Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja

Štracak, Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:624865

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

zir.nsk.hr

DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Marija Štracak

Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja

DIPLOMSKI RAD

ZAGREB, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Marija Štracak

Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja

DIPLOMSKI RAD

ZAGREB, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu

KBC-a Zagreb pod vodstvom doc. dr. sc. Milene Skočić Hanžek i predan je na ocjenu u

akademskoj godini 2016./2017.

POPIS KRATICA

AAI – attachment intervju za odrasle

AN – anorexia nervosa

BED – poremećaj nekontrolirana hranjenja

BN – bulimia nervosa

DSM-5 – Diagnostic Statistic Manual-5 (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja Američkog udruženja psihijatara, 5. izdanje)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija

Proana – blogovi koji promiču anoreksiju

SADRŽAJ

1. UVOD 1
2. POREMEĆAJI HRANJENJA 3
2.1 ANOREXIA NERVOSA 5
2.2 BULIMIA NERVOSA 6
2.3 POREMEĆAJ S PREJEDANJEM 8
2.4 DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA 9
2.5 NESPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA 10
3. PSIHOANALITIČKE TEORIJE, HILDE BRUCH I „GOLDEN CAGE“ 11
3.1 PSIHOANALITIČKE TEORIJE 11
3.2 SIMBOLIČKO ZNAČENJE NAPADA NA TIJELO 13
3.3 ULOGA HILDE BRUCH U RAZUMIJEVANJU I PSIHOTERAPIJI OBOLJELIH OD POREMEĆAJA HRANJENJA 14
3.4 GOLDEN CAGE – PRIKAZ PSIHODINAMIKE ANOREKSIJE NERVOZE 15
3.5 PSIHOANALITIČKA PSIHOTERAPIJA U LIJEČENJU POREMEĆAJA HRANJENJA 18
4. TEORIJA ATTACHMENTA, MENTALIZACIJA I POREMEĆAJI HRANJENJA 20
4.1 TEORIJA ATTACHMENTA 20
4.2 MENTALIZACIJA 21
4.3 MENTALIZACIJSKI MODEL TERAPIJE POREMEĆAJA HRANJENJA – MINDING THE BODY 23
4.4 PREKIDI U MENTALIZIRANJU – PREMENTALIZACIJSKI MODELI I POREMEĆAJI HRANJENJA 25
5. PSIHOSOMATSKA OBITELJ I OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA POREMEĆAJA HRANJENJA 27
5.1 PSIHOSOMATSKA OBITELJ 27
5.2 OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA 29
5.3 MAUDSLEYJEV MODEL OBITELJSKE PSIHOTERAPIJE 30
6. ZAKLJUČAK 32
7. LITERATURA 33

SAŽETAK

Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja
Marija Štracak

Glavni oblici poremećaja hranjenja su anoreksija i bulimija nervoza, oba karakterizirana trajnim i patološkim promjenama u prehrambenim navikama. Etiologija ovih poremećaja je multifaktorska, a u psihološke faktore nastanka ubrajamo proces razvoja, odnose s roditeljima, tip privrženosti, stresne i traumatske događaje te adaptaciju na životne faze kroz koje osoba prolazi. Proučavanje tih faktora doprinijelo je razvoju različitih psihoterapijskih metoda liječenja ovih poremećaja.

Američka psihijatrica i psihoanalitičarka, Hilde Bruch definirala je teorijski i deskriptivno forme poremećaja hranjenja kao deficite selfa. Radila je na povezivanju simptoma poremećaja hranjenja s unutrašnjim svijetom i davanju simbolike istima. Autorica je antologijske knjige „Golden cage“ koja prikazuje psihodinamiku anoreksije nervose, a aktualna je i danas. Učenja Hilde Bruch zadržana su i nadopunjena konceptom oštećene mentalizacije i prementalizacijskih modela funkcioniranja koji su prisutni u poremećajima hranjenja.

U mentalizacijskom pristupu poremećaji hranjenja shvaćeni su kao poremećaji selfa i regulacije afekta. Prema Fonagyu, jednom od tvoraca koncepta mentalizacije, za stvaranje selfa bitan je odnos privrženosti i usklađeno zrcaljenje kao proces kroz koji on nastaje.

Nastanku poremećaja hranjenja mogu doprinijeti i obiteljski odnosi, pa je tako Minuchin sa svojim suradnicima opisao i izdvojio skupinu karakteristika koje obilježavaju tzv. „psihosomatsku obitelj“. U toj obitelji dijete koristi simptom poremećaja hranjenja kao odraz roditeljskih konflikata i neizrečenih poruka koje se odnose na isprepletenost, pretjeranu rigidnost, protektivnost i izbjegavanje sukoba.

Ključne riječi: anoreksija, bulimija, psihoterapija, self, mentalizacija, psihosomatska obitelj

SUMMARY

Etiology and management of eating disorders - psychological theories

Marija Štracak

The main forms of eating disorders are anorexia and bulimia of nervosa, both characterized by permanent and pathological changes in feeding habits. The etiology of these disorders is multifactorial, and psychological factors include developmental process, relationship with parents, type of attachment, stressful and traumatic events, and adaptation to the life stages through which the person passes. Studying these factors contributed to the development of various treatment psychotherapeutic techniques.

The American psychiatrist and psychoanalyst, Hilde Bruch, defined theoretical and descriptive forms of eating disorder as deficits of self. She was working on linking the symptoms of eating disorder to the inner world and and attributing them symbolic meaning. She is the author of the anthology book "Golden cage" showing psychodynamics of anorexia nervosa, which is still current today. Hilde Bruch's teachings are retained and complemented by the concept of impaired mentalization and pre-existing functional patterns that are present in eating disorders.

In the mentalization approach, eating disorders are perceived as self-disturbances and affective regulation. According to Fonagy, one of the creators of the concept of mentalization, for development of healthy self a secure attachment and synchronized mirroring with parental figures is needed

Family-related relationships can also contribute to the emergence of eating disorders, so Minuchin described and distinguished a group of characteristics that characterize so-called "family relationships" and "psychosomatic family". In this family the child symbollicaly uses symptoms of eating disorder that reflect parental conflicts and unexpressed messages related to intertwining, excessive rigidity, protectionism, and conflict avoidance.

Key words: anorexia, bulimia, psychotherapy, self, mentalization, psychosomatic family

1. UVOD

„Razbiti zrcalo ili popraviti odraz? Ako ga razbijem, što ću bez njega? Hoću li izgubiti kontrolu? Hoću li izgubiti kompas? Laže li zrcalo?“

Neda Dropulić, Težina ljepote

Bio je to gotovo školski primjer funkcioniranja medicinskog tima i možda najdojmljiviji koji sam vidjela tijekom čitavog studiranja. U sobi je bilo pet studenata na vježbama iz psihijatrije, tri psihijatra, jedna specijalizantica i glavna sestra. U sredini sobe sjedila je Ivana. Svi oni, svatko sa svojim argumentima govorili su Ivani da će je uslijed toga što se njena tjelesna težina tjednima ne popravlja morati preseliti na zatvoreni odjel. Ona je bespomoćno plakala i imala sam osjećaj da joj je jako neugodno. Razlog tome nije bilo njeno zdravstveno stanje i to što je izgledala zbilja loše, već to što je doživjela premještaj kao kaznu i brinula se oko toga što će njena mama reći kad sazna da su je preselili na zatvoreni odjel. Ivana nije imala objašnjenje za to zašto se njena tjelesna težina već tjednima ne mijenja niti za to kako je nastao deficit kalija na koji su ukazivali njeni nalazi. Stalno je ponavljala koliko je motivirana i koliko se ona želi oporaviti. Te rečenice bile su poput neke naučene mantre, a kada bi ju se suočilo sa stvarnim stanjem briznula bi u plač. Ono što mi je također ostalo u sjećanju bile su ozbiljnost, zabrinutost i neka prikrivena doza bespomoćnosti koja se mogla vidjeti na licima članova medicinskog tima. Svatko joj je na svoj način pokušao objasniti zašto ju premještaju na zatvoreni odjel i koliko je to bitno za njeno liječenje, ali u tom trenutku imala sam osjećaj da ne postoje rečenice koje bi mogle doprijeti do nje. Ostala sam pod dojmom cijele situacije. Kako izgleda njeno zrcalo? Kako je stvorila odraz koji ju zasljepljuje i tjera na samouništavanje? Može li popraviti odraz? Koliko duboko u sebe mora posegnuti da bi ga popravila? Kako se odraz uopće stvorio i tko je sve utjecao na to? Bila su to samo neka od pitanja koja su me mučila, a znanje o poremećajima hranjenja koje sam dobila kroz studij tek je dalo naslutiti neke odgovore. Znala sam da su za nastanak poremećaja hranjenja zaslužni mnogi faktori od psiholoških i socijalnih pa sve do kulturalnih faktora, ali još uvijek me zanimalo kako točno nastaje ta svima, osim oboljeloj/oboljelom, očita i potpuno iskrivljena slika vlastitog tijela. Kroz nastavu i vježbe na Klinici za psihijatriju KBC Zagreb dobila sam uvid u životne priče pacijentica koje su se borile s ovim poremećajima. Iako su sve naglašavale koliko se

žele oporaviti, nevoljko su pričale o vlastitoj bolesti i razlozima njena nastanka, a za neke mi se činilo da nisu ni svjesne da su ozbiljno pothranjene. Čitajući proana blogove koji su detaljno savjetovali kako izgubiti tjelesnu težinu, nositi se s osjećajem kronične gladi, biti ustrajan u postizanju jezivo niske ciljane težine i pritom omogućavati komunikaciju i razmjenu iskustava između oboljelih, shvatila sam da se iza tih lica upalih obraza krije skriveni svijet. U tom svijetu brižljivo se njeguje specifična estetika lišena svih tipičnih ženskih obilježja, a biti pothranjen do krajnjih granica je životno postignuće. Na njihovo ozbiljno narušeno mentalno i fizičko zdravlje okolina često gleda s dozom osuđivanja i stavom da je takvo ponašanje životni izbor oboljele ili oboljelog.

Iako su raširen problem, poremećaji hranjenja izvor su mnogih predrasuda i nerazumijevanja baš zato što se o njihovim uzrocima još uvijek vrlo malo govori. Neki misle da nastaju zbog uzora u mršavim modelima modne industrije, zbog nekog bunta ili razmaženosti, a takve predrasude često imaju i najbliži. Osim kulturoloških faktora, na razvoj poremećaja hranjenja mogu utjecati i odnosi s roditeljima, tip privrženosti, te stresni i traumatski događaji. Jednom kada se razviju i postignu kronični oblik, iznimno su teški za liječenje. Zbog toga je vrlo bitno rano prepoznavanje i liječenje. Baš zbog boljeg razumijevanja odlučila sam se sada, na kraju studija još jednom vratiti na tu temu i bolje istražiti razloge nastanka poremećaja hranjenja i korištenje tih istih saznanja u njihovom liječenju.

2. POREMEĆAJI HRANJENJA

Hranjenje se povezuje s iskustvima i emocijama najranijeg razvoja te uključuje doživljaje vanjskog i unutrašnjeg svijeta. Iako je hranjenje proces u kojem se očituju ovi poremećaji, njihovi korijeni su negdje puno dublje. Etiologija poremećaja hranjenja je multifaktorska. Na njihov nastanak utječu biološki, socijalni i psihološki faktori. Socijalni faktori povezani su s obilježjima zapadne kulture koja bazira ljepotu tijela na vitkoj liniji. U psihološke faktore ubrajamo proces razvoja, odnose s roditeljima, tip privrženosti, stresne i traumatske događaje te adaptaciju na životne faze kroz koje osoba prolazi. Perfekcionizam kao osobina ličnosti veže se uz veću učestalost poremećaja hranjenja. Biologijski faktori važni su zbog određivanja biologijskih oblika terapija (Marčinko, 2013).

Poremećaji hranjenja u današnje vrijeme su sve češći. Od 0,5 do 1 % ljudi u općoj populaciji ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog poremećaja hranjenja, a 4 % adolescentica pokazuje neki poremećaj prehrane (Begić, 2014). Smatra se da u Hrvatskoj oko 40000 osoba boluje od poremećaja hranjenja. Češće pogađaju žene, ali na njih nisu imuni ni muškarci (Članak Anoreksija, Doktor u kući, 2015).

Prvi puta su se anoreksija i bulimija pojavile u DSM-III, 1980.godine kao podvrste psihičkih poremećaja u periodu djetinjstva i adolescencije (Davidson i Neale, 1999). Prema DSM-5 klasifikaciji definirani i klasificirani su sljedeći poremećaji hranjenja i jedenja: pika, ruminacijski poremećaj ili poremećaj regurgitacije hrane, izbjegavajući ili poremećaj smanjena unosa hrane, anorexia nervosa, bulimia nervosa, poremećaj prejedanja, drugi specificirani poremećaji jedenja i hranjenja i nespecificirani poremećaji hranjenja i jedenja. Glavni oblici poremećaja hranjenja su anoreksija i bulimija nervosa, oba karakterizirana trajnim i patološkim promjenama u prehrambenim navikama. U poremećajima hranjenja mršavljenje prelazi granice psihičke i fizičke izdržljivosti što dovodi do nastanka brojnih psihosocijalnih problema i narušenog funkcioniranja raznih organskih sustava. Glavna karakteristika poremećaja hranjenja je to što sekundarne smetnje nastaju ponajprije zbog promjena u hranjenju, a ne zbog bilo koje druge tjelesne ili psihičke bolesti (Warrell i sur., 2003).

Zapaženo je da je gotovo kod svih pacijenata prisutno pridavanje prevelike važnosti težini i obliku tijela, odnosno sklonost da se procjenjuje vlastita vrijednost

većinom ili isključivo na temelju težine i oblika tijela. Neke osobe s poremećajima hranjenja se često važu i zabrinute su za svako variranje težine, dok se druge nikada ne važu i stalno su u strahu što će vaga pokazati kada konačno stanu na nju. Anoreksija i bulimija dijele neke kliničke karakteristike, pa postoje slučajevi u kojima pacijenti prelaze iz jednog oblika poremećaja u drugi. U nekih osoba se nalaze karakteristike oba poremećaja pa se koristi izraz atipični poremećaj hranjenja. Trans dijagnostička teorija koju su razvili Fairburn i suradnici 2003. godine smatra poremećaje hranjenja jedinstvenom dijagnostičkom kategorijom, a ne trima odvojenim poremećajima. Zapaženo je da osobe s poremećajima hranjenja dijele kliničke karakteristike i koje traju modificirajući se, ali te osobe ne razvijaju druge mentalne poremećaje, pa se smatra da ove poremećaje održavaju zajednički mehanizmi. Prema toj teoriji osoba ima poremećaj hranjenja ako su prisutne sljedeće karakteristike:

1. Odstupanja u ponašanju hranjenja i/ili u „ustrajnim“ ponašanjima kontrole težine (npr. tijekom najmanje tri mjeseca).

2. Pridavanje velike važnosti težini i/ili obliku tijela i/ili kontroli hranjenja.

3. Štete za tjelesno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje uzrokovane odstupanjima ponašanja i/ili pridavanje velike važnosti težini, obliku tijela ili kontroli hranjenja.

4. Navedena odstupanja u ponašanju ne smiju biti sekundarna bilo kojem drugom medicinskom i psihijatrijskom poznatom stanju (Dalle Grave, 2014).

U kliničkoj praksi poremećaji hranjenja rijetko dolaze zasebno i s jasnim granicama što postavlja problem prilikom dijagnosticiranja. Postoje podaci da oko 50 % anoreksičnih osoba razvije i bulimiju, a sličan postotak bulimičnih osoba je probao i sa samoizgladnjivanjem, ali ne do te točke da bi ih se smatralo anoreksičnima (Fairburn i& Garner, 1986).

U liječenju poremećaja hranjenja postoji niz terapijskih metoda i pristupa, koje se mogu primjenjivati samostalno ili u kombinaciji. Važno je naglasiti da je psihološka terapija efikasnija u liječenju ovih poremećaja od farmakoterapije (Treasure i sur., 2003), a često se primjenjuje kombinacija tih terapija.

2.1 ANOREXIA NERVOSA

Anorexia nervosa je psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane. Riječ anorexia grčkog je podrijetla, a označuje odsutnost apetita. Najčešće se javlja u dobi od 14 do 25 godina. Prosječna dob pojavljivanja anoreksije je 17 godina, a prevalencija u mladoj odrasloj dobi za žene iznosi 0,5 do 1 %. Perfekcionizam, opsesivno kompulzivno ponašanje, nisko samopoštovanje te izrazite smetnje raspoloženja s nerijetkom pojavom depresivnosti, socijalnog povlačenja, razdražljivosti, nesanice i smanjen libido karakteristike su koje se često pojavljuju kod anoreksije (Marčinko i sur., 2013).

Prvi klinički opis anoreksije dao je Louis Victor Marce 1859. godine. Opisao je bolesnicu suhih usta i suhe kože, bez imalo masnog tkiva, mršavu poput skeleta, filiformnog pulsa, opstipiranu. Unatoč svemu tome uzimala je minimalne količine hrane. Marce je primijetio da je funkcija probavnog sustava sasvim uredna i da poremećaj ima psihičku etiologiju (Silverman, 1989).

Mršavost i amenoreja su najočigledniji tjelesni znaci. Od kliničko laboratorijskih znakova karakteristični su: deficit vitamina i minerala, anemija, leukopenija, hipoalbuminemija, elektrolitska neravnoteža (Marčinko i sur., 2013).

Kriteriji za anorexiju nervosu (AN) prema DSM-5 klasifikaciji su:

a) Ograničenje unosa energije u odnosu na zahtjeve, što dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Značajno niska tjelesna težina definira se kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, kad je riječ o djeci i adolescentima, koja je manja od minimalno očekivane.

b) Snažan strah od porasta tjelesne težine ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, čak i uz nisku tjelesnu težinu.

c) Smetnje u načinu doživljavanja vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne težine na samovrednovanje ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti trenutačno niske tjelesne težine.

Postoje dva tipa AN:

1. RESTRIKTIVNI TIP – tijekom posljednja tri mjeseca osoba nije imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (tj. samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje). Restriktivni podtip uključuje gubitak tjelesne težine koji primarno nastaje pomoću dijete, posta i/ili pretjeranog vježbanja.
2. PREŽDERAVAJUĆE/PURGATIVNI TIP – tijekom posljednja tri mjeseca osoba je imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (npr. samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje) (DSM-5, 2014).

Iako većina bolesnica tvrdi da je povod za pretjerano izgladnjivanje bila prekomjerna tjelesna težina, istraživanja pokazuju da je čak 20 % bolesnica prije nastupa anoreksije imalo tjelesnu težinu manju od prosjeka, 50 % je imalo normalnu, a tek 30 % prekomjernu tjelesnu težinu (Vidović, 1998).

Prema MKB-10 kriteriji su :

a) Gubitak na težini

b) Namjerno izbjegavanje hrane „koja deblja“

c) Strah od debljanja

d) Endokrini poremećaji – amenoreja

e) Nema nagona za prejedanjem.

2.2 BULIMIA NERVOSA

„Bulimia“ na grčkom znači bikova glad. Često je opisivana kao sindrom prežderavanja/pražnjenja. Sastoji se od epizoda prejedanja koje slijedi inducirano povraćanje ili zlouporaba laksativa s ciljem da se iz tijela izbace velike količine hrane. Želja za mršavošću u bulimiji se postiže drugačijim ritualima od anoreksije. Uslijed nesavladive želje za hranom bolesnice se prejedaju, nakon čega zbog velikog straha i osjećaja krivnje povraćaju. Patološki doživljaj vlastitog tijela, nezadovoljstvo njime te oblik i težina tijela kao glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje karakteristike su koje povezuju anoreksiju i bulimiju. Za bulimiju karakteristično je unošenje ogromnih količina hrane u ograničenom vremenu, obično unutar dva sata. Prejedanje se odvija u tajnosti i traje dok osoba ne osjeti da je

dovoljno „puna“. Prejedanje slijedi depresivna faza koju karakteriziraju samokritike i osjećaj krivnje. Ona dovodi do potrebe za pražnjenjem koje se ostvaruje povraćanjem ili zlouporabom laksativa. U organizmu učestalo pražnjenje može izazvati disbalans tekućine i elektrolita, najčešće hiponatremiju, hipokalemiju i hipokloremiju, metaboličku alkalozu i acidozu, oštećenje i trajni gubitak zubne cakline, ozljede ruku te srčane i skeletne miopatije (Marčinko i sur., 2013).

Poremećaj je prvi puta opisao G. Russel 1979. godine (po kojem je i nazvan znak u vidu oštećenja kože prstiju koje se guraju u usta kako bi se izazvalo povraćanje). Bulimija nervosa (BN) je najčešći poremećaj hranjenja. Javlja se u 1 do 3 % mladih žena. Češće pogađa ženski spol, ali ne toliko dominantno kao anoreksija. Prema istraživanjima 5 do 10 % bolesnika s bulimijom je muškog spola (Keel, 2005). Obično se javlja u kasnoj adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi (Gordon, 2000).

BN sa sobom nosi povećan rizik za samoubojstvo zbog čega bi sveobuhvatna procjena oboljelih trebala uključivati procjenu suicidalnih ideja, ponašanja, čimbenika rizika za samoubojstvo i anamnezu pokušaja samoubojstva. Opća stopa smrtnosti za bulimiju nervozu je skoro 2 % tijekom jednog desetljeća (DSM-5, 2014).

Kriteriji za dijagnozu BN prema DSM-5 klasifikaciji su:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizodu prejedanja karakteriziraju sljedeća dva obilježja:

a) jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.

b) osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom te epizode.

2. Ponavljanje neprikladnih kompenzacijskih postupaka u svrhu sprječavanja povećanja tjelesne težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili nekih drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje.

3. Prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljuju se, u prosjeku, najmanje jednom tjedno i to tijekom 3 mjeseca.

4. Samoprocjena je neopravdano utemeljena na obliku vlastita tijela i njegova težine.

5. Ove smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze (DSM-5, 2014).

2.3 POREMEĆAJ S PREJEDANJEM

Poremećaj s prejedanjem je stanje u kojem se javlja pretjerano jedenje, ali ono nije popraćeno s povraćanjem, čišćenjem i smanjenim unosom hrane. Učestalost je oko 1 % posto u općoj populaciji. Spolnih razlika u javljanju ovog poremećaja gotovo da i nema ili je nešto češći u žena. Ovaj poremećaj često se pojavljuje zajedno s depresijom i drugim poremećajima hranjenja, uglavnom s bulimijom. Etiologija je psihološka. Osobe koje pate od ovog poremećaja nezadovoljne su vlastitim izgledom, ne prihvaćaju sliku vlastitog tijela i imaju nisko samopoštovanje (Begić, 2014).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze poremećaja s prejedanjem (tzv. Binge eating disorder, BED) prema DSM-5 klasifikaciji su:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizoda prejedanja ima sljedeća dva obilježja:

a) Jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju ili u sličnim okolnostima.

b) Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom ove epizode.

2. Ove epizode prejedanja povezane su s tri (ili više) od sljedećih obilježja:

a) Jedenje mnogo brže nego što je to uobičajeno.

b) Jedenje sve do osjećaja neugodne ispunjenosti.

c) Jedenje velikih količina hrane i bez tjelesnog osjećaja gladi.

d) Jedenje nasamo zbog osjećaja stida zbog količine pojedene hrane.

e) Nakon jedenja, osjećaj gađenja prema samome sebi, depresije ili snažne krivnje.

3. Prisutna je izrazita nelagoda zbog prejedanja.

4. Ovakvo prejedanje u prosjeku se pojavljuje najmanje jednom tjednom tijekom tri mjeseca.

5. Ovakvo prejedanje nije povezano s ponavljajućim neprikladnim kompenzacijskim postupcima kao kod bulimije nervoze i ne pojavljuje se isključivo tijekom bulimije nervoze ili anoreksije nervoze (DSM-5, 2014).

2.4 DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA

Drugi specificirani poremećaji hranjenja kao kategorija primjenjuju se na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja i jedenja koji uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenja u socijalnim, radnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ti simptomi ne zadovoljavaju sve kriterije ni za jedan poremećaj u dijagnostičkoj skupini poremećaja hranjenja i jedenja. Ova kategorija upotrebljava se kad kliničar odlučuje navesti specifičan razlog zašto klinička slika ne zadovoljava kriterije ni za jedan specifičan poremećaj hranjenja i jedenja. To se čini bilježenjem „drugi specificiran poremećaj hranjenja ili jedenja“, nakon čega slijedi specifičan razlog za to (npr. „bulimija nervoza s rijetkom učestalošću“).

Primjeri kliničkih slika koje mogu biti specificirane uz upotrebu oznake „drugi specificirani“:

1. Netipična anoreksija nervoza: Zadovoljeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osim što je, unatoč značajnom mršavljenju, tjelesna težina osobe unutar normalnog raspona ili veća.

2. Bulimija nervoza (s niskom učestalošću i/ili ograničena trajanja): Zadovoljeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu, osim što se prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljuju, u prosjeku, rjeđe od jednom tjedno i/ili traju kraće od 3 mjeseca.

3. Poremećaj s prejedanjem (s niskom učestalošću i/ili ograničena trajanja): Zadovoljeni su svi kriteriji za poremećaj s prejedanjem, osim što se prejedanje pojavljuje, u prosjeku, rjeđe od jednom tjedno i/ili traje kraće od 3 mjeseca.

4. Poremećaj čišćenja: Ponavljajući postupci čišćenja radi utjecaja na tjelesnu težinu ili na oblik tijela (npr. samoizazvano povraćanja, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova), a bez prejedanja.

5. Sindrom noćnog jedenja: Ponavljajuće epizode jedenja noću, tj. jedenje nakon buđenja ili uzimanje jako velikih količina hrane nakon večernjeg obroka. Postoji svijest o jedenju i sjećanje na njega. Jedenje noću ne može se bolje objasniti

vanjskim utjecajima kao što su promjene u ciklusu spavanja i budnosti ili lokalnim društvenim normama. Jedenje noću izaziva značajnu patnju i/ili oštećenje u funkcioniranju. Neuredan obrazac jedenja ne može se bolje objasniti poremećajem s prejedanjem ili nekim drugim psihičkim poremećajem, uključujući upotrebu psihoaktivnih tvari i ne može se pripisati drugim tjelesnom poremećaju ili učinku lijekova (DSM-5, 2014).

2.5 NESPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA

Nespecificirani poremećaji hranjenja ili jedenja kao kategorija primjenjuje se na one kliničke slike u kojima su dominantni simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja i jedenja koji uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ti simptomi ne zadovoljavaju sve kriterije ni za jedan poremećaj u dijagnostičkoj skupini poremećaja hranjenja i jedenja. Ova kategorija upotrebljava se kad kliničar odluči ne navesti specifičan razlog jer nisu zadovoljeni kriteriji ni za jedan specifičan poremećaj hranjenja i jedenja, a uključuje kliničke slike u kojima nema dovoljno podataka za postavljanje specifične dijagnoze kao što su npr. situacije u hitnoj službi (DSM-5, 2014).

3. PSIHOANALITIČKE TEORIJE, HILDE BRUCH I „GOLDEN CAGE“

3.1 PSIHOANALITIČKE TEORIJE

Hranjenje je vrlo bitno za djetetov rast i razvoj. Zbog toga su mnogi roditelji zabrinuti kada njihove bebe periodično prolaze kroz razdoblja teškoća hranjenja koje izgledaju kao inhibicije povezane s procesom hranjenja ili nezainteresiranost za hranu. „Odnos hranjenja“ između djeteta i primarnog skrbnika koji je najčešće majka tada postaje fokusom terapijskog interesa (Davies i sur., 2011).

Prema psihoanalitičkim shvaćanjima teškoće u unosu hrane su odraz teškoća doživljavanja i prihvaćanja (introjekcije) uma roditelja kao dobrih i pomažućih objekata. U praksi se često otkriva da su osobe koje su u kasnijoj dobi razvile poremećaj jedenja kao dojenčad ili mala djeca patile od poremećaja hranjenja (Lawrence, 2010).

Teoretičari objektnih odnosa, psihologije selfa i relacijski teoretičari u središte analitičke pažnje stavili su odnos. Tako se simptomi poremećaja hranjenja objašnjavaju kao relacijski poremećaji, odnosno poremećaji u objektnim odnosima. U slučajevima gdje ranije postoji poremećaj u objektnim odnosima preokupiranost vlastitom težinom i držanje dijete u kasnijim godinama lakše može dovesti do razvoja dijagnoze poremećaja hranjenja.

Majka svojom sposobnošću da ublažava bebino uznemirenje kroz njegu znatno smanjuje opasnost da je dijete doživi kao nasrtljivi ili odsutni objekt. Ona je sposobna „sadržati“ djetetovu i svoju anksioznost i obuzdati sebe kako bi otklonila izvor djetetove uznemirenosti. Sadržavajuća, dovoljno dobra majka dostatno će psihički i emocionalno pridržati dojenče te će tako ono polako steći vlastitu sposobnost „sadržavanja“ i pridržavanja (engl. holding) što je neophodan preduvjet za nastavak razvoja (Winnicott, 1971).

U svijetu majke i djeteta s poremećajem jedenja postoji neuspjeh u postizanju stabilnih unutarnjih objekata (Caccia, 2009). Neuspješni pokušaji integriranja parcijalnih objekata praćeni su konfuznošću, anksioznošću i nedostatkom jasnih granica između dijelova selfa, selfa i objekta. Dijete je nesvjesno uključeno u majčinu projektivnu identifikaciju koja je obilježena fragmentacijama, konfuzijama i nesvjesnim fantazijama nasilja (Klein, 1946).

Strah od nasrtljivosti povezan je s vrlo nasrtljivim unutarnjim objektom koji dominira umom anoreksičnih pacijentica. Postojanje nasrtljivog objekta uvelike

utječe na tretman pacijenta. Pacijent u kontekstu transfernog odnosa iskrivljeno doživljava terapeuta kao nasrtljivi objekt. Terapeutova briga i njegove intervencije doživljene su kao nasilno nasrtanje, a istovremeno pacijent doživljava i sebe nasrtljivcem u terapeutov um. Pojavljivanje nasrtljivog objekta u transferu tipični je znak anoreksije nervoze.

Majčina uloga važna je i u anksioznosti koju izaziva ženski spolni razvoj. Iznimno je bitna njena sposobnost da nenametljivom, ali i aktivnom potporom sadrži djevojčičinu anksioznost povezanu s tijelom i genitalima. U pacijentica koje razviju anoreksiju ta potpora je izostala ili nije bila dovoljno jaka, a ponekad je anksioznost djevojčice izrazito snažna (Lawrence, 2010).

Očevi u obiteljima anoreksičnih pacijentica su često fizički i emotivno odsutni, ali najčešće ne zbog razvoda ili smrti, već je „odsutan njegov značaj“, a otac sam ne razumije svoju važnost u razvoju djeteta. Otac zapravo štiti doživljaj pacijentice koji je u jedinstvu s majkom i njen self je slabo diferenciran od objekta/majke (Lawrence, 2010). Očinski objekt može biti internaliziran samo ako prati relativno uspješan odnos s majkom (Klein, 1946). Djetetovo priznavanje ujedinjuje njegov unutarnji svijet u kojem nastaje trijadni prostor (roditelji i dijete) u kojem se odvijaju svi potencijalni odnosi. Dijete promatra objektni odnos s tzv. treće pozicije. Kroz promatranje ono stječe sposobnost da sebe vidi u interakciji s drugima i da razmišlja o drugim gledištima zadržavajući pritom svoje vlastito. Mnogim pacijentima s poremećajima jedenja nedostaje ta „treća pozicija“.

Adolescentice koje obolijevaju od poremećaja jedenja teško prihvaćaju razvijajući osjećaj odraslosti i vlastitu seksualnost, te se u poremećaju zapravo radi o obrambenoj reakciji (Plaut i Hutchinson, 1986). Simptomi anoreksičnih i bulimičnih pacijentica su različiti, ali obje grupe se pokušavaju riješiti straha i krivnje koji u njima izaziva vlastita pohlepa. One izjednačavaju ovisnost sa slabošću, ali su u osnovi vrlo ovisne osobe i njihova ovisnost i snaga ovisnih želja ih jako plaši. Kao obranu stvaraju osjećaj samodostatnosti odbijajući bilo čiju pomoć. One same nisu svjesne svojih problema s odnosima koje „odigravaju“ (engl. enact) putem hrane. Opsesija tijelom i unosom hrane podupire osjećaj samodostatnosti koji ne dopušta bilo kakvu pomoć. (Lawrence, 2010).

3.2 SIMBOLIČKO ZNAČENJE NAPADA NA TIJELO

Psihička nefleksibilnost je dominantno obilježje u poremećajima hranjenja. Ona se između ostalog očituje u napadima na vlastito tijelo. To su, prema Kernbergu, napad na princip zadovoljstva, napad na majku koji je povezan s napadom na princip zadovoljstva, napad na vlastitu ženstvenost i napad na heteroseksualnost.

1. Napad na princip zadovoljstva

Hranjenje označava unošenje nečeg dobrog u tijelo, sam čin sadrži zadovoljstvo i unošenje u tijelo nečeg što donosi energiju. Napad na zadovoljstvo simbolički označava primarnu inhibiciju kapaciteta za senzualna uživanja. Ta inhibicija svoj korijen ima u ranom odnosu majke i djeteta, odnosno u agresivnim nabojima koji su povezani s doživljajem fizičkog kontakta.

2. Napad na majku povezan s principom zadovoljstva

Dinamika odnosa između majke i oboljelog/le od anoreksije uključuje patološku povezanost između majke i simbiotski obrazac ponašanja. Problemi se javljaju na ranijoj razvojnoj razini ili na razini separacije i individuacije. Ako nisu promijenjeni kroz psihoterapiju ti se obrasci kasnije u životu reaktiviraju. Hilde Bruch primijetila je da majke površno (na verbalnoj razini) daju podršku svojim kćerima, ali da zbog vlastitih neriješenih intrapsihičkih konflikata na dijete često neverbalno usmjeravaju ljutnju i anksioznost. Izgladnjivanje u poremećajima hranjenja zapravo predstavlja pokušaj obrane od majke i pokušaj stvaranja autonomije kroz samodestrukciju. Samodestruktivnost ima dvije krajnosti, prva je identifikacija sa sadističkim dijelovima roditeljske figure koji često imaju razinu grandiozne i destruktivne omnipotencije, a druga je bespomoćnost selfa koji je žrtva destruktivnog majčinog doživljaja.

3. Napad na vlastitu ženstvenost

Napad na vlastitu ženstvenost korijene vuče u ranom razvoju. Identifikacija s majkom blokirana je na zreloj razini i ostaje arhaična odnosno aseksualna, a ta blokada povezana je sa strahom i osjećajem odbacivanja. Povraćanjem i prejedanjem kompromitira se osjećaj ženstvenosti na fizičkoj i psihičkoj razini. Paulina Kernberg opisala je sindrom Petra Pana, gdje kroz dječački izgled pacijentice negiraju žensku identifikaciju. Kod bulimičnih osoba prejedanje se koristi kao obrana od konflikata vezanih uz separaciju-individuaciju. Prejedanjem se

iskazuje bijes i ljutnja zbog realnog ili fantaziranog osjećaja odbacivanja, a pri tom bolesnice pokušavaju negirati svoju ovisnost o značajnim drugim osobama.

4. Napad na heteroseksualnost

Napad na ženstvenost je prema Ottu Kernbergu povezan s napadom na heteroseksualnost. Muškarci se doživljavaju u negativnom emotivnom kontekstu zbog zavisti i mržnje koji se s majke premještaju i na oca. Kulturološki pritisci na djevojke koji od njih zahtijevaju nerealno visoku razinu autonomije i osuđuju njihove ovisne potrebe, potiču nesvjesni konflikt kod dijela djevojaka vezan uz identifikaciju s majkom, majčinstvo i ovisne potrebe (Rudan, 2013).

3.3 ULOGA HILDE BRUCH U RAZUMIJEVANJU I PSIHOTERAPIJI OBOLJELIH OD POREMEĆAJA HRANJENJA

Hilde Bruch (1904-1984), američka pedijatrica, psihijatrica i psihoanalitičarka smatra se jednom od vodećih ličnosti u istraživanju poremećaja hranjenja. Bruch je opisala i definirala ozbiljne forme poremećaja hranjenja kao deficite selfa. Radila je na davanju simboličkog značenja simptomima, odnosno na njihovom povezivanju s unutrašnjim svijetom. Simptom pothranjenosti vidjela je kao pokušaj da se prikriju unutrašnji problemi. Smatrala je da naglasak u terapiji treba biti upravo na radu s deficitima selfa i zato tradicionalna, na uvidu bazirana psihoterapija može biti čak i štetna. Oboljeli imaju probleme u interpretiranju i prepoznavanju gladi, umora i slabosti. Prekid veze između fizioloških znakova i subjektivne emocionalne komponente naziva se aleksitimija, što na grčkom znači nedostatak riječi za osjećaje. Bruch smatra anoreksiju kognitivnim i perceptualnim poremećajem jer je u njoj promijenjeno iskustvo vlastita tijela, a to iskustvo blisko je gubitku realnosti, odnosno ima bliskih elemenata s iskustvom psihoze. Afektivnu disregulaciju i gubitak kontrole uzrokovanu deficitima selfa, Bruch je objasnila kroz koncept interoceptivne konfuzije (Bruch, 1973). U novije vrijeme Skarderud je objasnio deficite mentalnih procesa kod oboljelih od poremećaja hranjenja koristeći istraživanja Hilde Bruch, ali i primjenjujući koncept oštećene mentalizacije (Bateman i Fonagy, 2006). Simptomi anoreksije su zapravo pokušaj održavanja kohezije i stabilnosti selfa.

U psihoterapiji Bruch se zalagala za zauzimanje tzv. naivnog stava (engl. naive stance) u kojem je naglasak na slušanju bolesnika i poticanju njegovog interesa i senzitivnosti spram sebe. Terapeut je podrška bolesniku u procesu ispravnog prepoznavanja fizioloških znakova i razvijanja svijesti o tjelesnim

senzacijama, te ne pokušava prikazati sebe kao stručnjaka koji zna i sam imenuje osjećaje bolesnice. Direktne intervencije i verbalno davanje uvida bolesniku usporavaju razvoj pravog selfa. Oštećena je refleksivna funkcija kao model razumijevanja mentalizacije. Postoji nesklad između unutrašnjih potreba djeteta i odgovora roditelja i okoline što se još naziva nekongruentno ogledalo (Gergley i Watson, 1996).

3.4 GOLDEN CAGE – PRIKAZ PSIHODINAMIKE ANOREKSIJE NERVOZE

Bruch je autorica antologijske knjige „Golden Cage“ koja je, iako objavljena 1978. godine, zbog svog jednostavnog jezika i mnoštva primjera iz prakse aktualna i danas. Knjiga je bazirana na tretmanima sedamdeset pacijenata s anoreksijom nervozom od čega su deset bili muškog spola. Osim što nudi informativan prikaz bolesti, njenih uzroka, karakteristika i terapije, knjiga je pisana s namjerom da potakne sve one koji su u kontaktu s osobama koje boluju od anoreksije da na vrijeme primijete njihove simptome prije no što se razvije gotovo ireverzibilno kronično stanje.

U prvom poglavlju knjige Bruch kroz prikaze ulomaka seansi s pacijenticama govori o gladovanju i njegovom utjecanju na psihičko funkcioniranje u pacijentica. Jedan od slikovitijih opisa dala je Bruchina petnaestogodišnja pacijentica:

„Biti gladan ima isti učinak kao droga. Potpuno si izvan sebe, u nekom drugom stanju svijesti i možeš podnijeti bol bez reakcije. Tako je meni bilo s gladi; znala sam da je tu, sjećam je se, ali istovremeno je nisam osjećala. To je bilo nešto kao samohipnoza. Dugo vremena ni sa kim nisam mogla pričati o tome jer sam se bojala da će mi netko oduzeti tu sposobnost.“

Činjenica da mogu tolerirati osjećaj gladi, ove pacijentice potiče u daljnjem izgladnjivanju. Nakon toga dolazi osjećaj ponosa i superiornosti zbog gubitka težine, a potom strah od povratka na staru težinu. Da bi bile sigurne da se neće vratiti na staro ustraju u želji da izgube još kilograma i tako upadaju u zamku anoreksije.

Stanje ozbiljne pothranjenosti ima ogroman utjecaj na psihičko funkcioniranje i za vrijeme tog stanja za terapeuta je gotovo nemoguće otkriti nešto više o psihološkim faktorima u podlozi same bolesti. Ono što se može primijetiti su psihološke i fizičke posljedice gladovanja. Pacijentice su gotovo u toksičnom stanju i ne mogu na početku tretmana govoriti o iskustvu gladovanja i njegovom utjecaju na

psihičko funkcioniranje, pa ta iskustva opisuju obično na kraju uspješnog liječenja, kad prihvate svoje tijelo i činjenicu da svoje unutarnje probleme ne mogu rješavati kroz izgladnjivanje i mršavljenje. Tada sa zgražanjem opisuju svoje iskustvo gladovanja. Mnoge od njih opisuju izoštravanje osjetila, posebno vida i sluha i njihovo smanjenje praga osjetljivosti. Sjećaju se također problema s koncentracijom i fokusiranošću u školi, jedna pacijentica navodi kako se uopće ne sjeća knjiga koje je pročitala u vrijeme najvećeg gladovanja. Iako same gladuju nije rijetko da su izrazito preokupirane hranom i kuhanjem. Tako neke pripremaju ogromne gurmanske obroke za čitavu obitelj i prisiljavaju sve članove da jedu. One same u onim rijetkim slučajevima kada jedu, vole jako začiniti hranu ili čak piti ocat, te stavljati velike količine senfa na zelenu salatu kako bi pojačale okus.

Gladovanje sa sobom nosi mnoge fizičke posljedice poput anemije, suhe kože, niske tjelesne temperature, niskog bazalnog metabolizma, izostanka menstruacije koje mogu biti posljedica promjena u endokrinološkom i neurološkom funkcioniranju. Upravo za te promjene nije potpuno sigurno jesu li uzrok ili posljedica anoreksije nervoze. Gladovanje također može uzrokovati rascjep ega, depersonalizaciju i različite promjene ega i zbog svega toga je psihijatrijska procjena bolesti moguća tek nakon korekcije malnutricije.

Gladovanje je jedna od osnovnih karakteristika anoreksije, ali još uvijek ono nije dovoljno za objašnjenje njenog razvoja. Bolest upotpunjuje potrebu za posebnošću, a pacijent je aktivan u njenom nastanku. Kako bi se bolest što bolje razumjela treba obratiti pažnju na interpersonalne odnose i razvojne deficite.

Mnoge pacijentice s anoreksijom imaju osjećaj da čitav život žive po pravilima i očekivanjima njihovih obitelji uvijek u strahu od toga da nisu dovoljno dobre u usporedbi s drugima. Uvjerene su da moraju živjeti onako kako to roditelji od njih očekuju, a očekivanja su jako velika. Roditelji su ponosni na svoje savršeno dijete koje zapravo nikad ne pokazuje otpor u obliku tipičnog dječjeg odgovaranja, tvrdoglavosti, ljutnje i bilo kakvih negativnih emocija.

Svoje brakove opisuju kao stabilne i sretne. Često naglašavaju kako su pružili sretan i harmoničan dom svojoj djeci, no to često nije ono što su pacijentice s anoreksijom iskusile. Očekivanja u takvim domovima, koji pripadaju uglavnom višoj i višoj srednjoj klasi, ne odnose se samo na besprijekorno ponašanje i izgled, već i na akademska postignuća. Djevojkama je omogućeno sve kako bi mogle intelektualno napredovati i ako ne uspiju u tome krive sebe. U takvim obiteljima one su cijenjene

prvenstveno kao netko tko će zadovoljiti očekivanja roditelja i na neki način upotpuniti ih, a ne zbog onog što uistinu jesu.

Jedna pacijentica slikovito je opisala kako se osjećala u jednoj takvoj obitelji, a slično slikovito objašnjenje koristile su i druge pacijentice. Unatoč svim privilegijama i pogodnostima koje je sa sobom nosilo odrastanje u imućnom domu, ona je taj dom opisala kao zlatni kavez, a sebe kao vrapca koji jednostavno ne pripada u taj dom zbog svoje jednostavnosti i lišen je slobode da radi ono što zaista želi. Smatrala je da su kavezi napravljeni za velike šarene ptice koje su zadovoljne skakutanjem po kavezu, a ona se osjećala kao energični vrabac koji želi sam letjeti okolo i ne pripada u kavez.

Majke anoreksičnih djevojaka imaju velika očekivanja od svojih kćeri budući da su često bile uspješne u vlastitim karijerama, ali su se njih odrekle, kako one misle, zbog dobrobiti obitelji. Svoj odgoj vide kao najbolji mogući, svakako bolji u usporedbi s onim susjeda i prijatelja. Smatraju da su sve napravile da njihova djeca procvjetaju. One same znaju biti preokupirane vlastitom težinom i ponekad im nije jasno zašto njihove kćeri ne dobivaju na težini budući da jedu prema njihovom sudu normalne količine hrane. Neke od njih čak i zavide na upornosti svojim anoreksičnim kćerima.

Očevi su također često preokupirani svojim fizičkim izgledom i uspjehom, pa tako i kod svoje djece posebno cijene fizički izgled, ljepotu, ali i primjereno ponašanje i mjerljiva postignuća. Izrazito cijene svoje kćeri zbog njihove intelektualne briljantnosti i sportskih postignuća, ali ih znaju kritizirati ako dobiju koji kilogram viška.

Komunikacija u obitelji anoreksičnih pacijentica slijedi neke obrasce. Kada je cijela obitelj na okupu, gotovo nikad jedan član zasebno ne priča o sebi, svojim idejama i osjećajima u izravnom obliku. Čini se kao da drugi bolje znaju što taj član misli i osjeća od njega samog, a kada vode razgovor teško je shvatiti u čije ime govori pojedini član. Hilde Bruch je taj fenomen nazvala konfuzija zamjenica (engl. confusion of pronouns). On zapravo ima slično značenje kao isprepletenost (engl. enmeshment) koju su kasnije opisali Minuchin i suradnici 1978. godine. Dijete je nesposobno da se zauzme za sebe i svoje stavove, dok roditelji nesvjesno prakticiraju ekscesivnu kontrolu nad svojom djecom. Takve interakcije započele su u ranom djetinjstvu. One potiču bolest i djelom su njenog uzroka. Djeca nemaju osjećaj identiteta, autonomije, kontrole nad vlastitim životom. Obitelji izvana djeluju vrlo

uspješno i funkcionalno pa je enigma anoreksije nervoze u tome kako takve obitelji ne prenose svojoj djeci samopouzdanje i osjećaj vlastite vrijednosti zbog čega djeca onda nisu spremna nositi se s izazovima koje pred njih stavlja odrastanje. U djece se javlja strah da će izgubiti svoje mjesto u domu, a neki se boje i fizičkih promjena u pubertetu. Vjeruju da je njihov zadatak učiniti svoje roditelje sretnima i zato je odvajanje od roditelja prolaskom kroz adolescenciju vrlo teško anoreksičnim djevojkama. Gubitkom težine oživljavaju želju da ponovno budu malene djevojčice i da se mogu u potpunosti osloniti na svoje roditelje. Neke od njih imaju tajni san da će odrasti u muškarca i ulazak u pubertet zapravo označava kraj tog sna. Uvjerene su kako bi bile mnogo neovisnije i snažnije da su muškog spola.

Zadatak psihoterapije u anoreksiji je pomoći pacijentici u potrazi za autonomijom i svjesnošću vlastitih impulsa, osjećaja i potreba. Terapeutska pažnja mora biti na pacijentovom neuspjehu u samoizražavanju, na njegovim neispravnim načinima i konceptima za organiziranje i izražavanje potreba te na njegovoj zbunjenosti u odnosima s drugima. Terapija predstavlja pokušaj popravljanja konceptualnih manjkavosti i izobličenosti, dubokog osjećaja nezadovoljstva, izolacije te uvjerenja o vlastitoj nekompetentnosti.

3.5 PSIHOANALITIČKA PSIHOTERAPIJA U LIJEČENJU POREMEĆAJA HRANJENJA

Psihoanalitički tretmani su korisni u liječenju poremećaja jedenja, između ostalog jer se temelje na terapijskom odnosu. Pacijent drži obrambenu poziciju samodostatnosti i zbog toga je približavanje pacijentu i stvaranje pomažućeg odnosa vrlo složen proces.

Fizičko zdravlje je kriterij za uzimanje pacijenta u analitički tretman jer analitička pravila ne dopuštaju terapeutu preuzimanje uloge somatskog liječnika. Ima dosta pacijenata koji imaju vrlo malu sposobnost razvoja u terapiji i više traže „svjedoka“ za samodestrukciju, nego terapeuta koji će im pomoći da se vrate u život. Pacijent i terapeut se moraju usuglasiti da je s pacijentom nešto pošlo krivo, jer je inače nemoguće održati terapijski savez. Postoji i rizik od impulzivnih reakcija pacijenta koji pod utjecajem negativnih emocija u transfernom odnosu prema terapeutu može postati otvoreno i aktivno samodestruktivan (npr. gubeći na težini ili samoozljeđujući se). Kada pacijent odluči nastaviti dolaziti na terapiju, čak i onda kada šuti, rad može napredovati. U psihoanalitičkim terapijama postoje vrlo jasne

granice analitičkog „settinga“ i pacijent ima zadatak reći sve što mu padne napamet. U nekih pacijenata to može uzrokovati neprihvaćanje analitičke metode liječenja jer se u terapiji može susresti sa snažnim osjećajem praznine i očaja.

Danas je popularna sugestija da pacijent preuzme programe samopomoći na internetu koji slijede principe kognitivno-bihevioralne terapije (Lawrence, 2010). Ti programi su promišljeno konstruirani i mogu pomoći onim pacijentima koji ne dopuštaju nikom drugom da im pomogne jer ovisnost o nekome poistovjećuju sa slabosti.

Postoji mnogo modela i različitih metoda liječenja poremećaja hranjenja (obiteljska psihoterapija, kognitivni pristupi, liječenje u bolnici i ambulantno liječenje) i potrebno je uvijek ostati otvoren za sve opcije i procjenjivati koji model najbolje odgovara pojedinom pacijentu u određenom trenutku njegove bolesti (Rudan, 2013).

4. TEORIJA ATTACHMENTA, MENTALIZACIJA I POREMEĆAJI HRANJENJA

4.1 TEORIJA ATTACHMENTA

John Bowlby je 50-ih i 60-ih godina prošlog stoljeća razvio teorijski i istraživački koncept pod nazivom „Teorija privrženosti“. Prema Bowlbyu, privrženost kao koncept izražava primarnu tendenciju koja prethodi svim ostalim nagonima. Osnovna pretpostavka je da je dijete privrženo objektu kojeg naziva figurom privrženosti. Afektivne veze koje dijete uspostavlja s majkom nisu posljedica ugode ni potrebe za hranom, nego posebna i trajna potreba uspostavljanja odnosa s drugim.

Dječje ponašanje u prvoj godini tijekom kratkotrajnog odvajanja od majke može se klasificirati u nekoliko skupina. Sigurno dijete nakon odvajanja od majke traži njenu blizinu, ali se vrlo brzo vraća svojoj igri. Kada se majka vrati, veseli se njenom povratku i ne pokazuje ljutnju. Nesigurno dijete može reagirati na dva načina: nesigurnim izbjegavajućim ponašanjem i nesigurnim ambivalentnim ponašanjem. Nesigurno izbjegavajuće ponašanje karakterizira ignoriranje i indiferentnost prema majčinom napuštanju, ali i njenom povratku. Nesigurno ambivalentno ponašanje karakterizira ljutito priljubljivanje uz majku. Kod dezorganiziranog djeteta pojavljuju se oscilacije između sigurnog i nesigurnog oblika ponašanja, a konačni rezultat je slom funkcioniranja. Takvo ponašanje je često posljedica zlostavljanja djece. Klasifikacija dječjeg ponašanja u prvoj godini života daje prediktivne smjernice za kasniji psihološki razvoj (Gregurek, 2011).

Privrženost ovisi i o sposobnosti roditelja u prepoznavanju signala koje dijete daje. Ti signali u roditelja izazivaju određena ponašanja i emocije koje će dijete pamtiti i na temelju tog prvog odnosa stvarati modele ponašanja za kasnije odnose i veze s drugim osobama. Zbog toga je psihičko stanje roditelja iznimno bitno. Osim psihičkog stanja roditelja, na privrženost djeteta utječu i broj djece u obitelji, temperament djeteta, životni uvjeti, ali i tip privrženosti koji su roditelji razvili u svom djetinjstvu. Emocije i ponašanja koje roditelj prenosi djetetu uvelike ovise o obliku privrženosti koja je njima bila pružena u djetinjstvu (van Ijzendoorn, 1995) .

Intervju modela privrženosti za odrasle (eng. Adult Attachment Interview, AAI) koji su 1985. osmislili George, Kaplan i Main, danas se smatra zlatnim standardom za mjerenje privrženosti. Pacijenti odgovaraju na pitanja o odnosima s roditeljima, vlastitim reakcijama na fizički i emocionalni distres, separaciji, gubitcima i odgojnom

stilu roditelja, te načinima na koje su iskustva iz djetinjstva utjecala na njihovu ličnost. Rezultati AAI-a kategoriziraju privrženost u 4 modela: siguran/autonoman, nesiguran/ odbacujući, nesiguran/zaokupljen/zabrinut i nesiguran/neriješen/dezorganiziran (de Haas i sur., 1994). Primjena AAI intervjua omogućila je mnoga istraživanja povezanosti između stila privrženosti i pojave određenih poremećaja hranjenja. Tako su Candelori i Ciocca proveli istraživanje u kojem su koristili AAI (1998), te pokazali da postoji povezanost između stila privrženosti i dijagnoze poremećaja hranjenja. Primijetili su da postoji povezanost između restriktivnog tipa anoreksije s odbačenim tipom privrženosti te povezanost između bulimije i preokupiranog stila privrženosti (Candelori i Ciocca, 1998). U istraživanju Warda i suradnika primijećena je povezanost između stila privrženosti majki kćerki koje su bolovale od anoreksije nervose. Primijećeno je da majka i kćer koja boluje od anoreksije nervose češće pokazuju odbacujući tip privrženosti (Ward i sur., 2001). Manjak roditeljske topline, prihvaćanja, potpore i brižnosti povezan je s bulimičnim ponašanjem i preokupiranošću težinom (Kenny i Hart, 1992).

4.2 MENTALIZACIJA

Bowlbyjeva teorija privrženosti uvelike je utjecala na razvoj koncepta mentalizacije. Koncept mentalizacije razvili su psihoanalitičari Bateman i Fonagy s ciljem liječenja osoba s graničnim poremećajem ličnosti (Bateman i Fonagy, 2004). Kasnije se mentalizacijski orijentirana psihoterapija krenula upotrebljavati u liječenju većeg broja psihijatrijskih bolesti kao što su na primjer posttraumatski stresni poremećaji, depresija i poremećaji hranjenja (Bateman i Fonagy, 2010).

Mentalizacija je definirana kao mentalni proces kojim osoba implicitno (nesvjesno) ili eksplicitno (svjesno) interpretira ponašanja i radnje drugih osoba kao smislene, na temelju mentalnih stanja kao što su osobne želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja i razlozi (Bateman i Fonagy, 2004). Za razvoj razmišljanja o umovima drugih bitan je odnos s drugim članovima obitelji, posebno s majkom. Ona stvara podržavajuće okruženje u kojem štiti dijete od neugoda, ali i predviđa djetetove potrebe tako da su ispunjeni svi njegovi zahtjevi. Majka je „ogledalo“ i zrcali djetetove emocionalne potrebe. Dovoljno dobra majka prepoznaje i prati potrebe svog djeteta. Prepoznaje djetetovu tjeskobu, umiruje ju i vraća (zrcali) osjećaj u ublaženom obliku. Na temelju toga dijete stvara vlastitu reprezentaciju i raste njegov kapacitet za

samosmirivanje, regulaciju afekta i razlikovanja vlastitih unutrašnjih stanja od emocija drugih (Gregurek, 2011; Skočić, 2013).

Kapacitet za mentalizaciju se razvija kroz odnos s majkom. Za optimalan psihološki razvoj dijete treba imati iskustvo uma koje može sadržavati njegov um i razumjeti ga, približno točno odgovoriti na njegove namjere i potrebe, preplavljivati ga i ne zanemarivati ga (Skočić, 2013). Psihološka trauma u ranom djetinjstvu uvelike utječe na razvoj kapaciteta za mentalizaciju. Ona zapravo minira kapacitet za razmišljanje o mentalnim stanjima (Bateman i Fonagy, 2010). Kad god se aktivira sustav privrženosti dijete ima potrebu da trži bliskost i smirenje. Bliskost i smirenje se obično traži od majčinske figure koja je izvorno traumatizirajuća te se ciklus traumatizacije ponavlja i dijete može razviti „identifikaciju s agresorom“. Kao posljedica identifikacije s agresorom dijete kratkoročno dobiva iluziju kontrole i olakšanje anksioznosti, a dugoročno stvara osjećaj agresije iznutra (internalizirani agresor) (Skočić, 2013).

Mentalizacija se najvećim dijelom odvija nesvjesno i predsvjesno. Svjesno mentaliziranje pretrpalo bi kapacitet za mentalizaciju. Ono se može dogoditi u slušanju, promatranju, razgovoru, u gotovo svakoj interakciji s drugim ljudima. Iako je uvijek moguće mentalizirati, tj. u umu davati značenje ponašanju drugih ljudi i sebe, zamišljanje mentalnih stanja drugih uključuje subjektivnost i zato nekada može biti pogrešno. Neki ljudi imaju bolji kapacitet za mentalizaciju, a neki lošiji.

Dobar kapacitet za mentaliziranje podrazumijeva fleksibilnost u razmišljanju, prihvaćanje promjenjivosti, uzimanje u obzir razvojne perspektive, nesvjesnih i predsvjesnih motiva te doživljaj kontinuiteta vlastitog života. Dobro mentaliziranje pomaže u suočavanju s teškim emocionalnim stanjima, umiruje u stanjima napetosti i omogućuje razmišljanje o različitim perspektivama, a povezano je s razvijenim smislom za humor, kapacitetom za igru sa stvarnošću te razvijenom simbolizacijom, a realitet se tretira kao promjenjiva reprezentacija.

Loše mentaliziranje je karakterizirano nefleksibilnošću, rigidnošću, nemogućnošću sagledavanja različitih perspektiva, sklonošću impulzivnim reakcijama i slabom regulacijom vlastitih efekata. Često je povezano s razvojem i održavanjem simptoma psihičkih poremećaja (Skočić, 2013).

4.3 MENTALIZACIJSKI MODEL TERAPIJE POREMEĆAJA HRANJENJA – MINDING THE BODY

Poremećaji hranjenja terapijski su izazov budući da spadaju u vodeće psihijatrijske poremećaje s obzirom na smrtnost. Standardizirana stopa smrtnosti u prvih deset godina od javljanja anoreksije iznosi deset (Nielsen, 2001). Smrtni ishodi većinom su rezultat medicinskih komplikacija ili suicida (Nielsen, 1998). Prema Fairburnovom radu, ishod liječenja bolesnika s anoreksijom općenito je loš (Fairburn, 2005). Terapija poremećaja hranjenja sa sobom nosi mnogo izazova pogotovo ako poremećaj traje i po nekoliko desetljeća. Pothranjenost i elektrolitski disbalansi često mogu uzrokovati psihološke simptome i pri tome smanjiti kapacitet za sudjelovanje u terapiji. Često su bolesnice slabo motivirane za terapiju, kasno se javljaju na liječenje i povlače se od socijalnih interakcija.

U mentalizacijskom pristupu poremećaji hranjenja također su shvaćeni kao poremećaji selfa i regulacije afekta. Uloga ličnosti je također vrlo bitna u izraženosti pojedinih simptoma. Ozbiljno se razmatra hipoteza da se kod nekih teških poremećaja hranjenja zapravo radi o specifičnom fenotipu poremećaja ličnosti (Skarderud, 2012).

Simptomi poremećaja hranjenja su u mentalizacijskom modelu prenositelji simboličkog i dinamičkog značenja, ali i pokušaj „zatrpavanja“ bolnih stanja selfa. Oni su pokušaj da se oporavi vitalnost, kohezija i regulacija afekta (Fonagy i sur., 1993; Skarderud, 2007). Zbog nedostatka osjećaja o sebi iznutra bolesnice pokušavaju dobiti taj osjećaj kroz reakciju drugih na njihovo tijelo. Tako self postaje fizičko biće bez psihološkog značenja (Skarderud, 2007). Prema Fonagyiju za stvaranje selfa bitan je odnos privrženosti i usklađeno zrcaljenje. Dijete se nalazi u odgovoru majke ili značajnog drugog „Postojim jer razmišljaš o meni“. Onda kada je psihička stvarnost kroz razvoj slabo integrirana, tijelo dobiva pretjeranu centralnu ulogu i tako sudjeluje u stvaranju osjećaja kontinuiteta selfa (Fonagy, 2002).

Hilde Bruch je uvela interoceptivnu konfuziju i aleksitimiju kao nove pojmove u opisivanju nastanka poremećaja hranjenja. U interoceptivnoj konfuziji postoji zbunjenost oko signala koji dolaze iz tijela. Često se događa da bolesnice ne mogu točno opisati glad i sitost. Deficiti u nastanku selfa u bolesnica s poremećajima hranjenja u odrasloj dobi mogu se očitovati kao osjećaj umrtvljenosti i praznine. One osjećaju da su lišene slobode izbora, a simptom ograničavanja unosa hrane za njih je zapravo pokušaj da kontroliraju vlastiti život. Tu zatočenost Bruch je opisala

izrazom zlatni kavez (engl. golden cage). Bolesnice s poremećajima hranjenja često ne mogu izraziti i opisati svoje osjećaje. To stanje se naziva aleksitimija. Smatra se da aleksitimija nastaje zbog deficita u primarnom odnosu attachmenta. Bolesnicama nedostaje iskustvo prepoznavanja i razlikovanja osjećaja koje nisu dobile kroz interakciju s primarnom figurom privrženosti. Deficiti mentaliziranja uvelike se preklapaju s pojmom aleksitimije, ali uključuju povezanost oštećenja u mišljenju i izražavanju s afektivnim stanjima (Skarderud, 2012).

U terapiji bolesnica koje ne mogu izraziti i opisati svoje osjećaje rabi se eksplicitno mentaliziranje. Terapeut razmišlja naglas, unosi u seansu različite mogućnosti, osjećaje, značenja, perspektive. Pri tome je jako bitno da terapeut ne bude preaktivan i da ne preuzme ulogu razmišljanja i osjećanja umjesto bolesnice. To bi dovelo do simuliranja prementalizacijskog modela pretvaranja koji karakterizira odvojenost vanjskog i unutrašnjeg svijeta (Skarderud, 2007).

U terapiji baziranoj na mentalizaciji cilj je pobuditi znatiželju kod pacijenta prema vlastitim mentalnim stanjima, a onda i stanjima drugih osoba. Mentaliziranje se stavlja u kontekst odnosa privrženosti i uspostavlja se prvo unutar terapijskog odnosa, a onda unutar drugih terapijskih odnosa. Važno je održavati ravnotežu između aktivacije i neaktivacije intenziteta terapijskog odnosa, on ne smije biti ni prehladan ni prevruć. Naglasak je na razumijevanju uma pacijenta, a intervencije su fokusirane na afekt. Stav neznanja (engl. naive stance) kroz koji terapeut pokazuje iskrenu znatiželju o emotivnim stanjima pacijenta ključan je u mentalizacijski baziranoj psihoterapiji (Bateman i Fonagy, 2010).

Terapeut se mora prilagoditi razini mentaliziranja bolesnica s poremećajima hranjenja i tako poticati i razvijati fleksibilnije načine percepcije. Njegov zadatak je potaknuti ih da istraže svoja iskustva s hranom i povežu ih s osjećajima i mislima i stave ih u kontekst interpersonalnih odnosa. Zbog svega toga je uloga terapeuta u mentalizacijski baziranoj psihoterapiji iznimno bitna (Skočić, 2013).

4.4 PREKIDI U MENTALIZIRANJU – PREMENTALIZACIJSKI MODELI I POREMEĆAJI HRANJENJA

1. PSIHIČKA EKVIVALENCIJA

Psihička ekvivalencija kao model mentaliziranja je normalna u vrlo male djece. U ovom modelu dolazi do izjednačavanja unutrašnjeg svijeta s vanjskim iskustvima. Djeca ne mogu razumjeti mentalne fenomene kao što su sanjarenje, maštanje ili razmišljanje. Osjećaj je zastrašujući jer je svijet jednak kako ga se doživljava, a alternativne perspektive ne postoje. Odrasli sa psihičkom ekvivalencijom imaju konkretno, rigidno mišljenje i ustraju u tome da su u pravu i da znaju što drugi ljudi misle.

Psihička ekvivalencija kod poremećaja hranjenja se može primijetiti na doživljaju tjelesnog izgleda i konkretnog vanjskog. U bolesnica biti mršav stvara unutarnji osjećaj superiornosti, što konkretno znači da je osoba u realitetu superiorna u odnosu na druge. Osjeća se superiornom zbog čega i jest superiorna, uspješna, nadmoćna.

2. MODEL PRETVARANJA (engl. pretend mode)

Ovaj model karakteriziraju mentalna stanja koja su odvojena od vanjske stvarnosti, ali zadržavaju osjećaj nerealnosti zbog toga što nemaju podlogu u vanjskom svijetu. U odraslih sa psihičkim poremećajima ovaj model se očituje kroz opisivanje osjećaja i unutarnjih stanja koje može nalikovati na dobru mentalizaciju, ali se razlikuje po tome što nije povezano s vanjskom stvarnošću.

Kod bolesnica s poremećajem hranjenja model pretvaranja se očituje kao disocijacija između vanjskog i unutrašnjeg svijeta. U tih bolesnica ne postoji stvarno razumijevanje i povezanost vanjskog realiteta i stanja uma. Riječi su razumljive, ali ne ostavljaju pravi učinak, a afekti ne prate sadržaj misli.

U psihoterapiji mogu biti opisani osjećaji i unutrašnja stanja tako da to nalikuje na dobro mentaliziranje, ali ono zapravo nije povezano s vanjskim svijetom. Afekt ne prati sadržaj pričanja, nema pravog razumijevanja stvarnosti i nema povezanosti stvarnog svijeta s osjećajima. Takvo mentaliziranje naziva se pseudomentalizacija. Tijelo se može doživljavati kao „'ljušturu“, što bi upućivalo na to da postoji disocijacija. Ponekad bolesnice mogu ulagati puno energije i vremena u razmišljanje o tome što drugi ljudi misle ili osjećaju što se naziva hipermentalizacija. Njihov cilj je u ovom slučaju zadovoljavanja potreba drugih (Skarderud, 2007; Buhl, 2002).

3. TELEOLOŠKI MODEL

U ovom modelu mentaliziranja potrebe i osjećaji izraženi su kroz neko konkretno ponašanje, odnosno akciju. Akcija je konkretan fizički dokaz kroz koji se dobiva potvrda o nečijim osjećajima. Primjeri takvih akcija su pokušaji suicida, samoozljeđivanje i druga ponašanja koja izazivaju jake reakcije u drugih ljudi. Osobe sa psihičkim poremećajima (najčešće graničnim) kroz reakcije drugih dobivaju potvrdu da su voljene.

Konkretna vanjska promjena oblika i veličine tijela kod poremećaja hranjenja zapravo je pokušaj reguliranja samopouzdanja. Simptomi poput brojanja kalorija, povraćanja, izgladnjivanja, provjeravanja tjelesne težine imaju mnoga značenja za bolesnice poput regulacije afekta i boljeg osjećaja identiteta.

U psihoterapiji bolesnice očekuju da terapeut probijanjem terapijskih granica (dostupnost izvan radnog vremena, fizički dodir, dostupnost mobilnim telefonom) pokaže da mu je stalo. U terapiji bolesnica s poremećajem hranjenja koristi se utjelovljeno mentaliziranje (engl. embodied mentalizing) za opisivanje načina mentaliziranja. Tako se, koristeći mentalizacijski model, poremećaj u doživljaju vlastitog tijela koji se javlja kod tih bolesnica može opisati kao kombinacija stanja psihičke ekvivalencije i modela pretvaranja. Neke od njih su pretjerano fokusirane na tijelo te najvećim dijelom funkcioniraju na razini modela psihičke ekvivalencije, pri čemu se osjećaji prestvarni, preutjelovljeni, odnosno hiperutjelovljeni (engl. hyperembodied). Istodobno se može dogoditi funkcioniranje u modelu pretvaranja, kada dolazi do deutjelovljenja, kada tijelo i njegove senzacije postanu previše nestvarne i ne postoji svjesnost o tjelesnim potrebama i signalima. To potvrđuju i istraživanja koja govore o povećanom pragu za osjećaj boli u bolesnica s anoreksijom (Papezova i sur., 2005) te oštećenoj percepciji tjelesnih senzacija (Pollatos i sur., 2008).

5. PSIHOSOMATSKA OBITELJ I OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA POREMEĆAJA HRANJENJA

5.1 PSIHOSOMATSKA OBITELJ

Psihološki procesi djeteta odvijaju se unutar obitelji koja je mjesto sigurnosti, potpore, identifikacije i stvaranja odnosa. U obitelji se također mogu odvijati brojna patološka događanja koja uvelike utječu na kasniji razvoj i funkcioniranje svakog njenog člana. Kao takva obitelj je pod utjecajem socioekonomskih, kulturalnih i etničkih čimbenika koji s očekivanjima i specifičnostima svakog člana čine cjelinu (Kocijan-Hercigonja, 2004). Ona je matriks osobnog identiteta i kroz nju pojedinac razvija osjećaj o tome tko je, osjećaj pripadnosti i osjećaj odnosa s drugima (Minuchin, Rosman i Baker, 1978). U tom matriksu, roditelji imaju ulogu modela koji nudi vlastite stavove, načine suočavanja i nošenja sa životnim situacijama. Osim toga roditelji postavljaju standarde uspješnosti, modeli su ambicija i prihvaćanja (Hall i Conn, 1992).

Osim što obiteljski odnosi mogu imati ulogu i važni su u nastanku poremećaja hranjenja oni mogu biti uzdrmani i postati patološkima uslijed obolijevanja člana obitelji. Iako se terapije fokusirane na obitelj baziraju na prepoznavanju tipične odnosno „psihosomatske“ obitelji, dokazi za specifične obiteljske obrasce u poremećajima hranjenja još su uvijek nepotpuni (Weme i Yalom, 1996; Minuchin, Rosman i Baker, 1978).

Obitelji bolesnica s anoreksijom su pristojne, radišne i udovoljavaju zahtjevima okoline. Latentni sukobi s mnoštvom prikrivene agresije prisutni su posebno između majke i oca. Majka je dominantna i zahtjevna spram djece, posebno kćeri, a otac je uglavnom periferna figura i pritom ne pomaže kćeri da razvije manje ovisnu vezu s majkom (Vidović, 1998). Članovi obitelji bolesnica s anoreksijom izbjegavaju konflikt pod svaku cijenu, a vrlo rijetko zauzimaju otvorena stajališta. Visoka očekivanja roditelja anoreksične djece zapravo služe da bi nadomjestili manjak ljubavi među njima (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988). Bolesnica s anoreksijom zapravo pokušava koristeći bolest ponovno spojiti roditelje. Bolest se koristi kao sredstvo održavanja obiteljske homeostaze (Dare, 1985).

Separacija se također teško postiže jer djeca odrastajući u takvoj obitelji uče da je obiteljska lojalnost od primarne važnosti. U razvoju osjećaja samostalnosti djecu koči i pretjerana protektivnost koja se očituje kao velika briga koja sprječava djecu u

razvoju interesa za aktivnosti izvan sigurne zone obiteljskog okružja. Ove obitelji karakterizira i rigidnost u odnosima i funkcioniranju koja je prisutna u izbjegavanju razgovora vezanih uz različita mišljenja i nemogućnosti rješavanja sukoba (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988). Problemi u odnosima mogu se prenositi kroz čitave generacije te ih je iz tog razloga bitno osvijestiti (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Minuchin je sa svojim suradnicima opisao i izdvojio skupinu karakteristika koje obilježavaju tzv. „psihosomatsku obitelj“. U toj obitelji dijete koristi anoreksiju kojom izražava roditeljske konflikte i neizrečene poruke koje se odnose na isprepletenost, pretjeranu rigidnost, protektivnost i izbjegavanje sukoba. Dijete rastući u takvoj obitelji razvija težnju za savršenstvom i odanost obiteljskim vrijednostima. Ono se uči ponašati prema očekivanjima roditelja što se od njega i očekuje. Kroz takvo ponašanje ono počinje poricati sebe i vlastite potrebe u korist drugog ili obitelji kao cjeline. Problem nastaje u adolescenciji kada se dijete pokušava odvojiti od obitelji. Članovi obitelji pokušavaju natjerati člana koji se pokušava promijeniti da odustane, a on kroz anoreksiju zapravo odgađa odrastanje koje izaziva sukob. Obitelj podržava simptom jer je on na neki način svima odgovara (Minuchin, 1978). Isprepletenost (engl. enmeshment) kao značajka funkcioniranja izražena je u takvih obitelji. Ona se očituje u pretjeranoj povezanosti, intruzivnošću spram osjećaja i postupaka i nedostatkom privatnosti i u postojanju slabih granica unutar obitelji. Takvim funkcioniranjem ne dozvoljava se autonomija (Weiss, Katzman i Wolchik, 1985).

Druga važna karakteristika je pretjerana protektivnost, koja sprječava razvoj djetetove samostalnosti. Kod povećanih potreba adolescenta za autonomijom problem postaje izražen jer je onda potrebna prilagodba obitelji na odgovarajući rast i razvoj te potrebe adolescenta za autonomijom (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988).

Prema Minuchinovoj teoriji ekstremna razina kohezije trebala bi biti prisutna u disfunkcionalnih obitelji. Ta ekstremna razina mogla bi biti prisutna kao vrlo visoka razina kohezije koja se očituje kroz isprepletenost (engl. enmeshment) ili s druge strane kao izuzetno niska razina kohezije koja se očituje kao razdvojenost. U isto vrijeme funkcionalne obitelji pokazuju uravnoteženost u razini kohezije (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988).

Mare Selvini-Palazzoli primijetila je kroz svoja istraživanja da su u takvim obiteljima često prisutni pogrešni komunikacijski modeli u kojima članovi obitelji često zanemaruju poruke upućene međusobno, a roditelji koji tipično krive jedan drugoga za loše odluke, doživljeni su kao nesposobni za preuzimanje odgovornosti.

Pokazalo se da se roditelji anoreksične djece često osjećaju kao žrtve (Blinder i Chaitin Goldstein, 1988).

Podaci koji su vezani uz podtipove anoreksije i obiteljske stilove ne mogu do kraja objasniti neke generalizirane stavove o bolesnicama i njihovim obiteljima. Iako se prema istraživanjima ne može zaključiti da postoji neki opći model „anoreksične“ obitelji povezanost poremećaja hranjenja i obiteljskih interakcija se ne smije predvidjeti. Konačno, bez obzira na način razvoja bolesti, simptomi poremećaja hranjenja postanu isprepleteni s obiteljskim odnosima, uzrokujući patnju i distres cijele obitelji (Weme i Yalom, 1996).

5.2 OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA

Obiteljska psihoterapija prisutna je kao model liječenja anoreksije nervoze od početaka 70-tih godina 20. stoljeća. Nastala je kada su Minuchin (Minuchin, Rosman i Baker, 1978), Selvini Palazzoli (1974) i kasnije White razvijali teorijski i praktični pristup anoreksiji nervozi.

Obiteljska terapija je za razliku od većine psihijatrijskih pravaca u kojima je pojedinac u fokusu usmjerena na cijelu obitelj. Obitelj je jedinica liječenja, a terapija se bavi interpersonalnim odnosima. Obiteljska kohezija, emocionalne veze unutar obitelji, obiteljska fleksibilnost i komunikacija važne su za rješavanje zadataka koji se pred obitelj postavljaju. Multidimenzionalni pristup naglašava značaj obiteljske kompetentnosti, odnosno sposobnosti da se nosi za zadacima koji su pred nju stavljeni (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Obiteljski odnosi kao važni činioci psihološkog zdravlja u centru su obiteljske psihoterapije, pa su tako terapijske intervencije više usmjerene k njihovim obrascima nego analizi nesvjesnih impulsa i ranih trauma. Obiteljski terapeut pokušava pomoći obitelji da postigne adekvatnu razinu propusnosti granica u kojoj postoji fleksibilnost između autonomije i međusobne ovisnosti. Uloga obiteljskog terapeuta je identificirati stresor i njegovo značenje za pojedine članove obitelji, obitelj u cjelini i odnos obitelji i okruženja, utvrditi strategije svakog člana obitelji, identificirati karakteristike obiteljskog sistema i pronaći resurse unutar obitelji koji mogu pomoći u osnaživanju tijekom terapijskog procesa (Minuchin, 1974).

5.3 MAUDSLEYJEV MODEL OBITELJSKE PSIHOTERAPIJE

Maudsleyev model obiteljske psihoterapije kod anoreksije osmišljen je u Londonu u bolnici Maudsley. Osmislili su ga Christopher Dare i suradnici, a nastao je pod velikim utjecajem Minuchina i Palazzolijeve. Oni su svojim etiološkim konceptima anoreksije nervose uvelike doprinijeli razvoju Maudsleyjevog koncepta obiteljske psihoterapije. Pozivajući roditelje da promjene obiteljsku strukturu i pomažući im da preuzmu kontrolu nad jedenjem njihova djeteta, Minuchin je odigrao vrlo aktivnu terapeutsku ulogu. Palazzoli je koristeći obrasce učenja vezane uz funkciju simptoma mijenjala obrasce obiteljske interakcije. To je također radila tako što je zadavala zadatke, npr. tajni zadatak bračnog para (engl. the secret couples task, Palazzoli, 1986) kako bi promijenila generacijske granice i potaknula individuaciju adolescenata.

Maudsleyev model obiteljske psihoterapije trenutno se preporučuje za liječenje adolescenata kod kojih bolest traje manje od tri godine. Preporučuje se u liječenju adolescentne anoreksije, a sve se intenzivnije koristi i u liječenju bulimije.

Maudsleyjev model nema patologizirajući stav spram obitelji već je njegov cilj osnažiti obitelj i prekinuti roditeljski krug krivnje i kritiziranja od strane djeteta pri čemu su roditelji istaknuti kao izvor ozdravljenja. Cjelokupna supervizorska odgovornost je također na roditeljima. Braća i sestre često imaju vjerovanja da bolesnik koristi bolest u svrhu privlačenja pažnje, a ovaj model uvelike pomaže pri korekciji takvih vjerovanja i pomaže im da preuzmu suportivnu ulogu u liječenju. Paralelno s bolesnikovim vraćanjem u normalno funkcioniranje, članovi obitelji postaju sve upućeniji kako normalizirati međusobne odnose. Glavni principi Maudsleyjeve obiteljske psihoterapije:

1. Obitelj je najveći saveznik u borbi protiv anoreksije
2. Agnostički stav spram nastanka poremećaja
3. Anoreksija je meta liječenja
4. Strukturalne promjene su u službi borbe protiv anoreksije
5. Anoreksija je eksternalizirana, ona je izvan bolesnika
6. Terapeut ne zauzima poziciju eksperta
7. Hospitalizacija kao prijevremeno rješenje (Šeparović-Lisak i Marčinko, 2013).

Maudsleyjeva metoda se provodi u tri jasno definirana stadija kroz 15-20 seansi tijekom 12 mjeseci. Stadiji tretmana su: uspostava hranjenja, vraćanje kontrole adolescentu i povratak u normalnu adolescenciju

1. Uspostava hranjenja

U ovoj fazi u kojoj se pokušava vratiti izgubljena tjelesna težina terapeut se fokusira većinom na opasnosti koje sa sobom nosi teška pothranjenost. Hipotermija, promjene u lučenju hormona rasta, srčane disfunkcije i promjene u kognitivnom i emotivnom funkcioniranju samo su neke od opasnosti koje vrebaju na pacijenta u ovoj fazi. Terapeut se trudi potaknuti roditelje da pokušaju pomoći svom adolescentu u vraćanju tjelesne težine i da sami postave svoje ciljeve vezane uz težinu i zdravlje djece što se odnosi na ponovnu pojavu menstruacije i fizički izgled. U ovoj fazi organizira se i piknik u sobi terapeuta što omogućuje terapeutu da promatra interakcije i tipične obrasce ponašanja unutar obitelji za vrijeme hranjenja, te pomaže roditeljima da ohrabre adolescenta da za vrijeme piknika pojede malo više no što je namjeravao.

2. Vraćanje kontrole adolescentu

Ova faza temelji se na poticanju roditelja da pomognu svom adolescentu da preuzme veću kontrolu nad hranjenjem. Simptomi su i dalje glavna terma rasprave između terapeuta i obitelji, ali fokus se postepeno pomiče na obiteljske odnose i probleme adolescenta. Oni se još uvijek spominju samo u kontekstu hranjenja. Ako pacijent poželi izaći s prijateljima na večeru i film raspravlja se o tome na koji način će on jesti izvan kuće.

3. Povratak u normalnu adolescenciju

Faza povratka u normalnu adolescenciju je pokrenuta kada adolescent može održati težinu iznad 95 % svoje idealne težine i samoizgladnjivanje se smanjilo. Terapijski fokus se miče sa simptoma i prebacuje na središnja pitanja adolescencije, razvoj odgovarajućih roditeljskih granica, povećanje osobne autonomije i organizacije života roditelja nakon potencijalnog odlaska djece. (www.maudsleyparents.org)

6. ZAKLJUČAK

Od djetinjstva pa sve do adolescencije i odrasle dobi poremećaji u hranjenju često su odraz poremećaja u psihičkom funkcioniranju pojedinca. Terapeut koji se uhvati u koštac s ovim ozbiljnim i za liječenje izazovnim poremećajima ima težak zadatak. Treba pomoći bolesniku da ispravno prepozna fiziološke signale i osjetne senzacije koje mu tijelo šalje i razvije svijest o njima. Uz to treba popraviti i duboki osjećaj nezadovoljstva i nekompetentnosti te pomoći bolesniku da razvije i poboljša svoj kapacitet za mentalizaciju. Na taj način iskustva hranjenja vezuju se uz osjećaje i misli, te stavljaju u kontekst interpersonalnih odnosa. Razvoju poremećaja mogu doprinijeti i specifični odnosi unutar obitelji pa u liječenju poremećaja važnu ulogu ima obiteljska psihoterapija. Njen cilj je kroz popravljanje fleksibilnosti i komunikacije osnažiti obitelj kao cjelinu i svakog pojedinog člana.

Obiteljska, mentalizacijska i psihoanalitička psihoterapija samo su neki od modela liječenja poremećaja hranjenja. Samo liječenje ovih poremećaja je terapijski izazov jer ne postoji jedan univerzalan oblik tretmana koji će se u svakom slučaju pokazati uspješnim. Tretman ovisi o ličnosti bolesnika i fazi u tijeku njegove bolesti, te obrazovanju i odnosu s psihijatrom psihoterapeutom.

Na kraju treba naglasiti da na dobar ishod utječe pravovremeno prepoznavanje i rano započinjanje liječenja, dok poremećaj ne poprimi svoju kroničnu, gotovo ireverzibilnu formu.

7. LITERATURA

1. Američka Psihijatrijska Udruga. DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Zagreb: Naklada Slap; 2014.

2. Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder:

3. Mentalisation Based Treatment. Oxford. UK: Oxford University Press; 2004.

4. Bateman A, Fonagy P: Mentalization- based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.

5. Bateman A and Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010; 9(1):11-15.

6. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.

7. Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein RS. The Eating Disorders. New York: PMA Publishing; 1988.

8. Bruch H. Eating disorders. Obesity anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books; 1973.

9. Bruch H. The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge, MA, Harvard : University Press;1978.

10. Buhl C. Eating disorders as minifestations of developmental disorders: language and capacity for abstract thinking in psychotherapy for eating disorders. Eur Eat Disord Rev. 2002; 10:138-145.

11. Caccia O. Primal splitting as a basis for emotional and cognitive development in children. Journal of Child Psychotherapy. 2009;35(2):115-130.

12. Candelori C & Ciocca A. Attachment and eating disorders, In Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, Methods and Results. Rome: Societa Editrice Universo; 1998.

13. Ciboci S. Anoreksija nervoza, put u smrt. Doktor u kući. 2015; str. 28-32.

14. Dalle Grave R. Kako pobijediti poremećaje hranjenja, program temeljen na kognitivno bihevioralnoj terapiji. Zagreb: Veble commerce; 2015.

15. Dare C. The Family Therapy of Anorexia Nervosa, Journal of Psychiatric Research. 1985; 19: 435–453.

16. Davidson GC i Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.

17. Davies H, Schmidt U, Stahl D, Tchanturia K. Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 2010;44(6):531-539.

18. De Haas MA, Bakermans-Kranenburg MJ & van IJzendoorn MH. The Adult Attachment Interview and Questionnaires for Attachment Style, Temperament, and Memories of Parental Behavior. The Journal of Genetic Psychology. 1994; 155(4), 471-486.

19. Fairburn C. Evidence-based treatment of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 2005; 37(S1):S26-S30.

20. Fonagy P, Edgcumbe R, Moran GS i sur. The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. Psychoanal Study Child. 1993; 48:9-48

21. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalisation and the development of the self. New York: Other Press; 2002.

22. Gergely G & Watson J. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. International journal of Psycho- Analysis. 1996;77:1181-1212.

23. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.

24. Hall L & Cohn L. Bulimia, A Guide To Recovory. Carlsband: Gurze Books; 1992.

25. Keel PK. Eating Disorders. New Jersey: Pearson/Prentice Hall; 2005.

26. Kenny M and Hart K. Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. Journal of Counseling Psychology. 1992;39(4):521-526.

27. Klein M. Notes on some schizoid mechanisms. Int. J. Psychoanal.1946;27:99-110.

28. Kocijan-Hercigonja D. Obiteljska terapija anoreksije nervoze. Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik. 2004;52:56-57.

29. Lawrence M. The Anorexic Mind. London: Karnac books; 2010.

30. Marčinko D i sur. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.

31. Minuchin S. Families and Family Therapy. London: Tavistock; 1974.

32. Minuchin S, Rosman B & Baker L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA,Harvard: University Press; 1978.

33. Nielsen S, Møller-Madsen S, Isager T, Jørgensen J, Pagsberg K, Theander S. Standardized mortality in eating disorders—a quantitative

summary of previously published and new evidence. Journal of Psychosomatic Research. 1998;44(3-4):413-434.

34. Nielsen S. Epidemiology and mortalitiy of eating disorders. Psychiatric Clinics of North America. 2001;24(2):201-214.

35. Palazzoli MS. Towards a General Model of Psychotic Family Games.Journal of Marital and Family Therapy. 1986;12: 339–349.

36. Papezova H, Yamamotova A, Uher R. Elevated pain threshold in eating disorders: psychiological and psychological factors. J Psy Research. 2005;39:431-8.

37. Plaut EA, Hutchinson FL. The role of puberty in female psychosexual development. The International review of psycho-analysis. 1986;13:417-432.

38. Pollatos O, Kurz AL, Albrecht J i sur. Reduced preception of bodily signals in anorexia nervosa. Eat Behav. 2008; 9:381-388.

39. Rudan V. Poremećaji hranjenja iz psihoanalitičke perspektive. U: Marcinko D, Poremećaji hranjenja- od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 31-50.

40. Silverman JA and Louis-Victor Marce. Anorexia nervosa's forgotten mann. Psychological medicine. 1989; 19:833-835.

41. Skarderud F. Eating one's words. Part I. "Concretised metaphors" and reflective function in anorexia nervosa. An interview study. European Eating Disorders Review. 2007a;15:163–174.

42. Skarderud F.Eating one's words. Part II. The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa. Theory. European Eating Disorders Review.2007b; 15: 243–252.

43. Skarderud F. Eating one's words. Part III. Mentalisation- based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. European Eating Disorders Review. 2007c; 15: 323–339.

44. Skarderud F, Fonagy P. Eating Disorders. Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, ur. Batemaan A & Fonagy P. Washington: American Psychiatric Publishing; 2010. str. 347-385

45. Skočić M. Mentalizacija i poremećaji hranjenja. U: Marcinko D, Poremećaji hranjenja- od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 55-65.

46. Skočić M. Uloga mentalizacije u liječenju poremećaja hranjenja. Predavanje na 2. hrvatskom psihoterapijskom kongresu. Zagreb, veljača 2013.g.

47. Šeparović Lisak M, Marčinko D. Uloga obiteljske psihoterapije u liječenju poremećaja hranjenja. U: Marcinko D, Poremećaji hranjenja- od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 66-76.

48. Treasure J, Schmidt U and Van Furth E. The Handbook of Eating Disorders /second edition/. John Weily and Sons: West Sussex; 2003.

49. van IJzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. Psychological Bulletin. 1995;117(3):387-403.

50. Vidović V. Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica. Zagreb: Biblioteka časopisa "Psiha"; 1998.

51. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. British Journal of Medical Psychology. 2001;74(4):497-505.

52. Warrell, David A, Cox, Timothy M, Firth, John D, Benz, Edward J. Oxford Textbook of Medicine (4th Edition). Oxford: Oxford University Press; 2003.

53. Weiss L, Katzman M & Wolchik S. Treating bulimia. A psychoeducational approach. New York: Pergamon Press; 1985.

54. Weme J, Yalom JD. Treating Eating Disorders. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1996.

55. White M. Anorexia nervosa: a cybernetic perspective. Family Therapy Collections. 1987; 20:117–29.

56. Wnnicott DW. Playing and reality. London: Tavistock; 1971.

57. [Internet]. 2017 [pristupljeno 25 May 2017]. Dostupno na: http://www.maudsleyparents.org

ŽIVOTOPIS

Rođena sam 14. 7. 1991. u Zagreb. Nakon završene XV. Gimnazije, matematičko-informatički smjer, 2010. upisala sam Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Od 2012. do 2014. bila sam novinarka studentskog časopisa „Medicinar“, a u sklopu suradnje dva članka su mi izašla u „Liječničkim novinama“. Član sam Studentske sekcije za pedijatriju od 2015. godine, a od 2016. jedan od voditelja. Sudjelovala sam u organizaciji Tjedna mentalnog zdravlja u sklopu CroMSIC-ovog projekta „Pogled u sebe“ koji se bavi promicanjem mentalnog zdravlja. Aktivno se služim njemačkim i engleskim jezikom. U slobodno vrijeme pišem i član sam dramskog studija teatra Tirena.

ZAHVALE

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc.dr.sc. Mileni Skočić Hanžek na savjetima, strpljenju, pomoći i slobodi prilikom izrade ovog diplomskog rada, ali i na zanimljivo održanim predavanjima na izbornom predmetu i vježbama koje su kod mene pobudile interes za ovu temu.

Zahvaljujem se cijeloj svojoj obitelji na ljubavi i potpori.

Zahvaljujem se svim mojim prijateljima i kolegama koji su mi olakšali studentske dane.

I hvala S.-u jer je sve učinio ljepšim.