrajno, čeprav se je zdravila (in se še vedno zdravi) za bulimijo nervozo in si ves ta čas želi okrevati. Njeno okrevanje od bulimije nervoze traja letos že trinajst let. Strokovnjaki psihoterapevtske oz. socialnodelavske stroke, ki so sodelovali v raziskavi, so mnenja, da je časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje bulimije nervoze od pet do deset let. To sva opisovali v razpravi študij primera, najbolj strnjeno pri ugotovitvah študij primera na straneh 144–145 in v razpravi odgovorov strokovnjakov na straneh 145 in 146.

S primerjavo analize med običajno dolгим zdravljenjem in dolgotrajnim zdravljenjem za bulimijo nervozo sva prišli do sklepa, da so sledeči dejavniki privedli do dolgotrajnega zdravljenja za bulimijo nervozo (o čemer strnjeno piševa na straneh 144 in 145):

- obolela ni našla dovolj informacij, ko je iskala odgovore v zvezi s svojo motnjo,
- imela je nepredelano travmo, kot je na primer spolna zloraba v otroštvu,
- imela je slabo socialno mrežo,
- v procesu okrevanja od bulimije nervoze niso bile obravnavane pridružene motnje,
- prisotno je bilo nezaupanje v terapevta, kar pomeni, da ni čutila dovolj varnega prostora, da bi lahko o vsem spregovorila.

Kot kažeta najina primera, pa so nekatere stvari vseeno pomembne za hitrejše okrevanje od bulimije nervoze. To sta na primer hitro prepoznavanje in zdravljenje motnje, kar je razvidno v razpravi študij primera. Osredotočili sva se na podobnosti in razlike, ki sta ju imeli v najinem primeru dekleti v vseh dejavnikih, ki so kakorkoli vplivali na razvoj bulimije nervoze. O tem sva pisali na straneh 130–145, kjer opisujeva njuno pot od zdravljenja do okrevanja, in na straneh 137 in 138, kjer sta se njuni spoznanji in uvida precej razlikovala.

Dekle, ki je hitro prepoznala svojo motnjo in jo začela zdraviti, je kmalu prepoznala, katero zdravljenje ji ustreza in pri njem vztrajala do konca zdravljenja. Med okrevanjem je prišla do uvida in mnogih spoznanj. Njeno okrevanje je bilo že v začetku zdravljenja uspešnejše.

Od tu naprej sklepava iz študij primera in mnenj strokovnjakov, ki so bili na seznamu v zbiranki "Motnje hranjenja, kam po pomoč in informacije" in so bili pripravljeni sodelovati pri raziskovanju (tri od teh strokovnjakinj pa sta dekleti navajali pri svojem okrevanju):

Strokovnjaki glede dolgotrajnega zdravljenja bulimije nervoze in terminov, ki so jih navedla dekleta, ki so se zdravila za bulimijo nervozo, niso istega mnenja. O tem sva največ pisali v razpravi odgovorov strokovnjakov na straneh 146–148. Tega sva se bolj dotaknili tudi v osebнем mnenju na straneh 149–153. Zdravstvena stroka namreč o terminih »kronična« bulimija oz. »povratnice«/dolgotrajno zdravljenje ne more govoriti, ker ti niso zapisani po diagnostičnih merilih. Drugi strokovnjaki pa izvajajo svoje programe in se s tem še niso ukvarjali, spet tretji pa se sklicujejo na to, da je zdravljenje prilagojeno vsakemu posamezniku. Ločeno mnenje strokovnjakov o dolgotrajnem zdravljenju/okrevanju, o uporabi termina »kronična« bulimija in »povratnice« kaže na neenotnost strokovnega tima, ki se ukvarja s to problematiko, vsa ta neskladja pa lahko na svojih ramenih nosi uporabnik/oboleli za motnjo hranjenja.

Okrevanje od motenj hranjenja je dolgotrajen proces, pogojen tudi z motivacijo posameznika, ki se zdravi, in razpoložljivostjo strokovne pomoči. Ta pa v veliki meri izhaja iz »poklicne usmerjenosti« strokovnjaka in s tem povezanimi metodami dela ter programi, ki so jim voljo (s povzemanjem Tanje Lamovec piševa o tem na straneh 86 in 87, kjer pravi, kako poleg že obstoječih ved ali disciplin nastajajo na njihovih presečiščih vsak dan nove interdisciplinarne povezave ali pa poskusi aplikacije teh disciplin na nova področja in tako proizvajajo vedno večje število ožje usmerjenih ekspertov, ki so si razdelili določena področja, ki naj ne bi bila deljiva, če bi uporabnike obravnavali celostno). O tem piševa tudi v razpravi odgovorov strokovnjakov,

na strani 147, ko piševa, kaj menijo strokovnjaki, zakaj se nekatera dekleta zdravijo dolgotrajno oz. sploh ne okrevajo.

Strokovnjaki pogosto niso opremljeni za zdravljenje oseb z dvojnimi diagnozami. Ob tem pa tega ne priznajo, zato osebe z bulimijo nervozo z dvojnimi diagnozami raje pošljejo poiskat pomoč drugam. Tako uporabniki tavajo od vrat do vrat, kot sva pisali v teoretičnem delu naloge na straneh 54–56 in v osebnem mnenju na straneh 149–153. O tem je govorilo tudi dekle z dolgotrajnim zdravljenjem, ki si v društvu Sprememba v srcu, kjer je hotela predelati travmo s spolno zlorabo, ni upala povedati, da še ni okrevala od bulimije nervoze in so jo med drugim tudi zato, ker ni bilo vidnega napredka pri njenem okrevanju, po enem letu izključili iz skupine, kar piše na pot od zdravljenja do okrevanja na strani 133.

Nekateri terapevti ne ustvarijo dovolj varnega prostora, da bi lahko vsi uporabniki spregovorili o vseh svojih težavah in problemih, posledično s tem zavirajo okrevanje, kot sva o tem pisali tudi v osebnem mnenju na straneh 149–153 in kot je to v najinem primeru navedlo dekle z dolgotrajnim zdravljenjem, ki je v eni od terapij prikrivala motnjo hranjenja, da je lahko v skupini predelovala spolno zlorabo, v drugi terapevtski obravnavi pa je svoje prave podatke zamenjala z drugo osebo, da po vsem dolgotrajnem zdravljenju ne bi bila zavrnjena, kar piše na strani 145.

7. PREDLOGI

Najin predlog, kar bi lahko v okviru socialnega dela uredili, je, da bi bil pogled na zdravljenje bulimije nervoze bolj pozitiven tako med strokovnjaki kot uporabniki.

Bulimija nervoza je težko ozdravljiva duševna motnja, pri kateri se je skozi najina primera pokazalo, da je pomembno, da se začne oseba s to motnjo čim prej zdraviti. Zato je zelo pomembno, kakšna je tista prva pomoč, ki jo dekle prejme. Predlagava, da bi vsako zdravljenje moralo imeti multidisciplinaren pristop strokovnjakov (tako bi tudi hitreje zaznali, kadar bi šlo za multiple diagnoze in bi temu sledilo primerno zdravljenje), ki bi se nenehno izpopolnjevali na področju zdravljenja motenj hranjenj. Med seboj bi lahko izmenjavali izkušnje s strokovnjaki drugih strok in z organizacijami, ki se ukvarjajo s to problematiko (kot so npr. ekspertne skupine za motnje hranjenja, Eating disorders conferences, seminarji na to temo, razne intervizije ...).

Najina primera in odgovori strokovnjakov so pokazali, da obstaja razkorak v pogledu na zdravljenje med uporabniki in strokovnjaki tako v terminologij kot tudi v načinih okrevanja, pristopih in o tem, kako vedo, da je dekle okrevalo (o tem sva pisali predvsem v osebnem mnenju na straneh 149–153.) Da bi bil ta razkorak čim manjši in bi obema stranema prinesel koristi v smislu olajšanja ter izboljšanja kvalitete zdravljenja, predlagava, da bi se uvedla srečanja okrevanih od bulimije nervoze in strokovnjakov. Tako bi si lahko izmenjali »kočljive« informacije, kaj si na primer dekleta mislijo glede »kronične« bulimije, kaj bi one potrebovale v času okrevanja, pa tega niso bile deležne ipd. Pomembno bi bilo, da je uporabnik zanje izkušen ekspert.

Najin predlog, da bi morali strokovnjaki več narediti na tem, da bi se dekleta v času okrevanja bolj družila med seboj, sovпада z mnenjem najinih udeleženk študij primera. Želeli bi si, da bi ena drugi postala podpora in opora tudi za naprej, ko bi nehale obiskovati organizacijo, v kateri so se zdravila. To bi bil

dober preprečevalni dejavnik recidiva (še posebej za tiste, ki med okrevanjem niso imele podpore družine ali tiste, ki živijo same brez stikov družine (kot v najinem primeru dekle z dolgotrajnim zdravljenjem, ki je prekinila stike z družino, kar je napisano v analizi primerjav študij primera pod socialno mrežo na strani 102)). Predlagava, da bi jih povezovali tako, da bi dekleta, ki so že okrevala, nudila pomoč tistim dekletom, ki so komaj stopila na to pot. Bile bi jim neke vrste mentor, ki jih razume, z njimi lahko deli svojo izkušnjo in znanje ter jim skozi to daje upanje (podobno kot v samopomočnih skupinah pri Anonimnih alkoholikih).

Predlog, ki izhaja neposredno od deklet iz študij primera: Začutili sta potrebo po tem, da bi po »uradnem« zdravljenju obstajala še neka skupnost, neke vrste bivanjska enota, kot jih imajo ponekod v tujini, ki bi jim po okrevanju v ustanovi olajšala vrnitev v življenje. Pri nas žal teh enot, skupnosti za osebe z bulimijo nervozo, še ni. Njuna želja glede tega je napisana pod Rezultati, natančneje pod analiza primerjav: študiji primera, v odstavku, kar sta pričakovali od zdravljenja, na straneh 104 in 105.

Ob kompleksnosti motnje hranjenja, ki sva jo zaznali tako skozi primera kot tudi zapisano teorijo v prvem delu diplomske naloge, je pri okrevanju pomemben tudi posameznik s svojim ozadjem (o tem so govorili tudi strokovnjaki, kar piše pod Odgovori strokovnjakov, pod raznolikost pristopa obravnave, na straneh 112–114), ki ga je pripeljalo do motnje, zato sva mnenja, da je pomembna celostna obravnava uporabnika in veliko dela na njegovem motiviranju. Posledično je tako omogočeno tudi prepoznavanje in zdravljenje morebitnih dvojnih diagnoz (stisk posameznika).

Meniva, da lahko zgolj s sodelovanjem vseh strokovnjakov in uporabnikov kot ekspertov iz izkušenj proces zdravljenja in okrevanja dobi nova spoznanja, smeri za novo učenje in uporabo terminologije, ki opolnomoči. Zato predlagava čim več sodelovanja strokovnjakov, ki so vključeni v proces zdravljenja uporabnika in vzajemno sodelovanje uporabnikov, katerim je v času okrevanja omogočen varen prostor, da spregovorijo o vseh svojih stiskah, dvomih, vprašanjih glede okrevanja.

8. LITERATURA IN VIRI

LITERATURA:

American Psychiatric Association. (2014) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition(DSM-V).

Avberšek, S., Belak, E., Belec, B., Blinc Pesek, M., Bogataj, A., Javornik, S., Kobolt, B., Kovačič, A., Lamovec, T., Možina, M., Petek, J., Resman, J., Rapuš Pavel, J., Stritih, B., Šugman Bohinc, L., Videmšek, P., Vuković, D., Winkler, A., Žorga, S. (2004). *Psihosocialna rehabilitacija*. ŠENT– Slovensko združenje za duševno zdravje

Bass, E., Davis, L. (1998). *Pogum za okrevanje. Priročnik za ženske, ki so doživele spolno zlorabo v otroštvu*, Ljubljana: Liberalna akademija in Visoka šola za socialno delo

Bercht, S. (1997). Ker nisem mogel najti jedi, ki bi mi dišala. *Socialno delo*, 36, 5–6, 363–373

Colclough, B. (1998). *Ne kaj ješ – kaj te žene, da ješ!* Ljubljana :Debora.

Copak, M., Učman, S. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Psihološki vidiki motenj hranjenja*, 37–52. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Čačinovič Vogrinčič, G. (1998). *Psihologija družine. Prispevek k razvidnosti družinske skupine*. Ljubljana: Založba Sophia

Čačinovič Vogrinčič, G., Milošević Arnold, V., Poštrak, M., Stefanoski, P., Urek, M. (2008). *Zapisovati socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo

Čačinovič Vogrinčič, G. (2008). *Soustvarjanje v šoli: učenje kot pogovor*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo

Čandek, A., (2006). *Diplomska naloga motnje hranjenja – od stiske do pomoči*, Ljubljana

Čarapič, J. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Socialni vidiki motnje hranjenja*, str. 126–127. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Petrovčič, T (2013). *Diplomska naloga Motnje hranjenja žensk v povezavi s tekom*. Fakulteta za šport; Univerza v Ljubljani.

Dragoš, S. (1997). *Socialno delo in terminologija*. *Revija Socialno delo* letnik 36–avg. 1997, št. 4, 259–273

DROGE tvoj vodnik, Vlada republike Slovenije, Urad za droge

- Eivors, A., Nesbitt, S. (2007). *Lačni razumevanja*. Maribor: Založba Obzorja
- Grun, A. (1996). *Imej pravi odnos do samega sebe*. Ljubljana: Salve
- Flaker, V. (2002). *Živeti s heroinom I*, Ljubljana
- Hafner, A. Serenc, K., Copak, M., Kuhar, M., Čarapič, J. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo
- Ibic, L. (1998). *Diplomska naloga uspešnost urejanja motenj hranjenja v skupinah za samopomoč*, Ljubljana
- Jelen, L. (2007). *Sanjarjenje kot droga*. Ona: Ženski magazin Dela in Slovenskih novic, 9, 32:17–19)
- Jovanovič, K. (2010). *Izgubljeni v iskanju sebe*. Ljubljana: Založba Buča
- Kanduč, Z. (1997). *Nekaj pripomb v zvezi z domnevno krizo družine*. Revija Socialno delo letnik 36–avg. 1997, št. 4, 275–287
- Končnik-Goršič, N. (2004). *Moj otrok odrasča : medsebojni odnosi, šola, strah, trma, žepnina, ljubezen, spolnost, alkohol, droge, motnje hranjenja* Ljubljana: Založba Mladinska knjiga
- Kores Plesničar, B. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Recenzija*, 11–12. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana
- Kvaternik, I., Grebenc, V. (2008). *Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer »dvojnih diagnoz«*. Teorija in praksa, let. 45, 1–2, 129–142
- Mešl, N. (2008). *Razvijanje in uporaba znanja v socialnem delu z družino: Procesi soustvarjanja teoretskega znanj v praksi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo
- Middelton, K., Smith, J. (2012). *Motnje hranjenja. Prvi koraki na poti do ozdravitve*. Koper: Ognjišče
- MKB-10 (2000). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
- Mrevlje, G. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Potreba po očetu in očetovstvu*, 205–212. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana
- Musek, J. (1977). *Psihologija osebnosti*. Dopisna delavska univerza Univerzum

Novak Vaca, N., Sernec, K. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Telesni zapleti pri motnjah hranjenja in pridružene motnje* str. 74. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Pahole, M. (2012). *Zborniku motnje hranjenja: Psihodrama, kot metoda zdravljenja pri osebah z motnjami hranjenja*, 175–176. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Požarnik, H. (1978). *Kako ohranimo duševno zdravje*. Ljubljana: Mladinska knjiga

Praper, P (2008). *Skupinska psihoterapija, od mitologije do teorije*, Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta

Rakovec-Felsar, Z. (1991). *Človek v stiski – stres in tesnoba: povod in posledica bolezni*. Maribor: Obzorja

Ramovš, J. (2001). *Slovar alkohološkega izrazja*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka

Ramovš, J. in K. (2007). *Pitje mladih*. Ljubljana. Inštitut Antona Trstenjaka

Rink, I. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Gibalno izrazna terapija – vpliv na moteno telesno shemo*, 153–157. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Rozman, S. (2004). *Sprememba v srcu*, Ljubljana: Studio moderna

Rozman, S. (2007). *Peklenska gugalnica*, Ljubljana: Mladinska knjiga

Rožman, A. (2013). *Motnje hranjenja, boleče strategije preživetja*. Didakta: Prehrana, april 2013, 47–49.

Rus Makovec, M. (2011). *Zbornik: Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo 3: Sprememba vedenja: motivacijski postopek pri odvisnem človeku*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica

Sernec, K. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Motnje hranjenja – bolezen sodobnega časa*, 16–30. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Sernec, K. (2012a). *Zbornik motnje hranjenja Obravnava oseb z motnjami hranjenja*, 148–149. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Sernec, K., Copak, M. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Družine in motnje hranjenja*, 197–202. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Sentočnik, T. (2003). *Motnje hranjenja. Telesne spremembe pri motnjah hranjenja*. Vita, 40 (9), 5–6.

Stankovič Bevc, M., Boben-Bardutzky, D. in dr. (2003). *Preprečimo odvisnosti od kajenja, alkohola, drog, hranjenja, dela, iger na srečo....* Ljubljana: Društvo za zdravje srca in ožilja

Šegrec, N., Kastelic, A. (2010). *Obravnava bolnika z motnjo, vezano na uživanje psihoaktivnih snovi, in komorbidno psihično motnjo*. Pregledni članek: Zdrav Vestn, jul.–avg., letnik 79, 566–574

Sternad, D., M., (2001): *Motnje hranjenja: Od besed, ki ranijo, k besedam, ki celijo*. Ljubljana: Samozaložba

Šolc, S. (2012). *Zbornik motnje hranjenja: Izobraževanje oseb z motnjami hranjenja- odnos do hrane in telesa*, 105–106. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Švab, A., Šolar, V., Ziherl, A., Ibic, L., Čufer, B., Trivič, A. (1998). *Ko hrana ni več "hrana"*. Ljubljana : ŠOU

Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Tomori, M. (2012). *Zbornik motenje hranjenja: Spremna beseda*, 7–9. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana

Videmšek, P. (2013). *Iz institucij v skupnost*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo

Žagar Karer, M. (2011). *Terminologija med slovarjem in besedilom*. Ljubljana: Založba ZRC

Žorž, B. (1997). *Stiska je lahko tudi izziv*. Educa

Waiss, M., Galle, I. (2001). *V labirintu spolnih zlorab, Delo z žrtvami, storilci in starši*, Forma 7

INTERNETNI VIRI:

Derkovič, A. (2014) Prehranjevanje iz čustvenih razlogov :

<http://www.lineasnella.si/blog/clanki/prehranjevanje-iz-custvenih-razlogov>

Tušak, M. (2013). *Čustva in hrana*. <http://www.aktivni.si/psihologija/custva-in-hrana/>

<http://www.introspekta.si/>

<http://med.over.net/forum5/read.php?43,6977847>

<http://www.drustvo-zenska-svetovalnica.si/o-nas>

http://www.revija-vita.com/index.php?stevilkavita=40&naslovclanek=lzku%C5%A1nje_pri_zdravljenju_v_ambulantih

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.drustvo-sos.si%2Fuploads%2Fdatoteke%2FSpolno_nasilje_nad_otroki_in_mladostniki%2520-%2520Priloga.ppt&ei=nsS9VP3zOI33O8vlgJAG&usg=AFQjCNFe5Oa5ajcHqkytYoJdA-IOx8B57Q&sig2=_9QPijbHaWRcF-_C2woP_g&bvm=bv.83829542,d.ZWU

<http://www.motnje-hranjenja.si/telesni-simptomi-in-posledice-mh.html>

<http://las.novomesto.si/si/zasvojenost/prehrana/>

http://www.svetovalnicamuza.si/Vec_o_tem.html

<http://www.spremembavsrcu.si/index.php>

<http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>

<http://www.anred.com/stats.html>

<http://www.mirror-mirror.org/bulimia/statistics-on-bulimia.htm>

http://sl.wikipedia.org/wiki/Svetovna_zdravstvena_organizacija

9. PRILOGA

PRILOGA 1: Kodiranje – študiji primera

V tabeli za kodiranje relevantni citati sledijo toku intervjuja.

MAJA: CITATI	POJMI	NADREJENI POJMI
Začelo se je, ko sva končala razmerje s tedanjim fantom. Stara sem bila 20 let.	Razhod, začetek.	Sprožilni faktor in dejavnik tveganja – družina.
Začela sem se ukvarjati s svojim videzom in kontrolo hrane.	Povezava videz – samopodoba.	Simptomi
Bruhati sem začela po treh letih hujšanja.	Simptomi.	Izraženi znaki bolezni/simptomi.
Izolirala sem se od okolice, ljudi, bližnjih, zaprla sem se vase.	Simptomi, izolacija, osamitev.	Posledica bulimije.
Refleks, bruhanje oz. motnje hranjenja – uporabljala sem ga, da sem preživela. Da se nisem počutila noro.	Strategija preživetja. Refleks bruhanja.	Simptomi Strategija preživetja.
Da nisem sama v tem, sem ugotovila ob prebiranju forumov, ko sem v brskalniku iskala, kaj se dogaja z mano.	Edukacija, prepoznavanje.	Edukacija.
Tako se izoliraš in ostajaš sam doma, med štirimi stenami, češ da si na varnem.	Izolacija, lažna varnost.	Posledice bulimije.
Gre za gonijo, nase popolnoma pozabiš, gre se samo za to, ali boš jedel ali ne, vsak trenutek.	Gonija.	Posledica bulimije.
Dokler ne najdeš pomoči, to lahko furaš cel lajf.	Spoznanje.	Uvid.
Spoznanja, da gre v mojem primeru za motnjo hranjenja, pa sem se zavedala, ko sem se pogovarjala z nekom s foruma.	Zavedanje.	Zavedanje spoznanje.
Po enem mesecu sem poiskala pomoč in začela s terapijo in skupinskim zdravljenjem pri dr. Reljičevi.	POMOČ Začetek zdravljenja/okrevanja.	Začetek zdravljenja.
Sama skupina mi ni bila dovolj, vse je bilo preveč razpuščeno. Še vedno sem hodila domov bruhat.	Edukacija, zavedanje, njen neprimeren način zdravljenja.	Edukacija.
Čutiš, da nimaš več kontrole nad sabo, nad življenjem, hrana je le navidezna	Zavedanje, izguba kontrole.	Posledica bulimije.

kontrola nad sabo.		
Zjutraj sem vstala navsezgodaj, seveda sem se zbudila zelo lačna. Takoj sem šla kolesarit, da sem preusmerila misli in da se mi ni zmešalo ob misli na hrano. Potem sem spila kak kozarec mleka in odšla v službo.	Simptomi. Začaran krog.	Začaran krog zasvojenosti.
..sem ves čas »študirala«, da bi si šla nakupit ful hrane, ves čas boj med da ne, da ne, da ne ... in že sem imela poln voziček hrane, vse poješ, greš bruhat, spet jokaš in si rečeš jutri bo pa bolje, bom pa začela zdravo jest ... in tako se sklene začaran krog.	Začaran krog. Simptomi.	Začaran krog zasvojenosti.
Dokler sem bila sama v tem, mi ni nič pomagalo.	Spoznanje, da potrebuje pomoč.	Zavedanje spoznanje.
Misli sem preusmerila tudi s kompulzivnim »šopingiranjem« oblek, to me je velikokrat reševalo. Kdaj pa kdaj sem pokadila travo, zvečer spila kak kozarček alkohola, da sem lažje zaspala.	Druge zasvojenosti. Simptomi.	Druge zasvojenosti.
Govora je bilo o čustvih. Kmalu sem ugotovila, da ko bruhaš, izbruhaš čustva.	Uvid, prepoznavanje čustev. Potek zdravljenja.	Uvid.
Mene je bilo treba nekam zapreti, da nimam možnosti »spizdit«, da se ukvarjam sama s sabo v varnem okolju.	Iskanje varnega okolja, prepoznanje, kakšno pomoč rabi.	Pričakovano zdravljenje, pomoč.
Sam sebe moraš prepričati in ugotoviti, kaj boš. Tak način me ni pritegnil.	Spoznanje, njej neustrezen način zdravljenja.	Zavedanje/spoznanje
S kolegico, ki ima KRONIČNO bulimijo, sem izgubila stik, pa vendar, ona je bila čisto v svojem svetu, samo sedela je tam ni se odprla, ni dosti govorila o sebi.	Uporaba termina KRONIČNO. Prepoznanje, kaj vse je treba storiti, ko se odločiš za zdravljenje. Izguba stika.	Termin/razlikovanje /soc mreža.
Sama pa bi »probala« čisto vse, kar nudijo, hotela sem ozdraveti, cela familija je prišla sem in to mi je ful pomenilo.	Pripravljenost, motivacija.	Motivacija za zdravljenje.
Lahko smo si vse povedali. Dobila sem novo razumevanje staršev. Spustila sem lahko zamero. Videla sem, da smo vsi samo ljudje in da se premalo pogovarjamo.	Napredek. Odprta komunikacija. Sodelovanje družine. Način/pristop zdravljenja	Napredek pri okrevanju.

	(emh).	
Prej je ta naval čustev privrel, nisem vedela, kaj se dogaja, edini način, da sem se spraznila, je, da sem šla bruhat. Danes ne čutim več te eksplozije, takrat sem mislila, da bom umrla.	Prej: Nепрепозnavanje čustev. Uporaba edinega znanega upravljanja z eksplozijo čustev – bruhanje; simptomi.	Napredek pri okrevanju.
Bilo je grozno. Vsakodnevno vse dan terapije, vedno si kot na vročem stolu, nag si tam.	Potek zdravljenja. Pristop zdravljenja.	Potek zdravljenja.
Vseeno se ob terapevtih počutiš varnega, polnega ljubezni, ne dobiš občutka, da je s tabo kaj narobe. To ful pomaga.	Njej ustrezen način zdravljenja/terapije/terapevta.	Varno okolje za okrevanje.
Da se lahko vključiš v zdravljenje, moraš jemati antidepresive, a jaz jih nisem hotela in sem jih odklonila.	Antidepresivi; pogoj za zdravljenje. Njej neustrezen način zdravljenja.	Neustrezno ali nezadostno zdravljenje.

Naučil so me, da imam za vsako stvar, preden rečem ne, vsaj izkušnjo.	Učenje, zdravljenje.	Edukacija.
Tako na nek način odraščam. Znova se učiš življenja, kako bit samostojen, brez tega, da te je strah, da je s tabo nekaj narobe.	Potek zdravljenja, učenje za življenje.	Edukacija.
V EMH-ju sem se zdravila pol leta, potem pa so mi rekli, da je čas, da grem domov. Da, ko si na neki točki, ko nima več smisla, da tam sediš, da si pripravljen za svet. Skoraj se mi je zmešalo. Počutila sem se, kot da so me šele naučili leteti, zdaj pa me bodo vrgli iz gnezda.	Potek zdravljenja. Sprejemanje odgovornosti. Učenje za življenje.	Potek zdravljenja/ Neustrezno ali nezadostno zdravljenje.
Ko sem prišla domov z EMH-ja, sem hodila na zunanje skupine.	Nadaljevanje okrevanja.	Iskanje načinov za okrevanje.
Kmalu sem začela spuščati obroke, se mi je zdelo fajn, da bi malo shujšala, saj sem se kar precej zredila.	Simptomi.	Simptomi.
Kmalu sem spet začela bruhati in kot bi mignil, so bili trije meseci okoli. Nisem se zavedala, da sem spet »padla not.«	Simptomi, recidiv.	Simptomi. Recidiv.
Fant, s katerim še danes živiva skupaj, je za to izvedel in mi s pogovorom pomagal.	Soc. mreža, pomoč, opora.	Soc. mreža/opora.
S to hrano je prava bolniška. In sama hrana sploh ni problem. Gre za samokontrolo – urnik hrane, zapor z obroki, vse "rešiš" z bruhanjem.	Zavedanje, da ni težava v hrani.	Zavedanje, spoznanje.
Na koncu ne gre niti več za čustva, postane navada. Ko se naješ, ko se prenaješ, je čisto OK, da greš bruhat.	Postane navada.	Zavedanje/spoznanje
Stike z EMH imam le z enim dekletom. Zdi se mi, da sva obe prišli tja z namenom, da razrešiva te stvari.	Soc. mreža. Povezanost s podobno mislečo, pozitivno naravnostjo.	Soc. mreža. Motivacija za zdravljenje.
Verjetno ni bila na mestu izjava dr. Serneč, ko je rekla: »Bruhat verjetno nikoli ne boš nehala.«	Dvom v terapevta	Dvom v terapevta
Ker sem vsem strokovnjakom vse verjela in potem sem se vprašala, a bom sploh ozdravela.	»moč« terapevtov. Zaupanje.	Dvom v terapevta/ zdravljenje

Zdi se mi pomembno, da se znotraj skupine povežeta dekleta z malo močnejšo voljo in ena s šibkejšo, da si lahko pomagata, da se tudi individualno s prijateljem lahko podpreš, da čutiš sprejetost pri "sojetniku", ali kako bi se izrazila. Grupiranje zelo šibkih ni ok, vpliva na odnos, in gre samo za jamranje, kako tega ne moreš, da bi bruhalo.	Njej pomembno pri zdravljenju. Povezanost z dekleti. Pozitivna naravnost.	Zavedanje, spoznanje.
Ko sem prišla ven, sem hodila povsod, na meditacije, sproščanja, jogo.	Načini za okrevanje.	Motivacija za zdravljenje.
Tega ne moreš verjeti, koliko denarja je šlo za vse to.	DENAR/ plačljivo .	
Vso energijo sem usmerila v umirjanje tega nemira, ki me je čisto paraliziral v lajfu. Ta nemir je povzročal, da sebe nisem sprejemala, rabila sem zunanje impulze, nisem mogla bit sama s sabo.	Želja po ozdravitvi. Spoznanje. Zunanji impulzi. Biti sam s sabo.	Motivacija za zdravljenje.
Ves ta čas sem imela občutek, da sem obsedena s hudičem.	Simptomi, misli.	Obsesivne misli – pridružene motnje.
Včasih se sploh nisem spomnila, kako sem prišla domov s polnimi vrečkami hrane.	Simptomi, nakupovanje.	Kompulzija – pridružene motnje.
Hodila sem še na vsa druga svetovanja in skupine, vse da sem si le zapolnila dneve.	Iskanje načinov okrevanja, bežanje od sebe.	Iskanje načinov za okrevanje.
Šla sem na desetdnevno meditacijo v tišini. To je bila »pika na i«, da sem se potem končno sestavila skupaj.	Njej ustrezno zdravljenje. Vrnitev k sebi.	Iskanje načinov za okrevanje/potek zdravljenja.
Tam ne govoriš, nimaš gsm-a, cele dneve le meditiraš in se posvečaš sebi, svojim občutkom. Si sam s sabo, kar jaz do takrat nisem mogla biti.	Pristop zdravljenja. Njej ustrezen način zdravljenja. Vrnitev k sebi.	Zavedanje, spoznanje.
Srečala sem se sama s sabo. Vsi strahovi pridejo ven, vsa čustva butajo ven.	Vrnitev k sebi, kontrola in prepoznavanje čustev.	Potek zdravljenja.
Sem se vprašala " A tako bi ti živela še nadaljnjih 60let? Če ne, je treba nekaj spremeniti." Te meditacije sem se potem udeležila še trikrat. V Sloveniji in Italiji (Vipasana).	Vprašanje o prihodnosti. Prepoznanje kaj ji ustreza. Njej ustrezen način zdravljenja.	Uvid/prihodnost.
Pri nas je bila hrana vir ljubezni. Še se spomnim, da si bil priden, če si vse	Družina. Hrana vir ljubezni.	Dejavnik tveganja – družina.

pojedel.		
Problem pa je bil izražanje čustev, jih nisem znala. Prekrivalo se je izkazovanje. Ne ljubezni ne pretirane jeze ni bilo zaželeno izkazovati.	Zatiranje čustev.	Dejavnik tveganja – družina.
Začela sem se umikat iz familije, ni jim bilo pomembno, kaj čutim.	Prepoznavanje čustev. Umik iz družine. Osamosvojitve.	Napredek pri okrevanju/potek zdravljenja.
Sem pa tudi enkrat videla kolegico, ko je šla po zaužiti hrani bruhat. Včasih sva šli ven in si naročili hrano. To je šla izbruhat, češ da je na dieti in se ne sme zrediti. Ona ima še danes anoreksijo.	Zgled. Priateljica.	Zgled.
Obvezno bi morala obstajati kakšna skupnost, ko prideš iz EMH-ja, kjer delajo s tabo, da se naučiš vrniti v življenje.	Predlog okrevanja. Učenje za življenje.	Pričakovano zdravljenje/pomoč.
Naučit se moraš najti način, kako se "sprazniti" vseh čustev in vsega, kar te teži. Vedno sem imela občutek, da ko se izbruham, se spraznim.	Ravnanje s čustvi. Bruhanje – praznjenje čustev.	Napredek pri okrevanju.
Pomoč sem našla dokaj hitro, bruhal sem ene dve leti, od začetka do skupine je trajalo ene tri leta.	POMOČ.	Zdravljenje.
Z mano ni nič narobe. Naučila sem se sprejemati, izražati.	Sem ok. Izražanje čustev.	Uvid.
Da neham bruhati.	Pričakovanje od zdravljenja.	Pričakovanje od zdravljenja.
Komunikacija. Začela sem govoriti.	Pomoč ji je dalai Komunikacijai	Edukacijai
Vse mogoče sem iskala, vse, da bi si čim bolj zapolnila dneve, ker si sama nisem znala pomagati.	Način okrevanja. Iskanje pomoči.	Potek zdravljenja.
Tudi družina je od tega ogromno odnesla, kot bi bila bulimija naš blagoslov.	Družina. Skupna terapija. Povezanost.	Način zdravljenja/terapija z družino.
Skupaj od štiriindvajsetega leta do dvaintridesetega, osem let.	Trajajoča bolezen.	Trajanje bolezni.

Želja, samo močna želja. Trma pa je bila moja močna točka. In imela sem vizijo za naprej, kaj bi čez toliko let.	Želja, motivacija. Misel na prihodnost. Karakterna lastnost.	Napredek pri okrevanju/ prihodnost.
Zdi se mi, da sem imela več energije, volje in bila optimistično naravnana. Znala sem stvari obrniti sebi v prid. Delala sem na tem, da bi se počutila dobro. Da sem ohranjala mirnost. Začela sem se tudi analizirati in spraševati, kar sem se naučila pri dr. Reljičevi in ob pisanju dnevnika – zakaj se počutim tako in tako. Sedaj prepoznam čustva.	Pomoč pri okrevanju. Volja. Pozitivna naravnost. Delo na sebi.	Napredek pri okrevanju. Edukacija.
Se zdi, da se jih ne jemlje več resno. Kot je rekla tudi dr. Serenčeva, da dokler se sam ne odločiš, zakaj si tukaj, ti oni ne morejo pomagati. Poznam povratnici, ena z bulimijo, ena z anoreksijo. Če hodiš v isto skupino, vidiš, da jih v bistvu ohranjajo le pri življenju.	Načini /pristopi zdravljenja. Dolgotrajno okrevanje. Lastna odločitev/odgovornost. Termin povratnica.	Neustrezno zdravljenje/ zavedanje spoznanje.
Ja, gotovo bi mogli imeti drugačen pristop do tistih z dolgotrajno motnjo. Ne pa nujno ločen, nas drugih to ni oviralo, vsaj mene ne, niti ne demotiviralo.	Drugačen pristop. Dolgotrajna motnja.	Razlikovanje/ dolgotrajna motnja.
Hm, če bi spet začela bruhati, bi sebe smatrala za povratnico.	Termin povratnica.	Termin/razlikovanje.
Kronično se pa tako grozno sliši. Močan izraz. Kot da je ful hudo. Kot zdaj je pa konec in je to način življenja.	Termin kronično.	Termin/razlikovanje.
Prej nisem nikamor hodila, če pa že, pa nisem bila prisotna. Bilo je mučenje zame, sploh če je bila hrana na mizi. Sedaj pa se zdi vse normalno, hodim ven, na krožke, tečaje.	Družabno življenje pred in po motnji hranjenja.	Posledica bulimije.
Stike imam z enim dekletom, ki je tudi zdrava. Ostale še niso in niti ne želijo imet stikov.	Stiki, socialna mreža iz skupin.	Soc. mreža.
Prej sploh nisem živela. Danes živim in	Življenje z motnjo hranjenja.	

drugače gledam na vse stvari. PREJ sem bila kot en »junki«. Vleče te ta hrana. Te veseli, pa te žalosti. Travma so bile vse zabave. Se spomnim, ko sem bila na eni poroki, pojedla sem en kup tort, nisem se pa mogla sprazniti, bruhati. Grozno. Drugih stvari sploh ne opaziš, ne slišiš, kaj ljudje govorijo, kot da si robot. Faks sem pustila, sedaj delam naprej. V službi je šlo in to verjetno zato, ker imam svoje podjetje in sem vmes lahko bruhala, ali zamudila v službo. Ni bilo pritiskov sodelavcev ali šefa. Storilnost je bila dobra, koncentracija pa slaba. V tem času nisem imela fanta. Ko sem prišla z EMH-ja, sva se ponovno začela dobivati.	Hrana. Travma. Bruhanje. Opustitev šolanja. Služba, slaba storilnost.	Posledice bulimije.
SEDAJ pa je vse res lažje. Problemi se rešujejo, stvari se povejo.	Življenje po okrevanju.	Napredek pri okrevanju.
Alkohol, zvečer kakšen kozarček, da sem lahko zaspala. Kdaj sem pokadila travo, prekomerno športanje in kompulzivno nakupovanje. Danes nič več od tega.	Spremljajoče zasvojenosti. Alkohol. Trava. Kompulzivno nakupovanje.	Druge zasvojenosti.
Ja ,imam.	Vizija za prihodnost.	Prihodnost.
Ni več tiste eksplozije navala čustev, ki bi me tiščala k bruhanju. Nimam več »fajta« s hrano. Sedaj vse rešujem sproti. Bulimija mi je veliko dala za življenje. Živim veliko bolj kvalitetno, imam pristne odnose, manj strahu. Prej me je bilo na smrt strah povedati, kar čutim. Sedaj pa vem, da nimam ničesar za izgubiti. Sprejela sem, da nič ni stalnica, da se vse v življenju spreminja. To je treba sprejeti. Sem trmasta, strastna, bojevit, nežna, srčna, rada pomagam, sem praktična, iznajdljiva, prilagodljiva, »zajebana«, vse sem.	Prepoznavanje, da je okrevala. Ni več eksplozije čustev. Ni boja s hrano. Kvalitetno življenje.	Napredek pri okrevanju. Napredek pri okrevanju.

	Opredelitev lastnih osebnostnih lastnosti.	
PREJ sem se sama sebi »graužala«, tepla sem se, se skrivala, nisem se mogla dotikati, sploh ne za trebuh (kar sem kasneje opazila, da mi sedaj paše, prej pa sploh ne), groza.	Dojemanje teles ob bulimiji. Gnus.	Posledice bulimije.
SEDAJ se počutim kul. Ne razmišljam več toliko o svojem telesu, na plaži končno uživam in nimam občutka, da vsi bulijo vame. Imam zdrav način življenja, tudi s športom se ukvarjam, imam rada svoje telo.	Dojemanje telesa po okrevanju. Sprejemanje.	Napredek pri okrevanju.
Sitost. Nič posebnega. V bistvu je vse spontano. Jem, ko sem lačna, neham jesti, ko sem sita. Načrtovanje obrokov je odšlo. Kakšno olajšanje.	Pomen hrane po okrevanju.	Napredek pri okrevanju.
Uživam v življenju, se mi zdi, da bolj kot povprečen človek.	Po izkušnji z bulimijo.	Napredek pri okrevanju.

TINA: CITATI	POJMI	NADREJENI POJMI
Ko sem prvič videla polbrata, kako po kosilu bruhala.	Zgled družine	Sprožilni faktor.
Polbrat in mama sta imela večne težave s prekomerno težo (večno izmenjavanje hujšanja in prenažedanja).	Zgled družine.	Dejavnik tveganja – družina.
Pri nas sta bila kaznovanje in nagrajevanje močno povezana s hrano.	Hrana kot nagrada/kazen.	Dejavnik tveganja – družina.
Po spolni zlorabi, ki sem jo samo omenila najboljši prijateljici, ki se o tem ni hotela pogovarjati, sem začela tudi sama prekomerno jesti.	Spolna zloraba. Zavrnitev prijateljice (soc. mreža).	Sprožilni faktor.

	Hrana kot potešitev.	
Kilogrami so začeli padati, počutila sem se bolje, zmagovalno, polno energije.	Boljša samopodoba.	Posledice bulimije.
Doma se je vse vrtelo okoli kilogramov, hrane, hujšanja.	Zgled družine.	Dejavnik tveganja – družina.
Vse je bilo umetno, brez pravih čustev in topline, prav depresivno.	Izražanje čustev/družina.	Dejavnik tveganja – družina.
Dolgo sem stradala in bila tako utrujena, da nisem mogla več slediti pouku v šoli.	Šola ni več varovalni dejavnik/napredek bulimije.	Posledice bulimije.
Mislila sem, da sem zelo popularna in priljubljena, ker sem zamenjala veliko spolnih partnerjev.	Promiskuitetno vedenje/odvisnost.	Racionalizacija (začaran krog zasvojenosti).
Ko sem se zaljubila in mi je povedal, da me je imel samo za seks, da za kaj drugega nisem vredna, se mi je podrl svet; bulimija se je razbohotila.	Nizko samospoštovanje/začaran krog bulimije.	
Vedno bolj utrujena, depresivna, pojavljale so se mi samomorilne misli.	Samomorilne misli.	Posledice bulimije.
V osnovni šoli sem bila odličnjakinja, v gimnaziji pa sem ponavljala letnik. Potem sem za več let pustila šolo.	Simptomi bulimije/vpliv na šolanje.	Dejavnik tveganja – šola.
Vse se je vrtelo okoli bulimije.	Začarani krog bulimije.	Začaran krog zasvojenosti.

V Anteni sem našla članek na temo motnje hranjenja, kjer je ga. Sernec pisala tudi o bulimiji.	Prepoznavanje.	Edukacija.
Napisala sem ji pismo.	Iskanje pomoči.	Iskanje načinov za okrevanje.
Spoznala sem tudi svojega fanta in tista praznina, slabi občutki so izginili, sem bila gotova, da je bulimija za mano.	Nadomestitev lastne praznine z drugo osebo/zanikanje bolezni.	Zanikanje.
Bulimija se je sčasoma pojavila nazaj.	Nihanja.	Nihanja.
Zdelo se je, kot da smo ena velika družina,	Nadomestilo za družino.	Družina.

polna topline in sreče, ki je sama nisem imela.		
Po nekaj letih ecstasy ni več prijel kot na začetku, pojavila se je lakota, pa tudi utrujenost, depresija in bruhanje.	Nihanje. Simptomi. Pridružene motnje.	Recidiv.
Vzroke za težave sem iskala od zunaj.	Prenos odgovornosti.	Prenos odgovornosti.
Postalo je neznosno in takrat sem poiskala pomoč.	POMOČ.	Pomoč/zdravljenje.
Bilo je peklenško ... po par letih terapije sem prvič spregovorila in začela predelovati spolno zlorabo.	Predelava spolne zlorabe.	Potek zdravljenja.
Takrat sem se prvič sesula in dobila sem antidepressive. Poleg te skupine sem šla še na psihoterapijo.	Zdravila.	Pomoč pri obravnavi. Potek zdravljenja.
Bilo je hudo, sploh ker sem spet začela čutiti, kar je očitno bilo potlačeno v meni, kar sem spoznala, kaj se je dogajalo v moji družini.	Čustva. Uvid.	Napredek pri okrevanju.
Sprejeta sem bila tudi v psihiatrično bolnico, na oddelke za motnje hranjenja, kjer pa nisem dolgo zdržala in sem prostovoljno odšla.	Potek zdravljenja. Prekinitev zdravljenja.	Neustrezno ali nezadostno zdravljenje.
Poiskala sem tudi homeopatsko in ajurvedsko pomoč, pa pomoč bioenergetika.	Potek zdravljenja. Iskanje ustrezne pomoči.	Iskanje načinov za okrevanje.
Dr. Reljič me je vzpodbudila, da sem končala srednjo trgovsko šolo in potem začela delati v trgovini, sicer z veliko bolniškimi zaradi depresije in podobnih težav.	Končanje šole. Osamosvajanje. Zaposlitev. Pridružene motnje.	Šola.
Prekinila sem zdravljenje pri dr. Reljič, poiskala sem pomoč v društvu Sprememba v srcu, kjer sem poskušala predelati travmo s spolno zlorabo. Za bulimijo si nisem upala povedati, da mi je ni uspelo pozdraviti, ker drugače me ne bi sprejeli v skupino, ker je abstinenca pogoj, pa so me po enem letu vseeno izključili.	Prekinitev zdravljenja. Potek zdravljenja. Zanikanje/prekrivanje. Prekinitev zdravljenja.	Iskanje načinov za okrevanje. Zanikanje.
Po enem letu so me vseeno izključili, ker	Selekcija/ pristop	Neustrezen ali

nisem bila sposobna plačevati in ker sem se zapletla v konflikt s članom skupine in menda nisem napredovala prav nič, čeprav sem bila sama precej drugačnega mnenja.	zdravljenja.	nezadosten način zdravljenja. Pristop.
V tem času sem namreč uspela narediti prekvalifikacijo in naredila tudi maturo ter se vpisala ob delu na FSD.	Končanje šolanja.	Napredek pri okrevanju.
Kar je bilo zame nekaj zelo pomembnega in prej nedosegljivega, ker so moji vedno govorili, da iz mene ne bo nič.	Cenitev lastnega dosežka. Družina – zaničevanje.	Dejavnik tveganja – družina.
Bulimija je imela vzpone in padce.	Simptomi. Nihanje bolezní.	Posledice bulimije.
Zdaj sem se že znala lažje in hitreje pobrati po vsakem padcu, sem pa še vedno stremela k temu, da bi se popolnoma ozdravila.	Del okrevanja. Želja po ozdravitvi.	Napredek pri okrevanju.
Mislila sem, da če ne bruham, se ne drstim in ne stradam, da sem na pravi poti. Niti pomislila nisem, da to, če jem zgolj nekaj živil, tudi spada pod motnje hranjenja.	Posledica edukacije. Prepoznavanje.	Uvid.
Potem sem poiskala pomoč v Muzi, kjer se mi je takrat zdelo vse nekam kaotično in se tam nisem našla.	Potek zdravljenja. Njej neustrezno zdravljenje.	Neustrezno ali nezadostno zdravljenje.
Hodila sem tudi na sestanke anonimnih prekomernih jedcev (overeaters anonymous).	Potek zdravljenja.	Potek zdravljenja.
Moje življenje se je vrtelo okoli fakultete in učenja (bila sem zelo zagreta študentka), psihoterapije, raznih skupin za samopomoč, branja literature in podobnih stvari in raznih tečajev o samopodobi, motnjah hranjenja.	Interes o ozdravitvi.	Iskanje načinov za okrevanje.
Kazalo je že, da sem se osvobodila bulimije; ko sem na koncu leta imela več izpitov, sta bila očitno strah in stres prevelika in sem ponovno zdrsnila v precej hudo obliko bulimije.	Ponovni zdrs v bolezen. Stres. Strah.	Recidiv.
Takrat sem poiskala pomoč še v Ženski svetovalnici, a si nisem upala povedati ne svojih let, ne pravega imena in priimka, izmislila sem si ime in priimek mlajše prijateljice. Strah me je bilo zgražanj in pa da mi tudi tu zaprejo vrata.	Potek zdravljenja. Zanikanje. Strah pred izključitvijo. Dvom v terapevta.	Potek zdravljenja. Zanikanje.

Faksa nisem končala, sem se pa veliko naučila o sebi, tudi o vseh zasvojenostih.	Šola. Edukacija. Prepoznavanje bolezni/ odvisnosti.	Napredek pri okrevanju.
Vrnila sem se k psihiatrinji Reljič, kjer sem imela individualno obravnavo, dobila antidepressive in tablete proti tesnobi in kot povratnika me je vključila v skupino...	Potek zdravljenja. Povratnica.	Potek zdravljenja.
.. vendar nisem dolgo zdržala, ker nisem mogla več poslušati vsega tistega negativnega, kar so govorile v skupini.	Njej neustrezno zdravljenje.	Njej neustrezno ali nezadostno zdravljenje.
Če pogledam nazaj, sem naredila veliko, priznala sem si glede spolne zlorabe, jo upam predelala, spoznala vse, kar se je slabega dogajalo doma, naredila vsaj srednjo šolo in se redno zaposlila.	Lastna evalvacija. Napredek.	Zavedanje spoznanje.
Nisem premagala bulimije, sem jo pa začela obvladovati, s tem mislim na to, da ko se pojavi, se takoj ko lahko poberem nazaj in da se ne skrivam več za štirimi zidovi.	Bulimija del življenja? Reševanje problemov.	Napredek pri okrevanju.
Ko se pojavi bulimija, pazim na to, da potem popijem veliko tekočine, nadomestim elektrolite, vitamine, da si po vsakem bruhanju dobro umijem zobe (kar nekaj zob sem v tem obdobju izgubila zaradi bulimije), vzamem čaj za ledvice, obraz in grlo sperem z morsko vodo ali solno raztopino, da preprečim otekanje, za razpokane ustnice v kotičkih poskrbim z velikim nanosom vazelina, odrgnjenost na členkih rok pa preprečim z uporabo pvc rokavice.	Poznavanje posledic. Preventivno ukrepanje.	Življenje z bulimijo.
Psihične težave pa rešujem s terapevtko prostovoljko, ki dela prek Karitasa.	Prepoznavanje težav in iskanje pomoči.	Napredek pri okrevanju.
V vsem tem času, odkar sem takrat šla narazen s fantom, nisem imela nobenih moških, sem se pa pred par leti zaljubila, žal spet v napačnega, ampak imam pa prelepo punčko, zaradi katere se še naprej trudim ozdraveti od bulimije, saj mi daje smisel,	Družina. Hči. Smisel. Motivacija.	Motivacija za zdravljenje.
Od pisma dr. Sernec, ko je napisala, da imam bulimijo in da sem prišla k dr. Reljič, je minilo 4 leta.	Čas iskanja pomoči. 4 LETA.	

Zavedanje, da nisem edina, ki ima bulimijo, da se jo da omiliti oz. premagati. ... šele takrat sem se začela zavedati sebe in iskati, kdo sem, kaj sem, kam spadam. Da imam pravico živeti in da se ni dobro primerjati z drugimi. Dobila sem neko moč, voljo, da se navkljub vsemu začnem boriti zase, ker se nihče drug ne bo namesto mene. Naučila sem se veliko o bulimiji, pa tudi o življenju. V zgodbah drugih sem videla sebe, bilo je šokantno, ko sem to slišala na ta način. Začela sem spoznavati svoja občutenja in učila sem se govoriti o čustvih, težavah, prepoznavati svoje želje in potrebe in jih ločevati in delno tudi že postavljati meje drugim. Učila sem se tudi zaupanja in kako prositi za pomoč. Skratka osnovne stvari, ki so se jih drugi verjetno naučili že v zgodnjem otroštvu.	Kaj ji je pomoč dala. Zavedanje. Pravica do življenja. Lastna moč. Prepoznavanje svojih občutkov, čustev, želja, potrebe in jih ločevati.	Spoznanje zavedanje. Uvid.
Pričakovala sem, da me bodo naučili, kako prav jesti in seveda ostati primerno težka.	Pričakovanja od zdravljenja.	Pričakovano zdravljenje.
Začela sem delati na sebi, se spoznavati in sčasoma spreminjati. Spoznala sem, da sem za preživetje odgovorna sama in da moram razmišljati o svoji prihodnosti (česar me doma niso naučili), zato sem dokončala šolo in našla zaposlitev.	Delo na sebi. Uvid. Lastna odgovornost za preživetje. Cilji v prihodnosti.	Napredek pri okrevanju.
Prebrala sem ogromno literature na to temo, hodila sem na razne tečaje za izboljšanje samopodobe, šla sem celo na hipnozo, delala sem vaje iz joge, se učila pravilnega dihanja, učila sem se, kako meditirati, poskušala sem tudi z molitvami.	Načini za okrevanje.	Iskanje načinov za okrevanje.
Morda kompleksnost v moji primarni družini, spolna zloraba in to, da ob sebi nimam bližnjih oseb.	Razmišljanje o tem, zakaj ji še ni uspelo okrevati/zunanji vzroki/lastna odgovornost.	Dolgotrajno okrevanje.
Sprašujem se, ali so res vse okrevale? Poznam namreč eno iz moje skupine, ki je sicer rekla, da je popolnoma okrevala, pa vem, da se še vedno poslužuje bruhanja. Morda pa je takih več in so to sprejele kot	Razmišljanje o okrevanju ostalih deklet. Bulimija kot način življenja?	Življenje z bulimijo?

način življenja?		
Zavedam se, da je moje okrevanje precej dolgotrajno in da sem dolgo menila, da je bulimija očitno moja edina strategija preživetja. Nekako si ne znam več predstavljati življenja brez nje – mislim na to, da se občasno na ta način spraznim vsega negativnega v meni, čeprav se bom trudila še naprej, da popolnoma okrevam.	Bulimija kot način življenja. Zavedanje. Želja po popolnem okrevanju.	Strategija preživetja.
Včasih imam občutek, kot da so se me naveličali oz. da me ne jemljejo resno v smislu, da si želim okrevati. Najprej se še nekaj trudijo, da bi našli pri meni nekaj, kar bi me hitreje spravilo na pot okrevanja, potem pa mi sčasoma povedo, da pri meni ne vidijo napredka in naj si raje poiščem kakšno bolj primerno pomoč. To pa zelo boli, zato sem se naučila, da včasih raje česa ne povem po pravici, ker sem potem deležna boljše terapije, obravnave.	Odstopanje od drugih deklet z motnjo hranjenja. Selekcija. Dvom v terapevta. Prekrivanje.	Neustrezno ali nezadostno zdravljenje. Zanikanje.
Potrebujejo drugačen pristop, ampak ne na način, da nas odkrižajo, ampak da nas še bolj spodbujajo, iščejo, kaj nam lahko bolj pomaga (kje se pojavi tista razlika, da me ne zmoremo v primerjavi z drugimi), se bolj potrudijo z nami na način, ki bi nam prinesel vidne rezultate, morda tudi kakšne bivanjske enote za nas, kot sem slišala, da jih imajo v tujini.	Drugačen pristop za osebe z dolgotrajno motnjo. Dvom v terapevta. Njen pogled na rešitev.	Pričakovano zdravljenje, pomoč.
Kronična bulimija se mi zdi, da pač zdravstveno označuje moje stanje.	Termin kronično.	Termin/razlikovanje.
Povratnik mi nikakor ne gre, se mi sliši, kot da sem nek prestopnik in ni prav, da ga omenjajo,	Termin povratnik	Termin/razlikovanje.
Stiki so vezani predvsem na odnose v službi in pa kolikor imam stika s starši otrok iz vrtca, na igriščih ... mislim, da še ne morem spustiti ljudi tako blizu, kot bi si želela. Zlahka pa se družim s terapevti in npr. socialnimi delavci.	Stiki. Socialna mreža. Zaupanje.	Socialna mreža.
Poskušam se sproti spoprijemati s težavami, ko jih prepoznam.	Spoprijemanje s težavami po okrevanju.	Napredek pri okrevanju.

Zdaj se upam tudi zjeziti, za kar sem včasih mislila, da nimam pravice.	Izražanje in doživljanje čustev.	Napredek pri okrevanju.
Kajenju se nekako ne morem upreti, vmes sem imela tudi kompulzivno nakupovanje, jemala sem razno razna poživila.	Zasvojenosti skozi okrevanje.	Druge zasvojenosti.
Prihodnosti me je strah, morda zato ne upam preveč načrtovati. Bojim se, da se ne bo nič spremenilo in hkrati se bojim sprememb. Vem, da je to paradoks, ampak tako paradoksalno je moje življenje. Pridejo dnevi, ko zasanim, da bi spoznala svojega mega dobrega bodočega moža in da bi bili mega dobra družinica, potem pa si skušam zamisliti, kako bi to izgledalo, pa se vse podre, nimam najmanjše ideje, kako bi to moralo iti, da bi bilo idealno, ker tega sama nisem imela, Želim si, da bi premagala bulimijo, da bi bila dobra mati, pa da se ne bi več počutila ujeta v nekem večnem čakanju na svet, ki se bo šele rodil.	Strah prihodnosti. Sanje. Ni prvih pogumnih korakov. Želje.	Prihodnost. Sanjarjenje. Pripravljenost, motivacija za zdravljenje.

PRILOGA 2:

ODGOVORI STROKOVNJAKOV

Spremenljivke:

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.
2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.
3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.
4. Raznolikost pristopa/obravnave.
5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.
6. Tipizacija/stopnja motnje.
7. Klasifikacija bulimije nervoze.
8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.
9. Okrevanje.

KODIRANJE, ANALIZA ODGOVOROV:

I. SVETOVALNICA PU: ANA HRAM: dipl. soc. del., spec. pomoči z umetnostjo

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Pri nas »povratnikov« z bulimijo ni.

Kronično pomeni negativni izraz in pomeni skrajnost, pomeni obupati.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

4. Raznolikost pristopa/obravnave.

Ni kronične motnje hranjenja (še najmanj pa bulimije), razen, če je pacientka imela neustrezna zdravljenja (dolgo let v eni organizaciji, ali po malem ali vrsto izgubljenih let v različnih organizacijah, ustanovah, ipd.) in so ji odvzeli (počasi ali hitro) upanje.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Človeško degradativen izraz za bolezen oz. motnjo, ki je ozdravljiva, se jo da urediti. Tisti, ki jim niso znali pomagati, so jim vzeli moč (ker niso priznali svoje strokovne nemoči), oseba brez upanja, bolna, prepuščena sebi in životarjenju, nihče več se ne potrudi zanjo, sama pa že dolgo ne zmore.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

7. Klasifikacija bulimije nervoze po zdravstvenih kriterijih.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

Imamo posebne kriterije, predvsem pa gledamo na človeka, ki trpi kot na človeka. Glavni kriterij je poškodba bivanjske razsežnosti in globoko trpljenje. Smo pa z dr. Vito Poštuvan, univ. dipl. psih. in dr. Jožetom Ramovšem razvili poseben vprašalnik (človeški), kjer dobimo mnogo informacij in smernikov za okrevanje osebe in vzroke za razvoj motnje.

9. Okrevanje

Ključno je, ali ima oseba, ki svetuje, dovolj vseobsegajočega znanja za urejanje motnje hranjenja (ali pač je to le njeno delo), ali ima namero pomagati osebi z motnjo hranjenja, ali je to zgolj njeno delo, prostovoljstvo, je nekoč sama imela indice, ipd. Ali se zavzame za osebo in ji v ključnih prebojnih trenutkih stoji ob strani? Ali ozavešči (prizemlji) njene starše in ne dovoli več nikakršnih zlorab in zamenjav vlog? Ali jim jasno pove, kaj je nedovoljeno in nedopustno in pri tem med okrevanjem vztraja? Ali ji je mar?

II. DRUŠTVO MUZA: VESNA ŠOLAR univ. dipl. soc. del., gestalt psihoterapevka

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Kronična bolezen (katerakoli) je termin, ki ga uporabljajo v zdravstvu, v socialnem varstvu ne uporabljamo izrazov, kot so ozdraveti, zdraviti, kroničen, ipd.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

No, pri nas rečemo za osebo z motnjo hranjenja, da je popolnoma okrevala od motnje hranjenja, delno ali da ni okrevala. Če ni okrevala, ima lahko motnjo hranjenja tudi še čez dvajset let. Lahko pride v našo svetovalnico in če ni motivirana za vključitev v reden psihosocialni terapevtski program, ji nudimo lahko občasna svetovanja oz. svetovanja v krizi.

Poimenujemo jih po imenu, v strokovnem govorjenju pa oseba z bulimijo.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

Doba daljšega okrevanja v našem programu je pet let.

4. Raznolikost pristopa/obrnave.

Vsakega obravnavamo drugače, ker je to del terapevtskega procesa. Imamo sicer določene smernice, kako ravnati v določenih primerih, npr. krizne intervencije, če je oseba življenjsko ogrožena, ko ima oseba sočasno poleg motnje hranjenja še druge motnje (depresija, anksioznost, obsesivno kompulzivno motnjo, idr.), kadar ima izkušnjo kompleksnih travm, kar je pogosto. V svetovalnici smo zaposleni strokovni delavci, ki smo usposobljeni iz različnih psihoterapevtskih smeri. Pogosto se pogovarjamo o podobnostih, razlikah in na koncu ugotovimo, da je tisto, kar najbolj šteje, v resnici odnos, bolj kot posamezni pristopi, seveda je potrebno imeti veliko znanja v ozadju, predvsem pa tudi veliko redne supervizije, da je možno kvalitetno delati z osebami, ki imajo izredno težke probleme.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

No, mi nikoli ne rečemo tega, ker zveni preveč nespoštljivo do teh oseb, podobno velja tudi za druge težave in zasvojenosti, ko ljudje govorijo npr. »zadrogiranc, alko, psiho« ipd.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

9. Okrevanje.

III. DRUŠTVO SAMOPODOBA: KSENIJA JOVANOVIĆ

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Termin »kronična« bulimija je zame nekoliko ponesrečen ali bolje rečeno neustrezen. Bulimija nevroza je že sama po sebi kronična, ker je ena od oblik odvisnosti od hrane. Za termin »povratnik« sem že slišala, ampak tudi te besede se osebno izogibam, ker v oboleli osebi lahko po nepotrebnem vzbuja občutke nesposobnosti in neuspešnosti. Termin »povratnik« ima slabšalni prizvok.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Za obolele osebe nimam posebnih imen, ker imenovanje ni pomembno.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

4. Raznolikost pristopa/obravnave.

Menim, da je pristopov, metod in tehnik toliko, kolikor je obolelih.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Osebno ne bi mogla podati strokovne razlage, zakaj nekatera dekleta uporabljajo termin »kronična bulimija«, lahko pa uporabim lastno mnenje oziroma v tem primeru bolj ugibanje. V svoji dolgoletni praksi se še nisem

srečala s strokovno osebo ali z obolelim dekletom, ki bi uporabila termin »kronična bulimija«, prav tako omenjenega termina nisem zasledila niti v sredstvih javnega obveščanja (npr. časopis, televizija, internet, itn). Dekleta verjetno razlikujejo med bulimijo in »kronično« bulimijo, ker so pri nekaterih dekletih opazila, da bruha vseskozi in že več let, pri drugih se je pa morda pojavljal drugačen vzorec bulimije (občasno bruhanje z obdobji normalnega prehranjevanja). Možno je, da so termin povezoval s trajanjem bruhanja (kdor bruha, na primer, v krajšem časovnem obdobju in potem popolnoma preneha, je zanje samo bulimik, kdor bruha dalj časa, pa je »kronični bulimik«).

6. Tipizacija/stopnja motnje.

Kronično pomeni nekaj, kar se ponavlja. Za vse, ki imajo težjo obliko bulimije, je značilno bruhanje po vsakem obroku, lahko je bulimija v kombinaciji še s samopoškodbami, pretiranim uživanjem alkohola, kompulzivnim prenažedanjem, samomorilnim mišljenjem itn. Metoda dela oziroma obravnave bulimije se v celoti ne spreminja za posamezno stopnjo odvisnosti (vsaj ona tega ne prakticira), je pa nujno, da se način dela prilagodi vsakemu odvisniku posebej. Osebe, ki trpijo za težjo obliko bulimije, ponavadi potrebujejo več časa in truda za napredovanje.

7. Klasifikacija bulimije nivoje.

Poznam obe klasifikaciji, ki opredeljujeta bulimijo, vendar osebno ne postavljam stopenj. Bruhanje je pri bulimiji nujni sestavni del, kajti če oseba ne bruha, potem ne moremo govoriti o bulimiji, ampak prej o kaki drugi odvisnosti od hrane (kompulzivnem prenažedanju, anoreksiji, ortoreksiji ...). Seveda pa ni nujno, da je bruhanje vedno namerno izzvano, lahko je sproženo tudi refleksno. Zgodilo pa se je že, da se je bulimija prevesila v kompulzivno prenažedanje. Se pravi, oseba ni nikoli več bruhala, se je pa še zmeraj prenažedala. V tem primeru ne govorimo več o bulimiji, ampak o kompulzivnem prenažedanju. Stroka, med drugim, pri bulimičnih osebah ločuje purgativni tip (obdobju prenažedanja sledi bruhanje, jemanje odvajal in/ali

diuretikov) in nepurgativni tip (obdobju prenajedanja sledi obdobje stradanja, odklanjanje hrane ter pretirana telesna aktivnost). V praksi pa se je izkazalo, da lahko oba tipa, tako purgativni tip kot tudi nepurgativni tip, zasledimo pri eni sami bulimični osebi. Se pravi, oba tipa skupaj in ne ločeno. Oba se prepletata in v različnih obdobjih bulimije se kažeta v različnih intenzitetah.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

9. Okrevanje.

Pozdraviti jih ne more nihče, če sami tega ne želijo in če niso na to pripravljeni. Res je, da sami niso krivi, ker so zboleli. Če smo iskreni, nihče si ne želi imeti bulimije ali anoreksije, vendar so tudi te osebe same odgovorne za svoje življenje, za posledice svojih odločitev. Od njih je odvisno, ali se bodo še naprej zatekali v bolezen ali bodo ozdravili. Potrebna sta trdna odločitev in brezpogojno sodelovanje obolelega po eni strani in pa seveda pravilno svetovanje ali pravilna terapevtska usmeritev po drugi.

Ključno je, da je oseba pripravljena na mučen proces zdravljenja, na spremembe, na prevzgojo, da je pripravljena sodelovati in predvsem, kljub morebitnim spodrslijajem, vztrajati na poti ozdravitve. Proces ozdravitve primerja s študijem na fakulteti. Če študent porabi ogromno svojega časa, energije, truda, volje in samodiscipline za študij, bo študij najverjetneje uspešno tudi zaključil. Nič drugače ni tudi z bulimijo. Veliko truda prinese ozdravitev, malo truda je dovolj le za popravni izpit. Terapevt pa ne more vedeti, ali je obolela oseba popolnoma ozdravljena – to svetovalcu ali terapevtu ponosno pove oseba, ki se je zdravila.

IV. DRUŽINSKI CENTER MIR: KORNELIJA FERČAK, zakonska in družinska terapevtka

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

O »kronični« bulimiji pri nas, na našem centru ne govorimo. Tudi na izobraževanju in usposabljanju za delo z motnjami hranjenja nismo govorili o

»kronični bulimiji«. Termin »povratnik« pri zdravljenju oseb z motnjo hranjenja je bolj razširjen, vendar ga pri delu s klienti ne uporabljamo.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Pri nas so vsi klienti, ne glede na to, ali se dalj časa zdravijo ali se po nekem času ponovno vključijo v terapevtski proces.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

4. Raznolikost pristopa/obrnave.

Obravnava je različna od primera do primera. Če je proces daljši oz. če pridejo nazaj, vključimo še družino (če je le mogoče) in zunanje institucije oz. je obravnava multidisciplinarna (zdravnik, šola ...).

Naš terapevtski proces traja 12 srečanj/terapij (približno 3 mesece, vsak teden eno srečanje). Pri motnjah hranjenja (ne glede na to, za katero obliko gre), je ta proces bistveno daljši. Lahko traja 1, 2 leti ali več. Vmes so možne prekinitve.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Težko je določiti in strokovno opredeliti »kronično« bulimijo. Tega termina pri nas ne uporabljamo. Predvidevam, da dekleta uporabljajo laični izraz, ko bulimija traja dlje časa. S strokovnega vidika razumem kroničen vidik predvsem kot dlje časa trajajoče in ponavljajoče se stanje bolezni oz. trajajočih, ponavljajočih se vzorcev vedenja, simptomov ..., ki lahko trajajo vse življenje. Je pa težko opredeliti, kdaj se začne »kronična« bulimija.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

Tisti, ki imajo težjo obliko bulimije, potrebujejo več časa za zdravljenje, določeni vzorci vztrajajo več časa, čustveno doživljanje (lastno doživljanje sebe, svojega telesa, drugih ljudi ...) in čustveni zapleti so bolj kompleksni. Pri nas metode, obravnava niso posebno drugačne, razlika je v tem, da je psihoterapevtski proces daljši in je več sodelovanja z zunanjimi institucijami,

če gre za težjo obliko. Če je mogoče, predlagamo poleg individualne obravnave tudi skupinsko obliko dela.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

Zakonski in družinski terapevti ne postavljamo diagnoze. Diagnozo dobijo dekleta pri zdravniku, psihiatru ... Na njihov predlog ali svojo lastno željo se potem vključijo v psihoterapevtski proces in jih mi obravnavamo na podlagi že postavljene diagnoze. Psihoterapija je dodatna pomoč pri zdravljenju motenj hranjenja, ne edina in postavljanje diagnoze ni v naši pristojnosti. Klasifikacijo za bulimijo in DSM5 terapevti poznamo, ker nam je v pomoč pri našem delu. Kot že rečeno, pa ne postavljamo tipizacije/stopnje.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

9. Okrevanje.

Zdravljenje bulimije je od osebe do osebe zelo različno. Najpomembnejši dejavniki, ki pomagajo pri hitrejšem okrevanju, zdravljenju, so:

- osebna odločitev, notranja motivacija, pripravljenost za sodelovanje pri zdravljenju,
- podpora, razumevanje in sodelovanje družine, svojcev, prijateljev,
- znaki, ki kažejo na ozdravitev: večje zaupanje vase, spremembe v mišljenju, čustvovanju, vedenju, normalno prehranjevanje, zdrave prehranjevalne navade, boljši odnosi in zadovoljstvo s svojim življenjem.

V. ZAVOD ŠTUDENTSKA SVETOVALNICA: ALJA FABJAN, integrativna psihoterapevtka in doktorandka zakonske in družinske terapije

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Da, poznam oba termina.

Da, sprejemam tudi kliente »povratnike«.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Ker gre pri vseh motnjah hranjenja večinoma za dolgoročna zdravljenja, sama ne uporabljam posebnih terminov za tiste, ki se zdravijo dalj časa. Pri motnjah hranjenja je večno vprašanje tudi, kdaj je nekdo zares ozdravel, zato je zelo težko določiti neke meje, vse je odvisno od posameznika, kaj želi doseči ter nekaj tudi od zunanjih dejavnikov (ki so lahko naklonjeni vzdrževanju ali pa pospešijo ponovitev bolezni).

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

Pri nobenem zdravljenju, tako tudi pri psihoterapevtskem, ne moremo biti prepričani, da bo »dokončno«, da se bolezen ali težave ne bodo ponovile, vedno obstaja ta možnost.

4. Raznolikost pristopa/obravnave.

Pri zdravljenju bulimije tako obravnavamo tudi možnost ponovitve (v katerih primerih se lahko ponovi, kako lahko ponovitev poskusijo preprečiti ipd). Če je v obravnavi nekdo, ki je bil že večkrat v remisiji, nato pa se je spet znašel v začaranemu krogu bulimije, pa smo do tega (kaj ponovno sproži poslabšanje ipd) še bolj pozorni.

Kroničnost vidi predvsem v smislu ponavljanja in daljšega vztrajanja težav kljub zdravljenju.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Ker kronična bulimija (še) ni uvrščena med diagnoze, si lahko vsak po svoje razlaga, kdaj bulimija postane kronična in kdaj gre za težjo obliko bulimije (izraza sta po mojem mnenju lahko tudi sopomenki).

6. Tipizacija/stopnja motnje.

Če bi sama govorila o »kronični« bulimiji, bi bilo to morda v primerih, ko bi motnja kljub ustreznemu zdravljenju vztrajala več let (npr. več kot 5) oziroma bi se večkrat izmenjavala obdobja remisije in močnih simptomov. Ker so motnje hranjenja ene dolgotrajnejših in težko ozdravljivih motenj, je treba ves

čas terapevtskega zdravljenja imeti v mislih, da je povratek motnje mogoč ter se osredotočiti tudi na načine, kako to preprečiti ter situacije, v katerih se lahko to zgodi, torej ne glede na to, ali gre za prvo zdravljenje ali pa za ponovitev.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

Največ uporabljam diagnostiko po DSM-V, ločujem purgativni in nepurgativni tip bulimije (torej ni nujno vključeno bruhanje in zloraba odvajal). Ne, ne poznam klasifikacije glede na število epizod čiščenja na teden, kroničnost pa vidim predvsem v smislu ponavljanja in daljšega vztrajanja težav kljub zdravljenju.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

Če bi sama govorila o »kronični« bulimiji, bi bilo to morda v primerih, ko bi motnja kljub ustreznemu zdravljenju vztrajala več let (npr. več kot 5) oziroma bi se večkrat izmenjavala obdobja remisije in močnih simptomov.

9. Okrevanje.

Prva ključna stvar je želja in motiviranost posameznika za to, da bi ozdravel. Ključni sta psihoterapevtska pomoč in zdravljenje z antidepressivi, če gre vzporedno tudi za depresijo. Potrebni in zaželeni sta tudi podpora in razumevanje okolice, bližnjih, največ pa je seveda odvisno od lastne aktivnosti (raziskovanje sebe, vzrokov, vedenjske spremembe ipd.). Oseba je po mojem mnenju ozdravljena, ko zanjo ne veljajo več kriteriji iz DSM-V, ko se preneha preobremenjenost s hrano in se lahko sproščeno posveča drugim področjem življenja.

VI. TANJA BREZNIK, diplomirana delovna terapevtka, diplomirana psihoterapevtka

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Ne kot uradni termin. Jaz uporabljam kot delovni termin.

Kronična bulimija za tiste, pri katerih je stanje kronificirano. Povratniki pa so osebe, ki so uredili motnjo in je zaradi spleta okoliščin ponovno izbruhnila.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

4. Raznolikost pristopa/obravnave.

Sama težko obravnavam te osebe celostno. Primeren bi bil pristop, ki bi upošteval telesno, duševno, duhovno in socialno področje osebe, in bi zajemal zavedanje, naknadno socializacijo, aktiviranje doživljanja in izkušnjo solidarnosti. Predvsem so to osebe s stisko in ne bulimičarke.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

9. Okrevanje.

VII. ENOTA ZA MOTNJE HRANJENJA: asist. mag. KARIN SERNEC dr. med., specialistka psihiatrije

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Termin »kronična« bulimija poznam v kontekstu, da so vse motnje hranjenja kronična duševna motnja. Ne moremo govoriti o akutnih ipd. obolenjih.

Da bi govorili o »kronični« bulimiji kot taki, pa je neumno. Tisti, ki ga uporablja, nima pojma (ne govorijo drugače za motnjo, npr. bulimija ali »kronična« bulimija).

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Težko je govoriti o daljši dobi, saj je povprečna doba, da se oseba odloči za zdravljenje, 6 let.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

Težko je govoriti o daljši dobi, saj je povprečna doba, da se oseba odloči za zdravljenje 6 let.

4. Raznolikost pristopa/obrnave.

Seveda, vsem je omogočeno, da se vračajo in nadaljujejo zdravljenje, če se simptomi spet okrepijo. Pristop je psihoterapevtski in se dela etapno (tako tudi za tiste, ki odidejo in se vrnejo s ponovno okrepljenimi simptomi). Po odpustu imajo tudi možnost ambulantnega zdravljenja.

Ni drugečnega pristopa oz. načina zdravljenja.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Po definiciji so motnje hranjenja kronične motnje. »Kronična« bulimija torej tudi pogovorno ne obstaja. Dekleta očitno niso seznanjena s tem, kaj so motnje hranjenja. Bolnice marsikaj rečejo. Do tega pridejo zaradi neznanja o tem terminu. To je tako kot na primer pri šestnajstletnici, ki pravi, da je vzrok za motnje hranjenja fant, ki ji je rekel, da dobro zgleda, ko je vitka, v resnici pa je to samo kaplja čez rob, kajti vse tri skupine, dejavniki ki se prepletajo – vzroki v otroštvu – družina, sociokulturni in biološko-genetski so seštevki do subklinične slike motnje hranjenja. In en sam stavek, ki se ga dekle zave, torej je na zavestnem nivoju, da se je malo popravila, ji pomeni vzrok za nastanek motnje hranjenja.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

Neumna je delitev na hujšo in blažjo obliko bulimije nervoze. To zveni, kot da je vezana na simptome. Ni te delitve, ne obstajajo blažje, zmerne in hude oblike. Tudi terapevti, ko v pogovornem jeziku za nekoga rečejo, da je »zaguljen«, se to ne nanaša na to, kolikokrat in koliko bruha. Huda oblika pomeni hudi vzroki, ki so pripeljali do vzroka in to pomeni, da bo terapija zanje trajala dalj časa. Nekateri na primer menijo, da bo tista, ki je najbolj suha, imela najbolj dolgotrajno zdravljenje, pa to sploh ni nujno. Po navadi so takšna dekleta visoko motivirana, jim je jasno, kaj jih je pripeljalo do vzroka in zato hitreje okrevajo. Enako velja za tiste, ki bruhamo. Če bruhamo bolj pogosto, to še ne pomeni, da bo terapija trajala dolgo časa.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

ICD, se reče po WHO, Mednarodna klasifikacija bolezni, in sicer smo doslej imeli 10 revizijo. DSM-4, zdaj je sicer že 5, pa je ameriška razdelitev, s katero se strokovna javnost zelo prepira. Po njej naj bi na vsakem izvidu pisala šifra diagnoze, npr. šifra za duševne motnje je F. Mednarodna klasifikacija bolezni 10. Revizija pa je stara nekje od 10 do 15 let. Problem vseh klasifikacij je, da je ta verzija narobe prevedena. Ko so jo prevajali, se pri nas še nihče ni posebej ukvarjal z motnjami hranjenja in so motnje hranjenja prevedli v motnje prehranjevanja, kar pa ni prav. Motnje prehranjevanja imamo občasno vsi, vsi se kdaj pa kdaj prenažemo, ne jemo ustrezno ipd, a to še niso duševne motnje. Tudi oblik motenj hranjenja ne deli pravilno. MKB S 50.0 je anoreksija nervoza, po dogovoru z Evropo je restriktivna. 50.1 netipična pa purgativna anoreksija – ni bruhanje po simptomu. F 50.2 je tipična bulimija nervoza, F 50.3 pa atipična bulimija nervoza – 11. Revizija bo to imela popravljeno, in sicer 50.2 bo purgativna bulimija in 50.3 bo nepurgativna bulimija, kar pomeni 1. faza prenažanja in 2. faza hiperaktivnost. Torej so vsi simptomi pri obeh oblikah motnje hranjenja. Eno obliko od druge pa ločujemo po indeksu telesne mase, in sicer pod 17,5 je anoreksija nervoza, nad 18 in do 25 pa je bulimija nervoza. F 50.4 pa je kompulzivno prenažanje. V 11. reviziji bosta vpisani tudi ortoreksija nervoza in bigoreksija nervoza.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

9. Okrevanje.

Ključ za čim hitrejšo okrevanje je lastna motivacija, ne pa jakost simptomov, to pomeni, če si dekle želi okrevati. Definicija ozdravljenja je odsotnost ali manj prisotnosti simptomov. Pogovorno bi rekla, da je to tedaj, ko se človek dobro počuti, ima ustrezno samopodobo in ustrezno psihosocialno funkcioniranje, da ustrezno opravlja vse svoje vloge, ki jih ima.

VIII. ŽENSKA SVETOVALNICA: ANA ZIHERL, dipl. soc. del.

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/ »povratnice«.

Da, ga pa malo uporabljam, ker ima povratnik nekoliko slabšalni pomen za zapornike – »povratnike«. Tako da več uporabljam prvi termin.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Hm, niti nimam kakega posebnega izraza, po navadi opažam, da so včasih kakšna dekleta v svetovanje vključena tudi 2–3 leta.

Včasih sicer rečem, da ima katera že tako rekoč kronično MH, ampak to je za tiste, ki imajo MH že 8, 10 ali več let in so po navadi bile deležne že kar nekaj oblik pomoči.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

Včasih sicer rečem, da ima katera že tako rekoč kronično MH, ampak to je za tiste, ki imajo MH že 8, 10 ali več let in so po navadi bile deležne kar nekaj oblik pomoči.

4. Raznolikost pristopa/obravnave.

To je kar zagonetno vprašanje, ker po eni strani rečem, da ni razlik v svetovanju, če pa bolj pomislim, je razlika v tem, da se moram jaz vklopiti na več spodbude, potrpežljivosti in tako rekoč »tek na dolge proge« – da vzamem, da bo svetovanje verjetno potekalo več ko leto dni in bo treba uporabnico spodbujati z več pohvalami za male dosežke, da bo vztrajala v

delu na okrevanju kljub počasnim vzponom in občasnim padcem ali platojem – da se ne premakne nikamor.

Bolj pa sem pozorna, da imam drugačen pristop pri bolj »intenzivnih« oblikah bulimije – če je npr. bruhanje vsakodnevno, ali so odvajala v večjih količinah dnevno ali na 2–3 dni, da jih bolj odločno napotim, da spremljajo svoje zdravstveno stanje tudi pri zdravniku in zobozdravniku.

Odkvisno od več dejavnikov, tako tistih, ki vplivajo na počutje in samopodobo, kot tudi tistih, ki vplivajo na fizično stanje posameznice, njene siceršnje življenjske pogoje (delo, študij, v kakšnih razmerah in s kom živijo ...).

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Kot vedno pri terminih se eni uveljavijo bolj pogovorno med ljudmi, za strokovno uveljavitev pa mora obstajati neka potreba in nek konsenz med strokovnjaki.

Pri kroničnih je riziko, da se adaptirajo na MH tako, da jo obvladujejo vsaj toliko, da nekako shajajo v življenju, ne delajo pa zares na okrevanju in razkrivanju ozadja MH, ki ga je potrebno obravnavati, pa drugače reševati probleme, ki jih poskušajo reševati z MH. Večinoma me tudi preseneti, kako se telo adaptira na kronično MH in nekako telo zdrži tak stres in destruktivno ravnanje s hrano na dolgi rok, če sicer dokaj dobro skrbijo za ostale potrebe telesa (počitek, dovolj tekočine, sicer zdrava in redna prehrana, tudi gibanje in sprostitve, dovolj spanja). Verjetno imajo te uporabnice v osnovi boljše predispozicije za ohranitev zdravega telesnega stanja...

Odkvisno od več dejavnikov, tako tistih, ki vplivajo na počutje in samopodobo, kot tudi tistih, ki vplivajo na fizično stanje posameznice, njene siceršnje življenjske pogoje (delo, študij, v kakšnih razmerah in s kom živijo ...) Ali se metode dela oz obravnava kaj spremeni glede na tipizacijo/stopnjo motnje in ali so mnenja, da bi se morala? Niti ne, razen če ocenimo, da je bolj ogroženo življenje in zdravje – če je sum na to, jo pač odločno napotimo tudi do zdravnika, poleg vključitve v svetovanje.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

Bolj sem pozorna, da imam drugačen pristop pri bolj »intenzivnih« oblikah bulimije – če je npr. bruhanje vsakodnevno, ali so odvajala v večjih količinah dnevno ali na 2–3 dni, da jih bolj odločno napotim, da spremljajo svoje zdravstveno stanje tudi pri zdravniku in zobozdravniku.

Niti ne, razen če ocenimo, da je bolj ogroženo življenje in zdravje – če je sum na to, jo pač odločno napotimo tudi do zdravnika, poleg vključitve v svetovanje.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

Hm, veliko vprašanj, a če se osredotočim na postavljanje diagnoze: zame je pomembno, da slišim, kako sama definira svoj problem, seveda pa se o tem pogovoriva v začetku svetovanja, povem ji svoj pogled na to. Zame je bulimija prisotna takrat, ko se oseba prenajeda, potem pa uporablja eno od metod za »čiščenje« oz. preprečevanje negativnih posledic preveč zaužite hrane – lahko so prisotni bruhanje ali odvajala, preveč športa ali bljuvanje hrane ali kar mi pač povedo, da zlorabljajo v ta namen. Mogoče ne upoštevam DSM čisto natančno, ker me ne zanima diagnoza, kako pogosto to počne, zanima me predvsem, da vem, ali jo moram nujno ali ne tako nujno napotiti še k zdravniku.

Glede kilaže jo vprašam, sicer pa sem bolj pozorna na to, če ocenim, da je nekako na meji zelo nizke teže, ki bi lahko ogrožala zdravje – da se potem pogovarjava, ali ima anoreksijo ali bulimijo, po moji oceni in glede na ITM.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

Zame je bulimija prisotna takrat, ko se oseba prenajeda, potem pa uporablja eno od metod za »čiščenje« oz. preprečevanje negativnih posledic preveč zaužite hrane – lahko so prisotni bruhanje ali odvajala preveč športa ali bljuvanje hrane ali kar mi pač povedo, da zlorabljajo v ta namen.

Včasih sicer rečem, da ima katera že tako rekoč kronično MH, ampak to je za tiste, ki imajo MH že 8, 10 ali več let in so po navadi bile deležne že kar nekaj oblik pomoči.

9. Okrevanje.

Ja, celo diplomo bi lahko napisala na to temo, a ker to ni bistvo, bom skrajšala:). Veliko je dejavnikov – tako njena socialna mreža, koliko je ranjena iz otroštva, kako so se starši odzivali na njene potrebe v najzgodnejših treh letih, ali je bila ključna oseba v njenem otroštvu, ki ji je lahko zaupala in je skrbela za njo, pa koliko ima nekih dejavnosti in ljudi, ki so ji v oporo, koliko prepozna svoje potrebe in čustva in jih uspeva sprejemati kot dela življenja, pa tudi da se uči s temi ravnati konstruktivno ...

Ozdravljenost – ni poanta le v odsotnosti destruktivnega odnos do hrane, ampak tudi, da se problemov loteva bolj konstruktivno, da se postavi zase, da poišče podporo ali tolažbo, ko rabi, da se zna pohvalit, da se loti nečesa, kar je njena strast, da bolj neposredno izraža svoja čustva in potrebe, tudi bolj konstruktivno in tudi, česar sem najbolj vesela, da izraža neko samozavest ali veselje do življenja, da govori počasi vse manj o hrani in več o svojem življenju, svojih čustvih in potrebah in kaj jo veseli in kako se spopadati s stvarmi, ki so ji naporne, pa niso hrana ...

IX. SPECIALISTIČNA PSIHIATRIČNA ORDINACIJA: Anja Reljič Prinčič, dr. med. specialist psihiatrije

1. Poznavanje termina »kronična« bulimija/»povratnice«.

Termin »kronična bulimija«, hmm, ki traja leta in leta. Imam na primer eno pacientko, ki je zdaj stara 60 let in se še vedno pri meni zdravi za bulimijo nervozo. Ima nekako enakomerno urejeno, kako se hrani, bruha ipd. Ta termin »kronična« bulimija je vprašljiv. V literaturi se ne govori o akutni in kronični, ni akutne in kronične oblike. V diagnostiki je ni, ampak klinično pa rečeš npr. po tolikih letih, da je kronično.

2. Poimenovanje dolgotrajnega okrevanja.

Omogočam ponovno vključitev v zdravljenje, jih pa imenujem popolnoma enako.

3. Časovni okvir za dolgotrajno zdravljenje.

O kroniciteti ne bi mogla govoriti.

4. Raznolikost pristopa/obrnave.

Pristopi so drugačni v smislu, da je osebe treba podpreti, jim omogočiti, da se odprejo in jim ponuditi razumevanje. To so po navadi osebe, ki so doživele veliko zdravljenj in z vedenjsko kognitivno terapijo to slabše uspe kot s psihoterapijo.

5. Mnenje o uporabi termina »kronična« bulimija v delovnem jeziku.

Torej, kot sem že rekla, se v literaturi ne govori o akutni in kronični obliki in v diagnostiki je ni, ampak klinično pa rečeš npr. po tolikih letih, da je kronično. To npr., da se dekle dalj časa zdravi, lahko zelo varira. Ena dekleta se zelo dolgo zdravijo. To je nekako stvar čustev. Ena se nikoli popolnoma ne pozdravijo. Včasih vzpostavijo pravilen odnos do hrane in se hranijo pravilno, ne bruhaajo, imajo pa še vedno simptome, in sicer bulimija kot taka preneha, začne pa npr. »bruhati znanje« – sublimacija.

6. Tipizacija/stopnja motnje.

7. Klasifikacija bulimije nervoze.

Pri bulimiji nervozi bruhanje ni vedno sestavni del, lahko zlorabljaajo odvajala ali telesno aktivnost. To počnejo zato, da se na en način znebijo odvečnih kalorij. Uporabljam pa klasifikacijo ICD-10 za bulimijo kot tako.

8. Kriteriji za stopnjo motnje hranjenja.

9. Okrevanje.

Ko je dekle zadovoljna s seboj, ko sprejme tudi svoje negativne stvari in ko sprejme svojo težo in se z njo ne obremenjuje več, takrat bi lahko rekla, da je

ozdravljena. Je pa res, da lahko kasneje, ko je stres prevelik, v tistem trenutkov odreagira z bruhanjem, vendar gre potem počasi spet po svoji poti naprej.

10. POVZETEK

V teoretičnem delu sva skušali opredeliti kompleksnost motenj hranjenja. Najprej sva prikazali, kako pomembno vlogo ima hrana že v zgodnjih mesecih človeškega razvoja, in sicer od ugodja, povezanosti, sitosti do simbolnega pomena. Treba je ločiti čustveno lakoto od fizične in motnje prehranjevanja od motenj hranjenja. Ta na videz lahko opredeljiva problematika s hrano lahko sega globoko v privzgojene vzorce, zglede ali izvira iz potlačitev travm in drugih stisk. Motnje hranjenja so opredeljene kot duševna motnja na eni strani, na drugi pa kot strategija preživetja človeka, ki se je znašel v stiski, da se prebija iz dneva v dan. Zaradi nepravilnega odnosa do hrane lahko posameznik resno ogroža svoje zdravje.

Osredotočili sva se na bulimijo nervozo, jo opredelili po klasifikaciji diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM), ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje, ter povzeli tudi naše strokovnjake in avtorje.

Dotaknili sva se pomembnih dejavnikov, tako varovalnih kot dejavnikov tveganja za razvoj motenj hranjenja. Tu sva izpostavili težke travme zaradi spolne zlorabe. Pisali sva tudi o dogajanju v družini, ki ga avtorji navajajo kot ogrožajoče ali zdravo za razvoj otroka/mladostnika in z njimi povezano samopodobo ter samospoštovanje. Posebno točko sva namenili tudi pomenu šolanja kot varovalnemu dejavniku in vplivu motenj hranjenja na izobraževanje ter socialno vključenost.

Ker gre pri motnjah hranjenja za kompleksnost bolezni, sva omenili tudi pomembne pridružene motnje, dvojne diagnoze, ki pa lahko izredno vplivajo na zdravljenje, če niso tudi te cilj obravnave in okrevanja – torej je pomembna celostna obravnava.

Tako v teoretičnem kot v raziskovalnem delu pa sva skušali predstaviti pomen strokovne pomoči/obrnave/terapije in pomen sodelovanja oz. nesodelovanja strokovnjakov. Prikazati sva skušali tudi odnos do terminov, kot so »kronična« bulimija, »povratnice« in dolgotrajno okrevanje.

Skozi analizo dveh študij primerov sva pokazali, da zgoraj omenjeno obstaja. V zgodbah so razlike, ki pripeljejo do bulimije nervoze, zato bi morale biti tudi tako obravnavane. Biti bi morale bolj usmerjene v edinstvenega posameznika.

Diplomska naloga ne pripomore k nekemu splošnemu teoretiziranju, pripomore pa k kritičnemu pogledu v kompleksnost motnje, stiske posameznika in omogoča razmislek, vprašanja, kako opolnomočiti vsakega. Omogoča tudi prepoznavanje pomembnosti pogleda strokovnjakov v isto smer, ne pa obstoja vsakega na svojem bregu za ograjo izključno svoje poklicne usmerjenosti.