

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Silvija Grilč

Mentorica: red. prof. dr. Tanja Renner

**MOTNJE HRANJENJA IN POMEN SKUPIN ZA
SAMOPOMOČ**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2005

KAZALO

1	UVOD	2
2	VZROČNO POJASNJEVALNI MODELI NASTANKA MOTENJ HRANJENJA	4
2.1	SOCIOLOŠKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA	5
2.1.1	Družbeni vzroki s feminističnega vidika.....	8
2.2	SOMATSKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA	12
2.3	SOCIALNO – PSIHOLOŠKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA	14
2.4	DRUŽINSKO DINAMIČNI MODEL NASTANKA MOTENJ HRANJENJA	15
3	POSLEDICE MOTENJ HRANJENJA	19
3.1	FIZIČNO-BIOENERGIJSKE POSLEDICE	20
3.2	ČUSTVENE IN MENTALNE POSLEDICE	21
3.3	DUHOVNE POSLEDICE	21
3.4	SOCIALNE POSLEDICE	22
4	MOTNJE HRANJENJA IN NJIHOVO ZDRAVLJENJE	23
4.1	PSIHOSOCIALNO ZDRAVLJENJE	25
4.2	MEDICINSKO ZDRAVLJENJE	27
4.2.1	Celostno ambulantno in bolnišnično zdravljenje.....	29
4.3	SKUPINE ZA SAMOPOMOČ	31
4.3.1	Tipi skupin za samopomoč.....	32
4.3.2	Procesi in dejavniki v skupini za samopomoč.....	33
4.3.3	Funkcije skupin za samopomoč.....	34
4.3.4	Vloga vodje skupine.....	35
4.3.5	Skupine za samopomoč v Sloveniji.....	35
5	ŽENSKA SVETOVALNICA IN SKUPINE ZA SAMOPOMOČ	37
5.1	DELOVANJE SKUPIN ZA SAMOPOMOČ PRI MOTNJAH HRANJENJA V ŽENSKI SVETOVALNICI	37
5.1.1	Članstvo v skupinah.....	40
5.1.2	Populacija v skupinah za samopomoč.....	41
5.1.3	Sestava skupin in potek srečanj.....	41
5.1.4	Metode in načini dela.....	42
5.1.5	Problemi s katerimi se srečujejo skupine za samopomoč.....	44
5.1.6	Uspešnost skupin.....	45
5.1.7	Vodje skupin-strokovnjakinje.....	45
5.1.8	Pravila na skupinah.....	46
5.1.9	Cilji skupin za samopomoč.....	47
5.1.10	Načrti za prihodnost.....	48
6	ZAKLJUČEK	50
7	LITERATURA	53

1 UVOD

Motnje hranjenja so postale obsežen in zaskrbljujoč problem vsega sodobnega sveta, ki je bil še pred nedavnim skorajda neznan. Kaže, da se na mnoge globoke stiske, preizkušnje in obremenitve vse več ljudi odzove s psihosomatsko simptomatiko. Po mnenju Martine Tomori je obravnava motenj hranjenja ustrezna le, če je zastavljena celostno in upošteva tako somatske kot psihosomatske razsežnosti bolezni.

Pravila in zapovedi, kakšno naj bi bilo videti žensko telo so ena najbolj strogih v zadnjih desetletjih. Četudi so ženske danes bolj asertivne kot pred desetletji, se še vedno trudijo zadostiti družbenim normam o tem, kaj je sprejemljivo, lepo in s tem tudi ljubljeno. Vitko telo ponuja ženskam avtonomijo, samospoštovanje, uspeh in nadzor. Pri vsem tem ni važna cena, ki jo morajo za to plačati.

Sodoben absurd, s katerim imamo opraviti je, da ženske doživljajo svoje telo v marsičem odvisno od zunanjih kulturnih meril ali pa celo trenutne mode. Kadar so naporji za dejansko uveljavitev in prevzemanje realnega mesta v svetu zanjo prehudi, boj prenese na svoje telo, preko njega izraža, kar se ne da na sprejemljivejši način (Tomori, 1990:133).

Zunanji videz je v sodobni družbi cenjena vrednota, ki pogosto usmerja naša življenja. Na vsakem našem koraku smo zasipani z reklamami, ki jih promovirajo suha in »privlačna« dekleta. Največji paradoks pri vsem tem pa je, da že prej omenjena dekleta ponavadi promovirajo izdelke, ki so ponavadi visoko kalorični in nezdravi. Potemtakem naj bi imel/imela moški/ženska, ki uživa te izdelke idealno postavo, brez odvečnih kilogramov. Zaradi tega prihaja pri posamezniku/posameznici do neskladij med tem kakšni smo in kakšni menimo, da bi morali biti. Prav tule se oseba ujame v začarani krog shujševalnih diet, ki pa ponavadi temeljijo na jo – jo učinku. Posledica temu je, da začaranemu krogu ni konca.

Namen naloge je prikazati motnje hranjenja kot večplasten pojav družb visoke moderne, izrazito usmerjenih v potrošnjo. Motnje hranjenja se pojavljajo v vseh okoljih in nimajo kulturnih meja. Lahko rečemo, da nihče ni imun. Najbolj ogrožene so mladostnice, vendar pa

ne moremo izvzeti nobene družbene skupine.

V nalogi so me vodile naslednje tri glavne hipoteze:

- porast motenj hranjenja je povezan z idealom vitkega telesa kot simbolom moči, lepote in uspeha,
- skupine za samopomoč so uspešnejše pri rehabilitaciji v primerjavi z ostalimi oblikami zdravljenja,
- najboljši strokovnjaki v skupinah za samopomoč so tisti, ki so imeli lastno izkušnjo motenj hranjenja.

Največji poudarek sem namenila zdravljenju motenj hranjenja in pomenu skupin za samopomoč. Opisani so različni modeli zdravljenja motenj hranjenja od psihosocialnega, medicinskega in nazadnje tudi zdravljenja s pomočjo skupin za samopomoč.

Teoretični del naloge sem dopolnila še s kvalitativno analizo intervjuja, ki sem ga opravila z Ano Zihlerl, začetnico skupin za samopomoč z motnjami hranjenja v Sloveniji, ki deluje v okviru nevladne organizacije Ženska svetovalnica.

2 VZROČNO POJASNJEVALNI MODELI NASTANKA MOTENJ HHRANJENJA

Motnje hranjenja so splet osebnih vzrokov in so za vsakega posameznika oziroma posameznico drugačni. Največkrat gre za prepletanje številnih vzrokov in sprožilnih dejavnikov. Po eni strani je motnja hranjenja vedno odraz na posameznikovo doživljanje, ki je, kot vemo, nekaj zelo zapletenega in pretanjenega (Švab, 1998).

Za vsako prizadeto je splet osebnih vzrokov njene motnje drugačen (je v povezavi z njenimi čustvi, konkretnimi dogodki v njenem življenju, njeno preteklostjo), hkrati pa so motnje hranjenja tudi odgovor na družbene norme: služijo kot oblika nadzora nad čustvi in občutki, pomenijo poskus ustrezati idealu zaželjenega telesa, hranjenje je lahko tisto področje, ki daje občutek nadzora in prostora zase v družini.

En iz spleta vzrokov za motnje hranjenja je vsiljevanje ideala vitkosti, ki je ravno kontrast vse večji razpoložljivosti hrane v razvitem svetu. Prav tam, kjer je hrane v izobilju, velja, da je ideal vitka postava. Vitkost skozi medijske podobe postaja pojem, povezan ne le z zdravjem in privlačnostjo, ampak tudi s samo-disciplino, uspešnostjo, samozavestjo. Torej vitkost ni več stvar telesa, ampak naj bi nakazovala še druge osebnostne lastnosti (npr. vztrajnost, pridnost, obvladovanje). Kot nasprotje se debelosti pripenja pojme kot pomanjkanje obvladovanja, lenoba, dolgočasje, nespodobnost, odvratnost (tako se opisuje osebe, ki pač nosijo naokoli nekaj kilogramov nad "idealno" težo). Vitkost se postavlja kot vrednota v družbi, debelost pa kot nezaželena.

Ena od motenj hranjenja je tudi anoreksija. Anoreksijo je v družbeni teoriji mogoče misliti na več načinov, kot patološko kristalizacijo kulture, kot družbeno manipulacijo (ženskih) teles, kot eno osrednjih strategij razkazovanja družbenih razmerij in moči med spoloma in podobno. Vendar jo je mogoče misliti sociološko strictu sensu: anorexia nervosa odlično ponazarja ontološke podmene sociologije, napetost razmerij med individuumom in družbo, naravo in kulturo, dušo/umom in telesom. Hkrati anoreksija dobro uteleša sodobne diskusije o identitetah, začevši z znano mislijo iz Marxove polemike s Feuerbachom, da namreč človek

je, kar je (Rener, 1998: 55).

Pri motnjah hranjenja zasledimo številne elemente zasvojenosti; to pomeni, da se motnja hranjenja obnavlja tudi v sedanjosti. Vzroki in posledice se nenehno prepletajo med seboj. Posledica postane vzrok, vzrok posledica in oseba je ujeta v začarani krog.

2.1 SOCIOLOŠKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA

Mnogi sociologi, socialni antropologi ter drugi, ki jih zanima področje motenj hranjenja, opisujejo in razlagajo pojavnost fenomena s širše civilizacijske, celo etične plati. Motnje hranjenja naj bi bile etnične motnje današnje dobe. Bistvo pa ni posnemanje telesne bolezni, pač pa manipulacija s hrano, odnosi ter preokupiranost subjekta z lastnim videzom in težo, ki je le redko zadovoljiva, pri čemer je patološki simptom le obramba za razreševanje globljih emocionalnih ter intimnih stisk posameznika.

Vegetarijanstvo, makrobiotska prehrana, homeopatsko zdravljenje, asketizem, posti, gladovne stavke, fitness, različne masaže, moda, aerobika, jogging, različne diete in zvarci, ki nam jih ponujajo za doseg idealne linije ali za hitro zmanjšanje telesne teže – vse to postaja del našega življenja (Mrevlje, 1995: 19).

Če hočemo motnje hranjenja razumeti s sociološkega in antropološkega vidika in jih opisati kot etnične motnje današnje dobe, vidimo, da bistvo anoreksije in bulimije ni posnemanje telesne bolezni, temveč gre za manipuliranje s hrano, preokupacijo s svojim telesnim videzom in težo. Te pacientke torej posnemajo, izkoriščajo in nadgradijo siceršnje preokupacije ljudi v določenem okolju (diete, vitkost, telesni trening in skrb za telo) in jih uporabijo kot obrambe za rešitev svojih intimnih stisk, katerih skupni imenovalec je iskanje in oblikovanje svoje identitete. Gre torej za socialni vzorec, katerega bistvo je doseganje posebnosti in pozornosti prek odklonskosti (Mrevlje, 1995: 22).

Motnje hranjenja so v zadnjih desetih letih močno poraste. Porast teh motenj lahko vidimo v vlogi ženske, ki se zlasti od petdesetih let našega stoletja dalje bistveno spreminja. Ženske

komaj love ravnotežje med ideali uspešnosti in tradicionalnimi pričakovanji. Nadalje Gordon omenja preokupacijo ljudi z videzom in telesno podobo, ki se stopnjuje in je povezana z zapovedmi modne industrije in potrošništva, kjer imajo mediji in komercializacija vse večji pomen. Zunanji vidiki te obsedenosti z videzom se odražajo v kulturnih normah in vrednotah, pravilih vedenja in pritiskih na neprestan nadzor telesne teže in vzpodbujanju strahu pred prekomerno telesno težo (Gordon, 1990).

Dejstvo, da ostajajo anorektične in bulimične motnje še vedno pretežno ženske bolezni, je zato potrebno razumeti tudi kot odraz dramatično spremenjenih socialnih pričakovanj do žensk v zadnjih štirih desetletjih. Pritiski na ženske glede njihove uspešnosti, sposobnosti, tekmovalnosti, večje avtonomnosti in neodvisnosti so vse večji, to pa je v nasprotju z še vedno veljavno tradicionalno definicijo ženske vloge v zapadni kulturi. Dekleta so še vedno vzgajana pretežno s ciljem, kako ugajati drugim, manj pa v smislu večje samoiniciativnosti in avtonomnosti, če to primerjamo z načeli vzgoje fantov. Vrednost ženske se še vedno določa s tem, kako in koliko pomaga in je na razpolago drugim. Takšna vzgojna in kasneje osebna orientacija na zunanje in s ciljem biti vedno na razpolago, lahko pomeni, da je recimo neka dejavnost darilo drugim in ne pomeni lastne potrditve. Prične se razvijati konflikt med potrebo po tem, da bi ugodila drugim in vse slabšim počutjem, čemur je Hilda Bruch rekla: "Dela dobro, počuti se slabo". Ta konflikt je razvil socialno in medijsko podobo "super ženske". Ona ima vse – ugaja moškim s svojo podobo, ženskostjo in senzualnostjo in jemlje dah s svojo uspešnostjo, svetovno slavo in uspehi na področjih, kjer ji je to dovoljeno – moda, glasba šport, kultura in še kje. Tudi njim je H. Bruch namenila misel: "Te ženske doživljajo ideologijo osvobajanja od ostrega stereotipa o ženski vlogi kot še eno zunanjo zahtevo po popolnosti in imajo občutek, da so prisiljene narediti nekaj izjemnega." Pred njimi je tako vse več in preveč možnosti izbire in v strahu, da morebiti ne bi izbrale prav, je motnja povezana s hrano ena od možnih izbir (Mrevlje, 1995: 24).

Darja Zaviršek opredeli dejavnike za sociološko razumevanje motenj hranjenja na naslednje (Zaviršek, 2000: 145-146):

1. Vseobča dostopnost poceni hrane med ljudmi v post-modernih družbah, ki se širi tudi na druge dele sveta.
2. Hrana je v post-modernih družbah postala najbolj razširjeno konzumno sredstvo in v

se vsakdanjem življenju uporablja ne samo za potešitev lakote, temveč tudi kot simbol za ljubezen, užitek, toplino in domačnost, hrepenenje. Reklame v zvezi z dobro hrano so pomembni del neo-liberalistične tržne ekonomije, ki z upodabljanjem zapeljive hrane proizvaja neizmerne finančne dobičke njenim proizvajalcem. V post-kapitalističnih družbah hrana že dolgo ni več le objekt za potešitev lakote.

3. Ker je hrana tako široko dostopna in jo ljudje uporabljajo v najrazličnejše namene, je postal drugi vir ekonomskega dobička globalne industrije proizvodnje produktov, ki naj bi zmanjšali konzumiranje hrane ali pa zmanjšali stranske in negativne učinke tega, da ljudje jedo preveč. Konzumska industrija proizvaja človekovo željo, prepovedi in predstave o tem, kaj je lepo, dobro in pravilno.
4. Ker je hrana substanca, od katere je odvisna materialnost našega telesa si je ne moremo zamisliti zunaj kulturno-sociološke analize o telesu. Telo ni le skupek kosti in živcev, temveč je družbeno konstruirano prav tako, kot so družbeno in zgodovinsko konstruirana druga življenjska področja.
5. Tradicionalna delitev ljudi na ženske in moške je videla ženske povezane z naravo, moške pa s kulturo. Ženska je bila simbol nastajajočega živega bitja, moški pa simbol intelektualnega razvoja. Zaradi te delitve so nastajajoče znanstvene discipline od konca 18. stoletja začele pozorneje nadzorovati žensko telo. Žensko telo je moralo biti zdravo tako v telesnem kot v moralnem smislu, saj je v tradicionalnih predstavah od njenega zdravja odvisno potomstvo in ves narod. Tako so v 19. stoletju ženske iz vseh družbenih slojev začeli ocenjevati po njihovih telesih, moške pa po intelektualnih sposobnostih. V 20. stoletju je to uporabila vse širše dostopna modna industrija, ki se je naslavljala na ženske kot potrošnice. Evropske družbe so začele ženske ocenjevati glede na njihovo telo. Posledica tega je, da so ženske postale izpostavljene močnejšim pritiskom v zvezi s svojo zunanjo podobo kot moški.
6. V zadnjih 150 letih se je žensko telo zaradi spreminjajočih se družbenih norm stanjšalo in zahteve o tem, kakšno je "lepo telo", so postale vse bolj homogenizirajoče in rigidne. Odstopanja so postala vse bolj vidna in so sčasoma postala tudi dokaz deviantnosti. Odstop od norme je dobil moralni prizvok. V obdobju po 2. svetovni vojni lahko v zahodnih družbah opazujemo vse večjo matematizacijo telesa. Podobno velja za Srednje in Vzhodno evropske države po koncu komunizma. Telo ni več materialnost v svoji celosti, temveč je fragmentirano, razkosano na delce.

7. Ženske v evropskih kulturah imajo omejen dostop do drugih substanc, ki povzročajo odvisnost: ilegalne droge, žgane pijače, hazard... glede na opisan vrednotni sistem, ki je v zgodovini pripisoval ženskam drugačno mesto v družbi kot moškim, so omenjene substance ali dejanja ženskam včasih težko dostopno ali pa moralno nesprejemljiva. Zaradi tega ženske posegajo po hrani to je tudi eden od ključnih razlogov, da za motnjami hranjenja trpi toliko žensk.
8. Ženske so bile v zgodovini povezane s pripravljanjem hrane, obenem pa v današnjih kulturah obilice ponujene hrane, ki jo pripravljajo za druge, same ne smejo uživati, če hočejo ustreči družbenim idealom po vitkem telesu.

2.1.1 Družbeni vzroki s feminističnega vidika

Če gledamo na motnje hranjenja kot na specifično odvisnost, zaradi katere so prizadete še zlasti ženske, se postavi vprašanje o spolno specifični ureditvi družbenih povezav in življenjskih pogojev, ki jim morajo biti ženske podrejene, da bi sestavile odnosni okvir (Berecht, 1997).

Motnje hranjenja so žensko vprašanje v tistih družbenih kontekstih, kjer vlada prav posebna podoba o ženskah, tam, kjer ženske na poseben način gledajo same nase, tam, kjer je samozavest ženske odvisna od pogleda drugega, tako od moškega kot od ženskega pogleda. To so družbe, kjer imajo ženske le omejen dostop do drugih substanc, ki povzročajo odvisnost, ali bolje rečeno, kjer imajo ženske sankcioniran dostop do drugih vrst odvisnosti kot so ilegalne droge, žgane pijače, hazard in druge igre na srečo, plačana spolnost. V takšnih kontekstih ima veliko žensk ritualiziran odnos do hrane, ki pogosto preplavi vse pore njenega življenja (Zaviršek, 1995: 67).

Glavni konflikt, za katerega se smatra, da najbolj prispeva k razvoju motnje hranjenja, je konflikt med tradicionalno žensko vlogo vzgojiteljice, matere in skrbnice ter med pričakovanji, ki jih moderna družba polaga na ženske. Ženske smo si same začele postavljati za ideal samozavestno, ambiciozno, zaposleno, v cilj usmerjeno žensko, še vedno pa se nismo odpovedale tradicionalni vlogi materinske ženske. Ženska mora še vedno skrbeti za druge,

skrbeti, da bo ugajala drugim ter izpolnjevati pričakovanja. Pri tem ni spodbujana, da bi negovala tudi sebe ter skrbela za razvijanje lastne samoiniciativnosti in avtonomije, da bi bila zadovoljna s svojo samopodobo, ne glede na to kakšna je; pomembno naj bi bilo, da je sebi všeč. Tako se ženska ustraši, saj je velikokrat nihče ne nauči reči ne, ne nauči je postaviti svojih meja, izraziti jeze ter še veliko drugega za kar velikokrat ne ve, da ima pravico izraziti (Sternad, 2001).

Zaradi tega lahko pride do krize identitete oziroma do konflikta pri razumevanju lastne identitete, ločeno od družbe in vloge oziroma položaja, ki ga ima v odnosu z drugimi. V tej nezdržljivosti med družbenimi pričakovanji in lastnimi interesi ženska težko razvije lastno identiteto (Berechth, 1997).

Ženski socializacijski vzorec prinaša značilnosti, ki imajo pri razvoju motenj hranjenja ali drugih odvisnosti, ki so značilne za ženske, pomembno vlogo (Zaviršek, 1994):

- Ženske prepoznavajo same sebe le prek tesnih odnosov z drugimi ljudmi. Potrebe drugih postavljajo pred lastne potrebe.
- Nizka samozavest jim preprečuje, da bi iskale prostore, v katerih bi lahko zadovoljile lastne potrebe, in jih spodbuja, da krivdo za vse, kar gre narobe, prevzamejo nase.
- Prepoved izražanja jeze in drugih čustev povzroča, da se ženske v konkretnih situacijah ne naučijo odkrito izražati svoje jeze, dvomijo vase in imajo občutek nesposobnosti, povezan s strahom, pred odkrito izraženimi konflikti.

Motnje hranjenja se izražajo tudi skozi družbeno priznan pomen vitkosti in hrane. Medijska predstavnost žensk, pri katerih poudarjajo vitkost kot atraktivnost in s tem asociirajo na pomen nadzora svobode in uspešnosti, priskrbijo pristojno mesto za izražanje teh konfliktov. Motnje hranjenja so se ravno zaradi poudarjanja idealnega telesa, ki naj bi bilo zelo suho, razširile med mladostnicami in mladostniki, ki so najbolj dojemljivi za modne zapovedi.

Mediji igrajo pomembno vlogo pri razširjanju idealiziranih podob ter informacij, kako doseči idealni zunanji videz. Razvoj množičnih medijev v dvajsetem stoletju je nedvomno prispeval svoj delež k poenotenju lepotnih standardov med ljudmi iz različnih družbenih razredov in geografskih okolij. Nekateri raziskovalci trdijo, da lahko medijske podobe telesnih idealov

dejansko vplivajo na občutke do lastnega telesa; zlasti medijsko povečevanje vitkosti naj bi prispevalo k povečevanju nezadovoljstva s telesnim videzom (Kuhar, 2004).

Vloga oglaševanja je dvojna. Ena vloga se kaže v tem, da mediji na splošno prikazujejo določene podobe telesa za oba spola. V selekciji določenega tipa modelov in igralcev nam mediji ponujajo ideale, ki naj bi jih dosegali vsi. Druga vloga pa je v tem, da se je prehrambena industrija odzvala na željo po hujšanju in pripravila številne dietne izdelke, ki jih oglašujejo v teh istih medijih. Tako nam mediji ponujajo način, kako priti do idealnega telesa, kakršnega predstavljajo oni. To se je izkazalo za velik problem, predvsem pri ženskah; ne samo da so takšna sporočila primarno usmerjena v ženske, ampak je tudi idealno telo tako suho, da je za večino žensk nedosegljivo. Torej, mediji spodbujajo ženske k doseganju idealnega telesa, ki pa ga večina žensk ne more doseči. Prevladovanje in pomembnost, ki ga mediji dajejo na nerealno idealno telo, vodi v popularnost različnih diet, kljub temu, da je zelo malo dokazov v njihovo uspešnost. Tako ni prav jasno ali je zaradi oglaševanja idealnega telesa prišlo do popularnosti diet ali ravno obratno, ker so ženske vedno bolj hujšale, je postajalo idealno telo vedno bolj shujšano. V tem primeru bi medij samo reflektiral, kar družba zahteva (Conner in Armitage, 2002).

Motnje hranjenja mnogi poimenujejo "tiha odvisnost" žensk. Z njo ženska ostane tiha in mirna, tako kot ji predpisujejo spolno asimetrične vloge. Vrste odvisnosti, ki so sprejemljive tudi za ženske, so tiste, kjer ženska ne postane agresivna in kjer zase ne zahteva enakih možnosti v občem diskurzu dvojne morale. Ženske svoje probleme pogosteje izražajo na načine s katerimi ranijo same sebe in ne tako, da bi svojo agresijo usmerile v druge. Pomembno je, da ostane odvisnost kolikor mogoče skrita in za druge nemoteča. Ena takšnih skritih in tihih odvisnosti je odvisnost od tablet, predvsem psihofarmakov (Zaviršek, 1995: 70).

Mary Pipher pravi: "Odkrila sem, da so dekleta obsedena z zapletenimi in intenzivnimi odnosi. Čutila so dolžnost in odpor, ljubezen in jezo, bližino in razdaljo, vse v istem trenutku in do istih ljudi. Seksualnost, romanca in intimnost so se zapletle in treba jih je bilo postaviti na svoje mesto. Simptomi so bili videti povezani z njihovo starostjo in izkušnjami, značilnimi za to dobo. Nekatere težave, kot so problemi s težo, strah pred zavrnitvijo in želja po

popolnosti, so izvirale iz pričakovanj družbe in niso bile del "patologije" posameznega dekleta. Dekleta so dobivala dvojna sporočila: bodi lepa, a lepota je le na površju. Bodi privlačna, a ne seksualna. Bodi iskrena, a pazi na občutke drugih. Bodi samostojna, vendar prijazna. Bodi pametna, a ne toliko, da bi ogrozila fante (Pipher, 1999).

Dekleta morajo razumeti vpliv kulture na svoje življenje. Šele takrat spoznajo, da morajo sprejeti zavestne odločitve in prevzeti odgovornost zanje. Dekle, ki ostane zvesto samo sebi, sprejeme svoje telo in se upira poskusom, da bi jo okolica ocenila in opredelila na podlagi njenega videza.

Če dekleta ne priznajo svojih lastnih čustev, pospešijo razvoj lažnega jaza. Dekleta lahko v odraslost vstopijo močne in celovite le tako, da ostanejo v stiku s svojimi občutki in se potrpežljivo spopadajo z razburkanimi čustvi. Tudi dekleta, ki ostanejo zvesta sama sebi, so zmedena in včasih negotova. Vendar se trudijo, da bi razumela svoje življenje. Razmišljajo o svojih izkušnjah. Ne obupajo pri poskusih, da bi razrešila protislovja in povezala dogodke. Pomoč poiščejo pri starših, učiteljih ali terapevtih. Berejo ali pišejo dnevnik. Naredijo veliko napak in marsikaj napačno razumejo, vendar so odločena, da bodo vse svoje izkušnje predelala in poskušala razumeti (Pipher, 1999).

Susan Bordo raziskuje proces, v katerem so se v obdobju od viktorijanstva naprej kazale nove podobe zdravega, privlačnega in discipliniranega individuuma. Med prakse, ki ženske prilagajajo takim podobam, so dieta, telesne vaje in v novejšem času kemična sredstva ter lepotna kirurgija, vse pa se razširjajo prav v imenu ideje, da je treba imeti oblast nad lastnim telesom (medtem, ko velja prevelika teža, prav narobe, za pomanjkanje volje). Vizualizacija vitkega telesa je postala ena najmočnejših strategij "normaliziranja" v našem stoletju, ki zagotavlja produkcijo samonadzorovanih in samodiscipliniranih "krotkih teles", dovzetnih za vsak odklon od socialnih norm... Susan Bordo razčlenjuje vizualne, estetske reprezentacije ženskega telesa, norme lepote, zdravja, ves kulturni imaginarij ideala vitkosti, ki rabi upravičevanju niza patriarhalnih pravil, ki silijo telo k urjenju in podrejanju (Bahovec, 1996: 228).

Paradoks v zvezi z anoreksijo je v zvezi s seksualno simboliko. Avtobiografske pripovedi anoreksičark govorijo o tesni zvezi med skrajno shujšanostjo in (samo)odpovedjo seksualnosti z zatrtjem menstrualnega cikla. Hkrati je vitko žensko telo že dolgo in posebej v drugi polovici 20. stoletja kulturni ideal ženske lepote. Paradoks je torej v tem, da je spolno privlačno to, kar se hkrati odpoveduje seksualnosti. Anoreksičarke zanikajo svojo seksualnost in so natanko v tem konformne v sprejemanju hegemonih standardov spolne privlačnosti (Rener, 1998: 57).

2.2 SOMATSKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA

Uradna razvrstitev bolezni Svetovne zdravstvene organizacije zajema le skrajnosti, pri katerih so motnje hranjenja vzrok že izrazitim telesnim simptomom oziroma spremenjeni telesni teži, ali pa take, pri katerih gre za ozko opredeljeno klinično sliko. V praksi pa se zdravniki srečujejo še z mnogimi drugimi motnjami hranjenja in s hrano povezanimi potrebami.

Motnje hranjenja so v 20. stoletju vse bolj pridobivale na pomenu kot samostojne klinične slike in so kot take dobile tudi mesto v diagnostičnih priročnikih. Pri nas od 1. januarja 1997 dalje uporabljamo mednarodno sprejeto klasifikacijo – ICD 10. Tam so motnje hranjenja opisane pod poglavji, in sicer (Sternad, 2001):

- F50-F59; Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki
- F50,0; Anoreksija nervosa
- F50,1; Atipična anoreksija nervosa
- F50,2; Bulimija nervosa
- F50,3; Atipična bulimija nervosa
- F50,4; Preobjedanje, povezano z drugimi psihološkimi motnjami
- F50,5; Bruhanje, povezano z drugimi duševnimi motnjami
- F50,8; Druge motnje hranjenja
- F50,9; Motnja hranjenja – neopredeljena

Telesno stanje je prav tisti simptom, ki bolnika privede do zdravnika (iatrotropni symptom). Lahko pa je le spremljajoči simptom, ki ga mora zdravnik pravilno ovrednotiti, ko se bolnik

javi zaradi stisk oziroma težav, ki na videz niso povezane s telesom. Telesno stanje je lahko že samo po sebi ogrožajoče in narekuje nujno ukrepanje, večinoma pa rabi kot oporna točka pri vrednotenju uspešnosti zdravljenja (Preželj, 1995: 13).

ANOREKSIJA IN BULIMIJA

Pri bolnicah z anoreksijo in bulimijo so telesno stanje in metabolni odkloni posledica fiziološkega prilagajanja na negativno energetsko ravnotežje in nefizioloških manipulacij s prebavili ter stranskih učinkov prekomerne in neustrezne uporabe zdravil.

Bolnice z anoreksijo imajo nižji krvni pritisk – tudi korigiran glede na obseg nadlahti. Običajno je prisotna bradikardija. Zmanjšana je velikost srčnih votlin, stanjšana je stena zlasti levega prekata. Pogost je prolaps mitralne zaklopke. Pogostost prolapsa je v korelaciji s telesno težo in se zmanjša, ko bolnica pridobi na telesni teži. Sočasnost elektrolitskih motenj povzroča srčne aritmije, katerim pripisujejo tudi opisovane nenadne srčne smrti.

Pri bulimijah kot pri anoreksijah lahko opazamo benigna povečanja obušesnih slinavk. Bruhanju pripisujejo tudi večjo pogostnost erozij na dentinu in zobne gnilobe. Pogosta izpostavljenost požiralnika kisli želodčni vsebini ima za posledico vnetja, erozije in celo ulkuse. Ob bruhanju lahko pride do zatrganja sluznice na prehodu iz požiralnika v želodec (Mallory Weiss sindrom) in posledične hematemeze. Perforacija požiralnika (sindrom Boerhaave) je redka, prav tako so anekdotični opisi akutnih dilatacij in ruptur želodca. Pogosto pa je upočasnjeno praznjenje želodca, ki ga bolnice zaznavajo kot tiščanje po obrokih. Zaprtje je pri bolnicah posledica neustrezne polnjenosti črevesja in pa okvare črevesne stene zaradi uporabe odvajal. Jetrne spremembe v smislu maščobne infiltracije so reverzibilne, opisovan pa je tudi “nutricijski hepatitis”, ki se kaže z znižanjem serumskih proteinov, zvišanjem lipidov, aktivnosti laktat dehidrogenaze in alkaline fosfataze. Simptomatika izzveni po kaloričnem kritju.

Levkopenijo opisujejo pri dveh tretjinah bolnic, pogosta je zmerna normocitna anemija, redka pa trombocitopenija. Kostni mozeg je hipoplastičen. Spremembe so reverzibilne. Ledvična prizadetost pri bolnicah z anoreksijo nervozo vključuje zmanjšano koncentracijsko sposobnost. Posledica je povišanje retentov v krvi. Česte hipokalemije vodijo v kaliopenično nefropatijo, kar dodatno zmanjšuje koncentracijsko sposobnost ledvic (Preželj, 1995: 15).

DEBELOST

Debelost lahko ločimo na androidno (cushingoidno) s presežkom maščevja v predelu trebuha in na ginoidno, kjer so maščobne blazinice predvsem glutealno in na stegnih. Tip debelosti ovrednotimo tako, da izmerimo pacientov obseg v predelu popka in okoli bokov. Razmerje prek 1 pri moških in prek 0,8 pri ženskah je značilno za androidni tip debelosti, manjše pa za ginoidni. Pri androidnem tipu prevladujejo metabolni zapleti, pri ginoidnem pa mehanski. V središču etiopatogeneze metabolnih zapletov je hiperinsulinemija kot posledica zmanjšanja inzulinskih receptorjev na povečani maščobni celici. S povečano pretvorbo androgenih hormonov v estrogene pa maščobno tkivo prispeva tudi k hormonskim zapletom, ki so tako kot pri prenizki telesni teži sekundarni in reverzibilni. Za pogostost kasnejših zapletov pa je važna tudi starost, v kateri nastopi debelost. Debelost v mlajši dobi je nevarnejša od tiste, ki pride s srednjimi leti.

2.3 SOCIALNO – PSIHOLOŠKI VIDIKI MOTENJ HRANJENJA

Psihoanaliza izhaja iz tega, da so ženske do motenj hranjenja pripeljale odpovedi v starosti dojenčka ali v otroštvu (Berecht, 1997).

Hrana prinaša človeku prvo izkušnjo ugodja v življenju in ostaja še dalje simbol zadoščenosti, sprejetosti, ljubezni in tolažbe. Tesno ga poveže s človekom, ki skrbi zanj in mu preko čutno in čustveno doživetega zagotovi, da je sprejet, ljubljen in pomemben (Tomori, 1983).

Na otrokovi oralnosti prvega leta temeljijo procesi ponotranjenja, zato ti še dalje nosijo obeležja hranjenja tudi potem, ko se za možnost identifikacij odpirajo še druge oblike pridobivanja. Zapleti na področju oralnih teženj so neločljivo povezani z zapleti v zgodnjem diadnem odnosu. Simbioza, to prvo srečanje dveh, v psihološkem smislu metafora za obojesmerno čustveno navezavo omogoča otroku občutek varnosti, ki je temelj zaupanja in kasnejšega samozaupanja. Simbioza je maternica otrokovega razvoja intrapsihičnega aparata in zibelka kasnejših socialnih dimenzij. Pri tem gre za vprašanje kako kvalitetna je simbioza in kako teče proces ponotranjenja. Napolniti se s hrano dobi postopoma vse širše razsežnosti; pomeni napolniti se z ljubeznijo, upanjem, zaupanjem, smislom in tako postati sposoben

ljubiti, zaupati vase, ustvarjati, pomeni kvaliteto medčloveških odnosov, sposobnost dajanja in jemanja, sprejemanja in odklanjanja. Predvsem otroku pomembni drugi, so tisti, ki v zgodnjih razvojnih obdobjih v otroku podpirajo zdrav osebnostni razvoj ali pa pogojujejo razvoj motenj te vrste kasneje (Rojc, 1995: 55).

Če materi ne uspe vzpostaviti potrebne bližine z dojenčkom, nastanejo občutki primanjkljaja in velikih strahov, ki jim je dojenček izročen. V motnjah hranjenja naj bi se ta izkušnja reaktivirala. Prizadete ženske poskušajo nadomestiti tisto, česar kot dojenčki niso dobile; toplino, bližino in hrano.

Psihoanalitični model izhaja tudi iz tega, da je prišlo do travmatizacije med simbiotično fazo matere in dojenčka. Postopoma se dojenček razvije iz popolne simbioze z materjo in se začne preko svojih signalov lakote, sitosti, bolečine in mraza zaznavati kot oseba. Če mati na emocionalne čustvene znake odgovori prehitro ali izključno z dajanjem hrane, se tu postavi osnova za zamenjavo med čustvenimi in oralnimi potrebami. Motnja hranjenja naj bi bila izraz tega in prizadete ženske naj bi vedno preko hranjenja in stradanja poskušale spet vzpostaviti imaginarno enost med materjo in dojenčkom.

Kljub povedanemu pa Berecht (1997) poudarja, da moramo psihoanalitični model razumeti v pogojniku. Lahko, da je pri ženskah z motnjami hranjenja prišlo do motenj v njihovi oralni fazi ali pa so zgodnje otroške izkušnje iz te faze pripomogle k temu, da se je pozneje razvila motnja. Vendar je preozko, če zanemarimo poznejše procese izkušenj in učenje, ki ni vezano na zgodnje otroštvo.

2.4 DRUŽINSKO DINAMIČNI MODEL NASTANKA MOTENJ HRANJENJA

S sociološkega vidika je anoreksijo nemogoče razločevati od družbene etiologije, kriterijev družbene noramalnosti/deviance in socialnega simbolizma. Najbolj razširjena sociološka interpretacija anoreksijo razume kot boj za avtonomijo v srednjeslojski družini, v kateri hipervarovane hčerke skušajo prevzeti nadzor nad lastnimi telesi in preko tega nad lastnimi življenji. V tem kontekstu je anoreksijo mogoče razumeti kot izbor, kot osebno strategijo za

doseganje avtonomije. Za anoreksijo je značilen »kontrolni paradoks«, podoben religioznemu asketizmu, ki ga poznajo vse monoteistične religije ki je naši kulturi blizu v obliki avguštinskih naporov za obvladovanje telesa, mesa, strasti. Razlika je v tem, da pri anoreksiji postopki hranjenja, hujšanja, bruhanja, postanejo strasti; mortifikacija telesa tu ne vodi k mentalni osvoboditvi, temveč k mentalni zasvojenosti s postopki samimi (Rener, 1998:56-57).

Moderni psihodniansko orientirani etiološki koncepti se vse bolj obračajo k družini in obravnavajo motnje hranjenja v kontekstu družinskega sistema. Družine, v katerih se motnje hranjenja javljajo pogosteje, so opisane kot tiste, ki visoko vrednotijo zunanji vtis, gojijo idealizirano podobo, so močnih, prepletenih vezi, meja, nejasnih vlog in skupnega nediferenciranega ega (Minuchin, 1978 v Rojc, 1995: 57).

Ta model obravnava družino kot kompleksni socialni sistem. Ta sistem ne vidi družine kot vzrok za razvoj motnje hranjenja, ampak poudarja vlogo družine v smislu, da je motnja tam zasidrana. Vzročnost je bolj krožen proces kot pa linearen, saj se motnja hranjenja ne samo razvije v kontekstu določene postavitve družinskih odnosov, ampak tudi postane del njih (Eisle, 1993 v Ogden, 2003).

Družine oseb z motnjo hranjenja so na zunaj po pravilu neopazne. V družini prevladuje čut za dolžnost, storilnost, varčnost in red. Družbene norme so v celoti upoštevane. Starši določajo, kaj se dela in kaj ne, kaj je prav in kaj ne, kaj je naravno in kaj nenaravno. Ker vlada v družini veliko nadzora, je lahko hrana način, kako vendarle nadzorovati del svojega življenja – svoje telo (Zaviršek, 1995).

V družinah z motnjo hranjenja so omejevani izrazi individualnosti posameznih članov družinskega sistema. Varne navidezno delujejo brez sporov in negativnih čustev, z visokimi zahtevami in ambicioznimi pričakovanji. V tovrstnih družinah imajo navadno osrednjo vlogo matere. So avtoritarne, prezaščitniške, preveč zaskrbljene, nezmožne upoštevati individualnost posameznika, lahko čustveno hladne ali ambivalentne s težnjo po prekomernem nadzoru in obvladovanju. Matere teh hčera so vključene v vsemogoče socialne aktivnosti, vendar niso sposobne nobenih pravih navezav s svojimi hčerami, razen, da so njihove hčere velikokrat v vlogi emocionalnega partnerja, ki naj bi izpolnil vse tisto, česar ne

dobivajo v svojem zakonskem partnerstvu ali pa v zunanjem okolju (Gostečnik, 2000).

V teh družinah je delitev vlog tradicionalna. Oče je odstoten ali pa šibek in neagresiven. Preživlja družino in zagotavlja materialno osnovo. Pogosto je hčerka edina povezava med staršema, to čuti in prevzame odgovornost za delovanje družinskega sistema. Matere izpolnjujejo vlogo zakonske žene in so zadolžene za vzgojo otrok. Pretrgale so svoje šolanje, da bi se lahko poročile. Pogosto gre za ženske, ki imajo svoj poklic, a se zaradi družine niso nikoli zaposlile. Svojo prevzeto vlogo brezhিবno izpolnjujejo, a se z njo ne morejo identificirati. So nezadovoljne, vendar ta čustva potlačijo in poskušajo primanjkljaj v družini izravnati, tudi preko hčerke, ki odgovori na potrebe svoje matere. Čuti njeno nezadovoljstvo in njena razočaranja ter prevzame to odgovornost (Berecht, 1997).

Tudi očetje zaznamujejo svoje otroke z zelo svojskimi značilnostmi. Tudi tu govorimo o celi paleti zelo ambivalentnih čutenj, ki se raztezajo od zelo čustvene navezave med očetom in hčerko, pa vse do odsotnih, nečustvenih in zavračajočih. Velikokrat gre za očete, ki so v svojem vedenju dokaj infantilni ali pa so zasvojeni z alkoholom in drugimi omamnimi sredstvi. Poznamo pa družine, v katerih je oče prikrito depresiven, medtem ko njegova hči vse bolj zavrača hrano in na ta način zrcali očetovo prikrito depresijo ter obenem vzdržuje družinski sistem v ravnovesju (Gostečnik, 2000: 128-129).

Gostečnik navaja tudi določene karakteristike, ki veljajo predvsem za anoreksično družino, v marsičem pa veljajo tudi za bulimično družino:

- Preveliko vmešavanje oziroma transakcijski slog, kjer so družinski člani preveč vključeni ali vpleteni ter pretirano odzivni na čutenja in mišljenja drug do drugega.
- Preveliko zaščitništvo, ki vlada v teh družinah, se kaže predvsem v ekstremni skrbi družinskih članov za drug drugega.
- Rigidnost oziroma okostenelost je naslednja značilnost teh družin. Te družine se bojijo vsake spremembe in na vsak način hočejo ohraniti utečene vzorce interakcij in vedenj.
- Izogibanje konfliktom in zlasti reševanje konfliktov. Družine imajo izredno nizek tolerančni prag za odprt konflikt.
- V družinah z motnjami v hranjenju je osnovna vloga identificiranega bolnika v odigravanju nenaslovljenega konflikta, ki je zanikan. Če si to vlogo pogledamo s

transakcijske perspektive je identificirani bolnik osnovni regulator družinskega sistema.

- Med starši in otroci se oblikujejo “triangulacije” ter “koalicije” med enim od staršev in otrokom in “izogibanje” (Gostečnik, prav tam)

Pačnik (1995) v prvi vrsti analizira domnevno rizična tovrstna družinska okolja kot neprožna, konfliktna ali pa hiperprotektivna in vase zaprta. Praviloma naj bi nam vpogled v takšne formacije razkrival strukturo notranje dezorganiziranosti družin, njene nefleksibilnosti, z značilno opazno logiko, ko gre za močno prisotno potrebo subjektov po visoki storilnostni naravnosti in uspehu. Vezi med posameznimi družinskimi člani so po večini šibke ali skrajno obremenjujoče.

3 POSLEDICE MOTENJ HRANJENJA

Novejše raziskave v Svetovalnici za motnje hranjenja Muza (interno gradivo) so pokazale, da se starostna meja obremenjevanja s svojim telesom in hranjenjem drastično niža. Vse več je deklet, ki že v sedme razreзу osnovne šole ugotovijo, da bi imele rade drugačno telo. Telo, ki ustreza vrednostnim normam, izhaja iz modnega sveta. Ob zasičenem trgu z raznimi shujševalnimi nasveti in pripomočki se odločijo za shujševalno dieto, ki pogosto ob spodbudi družbe in pozitivnega odziva preraste v motnjo hranjenja ali pretirano usmeritev svoje življenjske energije v fizično telo. To pa pomeni takšen odmik od svojih notranjih potencialov in lastne kreativnosti, da na dolgi rok pripelje do posledic, ki jih je moč urediti le še z zelo poglobljenim delom na sebi (Gašper, 2003).

Posledice motnje hranjenja se odrazijo v človeku kot celoti. Če izhajamo iz tega, da se človek giblje, biva v/na večih razsežnostih, ravneh ki vejejo skozenj, potem bo razumljivo, da je zgrajen iz večih teles, delov, polj izražanja, katera imajo vsak svoje značilnosti, ki ustrezajo razsežnosti, ravni na kateri se nahajajo. Razsežnosti si sledijo od najbolj grobe (fizične), pa do najbolj fine ravni (duhovne) in to velja tudi za telesa. Gre za naslednje ravni/telesa, polja izražanja človeka:

- Fizična raven/fizično telo, fizično polje izražanja, fizis
- Etrska raven/etrsko telo (bioenergijsko, energijsko telo)
- Astralna raven/astralno telo, astralno polje izražanja, duševnost
- Mentalna raven/mentalno telo, mentalno polje izražanja, razum
- Duhovna raven/duhovni jaz, duhovno jedro, notranji jaz, duša, duh (Švab et al., 1998: 34).

Posledice so raznolike. Dolgo časa so lahko neopazne, podobno kot same težave s hrano. Na splošno lahko rečemo, da so odvisne od trajanja in resnosti motnje hranjenja. Vsaka oseba, ki trpi zaradi motnje hranjenja, ne skupi vseh posledic, ampak le kakšno ali več, v bolj ali manj težki obliki. V kolikšni meri se bodo posledice pojavile, je odvisno tudi od posameznega človeka, njegove odpornosti in siceršnje aktivnosti. Pojavijo se na različnih področjih; nekatere so skupne vsem motnjam hranjenja, druge pa so specifične glede na posebnosti

posamezne motnje.

3.1 FIZIČNO-BIOENERGIJSKE POSLEDICE

Bioenergijsko oziroma etrsko telo, ki prežema fizično telo in se razteza nekaj centimetrov ob njem, se pri osebah z motnjo hranjenja zelo stanjša. Etrsko telo je energizator za človeka, kar pomeni, da je njegova vitalnost za nas velikega pomena. Poleg tega je prevodnik med nižjimi (fizično telo) in višjimi razsežnostmi človeka (duševnost, mental, duhovno jedro), kar pomeni, da je etrsko telo tisti vmesni člen v človeku, ki sploh omogoča, da posameznik doživlja. Osebe z motnjo hranjenja imajo to telo močno izžeto, oslabiljeno, kar je logična posledica nasilnega, destruktivnega ravnanja s potrebami fizičnega telesa, ki so hkrati tudi potrebe etrskega telesa (Švab et al., 1998: 36).

Posledice, ki se navezujejo na fizični izgled telesa, na začetku predstavljajo največji del dodatne stiske. Po preteku določenega časa oseba stik s svojim fizičnim telesom prekine, saj je bolečina nanj prehuda.

Posledice, ki se pokažejo na fizično – bioenergijskem telesu zaradi dolgotrajne oslabitve stika z njim so (Švab et al., 1998: 36):

- nihanja telesne teže,
- pomanjkanje energije, zagona, vitalnosti,
- razne bolezni,
- pretrgan stik s telesom, neprepoznavanje telesnih signalov, kar vodi v destruktivno ravnanje s telesom,
- doživljajska otopelost,
- nerealistično zaznavanje telesa idr.

3.2 ČUSTVENE IN MENTALNE POSLEDICE

Če se od fizično-etskega telesa spustimo še globlje v človeka, pridemo v psihično razsežnost ali polje naših čustev, občutij, želja ter misli, idejnih konceptov, stališč in prepričanj. Prav sem je v največji meri usmerjena pomoč osebi z motnjo hranjenja, saj je tisto, kar mora oseba ponovno začutiti in kar ji sploh omogoča, da si bo drznila "prakticirati" nove korake, občutek varnosti. Ta občutek se veže na našo duševnost (čustva), izvorno pa na duhovni pol v nas (Švab et al., 1998: 34).

Posledice, ki se vežejo na psihično razsežnost človeka z motnjo hranjenja so (Švab et al., 1998: 34):

- pojav depresivnosti, otopelosti;
- črnogledost;
- pomanjkanje entuziazma, volje;
- neizražanje svojih čustev, želja, potreb (oseba jih ne prepoznava več);
- nezmožnost se izraziti kreativno (na različnih področjih življenja);
- težave pri opravljanju vsakdanje obveznosti;
- miselna preokupacija z razmišljanjem o hranjenju in planiranje, kako bi prenehal s svojim motečim vzorcem hranjenja;
- planiranje svojih dejavnosti za takrat, ko boš brez problema idr.

3.3 DUHOVNE POSLEDICE

Duhovni pol človeka poimenujemo različno: duhovno jedro, duhovni jaz, notranji jaz, jaz, duša, duhovni organ, duh...Duhovne posledice se tičejo najbolj intimnega, globokega doživljanja. Na začetku motenj hranjenja so lahko tudi pozitivne, saj oseba išče smisel bivanja, začne se poglobljati vase, vse to pa kasneje postane samo po sebi namen in ni več nobenega napredka.

Oseba zaradi oslabitve stika s svojim telesom, čustvi in mislimi, izgubi stik tudi z lastnim "izvirom". To je vrecel vode življenja – intuicije, potencialov...ko z njim prenehamo

sodelovati, se naš razvoj zaustavi. Posledice, ki jih osebe občutijo so (Švab et al., 1998: 39):

- izgubljenost;
- nemoč;
- izguba svobodne volje;
- doživljanje neznosne praznine, brezizhodnosti;
- notranja neizpolnjenost;
- nedoživljanje najglobljih kvalitete samega sebe: ljubezen, upanje, volja, radost, čudenje nad življenje;
- občutek, da življenje polzi mimo;
- misel na samomor;
- nezmožnost vživeti se v trenutek;
- doživljajska otopelost;
- pomanjkanje smisla in zavedanja svoje identitete.

Lamovčeva (1995) govori o bivanjski praznoti, ko človek svoje težnje po smislu ne more uresničiti. Za človekovo ravnotežje ne zadostuje le zadovoljitev temeljnih potreb, kot tudi ne uresničevanje osebnih potencialov, temveč potrebuje tudi duhovni izziv, ki ga trajno usmerja k vrednotam izven njega.

3.4 SOCIALNE POSLEDICE

Zaradi vseh stisk, ki jo oseba doživlja, se vedno bolj oddaljuje od svoje okolice in se zapira v svoj svet. Oseba z motnjo hranjenja spremeni svoj odnos do zunanjega sveta, ljudi, narave... stiska znotraj nje je vse hujša in začne se zapirati v svoj svet. Pride lahko do posledic, kot so (Švab et al., 1998: 41):

- nekomunikativnost,
- nezmožnost intimnih odnosov ali pa težave pri vzdrževanju le teh,
- nezmožnost imeti partnerja,
- oseba težko skrbi za družino,
- pasivnost na delovnem mestu, šoli...

4 MOTNJE HRANJENJA IN NJIHOVO ZDRAVLJENJE

Zdravljenje motenj hranjenja poteka danes na več načinov. Z motnjami hranjenja se ukvarja že vrsto strokovnjakov, ki skušajo reševati težave, ki so bile vzrok za nastanek le teh. Odpira se vrsta specializiranih klinik in skupin, ki se ukvarjajo s terapijami. Pri tem pa uporabljajo različne metode.

Vse motnje hranjenja se da premagati, vendar mora prizadeti običajno najprej prepoznati problem in si ga priznati, nato pa občutiti potrebo, da se ga mora lotiti. Že pri tem ima lahko pomembno vlogo razumevanje, vzpodbuda, podpora okolja, važne pa so tudi različne službe, kamor se prizadeti/a lahko obrne po pomoč.

Julia Buckroyd (1989) glede odločitve prizadete, da se loti spreminjanja svojega odnosa do hrane poudarja: "Potrebno je najprej sprejeti motnjo hranjenja kot nekaj, kar ima svoj razlog in nečemu služi. Važno je tudi videti ambivalentnost, ki jo občuti vsak človek ob spreminjanju, posebej sebe. Sprememba je nekaj motečega (četudi je zaželjena), neznanega, človeka je strah, da ne bi s spremembo prišlo tudi kaj slabšega. Tako prizadeta, kljub močni želji po spremembi svojega odnosa do hrane in upanja na uspeh, tudi dvomi in se boji, da tega ni zmožna, da ji bosta ostala le praznina in žalost, če se bo "rešila" svoje odvisnosti. Poleg tega sprememba ni dogodek, ampak proces, kar zahteva napor od prizadete in tudi čas."

Nekateri pristopi pomoči poudarjajo najprej uvedbo reda pri hrani (morda pred tem samoopazovanje načina hranjenja in pisanje dnevnika), za druge pa je važnejša in zato na prvem mestu obravnava skritih problemov v zvezi s prepoznavanjem (in zadovoljevanjem) svojih potreb, omejitev, težav v odnosih z drugimi, obvladanjem stresa, sprejemanjem in izražanjem raznovrstnih čustev, soočenjem z bolečino obstoječih ali preteklih travm. Susie Orbach poudarja, da se je pri obravnavi potrebno dotakniti obeh vidikov motnje hranjenja - moteno hranjenje je samo v sebi problem, obenem pa je simptom - prizadeta ne ve kako obvladati tisto, kar jo muči in od česar se obrne v hrano. Moteno hranjenje je običajno (ko prizadeta išče pomoč) tako razvito in izčrpujoče (ker jemlje prizadeti toliko časa in energije), da ga je potrebno tudi osvetliti kot problem. Izhajajoč iz tega Susie Orbach in njene

zagovornice v obravnavi skupaj s prizadeto raziskujejo in demistificirajo simptom, da bi skupaj odkrile kaj je izraženo v njihovem odnosu do hrane, za katerega prizadeta občuti, da ga ne obvladuje. Istočasno skušajo intervenirati direktno na to, da se začne spreminjati vedenje okrog hrane (Orbach, 1994).

V Zahodni Evropi je na voljo veliko različnih oblik pomoči, podpore, obravnave. Poleg psihiatrične obravnave anoreksije in bulimije v hujših primerih so na voljo tudi dnevni centri, izven-bolnišnična psihiatrična obravnava, posebne komune, kjer prizadeti živijo skupaj s svetovalci, svetovanje specializiranih terapevtov za motnje hranjenja, tako individualno kot skupinsko, tudi telefonsko.

Pomembne so zagovorniške službe, ki dajejo informacije in podporo prizadetim ter njihovim bližnjim (v Angliji je to npr. EDA v Norwichu, ABNA v Londonu). Obe omenjeni organizaciji imata odprt telefon za informacije, svetovanje, organizirajo delavnice za prizadete ali njihove bližnje, izdajajo razne letake, posredujejo informacije o različnih možnostih pomoči, EDA izdaja 2 vrsti "mini časopisov" za ljudi z motnjami hranjenja, delujejo v javnosti in s tem pripomorejo k večjemu razumevanju motenj hranjenja.

Pomembno področje pomoči je delo z mrežami, ki po eni strani pomeni skupaj s prizadeto iskati podporo znotraj njene obstoječe socialne mreže, prizadeto se vzpodbuja, da širi svojo podporno mrežo. To pomeni spodbudo ženski, da se obrne po pomoč in podporo k znancem, prijateljem, sodelavcem, četudi je zanjo bolj običajno, da ona pomaga drugim. Po drugi strani pomeni delo z mrežami sodelovanje med predstavniki različnih strok, vključenimi v področje motenj hranjenja, t.j. psihologov, psihiatrov, socialnih delavcev, zdravnikov, dietetikov (strokovnjakov za področje prehrane), pa tudi učiteljev. Tako da vsak izmed naštetih strokovnjakov v grobem pozna problem motenj hranjenja, se zaveda kako lahko pomaga in kam še lahko napoti prizadeto osebo.

4.1 PSIHOSOCIALNO ZDRAVLJENJE

Evropska zveza za psihoterapijo pojmuje psihoterapijo kot celostno, zavestno in načrtno obravnavo psihosocialnih ali psihosomatsko pogojenih vedenjskih motenj in bolečih stanj z znanstveno psihoterapevtskimi metodami. Cilj obravnave je, da se v interakciji z enim ali več obravnavanci in enim ali več terapevti sproži psihoterapevtski proces, ki omogoči spremembe in nadaljnji razvoj (Bohak, 1995:107).

Motnje hranjenja se najbolj pogosto pojavljajo v adolescenci in jih upravičeno povezujemo z razvojnimi temami tega obdobja, to je s spremembami telesnih oblik in telesnega funkcioniranja, z razhajanjem s starši in ustvarjanjem neodvisne identitete ter z emocionalnim in seksualnim zблиževanjem z drugimi mladimi odraslimi izven doma. P. Huges poudarja, da simptome, ki označujejo anoreksijo nervozo, najdemo prav na omenjenih področjih: bolnica ima v svojih najstniških ali zgodnjih dvajsetih letih mršavo telo prepubertente deklice brez ženskih oblin in je amenorična. Običajno je v globokem in bolečem konfliktu s svojci, čeprav morda živi stran od njih, in redko katera doživlja zadovoljiv seksualni odnos. Splošno je znano, da je anoreksija nervoza na neka način v zvezi z družinskimi odnosi. Sta pa pacientka in družina v času, ko se terapija začne, že dolgo trpeli, zato potrebujeta predvsem oporo in sočutje. Iskanje krivca in kritika v terapiji nimata kaj početi (Kramar, 1995: 61).

Psihosocialno zdravljenje se začne, ko je oseba sposobna sodelovati. Če je indeks telesne mase prenizek ($ITM < 13$), je najprej potrebna hospitalizacija za zvišanje telesne teže, šele potem se bo začela psihoterapevtska obravnava.

Odločitev o uporabi individualne, družinske ali skupinske psihoterapije naj bi temeljila na poglobljeni oceni pacientkinih potreb in pripravljenosti njenih svojcev za sodelovanje. Včasih bo zaradi slabega bolničnega zdravstvenega stanja potrebno začeti obravnavo v bolnišnici. Ne glede na to pa je zelo pomembno, da se vsi strokovni delavci, s katerimi se adolescentka srečuje, vedejo do nje psihoterapevtsko in med seboj uglašeno v učinkovit team. Tako skladno sodelovanje nastaja v ekipi strokovnjakov, ki se iskreno trudijo pomagati trpečem, in v skupno delo vlagajo vsak specifični prispevek ter tako oblikujejo doktrino dela (Kramar, 1995: 65).

Psihoterapija je predvsem kognitivno-vedenjska in se dotika vprašanj neurejenega hranjenja, lakote, nezadostnega vnosa kalorij, pogojnih odzivov in globokega strahu pred izražanjem čustev, zlasti jeze in žalosti. Ustrezajo različni načini od kognitivnega zdravljenja do učenja odločnosti v komuniciranju in spodbujanje izražanja čustev, ki zadevajo vprašanja identitete in samospospovostovanja.

Najbolj ogrožene pacientke, ki pogosto s sovražnim odporom reagirajo na zdravljenje, ohranjajo iluzijo svojega obilnega telesa, kljub svoji shiranosti. Ta razkorak med resničnostjo in iluzijo daje smisel vsem njihovim življenjskim prizadevanjem: ogroženost od debelosti in strah pred njo zagotavljata motiviranost, da se tej grožnji za vsako ceno izognejo. Če priznajo, da so suhe, sta smisel njihovega življenja in motiviranost izgubljena. One morajo verjeti svoji popačeni telesni podobi, sicer se jim zruši njihova intrapsihična struktura (Johnson, 1985 v Kramar, 2000: 62).

Prva naloga terapevta je omogočiti pacientki, da sprejme vlogo trpečega, ki potrebuje pomoč. Postopno obnavljanje telesne teže do zdrave, starosti ustrezne teže mora v psihoterapiji spremljati ponovno preživljanje razvojnih procesov in čustvenega dozorevanja vse do močno regrediranega "otroka", ki je vstopil v terapijo, preko izzivov pubertete pa do odraslega doživljanja, ki ustreza pacientkini kronološki starosti.

Za klienta je psihoterapevtska situacija nekaj izrednega in večplastnega. Nekateri doživljajo že to, da jih nekdo posluša in da se jim posveča, kot nekaj izjemnega, še bolj pozitivno pa na njih vpliva to, da jih terapevt ne vrednoti ali ocenjuje in sprejema njihov subjektivni pogled na težave ter druge splošne stvari. Pritz poudarja, da je psihoterapija znanost o človekovi subjektivnosti. Psihoterapevti naj bi skušali razumeti subjektivno gledanje na svet in ga potrdili v njegovi enkratnosti. Vsak človek je enkraten in to velja upoštevati. Ravno v tej pripravljenosti terapevta, da zazna in potrdi to enkratnost, vidi Pritz pomembne dejavnike zdravljenja. Nekateri pristopi so boljši pri določenih motnjah oziroma problemu zato tudi različni ljudje potrebujejo različne pristope (Pritz, 2002: 6-7).

Uspešnost psihoterapije je odvisna od pravočasnega začetka in uspešne pacientkine angažiranosti v njej. Crisp in sodelavci priporočajo, naj postane zdravljenje skupna avantura

bolnice in terapevta; v njunem sodelovanju naj se udomači medsebojno zaupanje, ki omogoča razpravo o tveganih, a pomembnih temah (Kramar, 200:63).

4.2 MEDICINSKO ZDRAVLJENJE

Medicinski model označuje motnje hranjenja kot bolezen in se osredotoča na bolezen samo kot tudi na spremljevalne telesne težave, ki se pojavljajo pri motnjah hranjenja. S problemi motenj hranjenja se ukvarjajo na Oddelku za zdravljenje motenj hranjenja Kliničnega oddelka za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani, ki deluje že od leta 1999.

Enota za zdravljenje motenj hranjenja (v nadaljevanju EMH) je nastala kot odgovor naraščajočim potrebam v slovenskem prostoru, saj do leta 1999 ni bilo možnosti bolnišničnega zdravljenja ne za mladostnike ne za odrasle. Indikacije za sprejem na EMH v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana vključujejo izraženo klinično sliko anoreksije nervoze, bulimije nervoze in kompulzivnega prenejanja. Na tem oddelku se ne obravnava oziroma zdravi debelost, razen, če je vzrok kompulzivno prenejanje. Za ustrezno oceno motnje hranjenja je treba upoštevati, da se klinična slika vsake posamezne motnje iz te skupine razvija več let in gre za proces. Hkrati je treba dobro poznati elemente razvojne psihologije otroštva, mladostništva in zgodnje odraslosti.

Za sprejem na EHM se mora prijaviti bolnik/bolnica sam/sama. Čakalna doba pred sprejemom, od dva do štiri mesece, je del terapevtskega procesa, saj v tem času bolnik/bolnica redno obiskuje ustrezno psihiatrično ambulanto, kjer s strokovnjakovo pomočjo utrjuje in krepi lastno motivacijo, lahko pa obiskuje tudi skupino za samopomoč.

Pogoj za sprejem na oddelek je predpisana telesna teža, ki ji rečemo kritična telesna teža. Ko je indeks telesne mase (ITM – razmerje med višino in težo) – vsaj 13. Pri višini 170 centimetrov je to na primer 34 kilogramov. Če pa je ITM nižji, so kognitivne sposobnosti človeka tako okrnjene, da ni zmožen psihoterapevtskega zdravljenja, ki je najbolj učinkovito. Telesno nestabilna dekleta s prenizko telesno težo za svojo višino so sprejeta na interne oddelke. Težava je bila pri telesno stabilnih dekletih s prenizko telesno težo, ki so odhajala na

zdravljenje v tujini, npr. v Anglijo.

Od januarja 2002 je osnovni bolnišnični program zdravljenja motenj hranjenja razširjen z dodatno intenzivno enoto. Namenjena je osebam, ki imajo ITM manjši od 13 in so telesno stabilne. Intenzivno zdravljenje obsega 24-urni nadzor, ustrezno hranjenje, internistično spremljanje telesnega stanja in psihiatrično spremljanje s podporo in z izvajanjem motivacijskega procesa. Ob vnaprej dogovorjenem višanju telesne teže, se postopoma vključujejo v posamezne dejavnosti, ki potekajo na EMH. Osebe obravnavane na intenzivni enoti morajo imeti ITM višji od 13 vsaj 14 dni, da se lahko vključijo v opisani model psihoterapevtskega zdravljenja.

Slovenski model bolnišničnega zdravljenja je multidimenzionalen in upošteva kognitivne sposobnosti in posameznikove čustvene potrebe. V opisanem modelu zdravljenja motenj hranjenja ima pomembno mesto izobraževalni program o pomenu ustrezne prehrane in posledicah neustreznih prehranjevalnih navad, asertivni trening in trening socialnih veščin, ki vključuje tudi učenje reševanja problemov. Tako se zmanjša možnost ponovitve bolezni. Ključnega pomena za uspešno zdravljenje je sodelovanje svojcev: tako na EMH enkrat na teden sodeluje skupina svojcev. Osnova zdravljenja pa je skupinska psihoterapija, ki obsega elemente vedenjsko – kognitivne in dinamične psihoterapije.

Izhodišča programa oddelka za motnje hranjenja so sledeča:

- Vsaka motnja hranjenja ima svojo individualno (osebno, biopsihosocialno), družinsko in sociokulturno razsežnost.
- Anoreksijo nervozo razumemo kot bolezen prehoda iz adolescence v zgodnjo odraslo dobo (starostna meja 19-20 let).
- Bulimijo nervozo razumemo kot bolezen prehoda iz adolescence v zgodnjo odraslo dobo (starostna meja 19-20 let).
- Pomembnejša kot sočasna obolenja (psihoza, huda depresivna motnja, obsesivno-kompulzivna motnja) je diagnostična ocena v smislu dvoplastne diagnoze. S tem mislimo na prvotno t.i. simptomatsko diagnozo in kasnejšo t.i. psihodinamsko, osebnostno ali razvojno diagnozo.

4.2.1 Celostno ambulantno in bolnišnično zdravljenje

Kot pri vsakem načrtovanju psihiatrične pomoči ljudem je pri oddelku za motnje hranjenja vodilo čim krajša in učinkovita hospitalizacija, ki pa je mogoča le ob dobro organizirani izvenbolnišnični pomoči. Pri odločitvi za usmeritev v ambulantno zdravljenje velja, da se tja usmerja sledeče bolnike:

- bolnike pri katerih bruhanje in zloraba odvajal še niso del bolezni,
- bolnike pri katerih družina sodeluje in sprejema psihogenezo bolezni,
- bolnike pri katerih je nivo motivacije visok,
- bolnike pri katerih je prisotna vsaj minimalna ali mejna telesna teža (40 do 42 kg).

Bistvo in poudarek zdravljenja je na skupinskem delu s ciljem, kako pomagati in doseči višji nivo samokontrole (kontrole impulzov) in samorealizacije. Za dosego teh ciljev je potrebno uporabiti t.i. verbalna in neverbalna terapevtska sredstva, kar pomeni, da je poleg že omenjenega intenzivnega skupinskega zdravljenja potrebno predvideti tudi individualne terapevtske dogovore glede teže in hrane po vedenjskem principu, likovno terapijo ter ekspresivne terapevtske tehnike s poudarkom na telesnosti v okviru t.i. "psihomotoričnih" skupin. Gre za terapevtsko tehniko, ki je poimenovana kot plesno – gibalna terapija.

Poleg individualnega nivoja pomoči se uporablja tudi tako imenovani družinski nivo dela. Ta obsega svetovanje družinam, delo z družino in družinsko psihoterapijo.

Bolnišnično zdravljenje na EHM traja 2 – 3 mesece in ga delimo na tri faze :

Simptomatska faza. V tej fazi predvsem z vedenjsko – kognitivno psihoterapijo pomagamo bolniku/bolnici vzpostaviti ustrezen odnos do hrane, pijače in telesne teže ter prek tega do njega samega in njegove samopodobe. Pacientka ali, redkeje pacient, se poglobljeno seznanj s svojo težavo. Ugotovi, da simptom ni bistvo, temveč zgolj zunanji pokazatelj.

Psihodinamična faza. V njej bolnik/bolnica s skupinsko in individualno psihoterapijo prepoznava odnos do sebe in dinamično ozadje (vzroke in sprožilne dejavnike) svoje motnje. Šele takrat simptom začne izginjati in telesna teža se počasi zvišuje.

Reintegracijska oziroma socialna faza. V njej bolnik/bolnica jasno in otipljivo načrtuje prihodnost, spremembe, ki jih želi okrepiti v okviru ožjega in širšega socialnega okolja. Po odpustu sledi dnevna oskrba. Pacientke hodijo k skupinam in dopoldanskim aktivnostim, spijo pa doma. Po hospitalnem delu se vključijo v zunajbolnišnično psihoterapevtsko skupino, kamor enkrat na teden hodijo še približno tri do štiri mesece. Ko končajo se naprej zdravijo ambulantno.

Zgoraj opisane stopnje so v bistvu splošna predstava in opis nalog bolnika samega. Načrtovane faze zdravljenja pa so namenjene tako bolnikom kot osebjem v načrtovanju prehoda iz diagnostične v terapevtsko fazo.

Prva orientacijska faza vsebuje pisanje dnevnika, kar omogoča bolnikom in terapevtom pregled nad dejansko razsežnostjo prezaposlenosti s hrano, pacientom pa pogosto ponuja prvo možnost komunikacije z okoljem. Nadalje se v tej fazi oceni potrebnost uporabe zdravil ter opredelitev problemov in ciljev zdravljenja, ki jih vidi bolnik sam. Nato se predstavi cilje skupini na oddelku, kar omogoči "reformulacijo" bolnikovih ciljev v konfrontaciji z t. i. "starejšimi" bolniki na oddelku. Prva faza je zaključena s terapevtskim dogovorom, ki v bistvu pomeni obvezo in sprejem ciljev zdravljenja s strani bolnika samega. Časovno naj bi se to zgodilo najprej po 14 in najkasneje po 30 dneh.

Druga terapevtska faza pomeni delo bolnika s svojimi problemi. Pomembni element je mesečna evalvacija v skupini (pregled zdravljenja). To omogoči spremembo ciljev zdravljenja ter stalno diagnostično vrednotenje pacientovih problemov v okviru osnovnega anksioma psihoterapevtskega zdravljenja, ki govori o tem, da diagnostika v psihoterapevtskem zdravljenju ni nikoli dokončna. Na tem mestu se lomi odločitev ali bo potrebno pri posamezniku predvideti psihodinamsko razvojno ali analitično psihoterapijo ali postopkov v smislu vedenjske ali kognitivne terapije.

Tretja je reintegracijska faza in pomeni odhod bolnika nazaj v družino ali samostojno življenje. Ta prehod je izpeljan preko dnevne oskrbe v okviru oddelka.

V četrti fazi je potrebno upoštevati, da so možni recidivi oziroma poslabšanje simptomov že pri sicer klinično ozdravljenih osebah vsaj še 5 do 6 let po kliničnem ozdravljenju

Dr. Kastelic (Kastelic, 1995: 32) o hospitalnem zdravljenju pravi: "Družina pacientke ima o zdravljenju različne nerealne predstave, na primer o tem, kako bomo zdravili le "njeno" bolezen. Pričakujejo morda le, da bomo dekle hranili in zredili. Imajo različne "teorije" o vzrokih hčerine bolezni, o katerih se žele pogovarjati". Pokazalo se je, da je za dober uspeh terapije potrebno pridobiti vse družinske člane. Pomembno je tudi zmanjšati kritične pripombe družine na pacientkin račun. Ko je zaupanje vzpostavljeno, postane družina bolj odprta za terapijo in začenja prevzemati svoj del odgovornosti ter uvidevati pomen motnje v družinskem kontekstu".

4.3 SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Motnja, ki je sprva le reakcija na neugodje ali znak neuspešnega reševanja začasnih težav, postane sama po sebi resen problem. Z motnjami se danes ukvarja že vrsto strokovnjakov (zdravniki, psihiatri, psihologi), ki poskušajo reševati težave, ki so bile vzrok za nastanek motnje hranjenja. Odprla se je cela vrsta specializiranih klinik in skupin, vendar to še daleč ni dovolj, ker se zdravijo samo osebe, ki imajo motnje hranjenja. "Potrebne bi bile spremembe v poimenovanju ljudi nasploh, v medsebojnih odnosih ter v vrednotah, preko katerih človek doživlja svet, samega sebe in tudi telo". (Tomori, 1990: 133).

Skupine za samopomoč so skupine ljudi z določeno osnovno težavo, ki je skupna vsem članom in jih premagujejo s skupnimi močmi in medsebojno pomočjo. Skupina daje posameznemu članu možnost spregovoriti o problemu, zaradi katerega skupina obstaja, pa tudi o drugih stiskah, skrbih in izkušnjah. Skupina podpira individualnost, spodbuja iskreno in odprto sporazumevanje ter goji medsebojno povezanost in sodelovanje. Je prostor za učenje prepoznati svoje probleme, o njih spregovoriti ter jih konstruktivno reševati.

Značilnosti skupin za samopomoč (Lamovec, 1995):

- skupine so prostovoljne in večinoma manjše;

- služijo vzajemni pomoči članom pri doseganju nekega cilja;
- pogosto nudijo pomoč ljudem, katerih težave ni mogoče rešiti z znanimi zdravili oz. drugimi metodami;
- vloge se porazdelijo tako, da člani prevzamejo različne naloge, s čimer se zagotovi enakopravnost, pa tudi vsak dobi občutek, da nekaj prispeva v skupini;
- poudarek je na osebnem sodelovanju in prevzemanju odgovornosti, osebni angažiranosti;
- red in organizacija v smislu osnovnih pravil je potrebna za nemoten potek srečanj;
- vodja naj bi bil predvsem koordinator v skupini.

Oseba z motnjo hranjenja je na neki točki svojega življenja prisiljena, da stori spremembo, ki zahteva od nje precej moči. Vstopanje v skupino za samopomoč je korak, ki nakazuje odpiranje svojih notranjih moči. V odločitvi poiskati pomoč je že prisoten proces globljega stika s svojo močjo in voljo, da se izstopi iz dolgoletnega neproduktivnega procesa. V skupini si oseba pridobi dodatno moč (Švab, 1998).

4.3.1 Tipi skupin za samopomoč

Levine in Perkins (Lamovec, 1995) razlikujeta pet tipov skupin za samopomoč, glede na to kdo so člani:

- ljudje v družbi označeni kot "nenormalni" in izpostavljeni družbeni osamitvi, stigmatizaciji, posmehu, pomilovanju. To so osebe z različnimi telesnimi okvarami in zdravstvenimi težavami, zatirani sloji in manjšine;
- družinski člane zaznamovanih oseb, ki posredno trpijo zaradi pritiskov okolja;
- osebe, ki so se začasno znašle v težki situaciji in potrebujejo pomoč (ovdoveli, ločeni...);
- pripadniki skupin, ki jih druži neka pozitivna pripadnost (verske, etnične skupine...), s katero se enačijo in ki želijo gojiti stike ter si pomagati;
- interesne skupine, ki želijo uveljaviti določene interese v družbi (ekološke, mirovne).

Katz in Bender (1976) definirata skupine za samopomoč kot “prostovoljne majhne skupinske strukture za medsebojno pomoč pri izpolnjevanju specifičnega cilja. Ponavadi jih ustanovijo ljudje z enakorodnimi izkušnjami, ki se združijo, da bi si dajali medsebojno podporo v uresničevanju skupne potrebe, premagali skupne ovire ali moteč življenjski problem in pripomogli k želeni socialni in/ali osebni spremembi. Ustanovitelji in člani takšnih skupin zaznavajo, da njihove potrebe niso ali ne morejo biti zadovoljene znotraj obstoječih družbenih institucij.”

Skupina za samopomoč je duhovna skupnost ljudi, ki so se v nekem življenjskem obdobju znašli v takšni ali drugačni duševni stiski in spoznali, da se trpljenju ne morejo izogniti. Odločili so se, da se z njim spoprimejo in skupno poiščejo vsak svoj pot za njegovo preseganje (Lamovec, 1995).

4.3.2 Procesi in dejavniki v skupini za samopomoč

Lamovčeva (1995) povzema po Katzu naslednje procese, ki potekajo v skupini za samopomoč:

1. Razvijanje identifikacije s skupino, ki se začne s tem, ko se na srečanjih prepoznava resnične probleme posameznih članov. Identifikacija je omogočena tudi zaradi enakopravnih vlog, ki jih imajo v skupini posamezni člani.
2. Učenje iz lastnih in tujih izkušenj: vsak član ima preko skupine možnost spoznavati nove načine reševanja težav, razmišljati o njih in jih preizkušati.
3. Razvoj in spodbujanje sporazumevanja je zaradi podobnih izkušenj članov odkrito in zaupno. Cilj tega procesa je zmanjšanje ali celo odprava stigmatizacije.
4. Razvijanje ustrežnejše oblike socializacije – skupina pogosto postane ena osrednjih opornih točk v življenju posameznega člana skupine.
5. Nudenje medsebojne čustvene podpore – člani se čutijo povezani in da lahko prosijo za pomoč, kadar so v krizi.
6. Sodelovanje v skupini izboljša status posameznika – članom se počasi zmanjšuje občutek stigmatizacije, močnejša pa postaja odpornost na različne pritiske okolice.
7. Izoblikovanje skupnih vrednot – ena od njih je vzajemna pomoč kot način pomagati

sebi in skupini. To daje članom občutek, da imajo nadzor nad življenjem, da so nekaj vredni, pa tudi bolj zaupajo v svoje zmožnosti. Vzajemna pomoč ima več koristi: daje občutek odvisnosti, vzporedno s tem, ko pomagajo drugim in od njih dobijo priznanje, pa se tudi gradi pozitivna samopodoba posameznikov.

8. Posameznik je v skupini produktiven kot subjekt – dobiva občutek, da lahko odloča o tem, kakšen življenjski slog si bo izbral.
9. Posameznik neposredno sodeluje pri doseganju ciljev skupine.
10. Razvoj lastne ideologije skupine, ki se uresničuje v vsakdanu posameznika. Razvija se spontano, iz skupnih vrednot in izkušenj. Vključuje tako skupna prepričanja, zanimanje za iste probleme kot tudi pravila in rituale. V tem obdobju skupina pogosto izdela projekt, v katerega potem usmeri svoje nadaljnje napore. Ob tem je pogost vzporeden proces tudi spreminjanje pogleda na svoje preteklo in prihodnje življenje. Posameznik pogosto vidi svoje življenje drugače, razmeji nekatere stvari, ki so se mu zdele povezane (varnost-družina), poveže pa druge, ki so se mu prej zdele ločene (npr. jeza-napadi lakote).

4.3.3 Funkcije skupin za samopomoč

Kot kažejo raziskave (Oxford, 1992), samopomoč nudi večino funkcij, ki jih sicer nudi človekova socialna mreža, zraven pa še nekatere dodatne. Z izrazom “socialna mreža” označujemo vse osebe, prijatelje, sorodnike in znance, na katere se človek v vsakdanjem življenju obrne, ko potrebuje pomoč. Ljudje, ki se znajdejo v težavah, pa navadno izgubijo večji del svoje socialne mreže zaradi sramu ali nerazumevanja okolice, zato se počutijo osamljene in izločene. Skupina za samopomoč pa jim pomaga ta primanjkljaj nadoknaditi (Sternad, 2001).

Člani največkrat poročajo o naslednjih funkcijah samopomoči (Lamovec, 1995):

- čustvena opora,
- prisotnost vzornikov,
- skupna ideologija,
- dostopnost ustreznih informacij,

- izmenjava izkušenj o načinih spoprijemanja s skupnim problemom,
- možnost pomagati drugim,
- druženje in
- občutek lastnega nadzora ter obvladovanja.

Člani v samopomočnih skupinah iz lastnih izkušenj dobro poznajo problematiko, zato je za njih zelo pomembna možnost nuditi pomoč drugim. Medsebojna pomoč ima veliko koristnih učinkov. Dajanje pomoči koristi tako tistemu, ki jo daje, kot tistemu, ki jo prejema. Prvi s tem, ko daje, poveča svoj občutek lastne vrednosti in učinkovitosti, hkrati pa odkriva strategije za spoprijemanje z lastnim problemom. Če pomoč le prejemamo, lahko pride do občutkov manjvrednosti, nemoči, nekoristnosti, nesposobnosti in občutka, da smo nekomu nekaj dolžni, kar človeka peha v še večjo stisko.

4.3.4 Vloga vodje skupine

Naloga vodje, ki je lahko strokovnjak ali laik so naslednje (Lamovec, 1995):

- zbrati ljudi, ki bi imeli korist od vključitve;
- pomoč pri organizaciji in določanju ciljev;
- varovanje članov pred pritiski drugih;
- opogumljanje članov, da vztrajajo v skupini;
- priznati pozitivne dosežke članov, motiviranje;
- načrtovanje postopnega umika, s tem da se prenesejo zadolžitve in vodja postane bolj član.

4.3.5 Skupine za samopomoč v Sloveniji

Oblike samopomoči prizadetih obstajajo že več let. Ljudje z motnjami hranjenja se povežejo med seboj in si delijo svoje izkušnje (o tem, kaj jim pomaga obvladovati svoje hranjenje, o iskanju pomoči), skupaj raziskujejo svoje navade in vzorce hranjenja, kako je hrana povezana z drugimi področji njihovega življenja in se vzajemno spodbujajo in učijo bolj neposrednega

zadovoljevanja svojih potreb; poleg samopomoči prizadetih se poudarja tudi samopomoč njihovih bližnjih. Zanimiv projekt pomoči, ki so ga razvili v EDA organizaciji, je pomoč preko pisem. V Sloveniji deluje kar nekaj skupin za samopomoč. Večinoma so jih ustanovila dekleta, ki so imele same izkušnjo z motnjami hranjenja in so jo uspešno rešile ali pa jo še rešujejo in druge, ki jih vodijo strokovnjaki.

Skupine, ki izvajajo samopomočne programe, namenjene osebam z motnjami hranjenja v Sloveniji so:

- CSD, skupina za samopomoč ob motnjah hranjenja (Koper);
- INFOPEKA, skupine za samopomoč pri motnjah hranjenja (Maribor);
- MODRA, društvo za raziskovanje in uresničevanje psihosocialnih potreb žensk (Ljubljana);
- MUZA, društvo za ustvarjanje in kvaliteto življenja (Ljubljana);
- OA – Overates Anonymous (Ljubljana);
- Terapevtska skupina namenjena mladim, ki se prenaledajo; Zdravstveni dom Center (Ljubljana);
- ZAVOD PU, zavod za psihosocialno pomoč z umetnostjo (Ljubljana);
- ŽENSKA SVETOVALNICA, skupina za samopomoč za motnje hranjenja (Ljubljana).

5 ŽENSKA SVETOVALNICA IN SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Ženska svetovalnica je neprofitna organizacija, ki deluje na področju psiho-socialne pomoči žensk od leta 1993. Ženskam v stiski nudi brezplačno svetovanje, zagovorništvo, informacije o pristojnosti javnih služb in pomoč pri organizaciji skupin za samopomoč. Poleg tega deluje tudi javno s tem, ko opozarja na družbene okoliščine, ki pogosto pogojujejo stiske žensk, se bori proti različnim oblikam diskriminacij in se zavzema za pravice žensk.

Namen Ženske svetovalnice je bil vzpostaviti službo, ki bo nudila svetovanje in informacije ženskam. Ne glede na razlog, zaradi katerega se ženske oglasijo v Ženski svetovalnici, je najpomembnejše to, da se počutijo varno, da o problemu govorijo, se zjočejo ali molčijo. Pomembno je, da začutijo, da jih sprejemajo z njihovimi čustvi in mislimi, čeprav so še tako zmedene, da začutijo, da so "dobre", ne glede na to, kaj se jim v življenju trenutno dogaja in, da jim verjamejo.

Temeljna postavka dela v Ženski svetovalnici je, da skušajo na življenjsko situacijo ženske gledati celostno, kompleksno in kontekstualno. Pomembno je kako in v kakšnem okolju je oseba odraščala, koliko ima družbene moči, da lahko spremlja in spreminja svoje življenje, kaj je že naredila za rešitev problema, kakšna je njena socialna mreža.

Žensk ne vidijo samo v problemu zaradi katerega so se oglasile, in zavedajo se pomembnosti vloge, ki jo igrajo v njihovem življenju. S tem se skušajo izogniti stigmatiziranju uporabnic in zato tudi ne verjamejo v en sam način izhoda iz krize oziroma eno rešitev.

5.1 DELOVANJE SKUPIN ZA SAMOPOMOČ PRI MOTNJAH HRANJENJA V ŽENSKI SVETOVALNICI

Ženska svetovalnica je ženski projekt, ki deluje na psiho-socialnem področju oziroma na področju duševnega zdravja, na katerem nudi različne oblike brezplačne pomoči ženskam, ki se znajdejo v stiski. Dejavnost svetovalnice je tako preventivne kot kurativne narave.

V Ženski svetovalnici delujejo tri skupine za pomoč ženskam v stiski. To so:

- podporna skupina za ženske, ki doživljajo nasilje,
- skupina za ženske z motnjami hranjenja in
- skupina za pomoč bližnjih pri motnjah hranjenja.

V nadaljevanju se bom osredotočila na skupine za samopomoč pri motnjah hranjenja.

Skupine za samopomoč za ženske, ki trpijo zaradi motenj hranjenja (anoreksija, bulimija, kompulzivno prenašanje) potekajo v Ženski svetovalnici že od leta 1994. Ena izmed vodij skupin za samopomoč Ana Zihlerl je obiskovala tovrstne skupine v Angliji, kjer je dobila idejo za ustanovitev skupin v Sloveniji. Takrat je bilo pri nas na voljo zelo malo pomoči. Obstajala je skupina Overates anonymous in psihiatrična psihološka obravnava po zdravstvenih domovih. Prav zaradi tega se je odločila za ustanovitev skupin.

Spodbuda in pomoč pri začetnem zagonu za nekatere od številnih novih skupin, ki delujejo danes v različnih nevladnih okvirih, je prišla prav iz Ženske svetovalnice. Namen skupin je pomoč ženskam pri reševanju problematičnega odnosa do hrane (bruhanja, stradanja, jemanja odvajal, basanja, večnega hujšanja...). Hkrati s tem procesom gre tudi za iskanje, s čim v njihovem življenju so te težave povezane. Skupina daje spodbudo za učenje izražanja svojih potreb, čustev in dilem. Mnoge v skupini prvič spregovorijo o svojih težavah in se s tem otresejo vsaj dela sramu in gnusa, ki ga nosijo s sabo motnje hranjenja. V skupini dobijo izkušnjo, da niso edine, dobijo informacije o možnostih reševanja njihovega problema in literaturo, ki jim pomaga razumeti težavo. Imajo možnost, da nudijo oporo drugim (ko začno napredovati pri reševanju svojih težav), kar jim vrača nekaj občutka lastne vrednosti. Zaradi enakopravnosti z drugimi članicami in sodelovanja v skupini začno dobivati tudi občutek nadzora nad življenjem. Za tiste, ki imajo manjše težave s hrano je skupina pomemben dejavnik preventive težjih težav.

Motnje hranjenja so ponavadi precej »samotna« težava posameznice (prenašanje, bruhanje ali stradanje se večinoma odvija naskrivaj), zaradi katere se niža njeno samospoštovanje, neredko jih spremlja depresivnost. Prizadete se pogosto zapirajo vase in težave se stopnjujejo. V tej smeri je namen skupine tudi druženje in vzpostavljanje stikov.

V skupinah za samopomoč se obravnavajo štiri pomembne zadeve, ki so hkrati karakteristika skupine za samopomoč, in sicer: povezanost v težavi, komunikacija o težavi, spoštovanje in razumevanje težave. Vse te karakteristike bi bile težko izpolnjene v kakšnih drugih pogojih, razen v terapevtskih skupinah, ki obravnavajo to problematiko.

Namen skupin za samopomoč je naučiti udeleženske:

- kako priti do notranjih zdravilnih virov, ki jih imamo v sebi,
- kako uravnovesiti sebe,
- kako sprostiti telo in umiriti duha,
- dobro spoznati samega sebe,
- spoznati in razumeti sočloveka,
- vzpostaviti prijetne odnose,
- naučiti se zdrave, odrasle komunikacije,
- naučiti se reševati konflikte na konstruktiven način.

Cilj skupin za samopomoč je izstop iz začaranega kroga motnje in ponovno odkrivanje preprostih stvari v življenju. Skupna osnova skupin za samopomoč je v tem, da so namenjene posebej osebam z motnjo hranjenja, saj osebe začutijo resnično sprejetost, varnost in razumevanje svojega problema najbolje ob tistih, ki imajo za sabo podobno izkušnjo. Premagovanje do pred kratkim še brezizhodne stiske pri nekom, ki ima podoben problem, pomeni veliko notranjo spodbudo za tiste, ki se še vrtijo v začaranem krogu.

Skupine so glede na različne izrazne oblike motenj hranjenja večinoma mešane, zaradi podobnega notranjega ozadja, stisk ter pogostega prepletanja treh oblik motenj hranjenja ali za prehajanje iz ene v drugo obliko. V skupinah želijo ustvarjati tudi preventivo, saj se oseba lahko vključi v skupino v katerikoli fazi razvoja motnje hranjenja; spodbuditi se želi čimprejšnja odločitev za pomoč, zato da bi oseba spet lahko ujela vizijo svojega življenja in uspela delovati v skladu z njo.

Skupine za samopomoč ponujajo varen prostor in razumevanje problema, česar osebe pogoste ne začutijo niti doma pri svojih najbližjih, niti pri strokovnjakih; kar je možno zato, ker imajo vsi člani izkušnjo motnje hranjenja. Skupine so usmerjene v ozaveščanje sebe v slehernem

sedanjem trenutku-z novimi spodbudnimi in tudi bolečimi izkušnjami sebe v sedanjosti oseba začne doživljati na nov način; novo nastajajoča podoba o sami sebi ji pomaga premagovati nastalo črnino v sebi in ji daje moč, da zavestno preživi boleče trenutke.

Skupine pa so nenazadnje usmerjene tudi v iskanje in vpeljevanje novih ritualov v življenje, preko katerih začutijo notranjo izpopolnjenost in ravnovesje.

5.1.1 Članstvo v skupinah

V skupine za samopomoč se lahko vključijo le ženske, ki se zavežejo v aktivno vključevanje (redno udeleževanje srečanj za daljše obdobje). Včlanitev v skupino je nesmiselna, če se oseba zdravi že drugje.

Ženska svetovalnica izhaja iz feminističnih principov; ženske za ženske. Informativna srečanja za moški spol so možna. V Ženski svetovalnici jim nudijo moralno podporo ter informacije na koga se lahko obrnejo. Razlika je le pri svetovanjih za svojce. V te skupine se lahko vključujejo tudi moški, bodisi kot partnerji, bodisi kot starši. Tudi pri tem svetovanju je cilj pomoč ženski. Če se svojce osvešča in če se jim nudi podpora, potem posledično izvajajo manj pritiskov na osebo, ki trpi za motnjo hranjenja.

V Ženski svetovalnici se vsako leto oblikujeta dve skupini za samopomoč pri motnjah hranjenja. Prva skupina za samopomoč se začne oblikovati jeseni, druga skupina pa prične svoje delovanje po Novem letu. V skupino se lahko osebe vključijo še en mesec po ustanovitvi, nato pa se skupina zapre in je zaprtega tipa. Čakalne dobe so ravno v teh primerih. Po mnenju Ane Ziherl je čakalna doba boljša alternativa, kakor naročati dekleta na določene termine (enkrat mesečno).

Dvakrat na leto se zgodi, da so čakalne dobe, predvsem konec leta. Zaradi prezasedenosti svetovalk (študentke, ...) je čakalna doba včasih tudi maja in junija. V takem primeru osebo povabijo na informativni razgovor in ji povedo za čakalno dobo, ki lahko traja od enega do šestih mesecev, sploh za vključitev v skupino.

5.1.2 Populacija v skupinah za samopomoč

V skupino za samopomoč se lahko včlanijo dekleta, katerih spodnja meja ne presega šestnajst let, zgornja meja ni postavljena. Najstarejše članice v Ženski svetovalnici so bile stare šestdeset let. V tem primeru je šlo za kronično obliko, ki lahko traja tudi do trideset let ali pa je šlo za motnjo hranjenja, ki se je pojavila v kasnejšem obdobju življenja.

Skupine za samopomoč da ženskam priložnost, tako da:

- jim pomaga pri reševanju problematičnega odnosa do hrane;
- pomaga jim najti, s čim so njihove težave povezane;
- daje jim spodbudo za učenje, kako izražati svoja čustva, potrebe in dileme;
- dajejo jim moč, da se otresejo sramu in gnusa, ki ga nosijo s seboj motnje hranjenja, s tem, da lahko spregovorijo o svojih težavah;
- uporabnice dobijo izkušnjo, da niso edine;
- dobijo informacijo o možnostih reševanja in ustrezno literaturo;
- dobijo možnost, da nudijo oporo drugim, ko same začno napredovati pri reševanju svojih težav, saj s tem dobijo občutek lastne vrednosti;
- s tem dobivajo tudi občutek nadzora nad svojim življenjem;
- skupina je tudi pomembnem dejavnik preventivnih težjih težav, za tiste, ki imajo manjše težave s hrano;
- namen skupine pa je tudi druženje in vzpostavljanje stikov.

V skupine za samopomoč se vključujejo tako ženske, ki prvič iščejo pomoč, kot tudi tiste, ki so jo že iskale kje drugje. Nekatere prvič na skupini spregovorijo o motnji hranjenja s komerkoli. Nekatere izmed njih so dve, tri leta iskale pogum, da pridejo na skupino. Teh je kar polovica. Ostale pa so že iskale ali zdravniško pomoč, ali psihiatrično ali psihološko obravnavo.

5.1.3 Sestava skupin in potek srečanj

V skupinah za samopomoč si poglobljeje ogledajo življenje posameznice, konkretno motnjo

hranjenja in njene razsežnosti ter možne vzroke. Najprimernejše število članic v skupini je od 6-9, skupine pa so oblikovane v starostnem razponu dvajsetih let. Večji starostni razpon bi pomenil prevelik generacijski prepad. Preden se oseba vključi v skupino se opravi informativen razgovor, da se oceni, če je pripravljena sodelovati v skupini. Nekateri ljudje nimajo možnosti funkcioniranja v skupinah.

Skupine se srečujejo enkrat tedensko in trajajo uro in pol. Skupina, ki začne svoje delovanje po novem letu traja do junija, se pravi šest mesecev. Skupina, ki začne delovati oktobra pa devet mesecev. Če se pojavi interes se skupina po zaključnem srečanju srečuje še enkrat mesečno.

Na srečanjih se najprej odpre temo o kateri se nato razglablja. Na to temo so navezana določena vprašanja, ki članicam pomagajo videti povezavo med temo in motnjo hranjenja. Dekleta se med seboj primerjajo in poskušajo pogledati v preteklost, družinsko življenje ter kako so ravnali. Ugotovitve nato primerjajo z motnjo hranjenja. V primeru, da motnja hranjenja ne bi obstajala, bi se to izražalo na nek drug destruktiven način.

5.1.4 Metode in načini dela

Metode, ki se uporabljajo v skupinah za samopomoč so različne: najprej se načne določeno temo, občasno se uporabljajo risanje, glina, kreativne tehnike, igranje vlog, delo v parih in pisanje. Velikokrat se članice spodbuja k pisanju domače naloge, zaradi tega da tudi doma namenijo razmišljanju o tem kaj se dogaja z njimi. S tem se hoče vzpodbuditi samorefleksija. Pomen tega je, da poskušajo članice spremeniti odnos do sebe tudi doma in ne samo na skupini.

Občasno skupino vodita dve psihologinji, ki uvajata pisanje dnevnika. Delata po metodi Huberta Laceyja, psihiatra iz Anglije. Uvedle sta dnevnik, kamor dekleta vpisujejo kdaj in koliko se poje, ali je bilo prisotno bruhanje ter kateri občutki so se pojavili pri hrani. Na običajnih skupinah tega ne uporabljajo. Za določene ljudi je to še dodatna preokupacija s hrano. Ko se članicam zalomi tega niso zmožne napisati na papir. Spodbuja se jih, da pišejo

dnevnik v tem smislu, da dajo prostor svojim čustvom in dilemam, ter da se na nek način pomirijo s tem ko pišejo in si vzamejo čas zase.

Skupine se srečajo približno dvajsetkrat. Teme, ki se obravnavajo na srečanjih pa so naslednje (interno gradivo):

1. srečanje: UVODNO
2. srečanje: KAKŠNE SO MOJE TEŽAVE S HRANO
3. srečanje: SPOROČILO POMEMBNIH LJUDEM
4. srečanje: UVAJANJE REDNE PREHRANE
5. srečanje: "PLUS-MINUS-INTERESANTNO" ZA MOTNJO HRANJENJA
6. srečanje: OSNOVNE SPRETNOSTI PRI OKREVANJU OD MOTENJ HRANJENJA
7. srečanje: SKRB ZASE
8. srečanje: SPOPADANJE S KRIZO
9. srečanje: JOKANJE IN ŽALOST
10. srečanje: ČAS IN PROSTOR ZASE
11. srečanje: JEZA
12. srečanje: AMBIVALNETNOST
13. srečanje: ODNOSI V DRUŽINI
14. srečanje: ODNOSI V DRUŽINI
15. srečanje: STRAH PRED DEBELOSTJO
16. srečanje: NOTRANJI MONOLOG
17. srečanje: TIK PREDEN...SE ZALOMI S HRANO
18. srečanje: SPOLNOST
19. srečanje: ODNOS DO SVOJEGA TELESA-SAMOPODOBA
20. srečanje: ZAKLJUČNO SREČANJE

Na teh srečanjih si pobližje ogledajo življenje posameznice, konkretno motnjo hranjenja in njene razsežnosti, možne vzroke, učijo se tudi korakov v smeri urejanja hranjenja, usmerjanje pozornosti na potrebe in čustva uporabnice te skupine. Svetovalka in uporabnica iščeta konstruktivne načine izražanja in zadovoljevanja potreb. Uporabnice skupin se medsebojno spodbujajo pri uvajanju sprememb v njihovem življenju, ki so potrebne, da premagajo motnjo hranjenja.

Delavnice predstavljajo uvod v usmerjeno in poglobljeno razmišljanje o eni sami temi. Na obdelano temo se večinoma nanašajo tudi domače naloge. Domačih nalog članice ne dobijo na vsakem srečanju. Pet minut pred koncem srečanja se nameni povratnim informacijam. Dekleta povedo, kaj jim je bilo na skupini všeč in kaj ne, ali so se česa naučile in kaj so spoznale. Povezati poskušajo obdelano temo s seboj in svojim življenjem ali preprosto povedo kakšno misel za konec.

Metode dela na srečanjih potekajo skozi vajo, igro, pogovore, telovadbo, sprostitvev, meditacijo, domače naloge in delavnice. Skupine prehajajo od uvodnega dela preko ustvarjalne dejavnosti in sklepa, do spoznanj in notranjih zdravilnih moči

5.1.5 Problemi s katerimi se srečujejo skupine za samopomoč

Na skupinah za samopomoč z motnjami hranjenja se srečujejo z različnimi problemi. Prvi problem se pojavi, ko ima oseba krizo več tednov. Ta kriza je naporna za druge, sploh če se trudijo in ne dobijo povratne informacije o tem ali se oseba, ki ima krizo trudi. Bojijo se, da bodo tudi one naleteli na daljšo krizo. Po drugi strani pa je tudi za osebo, ki ima krizo problem, ker se ne najde v skupini. Tukaj nastopi vloga strokovnjakinj, ki jim povedo, da imamo različno krivuljo okrevanja (nekaterim gre hitreje, z manj padci, drugim pa težje).

Naslednji problem se pojavi pri introvertiranih osebah, ki se ne znajo postaviti zase in imajo šibko samopodobo, ter tistih, ki niso vajene dela v skupini. Vloga strokovnjakinj je, da jih vzpodbujajo, po drugi strani pa, da jim pustijo svoj prostor in jim dajo vedeti, da je dovolj, da obiskujejo skupine. Da veliko prispevajo že s tem, da prihajajo na srečanja.

Problem se pojavi tudi pri osebah, ki imajo še kakšno drugo psihiatrično diagnozo. Ponavadi težje funkcionirajo v skupini, ker hočejo imeti glavno besedo. Postanejo neke vrste tihe vodje.

Neredno prihajanje na skupine je zelo velik problem. V tem primeru se izgubi se povezanost in kontinuiteta. Teme se nadaljujejo in članica lahko izostane ravno pri temi, ki je za njo zelo pomembna.

Problemi so za strokovnjakinje velik napor, po drugi strani pa so izziv v tem smislu, da se ženske v skupini uči, da so konflikti del življenja in, da se jih da reševati.

5.1.6 Uspešnost skupin

V Ženski svetovalnici imajo vprašalnike, s katerimi želijo dobiti povratno informacijo o tem, na kakšen način so skupine članicam pomagale. V teh vprašalnikih se članice sprašuje ali jim je skupina pomagala pri reševanju motenj hranjenja, kaj jim je všeč pri delovanju skupine in kaj ne. Povprašajo pa jih tudi o predlogih za izboljšanje dela .

Po mnenju Ane Ziherl so vprašalniki potrebni izboljšav in na tem področju tudi delujejo. Vprašalniki naj bi bili premalo fokusirani na tista področja, ki so pri njih problematična (odnos do telesa, odnosi z drugimi, asertivnost, postaviti se zase in podobno).

5.1.7 Vodje skupin-strokovnjakinje

Skupine za samopomoč z motnjami hranjenja vodita dve zunanji sodelavki, ki sta po poklicu klinični psihologinji, obe z več kot deset let izkušenj. Vodita eno skupino za motnje hranjenja, dve skupini vodi Ana Ziherl s prostovoljkami (študentke socialnega dela). Kolikor je le mogoče se izobražujejo na področju skupinskega dela in na področju motenj hranjenja. Ana Ziherl je bila na praksi v tujini, obiskuje razne delavnice in seminarje. Posebna znanja so po njenem mnenju vedno dobrodošla. Strokovnjakinja mora znati ponujati po eni strani empatijo, po drugi pa strokovno pomoč. Ohraniti se mora distanca. Tudi supervizija je tudi pomemben del v smislu samorefleksije dela.

Vodje skupin so lahko ženske, ki so že same imele izkušnjo z motnjo hranjenja. Ni pa nujno, da so primernejše. Vseh stvari ne moremo vsi razumeti. Vsaka ima določene izkušnje (npr. da je bila v rejniški družini, posilstvo idr). Tudi strokovnjakinje ki so se šolale v zvezi z motnjo hranjenja in razumejo kompleksnost pojava so primerne za tovrstno delo. Strokovnjakinja mora motnjo hranjenja videti kot resen problem in imeti pozitivno naravnost na to, da je okrevanje možno.

5.1.8 Pravila na skupinah

Na vseh skupinah za samopomoč obstajajo določena pravila, ki jih morajo članice upoštevati, in sicer:

1. pravilo: anonimnost

Prvo izmed pravil je anonimnost, zaupnost podatkov. Strokovnjakinje so vezane k molčečnosti, kar se dogaja na skupinah ostaja v skupini. V Ženski svetovalnici ne obstajajo kartoteke v smislu : EMŠO, naslov, in podobno; vodijo pa evidenco z imenom, starostjo in poklicem. Vsako kartoteko nato šifrirajo, podatke pa vodijo v šifrah. Če kakršnakoli oseba poizveduje o čemerkoli, podatkov o nikomer ne vodijo. Za vsako osebo imajo tudi telefonsko številko v primeru obvestila, da srečanje odpade.

Zaupnost podatkov velja tudi med članicami, med katerimi je dogovor, da osebnih stvari ne razlagajo izven skupine, še posebej, če se med sabo poznajo. V primeru, da se srečajo sredi mesta v prisotnosti koga nepoznanega, se predstavijo kot da se poznajo iz kakšne druge interesne dejavnosti, tako da nihče ne ve, da obiskujejo skupino za samopomoč. Dovoljen je pogovor o tem kaj se dogaja na skupinah, vendar brez imen.

2.pravilo: zdravniška pomoč

Drugo pravilo, ki se ga držijo na skupinah za samopomoč je, da članica obišče zdravnika, če se pojavljajo težave v delovanju ščitnice in podobno. Tega strokovnjakinje ne morejo ugotavljati, ker niso strokovno podkovanе. Članice se morajo redno udeleževati zdravstvenih pregledov.

3. pravilo: rednost in točnost

Rednost in točnost je v skupinah za samopomoč izrednega pomena. Članice morajo obiskovati skupino točno, se pravi pridejo na srečanje ob uri in odidejo, ko je srečanja konec.

4. pravilo: prepoved kajenja

Na srečanjih se ne kadi, kar velja za fiksno pravilo.

5. pravilo: neprinašanje hrane

Na skupino se ne prinaša hrane, ker je za nekatere to ogrožujoče. Za nekatere članice je to sprožilni mehanizem, kar pomeni, da se bo šla po koncu srečanja prenajedit. Tudi za rojstne dneve velja isto pravilo.

6. pravilo: aktivno sodelovanje

Članice morajo aktivno sodelovati. Vedeti morajo, da oblikujejo sodinamiko skupine in da je uspešnost v skupini odvisna od tega kako bodo sodelovale. Večinoma to ni problem, saj hočejo veliko sodelovati. Hočejo poglobiti pogled na stvari, sebe bolj razumeti.

7. pravilo: ukrepanje brez dovoljenja

Če na skupinah strokovnjakinje ocenijo, da je oseba nevarna sebi ali drugim potem se ukrepa tudi brez njenega dovoljenja. Če oseba ne more hoditi ali če ima samomorilne misli ukrepajo strokovnjakinje same. Drugače pa je pravilo, da jih samo spodbudijo in napotijo, da poiščejo še drugo pomoč. V primeru, da napredka ni ali v primeru, da se pojavljajo tudi drugi psihični problemi, do katerih na skupinah ne znajo pristopiti.

5.1.9 Cilji skupin za samopomoč

Na skupinah za samopomoč je zastavljenih kar nekaj ciljev, in sicer;

- Normalizirati odnos do hrane; da hrana postane nekaj kar članice obvladujejo in, da jo bodo znale obvladati tudi v prihodnosti. Članice morajo dobiti občutek, da lahko kontrolirajo hrano.
- Večje zavedanje svojih potreb in občutkov ter bolj konstruktivna skrb za njihovo izražanje in zadovoljevanje. Članice se morajo naučiti izražati svoja čustva.
- Izboljšati odnose z drugimi ljudmi; velikokrat je komunikacija članice zelo površinska. Sebe skušajo sicer prezentirati zelo popolno, o svojih občutkih pa ne govorijo dovolj.
- Bolj konstruktivno preživljanje prostega časa. Velikokrat se članicam zdi, da je prosti čas dolgčas ali pa si ga sploh ne upajo vzeti. Na skupinah se jih spodbuja, da si vzamejo prosti čas in se vpišejo v razne tečaje.

- Izboljšati odnos do svojega telesa. Članice se spodbuja da znajo tudi na fizičnem nivoju bolj skrbeti zase in skušajo jesti raznoliko hrano ter si dovolijo eksperimentiranja z okusi.
- Večja samozavest. Mnoge se vidijo kot ničvredne, ker niso popolne. Ponavadi si ne upajo početi kar jih zanima (npr. študij). Na skupinah jim poskušajo pomagati, da si dovolijo sprememb v svojem življenju, ki so cilj njihovih želja in ne drugih (npr. zamenjati študij).
- Večja asertivnost. Na skupinah se naučijo postaviti se zase, jasno izražati svoje potrebe, sprejemanja in dajanja kritike na tak način, da spoštuješ druge.

5.1.10 Načrti za prihodnost

Načrtov za prihodnost glede skupin za samopomoč je veliko, vendar se pojavi finančni in kadrovski problem. V zadnjih letih so se uvedle delavnice za izboljšanje samozavesti in delavnica Body imidž za izboljšanje odnosa do telesa.

Najpomembnejši načrta za prihodnost sta dve stvari. Prva je dnevni center za ženske z motnjo hranjenja. Po izkušnjah iz tujine, ki jih strokovnjakinje na Ženski svetovalnici že imajo, je za ženske, ki trpijo za motnjo hranjenja dobro, da imajo prostor, kjer se lahko zadržujejo čez dan. Tam imajo možnost malice, čez dan potekajo kreativne delavnice ali skupine. Dnevni center je mišljen kot prostor kjer se članice družijo, da prebrodijo krizni čas, ko se največ ukvarjajo s tem, ali bodo bruhalo ali ne, ali bodo jedle ali ne. Namen dnevnega centra je, da bi članice ta čas preživele v varnem okolju, kjer jim bo nekdo v oporo. Dnevni center naj bi bil namenjen za obdobje, ko še čutijo, da same ne bodo mogle konzumirati hrane.

Drug projekt pa je stanovanjska skupina. Ima podoben princip kot dnevni center, le da je bolj intenzivno. So skupni obroki in skupno življenje. V stanovanjsko skupino so vključene tudi druge ženske z motnjo hranjenja in strokovna opora. Članice imajo nekoga, ki jim pomaga pri drugih stikih (iskanju službe, pri iskanju namestitve, pri iskanju socialne podpore), skratka povezovanje med različnimi organizacijami. Ko pridejo iz npr. oddelka za motnje hranjenja ali bolnice bi bilo zelo koristno, če bi se osamosvojile, vendar so nekatere finančno nezmožne. Bivanje v stanovanjski skupini bi lahko trajalo več let, lahko pa par mesecev. Pojavlja pa se

vprašanje prisilne hospitalizacije pri hujši obliki anoreksije. Problem se pojavi tudi pri vprašanju, kako organizirati zdravljenje za osebe, katerih privoljenja ni .

6 ZAKLJUČEK

Danes je vitko telo sinonim za zdravo, negovano, lepo ter seksualno privlačno telo, ki se ga doseže s stalnim nadzorovanjem lastnega početja. Individualizacija družbe se kaže v vse večji skrbi za svoj izgled in telo. Kultiviranje telesa tako preko hrane kot preko telovadbe je stalna skrb. Ideja zdrave prehrane se druži z idejo o kultiviranju telesa. Posebno z idejo vitkega telesa, ki pooseblja zdravje. Fitnes centri, telovadnice postajajo najnovejša terapevtska okolja, njihovi učitelji pa življenski in duhovni terapevti. S pomočjo hrane, telovadbe, uživanja in odpovedovanja človek najde pot do zdravja. Tisto, kar šteje, je zdravje, mladost, lepota, spolna privlačnost, kar dosežemo in ohranjamo tudi v kasnejših letih, če se vestno posvečamo lastnemu telesu (Rener, 1998; v Pandel Mikuš, 2001: 18).

Porast motenj hranjenja je povezan z idealom vitkega telesa kot simbolom moči, lepote in uspeha. Vitko telo obljublja avtonomijo, samospoštovanje, uspeh in nadzor. Kulturni ideal ženske vitkosti je v povezavi z željo žensk po ugajanju in socialni sprejetosti. V razvitem delu sveta se vitkost povezuje z zdravjem, privlačnostjo, uspešnostjo, nasprotje temu pa je debelost. Vitkost je ena najbolj prisotnih vrednot sodobne družbe, ki jo mediji promovirajo na vsakem koraku na vse možne načine. Omenjena lastnost je ključna značilnost ženske identitete, ki jo želijo ženske na vsak način doseči.

Motnje hranjenja so napad nase, so manipulacija z lastnim telesom, ki ni znak nečimrnosti, ampak vdaje pred prehudimi notranjimi in zunanji pritiski. Seme notranje negotovosti je zasejeno že zgodaj, in sicer v pričakovanjih odraslih, da bo otrok izpolnil njihovo življenjsko predstavo. Pri tem pa mu ne dajejo občutka, da ima pravico in možnost za izražanje svojih pristnih čustev, tudi kadar gre za občutja nemoči, tesnobe, jeze, bojzani in krivde. Simbolika hrane je tesno povezana s simbolizmom telesa in tudi s temami kot so samopodoba, odraslost, samostojnost, socialna sprejetost in možnost uveljavitve (Tomori, 1995:10).

Motnje hranjenja so le na zunaj videti kot težava v zvezi s hrano, vendar jih je potrebno razumeti tudi kot simptom osebnostnih, identitetnih in socialnih težav posameznice ali posameznika. Pogosto se osebe vrtijo v začaranem krogu, vse dokler jim nekdo ne da vedeti,

da je tam zato, da jim pomaga. Skupine za samopomoč ponujajo varen prostor za razumevanje problema, česar osebe pogosto ne začutijo niti doma pri svojih najbližjih, niti pri strokovnjakih. Skupine so usmerjene v ozaveščanje osebe v slehernem sedanjem trenutku – z novimi spodbudnimi in tudi bolečimi izkušnjami. Skupine pomagajo osebi, da se začne doživljati na nov način; novo nastajajoča podoba o sami sebi jim pomaga premagovati nastalo črnino v sebi in jim daje moč, da zavestno preživi boleče trenutke.

V Sloveniji so se z letom 1994 začele pojavljati skupine za samopomoč osebam z motnjami hranjenja, katere imajo veliko vlogo pri zdravljenju le teh. delujejo po nehierarhični strukturi, ki je vidna tudi v dejanski udeležbi članic skupine. V skupinah za samopomoč ima ključno vlogo pri zdravljenju osebna angažiranost posameznika in želja po ozdravitvi, ki je tudi eden glavnih kriterijev in dobra prognoza za uspešno zdravljenje oziroma preseganje tovrstne zasvojenosti.

Na skupine za samopomoč z motnjami hranjenja se pogosto obrnejo tudi ženske, ki so se že poskušale zdraviti kje drugje, vendar jim tam ni uspelo. Strokovnjakinje se na skupinah poskušajo čim bolj posvetiti vsaki izmed članic in vsako posebej razumeti na svojstven način. Glede na literaturo, ki je dostopna, bi lahko rekla, da medicinsko-psihiatrični vidik pomoči premalo upošteva socialni kontekst motenj hranjenja – to je vlogo družine in širše skupnosti v odnosu do posameznika, saj zdravljenje temelji na vzpostavljanju normalne telesne teže, kontroli vnosa hrane in lajšanju depresivnih simptomov. V zdravljenje vključujejo psihoterapevtske pogovore, ki usmerjajo na pogovor glede vnosa hrane in vzpostavljanja normalne telesne teže. Zdravljenje je pretežno hospitalno, terapija pa premalo temelji na aktivaciji bolnikovih potencialov za samozdravljenje.

Strokovnjakinje, ki vodijo skupine za samopomoč, morajo razumeti kompleksnost pojava, s katerim se spopadajo, za kar pa ni nujno, da imajo lastno izkušnjo z motnjo hranjenja. Tudi one so le individuumi, ki imajo svoje izkušnje iz različnih področij. Prav te izkušnje so dobrodošle za vsako strokovnjakinjo, ki vodi skupino.

Pri preučevanju obstoječe literature in na podlagi intervjuja z Ano Zihlerl, začetnico skupin za samopomoč osebam z motnjami hranjenja, sem prišla do ugotovitve, da so skupine zelo

dobrodošle pri osebah z motnjo hranjenja, saj osebe začitijo resnično sprejetost, varnost in razumevanje svojega problema ob tistih, ki imajo oziroma so za sabo že imele podobno izkušnjo.

7 LITERATURA

1. Bahovec, Eva (1996): Žensko telo – moška oblast? V: Spol: Ž. KUD France Prešeren, Ljubljana, str. 217-234
2. Berecht, Silke (1997): Ker nisem mogel najti jedi, ki bi mi dišala. Socialno delo št. 36/5-6, str. 363-373
3. Bogovič, Lenca. Skušek, Zoja (1996): Spol: Ž. Institutum Studiorum Humanitatis, Ljubljana
4. Bohak, Janko (1995): Moja srečanja z ljudmi. Mohorjeva družba, Ljubljana
5. Buckroyd, Julia (1989): Eating your heart out: the emotional meaning of eating disorders. Macdonald Optima, London
6. Conner Mark, Armitage, Christoper J. (2002): The Social Psychology of Food. Applying Social Psychology. Open Universtiy press, Philadelphia
7. Čačinovič Vogrinčič, Gabi (1992): Psihodinamski procesi v družinski skupini. Advance, Ljubljana
8. De Vries, Sjef de. Bouwkamp, Roel (2002): Psihosocialna družinska terapija. Firis, Logatec
9. Fairburn, Christoper G. (2002): Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. The Guliford press, New York, London
10. Gašper Jožica (2003): Vrednote in motnje hranjenja. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana
11. Gordon Richard (1999): Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic. Basic Blackwell, Oxford
12. Gostečnik, Cristian (2000). Družinska dinamika pri motnjah hranjenja. V: Tadej, Battelino (ur.): Debelost in motnje hranjenja. Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, Ljubljana, str. 124-134
13. <http://www.drustvo-zenska-svetovalnica.si/>, 30. 03. 2005.
14. Kastelic, Andrej (1995): Celostna obravnava oseb z motnjami hranjenja. V: Tadej Battelino (ur.): Motnje hranjenja IX seminar o delu z mladostniki. Psihiatrična klinika, Ljubljana, str. 29-37

15. Kramar, Meta (1995): Psihoterapija adolescentov z motnjami hranjenja. V: Tadej Battelino (ur.): Motnje hranjenja IX seminar o delu z mladostniki. Psihiatrična klinika, Ljubljana, str. 61-65
16. Kuhar, Metka (2004): V imenu lepote: Družbena konstrukcija telesne samopodobe. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana
17. Lamovec, Tanja (1995): Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. LUMI, Ljubljana
18. Meadow, Rosalyn M. (1992): Women's conflicts about eating and sexuality: the relationship between food and sex. Norwood, New York, London
19. Nash, Joyce D. (1999): Binge no more : your guide to overcoming disordered eating.: New Harbinger Publications, Oakland, California
20. Ogden, Jane (2003): The Psychology of eating. From healthy to disordered behaviour. Blackwell Publishers Ltd, Malden, Massachusetts
21. Orbach, Susie (1993): Hunger strike: the anorectic's struggle as a metaphor for our age. Penguin, London
22. Pačnik, Tone (1995). Klinična psihodiagnostika motenj hranjenja. V: Tadej Battelino (ur.): Motnje hranjenja IX seminar o delu z mladostniki. Psihiatrična klinika, Ljubljana, str. 39-44
23. Pandel Mikuš, Ruža (2001): Sociološki, medicinski in psihosocialni vidiki motenj hranjenja pri ženskah. Fakulteta za družbene vede, Ljubljana
24. Pearson, Geoffrey. Treseder, Judith. Yelloly, Margaret (1988): Social Work and the Legacy of Freud. Macmillan Education LTD, Houndmills, Basingstoke, Hampshire RG21 2XS and London
25. Pipher, Mary. (1999). Sodobna Ofelija: Obvarujmo osebnost odraščajočih deklet. Učila, Tržič
26. Preželj Janez (1995). Somatski vidiki motenj hranjenja. V: Tadej Battelino (ur.): Motnje hranjenja IX seminar o delu z mladostniki. Psihiatrična klinika, Ljubljana, str. 13-17
27. Pritz, Alfred (2002): Globalized psychotherapy. Facultas Verlags-und Buchhandels, Wien
28. Renner, Tanja (1998): Sociopatologije v vsakdanjosti: Anorexia nervosa. Družboslovne razprave, XIV, št. 27/28, str. 55-61

29. Rojc, Saša (1995). Psihodinamsko razumevanje motenj hranjenja. V: Tadej Battelino (ur.): Motnje hranjenja IX seminar o delu z mladostniki. Psihiatrična klinika, Ljubljana, str. 55-59
30. Serbec, Karin (2003): Predstavitev enote za zdravljenje motenj hranjenja. Revija Vita, letnik 9, št. 40, str. 7-8
31. Sternad Dragica (2001): Motnje hranjenja. Samozaložba, Ljubljana
32. Švab, Andreja. Šolar, Vesna. Ziherl, Ana. Ibic, Lara. Čufer, Barbara. Trivič, Ana S. (1998): Ko hrana ni več "hrana". ŠOU, Ljubljana
33. Tomori, Martina (1983): Pot k odraslosti; Duševni razvoj mladostnika. Cankarjeva založba, Ljubljana
34. Tomori, Martina (1990): Psihologija telesa. DZS, Ljubljana
35. Tomori, Martina (1995): Motnje hranjenja. Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo, Ljubljana
36. Zaviršek, Darja. (1995): Motnje hranjenja: žensko telo med kaosom in nadzorom. Delta, 1, Revija za ženske študije in feministično teorije, št. 3-4, str. 67-77
37. Ziherl, Ana (1997): Skupina za samopomoč, namenjena ženskam z motnjami hranjenja. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana