

MOTNJE HRANJENJA

Anja Reljič Prinčič

Motnje hranjenja predstavljajo kompleksen problem, ki zaradi izrazitega naraščanja že dlje časa vznemirja javnost zahodnega sveta, katerega del smo tudi mi. Ta nagel porast motenj hranjenja nas ne preseneča, če pomislimo, da se vsi, predvsem v obdobju adolescence, soočamo z vprašanjem, ali smo dovolj atraktivni, lepi, privlačni. Privlačnost je v našem sociokulturnem prostoru močno odvisna od vitkosti, kar sili nekatere posameznike, da se odločajo za hujšanje, ki je pogosto nepremišljeno in nevarno, ter vodi do motenega odnosa do hrane in do lastnega telesa. Tako se odprejo vrata nepopisnem in neskončnem trpljenju, večinoma žensk, ki postanejo ujetnice hrane.

Motnje hranjenja so fenomen druge polovice 20. stoletja. Govorimo o anoreksiji nervozi (pretirano zavračanje hrane), bulimiji nervozi (pretirano nažiranje s hrano, ki ji sledi neprimerno, nevarno nadomestno vedenje v želji znebiti se zaužite hrane oziroma preprečiti porast telesne teže.), ter o prisilnem prenajedanju (pretirano nažiranje s hrano ob izgubi kontrole hranjenja). K tej skupini prištevamo tudi debelost in netipične motnje hranjenja, o čemer v tem članku ne bo govora.

Za normalno prehranjevanje sta odločilna občutka za lakoto in sitost. Ta dva občutka sta produkt kemijskih substanc, ki jih sprošča hipotalamus, skupaj s kemičnimi substancami, ki se sproščajo v želodcu in črevesju, vplivajo na predel v možganih, ki je odgovoren za apetit in kontrolo hranjenja. Pri ljudeh, za razliko od živali, sta apetit in kontrola hranjenja odvisna še od sociokulturnih navad in od lastnih prepričanj, želja, razpoloženja, čustev. Vemo, da depresivni ljudje ponavadi manj jedo, anksiozni pa več, kot potrebujejo.

Ljudje ki imajo težave zaradi motenj hranjenja, ne zaznavajo lakote, oziroma sitosti in jih v uživanje hrane sili neka notranja, neprepoznavna potreba po nečem, kar oni občutijo kot potrebo po hrani. Prav tako je odgovor na potrebo po hrani odvisen od motnje hranjenja: anorektični bolniki navajajo sitost že pred jedjo in odklanjajo hrano; bulimični bolniki in prekomerni jedci pa čutijo lakoto, čeprav so pravkar zaužili normalen obrok hrane.

O motnjah hranjenja ne moremo govoriti, ne da bi se vprašali, kakšna je idealna telesna teža. Orientiramo se s pomočjo ITM, ki gaje 1871. leta prvič uporabil belgijski astronom in matematik dr. Quetelet, da bi definiral debelost. Je pa zelo uporaben tudi pri diagnostiki anoreksije nervoze in drugih motenj hranjenja: $ITM = \text{Teža v kg} / \text{Višina v m}^2$.

Po nekaterih kriterijih je idealna telesna teža v območju ITM 18,5 do 25. Po istih kriterijih govorimo o anoreksiji nervozi, ko je ITM pod 17,5.

EPIDEMIOLOŠKE ZNAČILNOSTI

Večina bolnikov so ženske v pozni adolescenci ali v mladi odrasli dobi.

Anoreksija nervoza se pojavlja v adolescenci, čeprav so opisani primeri zbolewnosti že pred osmim letom. Splošno je sprejeto mnenje, da je anoreksija bolezen adolescence, ki prinaša velike psihosocialne in telesne spremembe. Pojavnost pri moških je 14 krat manjša kot pri ženskah.

Bulimija nervoza je redka pred 14. letom. Pojavlja se nekoliko pozneje kot anoreksija nervoza, ponavadi od srednje adolescence do zgodnjih dvajsetih let. Pogosto se prve epizode bruhanja pojavijo v adolescenci, cel sindrom pa se razvije nekaj let pozneje. Bolezen je pri moških redka.

Prisilno prenašanje se pojavlja v enakem starostnem razdobju kot bulimija nervoza. Med prisilnimi jedci je mnogo več moških kot med anorektičnimi in bulimičnimi bolniki. Najpogostejša motnja hranjenja je prisilno prenašanje. V populaciji se pojavlja v velikosti 0,4 do 7%. Tej motnji sledi bulimija nervoza s pojavnostjo 1 do 3%, ter anoreksija nervoza, ki zajame 0,5 do 1% populacije.

Na vprašanje, katera je rizična populacija za nastanek motenj hranjenja, je odgovor, da so to adolescentke in mlade ženske, ki se trudijo znižati telesno težo.

ETIOLOGIJA

Motnje hranjenja so psihosomatske motnje, ki v enaki meri prizadenejo telo in dušo. Pri nastanku motenj se med seboj prepletajo različni dejavniki od psihosocialnih, osebnostnih lastnosti posameznika do odnosov v družini.

Vitkost je v našem sociokulturnem prostoru izjemno pomembna. Mladi, ki še nimajo izdelane lastne identitete, ki pogosto niso kos zahtevam okolice in se čutijo manj vredne, se oprimejo različnih diet v želji, da bi bili lepši in bolje sprejeti. Ob hujšanju doživijo vsaj na začetku odobravanje in občudovanje okolice. Tako jim stradanje in kontrola telesne teže prinaša občutek, da so uspešni, ter da prvič zadovoljivo usmerjajo svojo usodo in svoje življenje. Razvijajo lažen jaz, ki na zunaj dobro funkcionira, v notranjem doživljanju pa jih pušča nesrečne, osamljene, z močnimi občutki krivde in nizkega samospoštovanja.

Naslednji pomemben faktor pri nastanku motenj hranjenja so medsebojni odnosi družinskih članov. Pogosto opisujejo družine, ki stremijo po uspehu, v katerih se zahteva popolnost, istočasno so pa odnosi hladni, odtujeni in je prepovedano izražanje čustev. V teh družinah niso primerno zadovoljene bazične potrebe po varnosti in ljubezni. Mladi se počutijo osamljeni, odvečni, nezaželeni in v tej praznini najdejo zaveznika v hrani ter s hrano začnejo neuspešno reševati svoje notranje stiske.

Tudi vzgoja igra pomembno vlogo pri nastanku motenj. Zboleli so pogosto vzgajani v duhu marljivosti, popolne ubogljivosti in v duhu visokih osebnih kriterijev. Zato mnogi pacienti ne znajo prisluhniti sebi, ne zaznajo svojih potreb in ne znajo odkloniti tujih zahtev, ne da bi se čutili krivi.

Motnje so povezane z osebnimi lastnostmi, kot je prirojena občutljivost na stres, nizko samospoštovanje, občutek manjvrednosti, notranja praznina, anksioznost.

Pogosta je komorbidnost z drugimi psihičnimi motnjami, kot je alkoholizem, odvisnost od drog, suicidalnost, depresija, impulzivno vedenje, strah.

PRISILNO PRENAJEDANJE.

Nič ni nenavadnega, če pojemo več, kot je običajno. To se dogaja vsem ljudem, še zlasti ob posebnih priložnostih. Osebe, ki pri prehrani nimajo težav, nadaljujejo z normalnim prehranjevanjem in posamezne epizode pretiranega uživanja hrane ne motijo nadaljnjega življenjskega ritma.

Za prisilno prenejedanje so značilne periode prenejedanja, ko posamezniki v približno dveh urah zaužijejo ogromne količine hrane. Tovrstno prenejedanje spremlja izguba kontrole hranjenja. O prisilnih jedcih govorimo, ko se motnja pojavlja vsaj dva krat tedensko. Med prenejedanjem ne pojedjo samo veliko hrane, ampak jedo hrano različnih okusov in hitro goltajo zalogaje. Hrana jim služi kot tolažba. Tako se ščitijo pred neprijetnimi čustvi. Zaradi preobilnega obroka hrane, ki so ga zaužili, ne da bi čutili lakoto, se kasneje počutijo krive. Sramujejo se svojega početja, ter pogosto jedo na skrivaj, ali pa brijejo norca iz sebe, da bi se tako opravičili pred drugimi. Bolniki se zatekajo k hrani v želji, da bi kontrolirali svoja čustva. Izrazito si želijo, da bi bili močni in zaupanja vredni. Postavljajo si visoke, pogosto nedosegljive cilje, ki skrivajo nizko samospoštovanje in krhko samopodobo. Hrana jim predstavlja anestetik. Svoja čustva blažijo z ogromnimi količinami hrane, kar jim vzbuja občutke sramu, krivde in strahu, s katerimi se ne morejo soočiti in se jim želja po hrani kot tolažbi poveča, kar pa poveča tudi neprijetne občutke. Tako se sklene krog, iz katerega ne najdejo izhoda.

Toda ne gre samo za duševno trpljenje. Tudi telo je pri tej motnji močno prizadeto. Bolniki trpijo zaradi slabe cirkulacije, težav s srcem, gastrointestinalnih motenj, visokega pritiska, težav s hrbtenico, zaprtja, potenja, debelosti, težav z zobmi.

Pogosta je komorbidnost z drugimi psihičnimi motnjami, predvsem z alkoholizmom, impulzivnim vedenjem, depresijo s suicidalnostjo, včasih z odvisnostjo od drog.

ANOREKSIJA NERVOZA

Prvič je termin anoreksija nervoza uporabil angleški zdravnik sir William Gull leta 1873. Zmotno je menil, da gre pri bolnici, ki je odklanjala hrano kljub izraziti podhranjenosti, za pomanjkanje apetita, in je bolezen imenoval anoreksija nervoza. Danes vemo, da se anorektični posamezniki ves čas borijo z lakoto in da odklanjajo normalno prehranjevanje v želji, da bi bili suhi. Želja po suhosti se prepleta s strahom pred izgubo kontrole prehranjevanja in posledično debelostjo.

Najizrazitejši znak anoreksije nervoze je nizka telesna teža, ki je posledica hotenega stradanja. Diagnostično se najbolje orientiramo, če upoštevamo ITM (indeks telesne mase), ki po nekaterih kriterijih ne sme biti nižji od 17,5.

Nadaljne značilnosti anoreksije nervoze so:

- močan strah pred naraščanjem telesne teže, čeprav je realna teža že močno pod normalno težo,
- odklanjanje vzdrževanja teže v mejah normalne telesne teže glede na leta in višino,
- moteno je zaznavanje lastnega telesa,
- zanikanje nevarnosti vzdrževanja nevarno nizke telesne teže,
- izguba menstruacije v zadnjih treh mesecih.

Poznamo dva tipa anoreksije nervoze. Prvi je restruktivni tip, pri katerem je hranjenje močno omejeno in so redke epizode prenajedanja in bruhanja, za razliko od drugega tipa, kjer je v ospredju poleg restrikcije hrane pogosto prenajedanje in nadomestno vedenje (samopovzročeno bruhanje, zloraba odvajal in diuretikov).

Anorektične osebe so abnormno zaskrbljene glede svoje telesne teže. Strah pred debelostjo je tako močan, da se mu pacienti popolnoma podredijo in do skrajnosti zmanjšajo obroke hrane. Začnejo se izogibati hrani, za katero mislijo, da redi in je nezdrava. Navadno so to ogljikovi hidrati, maščobe in beljakovine. Včasih, ko jim stradanje ne zadošča, začnejo pretirano telovaditi, jemati odvajala in diuretike ter tudi bruhati. Kljub visoki izgubi telesne teže so pacienti še vedno nezadovoljni s svojim videzom. Zaradi motenega zaznavanja doživljajo dele svojega telesa kot debele in grde. Nezadovoljni so zaradi velikega trebuha, debelih stegen in bokov, ki jih tako vidijo navkljub izjemni suhosti. Ta motnja v zaznavanju telesa je značilna za anoreksijo.

Bolezen se začne nedolžno z željo po izgubi nekaj kilogramov zaradi lepšega videza. Toda dieta zelo hitro postane vodilo življenja. Kljub močni izgubi telesne teže pacienti nadaljujejo s stradanjem, ne da bi se počutili živlensko ogroženi. Značilna je preokupiranost s hrano (berejo o hrani, kuhajo za druge, ne da bi sami jedli, natančno so poučeni o kaloričnosti hrane...). Pogosto jih v začetku v anorektičnem vedenju vspodbuja okolica s svojim občudovanjem njihove zunanosti, kasneje pa kljub opozorilom ne prepoznajo, da gre za

resno bolezen, ki se lahko konča tragično. Po nekaterih virih je smrtnost pri anoreksiji 10%.

Zaradi stradanja so prizadeti vsi telesni procesi in organi. Izjemno nevarna je hipokalijemija, ki lahko pripelje do akutne odpovedi srca. Izguba menstrualnega ciklusa je le zunanji znak hormonalnega neravnovesja. Pacienti tožijo zaradi napihnjenosti, zaprtja, omedlevic, stalno jih zebe.. .

Spremljajoči psihični znaki bolezni se kažejo kot razdraženost, zmedenost, motnje koncentracije, nespečnost, depresija (občutki krivde, manjvrednosti, nemoči), obsesivno kompenzivno vedenje, predvsem v zvezi s hrano.

BULIMIJA NERVOZA

Gerald Russel je leta 1979 opisal motnjo in jo imenoval bulimija nervoza. Vodeči simptom bulimije nervoze je prenajedanje. Prenajedanje, ki je značilno za to motnjo, se razlikuje od običajnega prenajedanja po dveh značilnostih:

- prenajedanje spremlja občutek izgube kontrole,
- količina zaužite hrane je nenavadno velika, včasih celo nad 10.000 Kcal v enem obroku.

Pogosto zasledimo načrtovanje in nakupovanje hrane, ki jo bo oseba pojedla, kar govori, da je izguba kontrole pri bulimiji nervozi podobna izgubi kontrole pri drugih boleznih odvisnosti.

Pacienti se borijo sami s seboj, se poskušajo prepričati, da ostanejo trdni v odločitvi, da se ne bodo prenajedli, vendar večinoma klonijo in včasih celo uživajo v svojem početju. Navajajo spremljajoče občutke krivde, sramu in manjvrednosti, ne tako redko pa opisujejo tudi katarzo in nekakšno sproščanje ob prenajedanju.

Naslednja značilnost bulimije nervoze je pojav kompenzatornega vedenja, z namenom preprečiti porast telesne teže. Nenavadno velika količina hrane, ki so jo zaužili v kratkem času, jih spravi v paničen strah pred debelostjo. Osvražene hrane se hitro znebijo, bodisi s samopovzročenim bruhanjem z visokimi dozami laksativov diuretikov, lahko pa tudi s pretirano telovadbo. Po vsakem takem dogodku sklenejo, da tega ne bodo več počeli in zaradi strahu pred debelostjo, začnejo stradati. Na koncu se stradanje konča ob obloženi mizi in se krog sklene. To vedenje Pacientom vzbuja gnus in jim utruje občutke manjvrednosti in nizkega samospoštovanja.

Poznamo dva tipa bulimije nervoze. Prvi je purgativni tip, kjer se ženske običajno znebijo zaužite hrane z bruhanjem ali jemanjem odvajal. Drugi tip je nepurgativni, kjer pacientke omejujejo hranjenje ali pretirano telovadijo med epizodami prenajedanja. Bruhanje in jemanje odvajal je neredno.

Za razliko od anorektičnih je teža bulimičnih deklet v mejah normale. Ta dekleta so na zunaj lepa, samozavestna in uspešna. Toda ta lepa zunanost je samo igra za okolico. Ko so same s seboj, so nesrečne in globoko

depresivne. Depresivni simptomi so prisotni pri skoraj polovici bulimičnih pacientk. Lahko bi rekli, da jim hrana predstavlja anestetik za notranjo bolečino.

O bulimiji govorimo, če se to nevarno vedenje pojavlja vsaj dvakrat tedensko skozi tri mesece. Tudi bulimijo spremljajo telesne težave. Zelo pogosto tožijo pacienti zaradi napetega trebuha, bolečin v trebuhu, nerednega odvajanja, nerednega menstrualnega ciklusa, zobnega kariesa, suhe kože. Pogosta je komorbidnost z depresijo, boleznimi odvisnosti, afektivnimi motnjami, osebnostnimi motnjami, impulzivnim vedenjem.

ZDRAVLJENJE MOTENJ HRANJENJA

Glavni cilj zdravljenja je pomagati pacientom, da normalno zaživijo in da si uspešno, brez odvisnosti od hrane, uredijo svoje življenje. Med zdravljenjem morajo pacienti spremeniti svoj življenjski stil, kar posega v vse nivoje bivanja. Zato je za uspešnost zdravljenja bistvena motivacija prizadete osebe. Pri tem igra ključno vlogo zaupanje pacienta v terapevta. Uspeh zdravljenja je odvisen od priprav na zdravljenje. Cilj pripravljanih seans je diagnostika motnje, ocena psihičnega in fizičnega statusa pacienta ter, kar je izjemno pomembno, delo na motivaciji pacienta za zdravljenje.

Način zdravljenja je odvisen od vrste motnje, starosti pacienta, ITM, somatske in psihične kondicije pacienta, biokemičnega statusa. Na voljo je ambulantno in hospitalno zdravljenje. Za hospitalno zdravljenje se odločamo pri mlajših osebah, pa tudi pri starejših, ki so v slabem telesnem in duševnem stanju oziroma pri ambulantnem zdravljenju ne sodelujejo. Zdravljenje je kompleksno in dolgotrajno.

Za ambulantno zdravljenje se odločimo pri pacientih, ki so izven življenjske nevarnosti in ki so dobro motivirani za zdravljenje. Uporabljamo različne metode zdravljenja, od individualne psihoterapije, družinske psihoterapije, skupinske psihoterapije, medikamentozne terapije ter najuspešnejše vedenjsko kognitivne terapije.

Zelo uspešno zdravljenje je uvedel dr. Hubert Lacey 1980. leta. Njegov program sloni na vedenjsko kognitivnem principu. Namenjen je bulimičnim pacientom.

LITERATURA:

1. Fairburn, CG & Wilson, GT (Editors) *Binge Eating; Nature, Assessment and Treatment*. Guilford Press, New York and London
2. Cooper, PJ & Fairburn, CG (1986) The depressive symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 148, 268-274
3. Crisp, AH (1980) *Anorexia Nervosa: Let Me Be*. Academic Press London
4. Keel, PK & Mitchell JE (1997) Outcome of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.