Psihodinamika anoreksije nervoze

Mandić, Katarina

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:019508

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Katarina Mandić

Psihodinamika anoreksije nervoze

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Katarina Mandić

Psihodinamika anoreksije nervoze

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na **Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb** pod vodstvom **prof. dr. sc. Darka Marčinka** i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

SADRŽAJ

1. SAŽETAK
2. SUMMARY
3. UVOD 1
4. POREMEĆAJI HRANJENJA 2
   4.1. KLASIFIKACIJA I DEFINICIJA POREMEĆAJA HRANJENJA..... 3
      4.1.1. ANOREKSIJA NERVOZA 3
      4.1.2. BULIMIJA NERVOZA 5
      4.1.3. NEODREĐENI POREMEĆAJ HRANJENJA 7
   4.2. EPIDEMIOLOGIJA POREMEĆAJA HRANJENJA 8
5. ČIMBENICI NASTANKA ANOREKSIJE NERVOZE 10
6. PSIHODINAMIKA ANOREKSIJE NERVOZE 11
   6.1. OSNOVNA PSIHODINAMIKA KOD POREMEĆAJA HRANJENJA 11
   6.2. ULOGA HILDE BRUCH U RAZUMIJEVANJU I PSIHOTERAPIJI OBOLJELIH OD POREMEĆAJA HRANJENJA 12
   6.3. ZLATNI KAVEZ – PRIKAZ PSIHODINAMIKE ANOREKSIJE NERVOZE 14
      6.3.1. RASKORAK IZMEĐU FIZIOLOŠKIH I EMOCIONALNIH REAKCIJA 14
      6.3.2. ULOGA ODNOSA OBITELJ – DIJETE U ANOREKSIJI NERVOZI..... 23
      6.3.3. ODNOS PREMA IZAZOVIMA ODRASTANJA..... 30
   6.4. ODNOS SRAMA I ANOREKSIJE NERVOZE 32
7. MENTALIZACIJA I POREMEĆAJI HRANJENJA 35
   7.1. MINDING THE BODY – MENTALIZACIJSKI MODEL TERAPIJE ANOREKSIJE NERVOZE..... 38
   7.2. PREKIDI U MENTALIZIRANJU – PREMENTALIZACIJSKI MODELI I POREMEĆAJI HRANJENJA 40
8. OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA 42
   8.1. MAUDSLEYJEV MODEL 44
      8.1.1. STADIJI TRETMANA 46
   8.2. PSIHOSOMATSKA OBITELJ..... 47
9. ZAKLJUČAK 49
10. ZAHVALE 50
11. REFERENCE 51
12. ŽIVOTOPIS 55

1. SAŽETAK

Anoreksija nervoza, kao poremećaj kojeg karakterizira neumorna potraga za ekscesivnom mršavošću, je oduvijek bila jedan od misterija našeg vremena. Bolest koja pogađa uglavnom mlade ljude, većinom u adolescenciji, ima toliko dramatičan tijek da nerijetko rezultira u trajnoj kroničnoj invalidnosti ili čak smrti. U njenom nastanku veliku ulogu igraju interpersonalni odnosi unutar primarne obitelji, kao i razvojni deficiti selfa koji se prezentiraju nizom simptoma. Jedna od najvažnijih osoba na području poremećaja prehrane je Hilde Bruch, koja je svojim iskustvom rada s pacijentima dala značajan doprinos razumijevanju psihodinamike anoreksije nervoze.

Koncept mentalizacije, kao koncept u psihoterapiji koji se temelji na razvojnoj psihologiji i suvremenoj psihoanalizi, daje značajan doprinos razumijevanju poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja. S obzirom da se s mentalizacijskog aspekta, u anoreksiji mogu naći prementalizacijski modeli funkcioniranja, razvija se i mentalizacijski model terapije anoreksije nervoze koji bi obuhvatio sva saznanja i popravio pacijentov kapacitet mentaliziranja. Kad se uzme u obzir važnost obitelji u nastanku poremećaja, obiteljska terapija se pokazala vrlo korisnom za liječenje anoreksije, jer se na taj način liječi i uzrok i posljedica poremećenih odnosa unutar obiteljske zajednice.

Ključne riječi: poremećaj hranjenja, anoreksija nervoza, psihodinamika, mentalizacija, obiteljska psihoterapija

2. SUMMARY

Anorexia nervosa, as a disorder characterised by relentless pursuit of excessive thinness, has always been one of the mysteries of our time, considering the fact that this is a disease that mostly affects young adolescents and has such a dramatic clinical course that it often results in permanent invalidity or even death.In her etiology there are many factors that take part, and one of the most important ones are interpersonal family relationships, as well as the deficit od self, which can be seen by variety of symptoms. One of the most influential person on field of eating disorders is Hilde Bruch, psychiatrist who strongly influenced concepts of understanding psychodynamics of anorexia nervosa with her experience of working with patients that suffer from this disease.

Mentalisation is a concept that gives mayor contribution to understanding of anorexia and eating disorders in general. Since there are many forms of impaired mentalizing relevant to anorexia nervosa, new approaches that consider mentalisation in therapeutic approach take place.

Family-based therapy is important for treatment of anorexia nervosa because of the meaning family has in development of this disorder. This way of treatment showed to be extremely useful since it affects both cause and consequences at the same time

Key words: eating disorder, anorexia nervosa, psychodynamics, mentalisation, family-based psychotherapy

3. UVOD

Još od kad sam prvi put čula za postojanje anoreksije nervoze pamtim da mi je bila misterij. Gledala sam slike anoreksičnih djevojaka, slušala dobro znane prikaze kliničke slike i uvijek ista površna objašnjenja razloga zbog kojih se ta bolest javlja, ali se ono što sam vidjela i to što sam slušala nikako nije poklapalo. Uvijek mi se javljalo jedno te isto pitanje: „Zašto?“ Nije mi bilo jasno što se to mora dogoditi da netko na ovaj način odluči tražiti svoju sreću, jer nisam mogla zamisliti da su te djevojke sretne, vidjela sam samo bol. Još čudnovatija mi je bila izjava kako osobe oboljele od anoreksije imaju iskrivljenu sliku svoga tijela, zbog koje uopće ne vide koliko su mršave, nego štoviše misle da su predebele. Nisam razumjela obitelji koje su to dopustile, nisam razumjela kako je moglo doći do tog stadija da se bore za vlastiti život, a da to nitko nije ranije primijetio i zaustavio. Svaki put kad bih počela razmišljati o tome, to me uvijek iznova kopkalo.

Onda sam igrom slučaja naletjela na sliku zlatnog kaveza kao simbol psihodinamike anoreksije nervoze. Tek čitanjem iskustava pacijenata koje je Hilde Bruch iznijela u toj antologijskoj knjizi i iz razgovora sa pacijentima u dnevnoj bolnici Klinike za psihijatriju KBC Zagreb počele su mi se polako otvarati oči, a svi komadići slagalice sjedati na svoje mjesto. Nakon što su mi simptomi koje pacijenti navode dobili potrebno značenje, mogla sam puno jasnije vidjeti što to za pacijente predstavlja zlatni kavez te kakav je njihov odnos prema njemu. Možda jedno od najupečatljivijih objašnjenja je bilo: „To je kavez iz kojeg ne možeš, ali i ne želiš pobjeći. Iako je to kavez, koji ti u neku ruku priječi odlazak na slobodu, to je u isto vrijeme i štit koji ne dopušta da ti se išta loše dogodi. Tamo si na sigurnom.“

Značajnu ulogu u nastanku bolesti igra obitelj oboljelog, koja iako se najčešće svim snagama trudi da djetetu pruži sve najbolje, ipak, zbog krivih interakcija i odnosa kojih često nije ni svjesna, dovede do situacije da je djetetu jedini spas bježanje u bolest.

Baš zbog tih kontradikcija i paradoksa kojima ova bolest obiluje, nužno je raditi na razumijevanju te sve svoje snage uložiti u primjerenu terapiju, koja će pomoći pacijentu sa svim razinama simptoma koji se kod njega mogu naći, ali i aktivno raditi na obiteljskom okviru iz kojega je pacijent došao i u koji se najčešće po završetku terapije vraća. Moja želja je bila ovim radom na neki način dotaknuti dubine oboljelih te malo više razumjeti interakcije na svim razinama psihološkog funkcioniranja, kao i istražiti na koje načine se oboljelima može pomoći u toj ozbiljnoj situaciji u kojoj su se našli.

4. POREMEĆAJI HRANJENJA

Poremećaji hranjenja, kao jedni od najučestalijih psihičkih poremećaja, povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose rizik prijevremene smrti. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje vanjskog i unutarnjeg svijeta te je na poseban način povezano s emocijama i iskustvima još od najranijeg razvoja. *Anorexia nervosa* i *bulimia nervosa*, glavni oblici poremećaja hranjenja, kao zajedničku karakteristiku nose ekstremnu zabrinutost zbog tjelesnog oblika i tjelesne težine, kao i različita ponašanja usmjerena kontroliranju tjelesne težine. Poremećaji hranjenja su danas sve češći, posebno u razvijenim zemljama. Od 0,5 do 1 % opće populacije ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog poremećaja hranjenja. Pri tome najčešće obolijevaju mlade žene, a čak do 4 % adolescentica pokazuje neki poremećaj prehrane (Begić, 2014).

Specifična etiologija ovih poremećaja je multifaktorijalna, a bitnu ulogu u njenom nastanku ima zajedničko djelovanje psiholoških, socijalnih i bioloških faktora. Iako ne postoji suglasnost istraživača o relativnom odnosu pojedinih faktora u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni značajnim dijelom odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične zadatke adolescencije. Uočeno je kako odgoj, odnosi u obitelji i sredina utječu na pojavu ovih poremećaja. Pri tome zapadna kultura, kao bitan socijalni faktor, u današnje doba igra neizrecivu ulogu, jer upotrebom medija promiče stereotip mršavog i vitkog ženskog tijela kao lijepog i zdravog. Netko tko se izgledom ne uklapa u potpunosti u savršene okvire koje se koriste u promociji ljepote ženskog tijela ne mora i neće nužno razviti poremećaj hranjenja, niti treba biti opterećen i zabrinut zbog svojeg izgleda ako svoje zadovoljstvo i sreću „hrani“ nečim drugim te je okružen ljubavlju. Ali je već u više navrata dokazano da je oblikovanje takve idealne slike u medijima podržavajući čimbenik. Možda je to najbolje vidljivo iz primjera koji je zabilježen na otočju Fidži. Na tom otočju do dolaska televizije praktički nije bilo anoreksije. Nekoliko godina nakon što je televizijski program postao široko dostupan svima na tom području stopa anoreksije među mladim djevojkama se izjednačila s onom u drugim zemljama (Becker, 2004).

U nastanku poremećaja hranjenja važnu ulogu igraju i psihološki faktori, posebice proces razvoja, odnosi s roditeljima, tip privrženosti, stresni i traumatski događaji te adaptacija na životne faze kroz koje mlada osoba prolazi. Vještine koje uči kroz razdoblja djetinjstva te u kasnijim godinama mogu joj omogućiti da drži u ravnoteži osjećaje i porive koji su često međusobno suprostavljeni. Također se i neke osobine ličnosti, kao što je perfekcionizam, vežu uz veću učestalost poremećaja, jer djevojka s anoreksijom kroz perfekciju teži održavanju suboptimalne tjelesne težine. Biologijski mehanizmi i promjene su također bitne te se dosta istražuju (Marčinko, 2013).

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

4.1. KLASIFIKACIJA I DEFINICIJA POREMEĆAJA HRANJENJA

Glavni oblici poremećaja hranjenja su anoreksija i bulimija nervoza, oba karakterizirana trajnim i patološkim promjenama u prehrambenim navikama. Za razliku od umjerenog mršavljenja koje se često javlja radi trenda ili trenutnog nezadovoljstva s vlastitim izgledom, u poremećajima hranjenja mršavljenje prelazi granice psihičke i fizičke izdržljivosti te samim time dovodi do nastanka brojnih psihosocijalnih problema i narušenog funkcioniranja raznih organskih sustava. Glavna karakteristika poremećaja hranjenja je to što sekundarne smetnje nastaju ponajprije zbog promjena u hranjenju, a ne zbog bilo koje druge tjelesne ili psihičke bolesti (Warrell i sur., 2003).

S obzirom na određene sličnosti između anoreksije i bulimije ima slučajeva u kojima pacijenti prelaze iz jednog oblika poremećaja u drugi. U nekih osoba se nalaze karakteristike oba poremećaja pa se koristi izraz atipični poremećaj hranjenja. Anoreksija i bulimija su se prvi puta pojavile u DSM-III 1980. godine kao podvrste psihičkih poremećaja u periodu djetinjstva i adolescencije (Davidson i Neale, 1999).

Iako će poremećaji hranjenja radi lakšeg razumijevanja ovdje biti navedeni zasebno, s odvojenim kriterijima i simptomima, u kliničkoj praksi oni rijetko dolaze zasebno i s jasnim granicama što postavlja problem prilikom dijagnosticiranja. Postoje podaci da oko 50% anoreksičnih osoba razvije i bulimiju, a sličan postotak bulimičnih osoba je probao i sa samoizgladnjivanjem, ali ne do te točke da bi ih se smatralo anoreksičnima (Fairburn i Garner, 1986).

4.1.1. ANOREKSIJA NERVOZA

Anoreksija nervoza je psihički poremećaj u kojem osoba pati jer ima osjećaj da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane i oblicima ponašanja koji vode gubitku na tjelesnoj težini (Marčinko i sur., 2013). Riječ anorexia je grčkog podrijetla a označuje odsutnost apetita. Najčešće se javlja u dobi između 14 i 25 godina, a prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih bolesti Američkog psihijatrijskog društva (DSM-IV, 1996) prosječna dob pojave bolesti je 17 godina. Bolest se mnogo češće javlja u mladih žena, sa

prevalencijom 0,5-1 % u mladoj odrasloj dobi. Bolest se pojavljuje i kod muškaraca, i to obično u razdoblju adolescencije.

Prvi klinički opis anoreksije daje Louis Victor Marce 1859. godine. Opisuje bolesnicu bez imalo masnog tkiva, mršavu poput skeleta, suhih usta i kože, filiformnog pulsa, opstipiranu, koja je uzimala minimalne količine hrane. Navodi također da su digestivne funkcije uredne te da je u pitanju psihička etiologija (Silverman, 1989).

No iako je sam pojam anoreksije nastao tek u 19. stoljeću, praksu samoizgladnjivanja se ne može smatrati modernim fenomenom. Još u srednjem vijeku je bila prisutna tzv. '„sveta anoreksija“ (*anorexia mirabillis*) koja je označavala natprirodni nedostatak apetita i bila povezana s kulturološkim idealom duhovnog asketizma. Tijekom 13. stoljeća žene su se podvrgavale ekstremnom postu kao dio religiozne prakse, pri čemu su neke i umirale od gladi. Možda je najpoznatiji slučaj sv. Katarine Sienske, koja je gotovo tijekom cijelog svog života postila, sa prehranom koja se sastojala samo od Euharistije, hladne vode i gorkog bilja koje je žvakala te potom izbacivala van iz usta. Kad je od okoline bila prisiljena uzimati hranu govorila je kako osjeća bolove u trbuhu te zbog toga ne može jesti ništa više osim Euharistije. Iako je od posljedica samoizgladnjivanja na kraju i preminula u 33. godini te imala prisutne sve znakove moderne anoreksije nervoze – gubitak apetita, nemogućnost i odbijanje hranjenja i amenoreja – ovo ponašanje se gledalo u kontekstu ekstremne religiozne prakse, kao vlastiti način oponašanja i proživljavanja muke koju je Isus prolazio prije smrti (Bell, 1985).

Iako oboljeli kao povod izgladnjivanju najčešće navode prekomjernu tjelesnu težinu, istraživanja su pokazala da je tek 30 % bolesnica imalo prekomjernu tjelesnu težinu prije nastupa bolesti, dok je 20 % bolesnica imalo tjelesnu težinu koja je manja od prosjeka, a 50 % normalnu tjelesnu težinu (Vidović, 1998).

Prema DSM-IV klasifikaciji (1996.) anoreksiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći kriteriji:

- Odbijanje da se održi težina na ili iznad granica normale (gubitak na težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85 % od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85 % od očekivane)
- Izuzetan strah od dobivanja na težini
- Promijenjen način doživljavanja svoga tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine na samoprocjenjivanje ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine

- U žena u generativnoj dobi postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa.

Oboljeli od anoreksije često pokazuju perfekcionizam, opsesivno i nefleksibilno mišljenje, nisko samopoštovanje, negativnu samoprocjenu, smanjenje seksualnog nagona te izrazite smetnje raspoloženja s nerijetkom pojavom depresivnosti, anksioznosti, razdražljivosti, nesanice i socijalne izolacije (DSM-IV, 1996).

Prema MKB.10 klasifikaciji kriteriji su nešto drugačiji:

- gubitak na težini
- namjerno izbjegavanje hrane „koja deblja“
- strah od debljanja
- endokrini poremećaj – amenoreja
- nema nagona za prejedanjem.

Postoje dva tipa anoreksije:

1. RESTRIKTIVNI TIP – osoba je na dijeti, a izgladnjivanje je često praćeno pretjeranom fizičkom aktivnošću
2. PREŽDERAVAJUĆE/PURGATIVNI TIP – osoba je na dijeti koju prati povremeno prejedanje te izbacivanje hrane iz organizma povraćanjem, laksativima ili diureticima.

Prežderavajuće-purgativni tip pokazuje probleme kontrole impulsa i veću labilnost u raspoloženju (Fairburn i sur., 1999; Wade i sur., 2000).

4.1.2. BULIMIJA NERVOZA

Bulimija nervoza se često opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, o čemu govori i sama riječ *bulimia,* grč. koja znači „bikova glad“. Karekterizira ju epizodično jedenje enormnih količina hrane u ograničenom vremenu, obično unutar 2 sata, koje se obično odvija u tajnosti i traje sve dok se osoba ne osjeti dovoljno punom. Potom slijedi depresivna faza, praćena samokritikom i osjećajem krivnje zbog čega osoba osjeti potrebu za pražnjenjem, što čini induciranim povraćanjem ili zlouporabom laksativa. Bulimiju, kao i anoreksiju, karakterizira želja za mršavosti, no njihova želja za hranom je prejaka da bi ju mogli savladati pa to postižu drugačijim ritualima od anoreksije – povraćanjem koje zbog velikog straha i osjećaja krivnje nastupa nakon prežderavanja.

U literaturi je prvi put opisana 1979. godine kao varijanta anoreksije. Velika sličnost između nje i anoreksije se može naći u patološkom doživljavanju vlastitog tijela,

nezadovoljstvu njegovim izgledom i tendencijom stavljanja prevelikog naglaska na oblik i težinu tijela, pri čemu to postane glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje. Bolest obično započinje nešto kasnije od anoreksije, u kasnoj adolescentnoj ili ranoj odrasloj dobi, sa prosječnom dobi pojavljivanja oko 20. godine života (DSM-IV, 1996).

Bulimija je najčešći poremećaj hranjenja, češći i od anoreksije, i javlja se kod 1 do 3 % mladih žena. Češće se javlja u žena, ali ne toliko dominantno kao anoreksija. Istraživanja pokazuju da je 5 do 10 % bolesnika s bulimijom muškog spola (Keel, 2005.).

Kriteriji za dijagnozu bulimije nervoze prema DSM-IV (1996.) klasifikaciji su:

- ponavljanje epizoda prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s oba sljedeća elementa:
    a. Jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata), a količina pojedene hrane je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u isto vrijeme i u sličnim okolnostima
    b. Osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede)
- ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom prevencije povećanja težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova; post ili prekomjerno tjelesno vježbanje
- prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje pojavljuje se prosječno najmanje dvaput tjedno tijekom tri mjeseca
- samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela
- poremećaj se ne pojavljuje isključivo tijekom epizoda anoreksije.

MKB-10 dijagnostički kriteriji gotovo su istovjetni, osim po povezanosti između anoreksije i bulimije nervoze. Dok se u DSM-IV isključuje dijagnoza bulimije nervoze ako se karakteristično ponašanje javlja isključivo tijekom anoreksije nervoze, u MKB-10 se isključuje dijagnoza anoreksije ako je prisutno redovito uzimanje velikih količina hrane na mahove.

Postoje dva tipa bulimije:

1. PURGATIVNI TIP – nakon epizode prejedanja osoba se „prazni“ samoizazvanim povraćanjem, laksativima ili diureticima

2. NEPURGATIVNI TIP – nakon epizode prejedanja osoba pribjegava nekom drugom neprikladnom ponašanju, npr. postu ili pretjeranoj tjelesnoj aktivnosti, ali ne koristi niti povraćanje niti diuretike i laksative.

Oboljeli od bulimije načešće nisu upadno mršavi, štoviše mogu biti prosječne ili iznadprosječne težine, što dodatno otežava rano uočavanje i onemogućuje što raniju intervenciju. Nepravilnosti menstrualnog ciklusa kod bulimičnih ženskih osoba najčešće nisu jako izražene niti ozbiljne, ali se zato kod njih mogu naći mnoge druge fiziološke posljedice koje se javljaju zbog rituala prejedanja i pražnjenja, kao što su učestale upale grla i ždrijela, otečene žlijezde slinovnice te trajni gubitak zubne cakline i oštećenje struktura zuba. Također su moguće ozljede ruku, oštećenje crijevne stijenke, nutritivni deficiti i dehidracija, a zbog učestalog pražnjenja može doći i do ozbiljnog disbalansa tekućine i elektrolita. Taj disbalans se najčešće očituje hipokaliemijom, hiponatriemijom i hipokloremijom te metaboličkom alkalozom i acidozom te može dovesti do ozbiljnog ugrožavanja života izazivanjem zastoja srca, što dovodi do iznenadne smrti osoba s bulimijom (Davidson i Neale, 1999),

Pri ovom poremećaju može se vidjeti povećana učestalost simptoma anksioznosti ili anksioznog poremećaja, zloupotrebe psihoaktivnih tvari te ovisnosti, posebno o alkoholu i stimulansima.

4.1.3. NEODREĐENI POREMEĆAJ HRANJENJA

Pod ovim poremećajem podrazumijevamo sve slučajeve u kojima osoba pokazuje neka ponašanja tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije. U pitanju je dijagnoza koja se postavlja dosta često i uključuje i poremećaj nekontroliranog hranjenja ili tzv. *binge eating disorder* (BED), koji se sve češće može naći kao zaseban poremećaj. Učestalost poremećaja nekontroliranog hranjenja u općoj populaciji kreće se u rasponu od 0.7 do 4 % (DSM-IV, 1996),

Prema DSM-IV klasifikaciji neodređeni poremećaj hranjenja odnositi će se na sljedeće primjere:

- kad su kod žena ispunjeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osim što osoba ima redovite menstruacije
- zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu, ali osoba usprkos gubitku na težini ima normalnu težinu

- ispunjeni svi kriteriji za bulimiju nervozu, ali se epizode prejedanja i neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri tjedna
- osoba s normalnom tjelesnom težinom poslije uzimanja malih količina hrane uobičajeno koristi kompenzacijske mehanizme
- ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje velikih količina hrane
- prežderavanje, odnosno ponavljanje epizoda prejedanja u odsutnosti korištenja neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama koji su karakteristični za bulimiju nervozu.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, MKB-10 (1992.), atipični poremećaji hranjenja su podijeljeni na:

a. poremećaje slične anoreksiji nervozi i bulimiji nervozi, ali nemaju sve kriterije
b. poremećaje hranjenja s kvalitativno različitim kliničkim slikama.

4.2. EPIDEMIOLOGIJA POREMEĆAJA HRANJENJA

Srednja prevalencija anoreksije među mladim ženama je 0.3 %, a bulimije 1 %. Svake godine zabilježi se 8 novih slučajeva anoreksije i 12 slučajeva bulimije na 100 000. Anoreksija je najučestalija u dobi od 10 do 30 godina, a bulimija se pojavljuje nešto kasnije, najčešće u ranim dvadesetim godinama. Oba poremećaja su učestalija u zapadnim zemljama (Warrell i sur., 2003). Neodređeni poremećaj hranjenja javlja se u adolescenata češće od anoreksije i bulimije zajedno (Gonzalez, 2007).

Standardizirana stopa mortaliteta u prvih 10 godina pod postavljanja dijagnoze iznosi 9,6 za anoreksiju i 7,4 za bulimiju (Treasure i sur., 2003.).

Što se tiče međusobnog odnosa podtipova poremećaja prehrane anoreksija puno češće prelazi u bulimiju, nego obrnuto, a anoreksija i bulimija puno češće prelaze u atipični (neodređeni) poremećaj hranjenja nego što je to u obrnutom smjeru (Fairburn i Harrison, 2003).

Istraživanje Sullivana i sur. (1998.) pokazuje da bulimija na početku bolesti ima slične simptome kao anoreksija, a oko 25 % slučajeva na početku javljanja bolesti zadovoljava kriterije i za anoreksiju. Prosječno trajanje bulimije prije početka liječenja je oko 5 godina (Mitchell i sur., 1985), a 5 do 10 godina kasnije 30 do 50 % tih pacijenata i dalje ima klinički

značajan poremećaj hranjenja, najčešće u atipičnoj formi (Fairburn i sur., 2000; Collings i King, 1994; Fichter i Quadflieg, 1997).

Iako se prilikom razmišljanja o poremećajima hranjenja najčešće govori o anoreksiji i bulimiji te osobama normalne do niske tjelesne težine, istraživanja pokazuju da je u populaciji osoba sa pretilošću prisutan veliki broj poremećaja hranjenja.

Pretilost je medicinsko stanje koje ne mora biti povezano sa psihopatološkim pojavama. Po definiciji, pretilost je tjelesno stanje u kojem je ukupna količina tjelesne masnoće toliko povećana da ugrožava zdravlje (WHO, 2000). Kod pretilosti su izraženije somatske posljedice koje uključuju bolesti kardiovaskularnog sustava, dijabetes tip II, bolesti jetre i neke vrste karcinoma. Pretilost sve više postaje jedan od najvećih zdravstvenih problema razvijenog svijeta, njena učestalost je u porastu, posebno u populaciji starijih osoba i osoba nižega socioekonomskog statusa. Podaci pokazuju da je 32 % odrasle populacije pretilo u SAD-u (Cametron i sur., 2012). Jednako je zastupljena po spolu.

Komorbiditet pretilosti i poremećaja hranjenja je u naglom porastu. Pretile osobe često imaju neke simptome poremećaja hranjenja, a čak 20 do 50 % pretilih osoba prilikom javljanja na liječenje prijavljuje simptome nekontroliranog hranjenja (BED). BED je najčešći poremećaj hranjenja kojeg možemo naći kod pretilih osoba, a osim njega u pretilih osoba se najčešće javlja pretjerana zabrinutost u vezi s tjelesnom težinom i izgledom tijela i ekstremna dijetalna ograničenja. Doima se paradoksalno, ali ta pretjerana zabrinutost u vezi sa vlastitom tjelesnom težinom i ekstremna ponašanja vezana uz hranjenje, su zajednička karakteristika oboljelih od anoreksije nervoze i pretilih osoba, jedino što oboljeli od anoreksije nervoze zbog svoje iskrivljene percepcije o tijelu često sami sebe doživljavaju pretilima, dok pretile osobe ispravno percipiraju svoje tijelo i višak kilograma. Isto tako i oboljeli od anoreksije i pretile osobe provode redukcijske dijete, dok pretili u tome samo privremeno uspijevaju, anorektičari nastavljaju s restrikcijom unosa hrane sve dok ne počnu ozbiljno ugrožavati vlastito zdravlje (Bilić, 2013).

5. ČIMBENICI NASTANKA ANOREKSIJE NERVOZE

Anoreksija je gotovo u potpunosti limitirana na osobe ženskog roda, kod kojih se javlja više od 90 % dijagnosticiranih slučajeva, od čega se 85 % događa u razdoblju između 13 i 20 godina, s vrhuncem incidencije između 14. i 17. godine. Klinički tijek bolesti uvelike varira, iako se najčešćim oblikom smatra pojava bolesti određenog trajanja koja završi rezolucijom. Što se ranije javi bolest, bolja je prognoza. Prevalencija se procjenjuje između 0.51 % i 3.70 % (Walters i Kendler, 1995).

McGuire i Troisi u knjizi Darwinian Psychiatry (1998.) razmatraju evolucijsku teoriju nastanka anorksije nervoze, te tako navode više čimbenika značajnih za razvoj ove bolesti. Od hormonalnih promjena, ili izostanka istih, koje su povezane s različitim razdobljima puberteta, o čemu se može zaključiti prvenstveno iz vrhunca incidencije obolijevanja, pa do genetskih čimbenika koji su prepoznati na slučajevima jednojajčanih blizanaca kod kojih je nađen veći rizik obolijevanja nego kod dvojajčanih, kao i slučajevi da se u blizanaca od kojih je jedan obolio od anoreksije, kod drugog javlja povećani rizik razvoja anoreksije, kao i drugih povezanih poremećaja kao što su bulimia nervosa ili veliki depresivni poremećaj (Walters i Kendler, 1995; APA, 1994). Kao treći potencijalan čimbenik, identificiran od strane psihoanalitičara, navodi se važnost obiteljske dinamike (posebno pretjerano kontrolirajući roditelji), fobije povezane s hranom te izbjegavajući odgovori na seksualnu napetost povezanu sa pubertetom. Važno je spomenuti i kulturu, kao još jedan važan čimbenik, o čemu govori činjenica da se poremećaj uvelike javlja u industrijski razvijenim zemljama, gdje se osobe ženskog roda često susreću sa raznim očekivanjima okoline po pitanju njihovog izgleda, ponašanja te karijere, ili sa tipičnim obrascima kao što su separacija majke od djeteta na duži period, ili hranjenje bočicom.

6. PSIHODINAMIKA ANOREKSIJE NERVOZE

6.1. OSNOVNA PSIHODINAMIKA KOD POREMEĆAJA HRANJENJA

Dominantno obilježje kod oboljelih od poremećaja hranjenja je psihička rigidnost, odnosno nefleksibilnost, koja se očituje u sadističkim napadima na vlastito tijelo. Prema Kernbergu i suradnicima, ti napadi na tijelo imaju četiri simbolička značenja (Marčinko, 2013):

1. Napad na princip zadovoljstva

Čin hranjenja sam po sebi sadržava zadovoljstvo i simbolički znači unošenje nečeg dobrog u tijelo, što daje energiju koja je potrebna za život. Ta dinamika se povezuje i sa primarnom inhibicijom kapaciteta za senzualna uživanja, kao i seksualni užitak, kod dijela osoba sa poremećajem ličnosti, koji nastaju razvojno zbog ranih agresivnih naboja vezanih uz doživljaj fizičkog kontakta.

2. Napad na majku koji je povezan s napadom na princip zadovoljstva

Kod dinamike oboljelih od anoreksije, kao i kod granične organizacije ličnosti (koja se često može naći u anorektičara i drugih poremećaja hranjenja) prisutan je problem na razini separacije-individuacije ili ranijoj razvojnoj razini koji se očituje patološkom povezanošću i simbiotskim obrascima na razini majka-dijete. Ti obrasci se kasnije u životu reaktiviraju ako nisu promijenjeni. Hilde Bruch je zaključila da puno bolesnica s anoreksijom ima majke koje površno daju podršku, ali da konstantno prenose na dijete srdžbu i anksioznost nastalih zbog vlastitih neriješenih intrapsihičkih konflikata ili preko djeteta rješavaju patološki narcizam. Prema nekim teorijama izgladnjivanje kojem se djevojke podvrgavaju predstavlja mazohistički pokušaj obrane od majke i pokušaj stvaranja autonomije pod okriljem samodestrukcije. Ta samodestruktivnost ima dvije krajnosti – identifikacija s primitivnim sadističkim dijelovima roditeljske figure koji imaju razinu grandiozne i destruktivne omnipotentnosti te drugi dio selfa koji u isto vrijeme simbolizira bespomoćnu žrtvu sadističkog, destruktivnog majčinskog imagea.

3. Napad na vlastitu ženstvenost

Problem nastaje u ranom razvoju zbog nepovoljnog odnosa djeteta s majkom. Kod bulimičnih bolesnika postoje obrane protiv konflikata vezanih uz separaciju-individuaciju koje uključuju prejedanje, s ciljem negacije ovisnosti o značajnim drugim osobama i iskazivanje

bijesna i ljutnje zbog osjećaja odbacivanja, bio on fantazirani ili realni. Pritom aktivnosti prejedanja i povraćanja kompromitiraju osjećaj ženstvenosti na fizičkoj i psihičkoj razini kod djevojaka sa poremećajem hranjenja. Paulina Kernberg je pisala o sindromu Petra Pana kod adolescentica s anoreksijom, što se očituje kroz dječački izgled i negaciju ženske identifikacije. Njihova identifikacija s majkom je blokirana na zreloj razini i ostaje aseksualna, s čime se može povezati strah i osjećaj odbacivanja.

4. Napad na heteroseksualnost

Otto Kernberg smatra da su napad na heteroseksualnost i ženstvenost povezani – zavist i mržnja koji postoje prema majci premješteni su i na oca, zbog čega se i muškarci doživljavaju u negativnom emocionalnom kontekstu. Smatra se da se porast broja oboljelih od poremećaja hranjenja danas javlja i zbog kulturoloških pritisaka na djevojke koji od njih zahtijevaju nerealno visoku razinu autonomije i osuđuju njihove ovisne potrebe. To naglašava nesvjesni konflikt kod dijela djevojaka vezan uz identifikaciju s majkom, majčinstvo i ovisne potrebe.

6.2. ULOGA HILDE BRUCH U RAZUMIJEVANJU I PSIHOTERAPIJI OBOLJELIH OD POREMEĆAJA HRANJENJA

Hilde Bruch (1904-1984.), psihijatar i psihoanalitičar, smatra se jednom od vodećih ličnosti u području istraživanja poremećaja hranjenja. Posvetila je svoj život i klinički rad bolesnicama s poremećajima hrane, i na mnoge načine doprinijela razumijevanju simptoma i liječenja ovih poremećaja.

Bruch je definirala ozbiljne forme poremećaja hranjenja, a osobito anoreksiju kao poremećaje selfa, odnosno poremećaje ličnosti po današnjoj terminologiji. Zastoj u razvoju koji se pritom nalazi očituje se kao poremećaj percepcije i kontrole tjelesnih senzacija te konfuzije emocionalnoga stanja uz veliki strah od socijalnoga neprihvaćanja. Bruch je radila na povezivanju simptoma s unutrašnjim svijetom, odnosno davanju značenja simptomima. Iz tog razloga se u psihoterapiji, umjesto na simptomima, stavlja naglasak na rad s deficitima selfa. Bruch je u svojim opsežnim istraživanjima ustanovila kako psihopatologija anoreksije nije na razini neurotske, već je bliža onome što se danas naziva narcistični, granični i shizoidni poremećaj ličnosti. Površinski vidljiv simptom pothranjenosti, kao dijela anoreksije, zapravo je pokušaj prikrivanja unutrašnjih problema. S obzirom da je temeljni problem kod anoreksije poremećaj selfa, tradicionalna, na uvidu bazirana psihoterapija nije ključna u

liječenju, a Bruch često ističe da u nekim situacijama može biti i štetna. Bruch je ustanovila da oboljeli od anoreksije imaju teškoće u prepoznavanju i interpretiranju stimulusa vezanih uz tjelesni osjet, kao što je glad, i popratnih fizioloških znakova malnutricije – umora i slabosti. Postoji prekid veze između fizioloških znakova i subjektivne emocionalne komponente, što se naziva aleksitimija, što bi značilo nedostatak riječi za osjećaje.

S obzirom na to da je iskustvo vlastita tijela u oboljelih od anoreksije promijenjeno, Bruch smatra da se radi dijelom i o kognitivnom te perceptualnom poremećaju. Kada osoba ne zna što istinski osjeća i treba, ima iskustvo blisko gubitku realnosti što ju čini sličnom psihozi u nekim elementima. Kroz originalni koncept interoceptivne konfuzije (1973.), Bruch je govorila o self-deficitima koji odražavaju iskustvo afektivne disregulacije i gubitka kontrole. U novije vrijeme, Skarderud (2007 a,b,c) je uvažavajući njena istraživanja, primijenio koncept oštećene mentalizacije (Bateman i Fonagy, 2006) kako bi objasnio deficite mentalnih procesa kod oboljelih od poremećaja hranjenja. U situaciji kada je psihička realnost u bolesnika slabo integrirana, tijelo preuzima pretjeranu centralnu ulogu osjećaj selfa, a simptomi anoreksije predstavljaju pokušaj održavanja kohezije i stabilnosti.

Bruch je po pitanju psihoterapije oboljelih od anoreksije govorila o stvaranju prirodnog stanja (engl. naive stance) u psihoterapijskom odnosu, koje ima naglasak na slušanju bolesnika i poticanju u bolesniku interesa i senzitivnosti prema samom sebi. U tom smislu, bila je protiv direktnih intervencija kao što su terapeutovo iznošenje bolesniku uvida o tome što bolesnik osjeća i misli, jer se na taj način potiče osjećaj neadekvatnosti kod bolesnika i usporava razvoj pravoga selfa. Smatrala je da osjećaj pravoga selfa ide kroz bolesnikovo ispravno prepoznavanje fizioloških znakova i svijesti o tjelesnim senzacijama, a terapeut je više podrška u tom procesu a manje netko tko verbalno daje uvid. Refleksivna funkcija kao model razumijevanja mentalizacije je oštećena. Iz pozicije teorija privrženosti, postoji nesklad između unutrašnjih potreba roditelja i okoline, tzv. nekongruentno ogledanje (Gergely i Watson, 1996).

6.3. ZLATNI KAVEZ – PRIKAZ PSIHODINAMIKE ANOREKSIJE NERVOZE

Hilde Bruch je razumijevanju anoreksije nervoze pridonijela i pisanjem svoje antologijske knjige „Zlatni kavez“ (engl. *The golden cage*), koja je, iako je već puno godina prošlo od njenog objavljivanja 1978. godine i dalje aktualna. Iskustva rada s oboljelima od poremećaja hranjenja koja su iznesena u toj knjizi poslužit će i u ovom radu kao okvir za prikaz psihodinamike i kliničke slike poremećaja hranjenja, u prvom redu anoreksije nervoze.

6.3.1. RASKORAK IZMEĐU FIZIOLOŠKIH I EMOCIONALNIH REAKCIJA

Anoreksija nervoza je zagonetna bolest, puna kontradikcija i paradoksa. Kad psihoterapeut na samom početku tretmana po prvi puta susretne bolesnika koji boluje od anoreksije prvo što mu upadne u oči je fizički izgled. Bolesnice često izgledaju slično na prvi pogled, jer su sve karakteristične promjene koje se mogu naći u oboljelih zapravo fizičke posljedice pothranjenosti – teški gubitak težine, izgled nalik na kostur, anemija, suhoća kože, pojačana dlakavost uz pojavu lanugo dlačica, izostanak mjesečnice, niska tjelesna temperatura i nizak bazalni metabolizam. Prisutne su i mnoge nepravilnosti neurološkog i endokrinološkog sustava, o kojima se dosta raspravljalo jesu li uzrok ili posljedica anoreksije nervoze. Čini se da sve nepravilnosti dosad opisane u kliničkim opisima oboljelih mogu objasniti kao posljedice malnutricije. Za ilustraciju fizičkog izgleda navodi se opis 15-godišnje djevojke koja je s majkom došla na tretman:

> Kad je došla na konzultacije izgledala je kao hodajući kostur, oskudno odjevena u hlačice i top, sa nogama koje su stršale kao štapići, sa svakim vidljivim rebrom i lopaticama koja su stajala kao malena krila. Majka je spomenula da kad ju zagrli ne osjeća ništa osim kostiju, kao da grli uplašenu ptičicu. Njene ruke i noge su bile prekrivene mekanom dlakom, koža joj je bila žućkastog tena, a suha kosa je visjela u rezancima. Najužasnije je bilo lice – propalo kao lice osušene stare žene s kroničnom atrofičnom bolesti, upale oči, nos oštrog vrha na kojem je bio vidljiv spoj između hrskavice i kosti. Kad se smijala ili pričala, a bila je poprilično vesela, moglo se vidjeti svaki pokret mišića oko njenih usta ili očiju, kao u animiranom anatomskom prikazu lubanje. Pacijentica je tvrdila da izgleda dobro i da nema ništa loše u tome što je mršava. Osim na prvi pogled vidljivih promjena u fizičkom izgledu pacijentice, njena majka je govorila kako je došlo do promjene i u njenom karakteru – prije slatka, poslušna, uvažavajuća, sada sve zahtjevnija, arogantna, razdražljiva, svojeglava. Konstantno su se svađali s njom oko svega.

Kad je u pitanju anoreksija nervoza, Hilde Bruch je pomoću iskustva rada s oboljelima došla do mnogih spoznaja. Možda jedna od prvih je bila da, iako je općeprihvaćeni naziv za anoreksiju nervozu došao od grčke riječi *anorexia*, što znači odsutnost apetita, zapravo se radi o nečem posve drugom. Premda je uzimanje hrane kod pacijenata izrazito reducirano, to nije zbog slabog apetita ili manjka interesa za hranom. Baš naprotiv, ovi mladi su fanatično preokupirani hranom i jedenjem, ali smatraju samoodricanje i disciplinu najvišom moralnom vrijednošću i osuđuju zadovoljavanje vlastitih potreba i želja, smatrajući ih sramotnim prepuštanjem užicima.

Anoreksija nervoza je posebna bolest, koju karakterizira jedna izvanredna osobina – neumorna potraga za ekcesivnom mršavošću. Prema Bruch (1973.), pretjerana briga oko vlastitog tijela i njegove veličine i težine te rigidna kontrola nad jedenjem koji se karakteristično javljaju u oboljelih su kasni simptomi u razvoju mladih ljudi koji su na ovaj način uključeni u očajničku borbu protiv osjećaja zarobljenosti i iskorištavanja, nesposobni sami voditi vlastiti životi. U svojoj slijepoj potrazi za osjećajem identiteta i samostalnosti, ovi anoreksični mladi neće prihvatiti ništa što im mogu ponuditi njihovi roditelji ili svijet koji ih okružuje – radije će gladovati nego nastaviti sa životom prilagođavanja svijetu oko sebe. Osim tog koncepta, Bruch je u svojoj knjizi *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within* (1973.) posebno razmatrala kliničke značajke razdoblja koje je prethodilo razvoju bolesti. Tri područja poremećenog psihološkog funkcioniranja su bila karakteristična: prvo, ozbiljne smetnje u doživljaju vlastitog tijela i načina na koji vide sami sebe; drugo, pogrešno tumačenje vanjskih i unutarnjih podražaja, s nesigurnošću na koji način se glad, kao najizraženiji simptom, doživljava; treće, paralizirajući osjećaj neučinkovitosti, uvjerenost da su bespomoćni promijeniti išta u svojim životima. I baš u svjetlu tog osjećaja bespomoćnosti po pitanju životnih problema koji se nalazi u pozadini treba promatrati njihovu fanatičnu preokupiranost kontroliranjem vlastitog tijela i zahtjeva koje ono nosi sa sobom. Osobe koje boluju od anoreksije su prkosne, ponosne i tvrdoglave, i na prvi pogled ostavljaju dojam kao snažne i energične osobe.

Činjenica da mladi koji boluju svojevoljno prolaze kroz mučenje gladovanja, čak i do smrti je mnogim ljudima neshvatljivo. Strah od gladi je toliko univerzalan u svijetu da svojevoljno izgladnjivanje često izaziva divljenje, bojazan i znatiželju u drugih, što su ljudi koji prosvjeduju iz nekog razloga ili oni željni publiciteta i sami isprobali.

Jedna od prvih stvari koje se otkriju tijekom tretmana su odnos oboljelih prema hranjenju i hrani. Svi će uvijek inzistirati da jedu puno, iako su vrlo suzdržani kada treba reći što zapravo jedu. Kad ih se „pritisne“ da daju više informacija, odgovori su zaista čudnovati – od

toga da osjećaju da se prežderavaju čak i ako pojedu više od jednog krekera, do toga da izbjegavaju polizati poštansku marku da ne bi dobile ikakve ekstra kalorije. Čak i više zagonetno od svojevoljnog izgladnjivanja, je tvrdnja da ne osjećaju glad. Naprotiv, neki snažno izražavaju kako uživaju u osjećaju gladi.

Bez obzira na njihovo unutarnje stanje i načine na koje ga oboljeli od anoreksije interpretiraju, oni ne pate od nedostatka apetita, nego od paničnog straha od dobivanja na težini. Da bi izbjegli najgoru moguću sudbinu koje se svi užasavaju – da postanu debeli, na neki način „ispiru sami sebi mozak“ (o čemu gotovo svi kasnije svjedoče) kako bi promijenili način na koji se osjećaju. Oni koji osjećaju glad treniraju sami sebe da to prihvate kao poželjno i ugodno, jer im pomisao da mogu izdržati glad daje toliki osjećaj ponosa da su spremni izdržati sve. Odbijanje hrane, tj. nedopuštanje samom sebi jesti, kao oblik svojevrsnog samokažnjavanja, je obrana od originalnog straha – straha od toga da jedu previše, strah od gubitka kontrole ili prepuštanja biološkim potrebama. Kontroliranjem svojeg hranjenja neki po prvi puta osjećaju da ostvaruju bit svojeg postanka i da su u dodiru sa svojim osjećajima. Drugi gledaju tu žrtvu kao svojevrsni obred inicijacije. Mnogi osjećaju da im gubitak težine daje svojevrsnu moć, da je svaki gram koji izgube kao blago koje je još više povećava tu moć. Ta akumulacija moći daje drugačiju vrstu težine, pravo da oboljeli bude priznat kao individualac, pravo da dopusti samom sebi da prihvati „proždrljivog sebe“. Osoba gubi težinu velikom brzinom, a istovremeno se javlja preokupiranost hranom i hranjenjem, koju će oboljeli osuditi kao pohlepu i proždrljivost te se njoj prepuštati samo u posebnim okolnostima.

Zanimljivo je što u slučajevima hospitalizacije osoba može čak i biti zahvalna što ju prisijavaju da jede, objašnjavajući to na način da je gubitkom težine i akumulacijom praznih kilograma davala sama sebi dopuštenje da bude hranjena, da se netko brine za nju i priznaje ju i prihvaća. U isto vrijeme se konstantno uspoređuje s drugima, uvijek uspoređujući jede li previše ili prebrzo dobiva na težini u usporedbi s drugima.

Anorektičari inzistiraju na tome kako oni sami ne vide kako su mršavi te tvrde kako je briga drugih nerealistična jer su oni dobro, izgledaju onako kako žele, čak tvrde da su još uvijek predebeli. Taj karakterističan simptom – poremećena slika vlastitog tijela, prema Bruch, ima elemente treniranja samoobmane. Oni zapravo vježbaju gledanje u ogledalo, uvijek iznova, ponoseći se svakim gramom koji su izgubili i svakom kosti koja postane vidljiva. Što veći ponos osjećaju, snažnije je uvjerenje da izgledaju sasvim dobro. Jedna od pacijentica govori kako su u vrijeme intenzivnog gladovanja njeni misaoni procesi postali vrlo nerealistični. Stvorila je novu sliku sebe i osjećala da mora raditi nešto što inače ne želi da bi dostigla tu sliku i to je preuzelo cijeli njen život. Njeno tijelo je postalo simbol čiste askeze i estetike i sve u njenom životu je postalo vrlo intelektualno i intenzivno, nedodirljivo od strane

bilo kakvih kritika. Ona govori kako je osjećaj gladi na nju imao efekt droge, zbog čega se javlja osjećaj kao da si izvan vlastitog tijela, kao da si u drugom stanju svjesnosti i možeš proživljavati bol bez reagiranja na nju. Ona kaže da je bila svjesna da glad postoji u njenom životu, ali nije osjećala bol zbog nje. Nešto kao samohipnoza.

Na isti način treniraju same sebe da se osjećaju sito i puno, jer u tom gladovanju vide viši smisao koji na ovaj način žele postići. Još jedna od senzacija vezanih uz anoreksiju je što oboljeli koji na početku terapije brane gladovanje kao nešto prekrasno i ugodno kasnije u seansama priznaju kako su mislili da uživaju u gladovanju jer je to ono što su željeli te su sami sebe uvjeravali da je to prelijepo te da je to prilika da se izgrade i izmodeliraju u čiste asketske figure; no to nije odgovaralo tome kako su se zapravo osjećali. U stvarnosti su osjećali neizmjernu slabost, osjećali su se grozno i borili se da ostanu aktivni. Ali u to vrijeme nisu bili svjesni te disocijacije između misli i osjećaja i nisu bili svjesni kako se zapravo osjećaju – kao da sami sebe mogu uvjeriti u bilo što.

Neke od djevojaka su bile sasvim zadovoljne s time kako je njihovo tijelo izgledalo prije bolesti, ali u vrlo kratkom vremenu, koji god bio razlog zbog kojeg su započele sa vlastitim dijetnim ritualima, odjednom se gledaju na posve drugačiji način i više ne vide kako postaju sve mršavije.

Fanatična briga oko težine se čini da je dio težnje anorektičara da učine ono nemoguće, da se ponose time što su super-posebni jer su super-mršavi. Također indoktriniraju sami sebe da vide svijet drugačije te konstantno preuveličavaju sve, od svojih fotografija, veličine svog tijela u ogledalu, do veličine ljudi koji ih okružuju. Može se povući paralela između ozbiljnosti bolesti i stupnja postojanog preuveličavanja. Što oboljeli više preuveličava, to je rezistentniji na tretman. Što je veća potreba za samoobmanom, to je manje anorektičar spreman ponovno ispitati vrijednosti i koncepte prema kojima funkcionira. Pogrešna percepcija i samoobmana služe kao zaštita od dublje anksioznosti, one da oboljeli nije dobro integrirani pojedinac vrijedan pažnje sposoban voditi svoj vlastiti život. A to je još jedan od faktora koji samopodržava bolest. Ako ne dođe do konstruktivnog uplitanja u tijek bolesti te pomoći da se svijet vidi na realniji način, anoreksični stav se može nastaviti godinama te dovesti do smrti, ali još i češće može dovesti do bolne izolacije i kronične invalidnosti.

Još je jedna enigma vezana uz anoreksiju – s jedne strane oboljeli tvrde da ne vide koliko su mršavi i negiraju postojanje ikakvog ozbiljnijeg mršavljenja, ali u isto vrijeme osjećaju neuobičajeno veliki ponos zbog toga i smatraju to svojim najvećim postignućem.

Primijećeno je da su odnos i ponašanje anoreksičnih djevojaka prema hrani vrlo slični onima u drugih osoba koje iz raznoraznih razloga gladuju (zatvorenici, ratni zarobljenici i sl.). Kao i svi ostali ljudi koji se suočavaju s kroničnom gladi i nedostatkom hrane, beskrajno su i neprestano preokupirane hranom i jedenjem i ne žele pričati ni o čem drugom. Često postaju ekscesivno zainteresirane za kuhanje, ponekad preuzimajući na sebe i kuhanje za cijelu obitelj, satima kuhajući i pripremajući kolače i raznorazna jela, te ponekad čak i na agresivan način prisiljavajući članove obitelji da pojedu sve što su pripremile, do zadnje mrvice. U isto vrijeme same neće jesti.

Ono što se naziva „anoreksičnim ponašanjem“ i smatra specifičnim za oboljele od anoreksije, kao što je neprekidna opsesivna preokupiranost hranom, narcistična opsjednutost samim sobom i infantilna regresija, je zapravo identično onome što se događa tijekom gladovanja induciranog vanjskim čimbenicima. Najvažnija razlika je naravno u tome što će žrtva gladovanja pojesti što god nađe, a oboljeli od anoreksije će i dalje odbijati hranu usred obilja, kao da ga neki unutarnji diktator sprječava u tome da zadovolji svoje potrebe i prisiljava ga da odbije hranu koja mu je konstantno dostupna. To daje anoreksičnoj preokupiranosti hranom dozu bizarnosti i mahnitosti.

Jednako tako fascinantna, čak zastrašujuća ponekad je čelična snaga i odlučnost kojom oboljeli rade na svom cilju krajnje mršavosti, ne samo kroz restrikciju unosa hrane nego i kroz iscrpljujuće vježbanje. Bez obzira na slabost koju svi osjećaju zbog ozbiljnog gubitka težine, tjeraju se na nezamislive pothvate da bi dokazali sami sebi i drugima kako žive ideal *mind over body* (snaga volje koja prevladava tjelesna ograničenja) - u principu u svemu što rade, bilo to tjelesna aktivnost, sport, glazba, rješavanje domaće zadaće, učenje, guraju sami sebe do granica izdržljivosti, neumorno radeći satima i satima dnevno, skraćujući razdoblje sna i pritom uživajući u osjećaju postignuća i ponosa jer su to sve izdržali. Na puno načina se te djevojke ponašaju prema sebi kao da su robovi, kojima su uskraćena sva zadovoljstva i užitci, koji su hranjeni minimalnom količinom hrane i tjerani da rade do krajnjih granica izdržljivosti. Često kad se zbog nedostatka hrane osjećaju slabima i da im je tijelo sve slabije i gore, još i pojačaju fizičku aktivnost kako bi dokazali samima sebi kako nisu lijeni. Potreba da održe tijelo što mršavijim je tolika da će oboljeli od anoreksije često na sve moguće načine pokušati održati tjelesnu težinu što nižom, često koristeći inducirano povraćanje, klizme ili ekscesivne upotrebe diuretika ili laksativa. Sve to može dovesti do ozbiljnog poremećaja elektrolita što može dovesti i do fatalnog ishoda.

U nekih osjećaj gladi postane prejak i tada će jesti, ponekad ogromne količine hrane, usprkos velikoj potrebi da ostanu mršave, i nakon toga povraćaju. To se može pojaviti kao povremeno unošenje neumjerenih količina hrane (engl. binge eating) zbog čega se osjećaju

krivima i što vješto skrivaju od okoline, ali to ponašanje ubrzo postane rutina. Pretjerano unošenje hrane, praćeno povraćanjem postane pravilom, a prilika za povraćanjem se planira cijeli dan. Kad ne bude prilike za povraćanjem vraćaju se rutini izgladnjivanja. Oni koji se okušaju u ritualima nekontroliranog jedenje u početku to vide kao savršeno rješenje – mogu se predati želji za hranom i jesti koliko god često žele, u količinama koje žele, i dalje gubiti na težini. Ali ubrzo se potreba za ponavljanjem rituala prežderavanja i zatim povraćanja pretvori u ovisnost, demonsku silu koja počne upravljati njihovim životom te je vrlo teško izaći iz tog začaranog kruga. Osobe koje boluju od tog poremećaja su također vrlo teški kandidati za psihoterapiju, jer se cijela bolest sastoji od pogrešnih pretpostavki i zabluda, a terapija je usmjerena ispravljanju tih psiholoških grešaka. Kod ovog poremećaja se može naći još dodatna komponenta svjesne obmane, a oboljeli često imaju tendenciju izbjegavanja suočavanja sa problemima na terapijskim seansama. Određeni postotak mladih oboljelih od anoreksije prolazi i kroz poremećaj nekontroliranog hranjenja, a mnogi i završe u njemu. Svaki put kad osjete anksioznost ili napetost, traže utjehu u hrani i na taj način izbjegavaju suočavanje sa problemima na dubljoj razini.

Ono što je začuđujuće je da je direktan utjecaj gladi na psihičko funkcioniranje bio zanemaren dugi niz godina. Mnogi od alarmantnih simptoma koji se vežu uz anoreksiju kao što su *splitting* ega, depersonalizacija i teški defekti ega, su direktno vezani uz gladovanje. Ponašanje i funkcioniranje oboljelih može biti narušeno u tolikoj mjeri da to graniči sa psihotičnom organizacijom ličnosti pa osoba primjerice doživljava oprečne opsesivne misli o hrani, koje dolaze na sve načine i u svim oblicima i veličini, kao i strah od nepostojanja ili osjećaj isprepletenosti sa značajnim roditeljskim figurama do te mjere da je nemoguće odrediti granice postojanja između te dvije osobe. Osoba također gubi osjećaj realiteta, vremena i prostora, nije sigurna u postojanje svijeta oko sebe, ima problema s najobičnijom komunikacijom s okolinom, a za obavljanje istih zadataka joj treba puno više vremena i truda nego inače jer se teško usredotočuje. Ovo stanje često uspoređuju sa alkoholiziranošću ili upotrebom droge, a prisutne senzacije često prestraše djevojke. Osjećaj vremena za vrijeme razdoblja gladovanja bude poremećen u svim slučajevima, iako te distorzije djevojke doživljavaju na različite načine. Oboljele od anoreksije svaki unos hrane odgađaju što više mogu za budućnost, a u isto vrijeme osjećaju da sada moraju prevenirati to da u srednjim godinama budu bucmaste, tako da nikad nije pravo vrijeme za jelo. Druge koje se nose s ritualima nekontroliranog hranjenja imaju problema s razdobljima u danu koja nisu unaprijed detaljno isplanirana ili kad nemaju nikakvih obaveza, boje se tih razdoblja, osjećaju prazninu koja često postane okidač novog rituala prežderavanja i povraćanja. Taj iskrivljen osjećaj vremena često je znak neuspješnog unutarnjeg osjećaja stabilnosti, kao da nedostaje unutarnji centar gravitacije u osobi.

Osjetila su toliko pojačana, a ponekad čak i bolna, da im se svi zvukovi čine preglasnima, a svjetlost je toliko jaka da moraju nositi sunčane naočale čak i u zatvorenom prostoru. Kad se kasnije prisjećaju tog razdoblja iznose kako se uopće ne sjećaju što su radili u tom razdoblju, koje su knjige pročitali, jer je sve o čemu su mogli razmišljati bila hrana, neprestano. Sve te senzacije se javljaju kad tjelesna težina padne ispod određene razine i najčešće nestaju čim se započne sa hranjenjem, čak i prije početka psihoterapije, što je i potvrda da se to javlja kao rezultat gladovanja. Neki od oboljelih će međutim te senzacije doživjeti znakom svoje posebnosti, te dokazom da su na pravom putu i uživati u tome što mogu na poseban veličanstveni način, svojim istančanim osjetilima, doživjeti svijet oko sebe. Svi koji se namjerno sudržavaju od unosa hrane osjećaju se superiornima zbog toga, te se osjećaju krivima ako u tome posustanu jer ih to sprječava u tome da ostvare svoje posebne ciljeve.

Ono što je Hilda Bruch, kao i mnogi drugi psihijatri primijetila u svom dugogodišnjem radu s oboljelima od anoreksije je da teška pothranjenost koja se može naći kod oboljelih utječe u tolikoj mjeri na njihovo psihološko i fizičko stanje da se oni nalaze gotovo u toksičnom stanju, te u tom stanju nisu niti motivirani niti u mogućnosti sa psihoterapeutom raditi na rješavanju dubljih problema. Osim toga Bruch je došla do zaključka da je utjecaj kojeg niski unos hrane ima na psihološko funkcioniranje u velikoj mjeri odgovoran za prolongirano trajanje bolesti, na način da podržava bolest i otežava njen tijek, a u nekoj mjeri i onemogućava prepoznavanje i rješavanje podliježećih psiholoških problema. Iz svega nabrojenog značajna evaluacija od strane psihijatra je moguća tek nakon što se isprave najgori efekti malnutricije.

Nadalje, ako gladovanje potraje više godina, psihički efekti postanu integrirani dio ličnosti, te sveokupna klinička slika postane istovjetna onoj graničnog poremećaja ličnosti, pa čak i shizofrenije.

Ipak za objašnjenje razvoja anoreksije nervoze nije dovoljno razumjeti samo iskustvo gladovanja. Većina ljudi će učiniti sve da se na bilo koji način oslobode gladi koju uzrokuje glad, dok osobe oboljele od anoreksije budu uhvaćene u proces jer to na neki čudan način ispunjava njihovu potrebu da budu izvanredne i posebne. Nije u pitanju bolest koja se sama od sebe dogodi djevojkama, one su uvijek aktivni sudionici procesa. Iz toga razloga je nužno tražiti uzroke u interpersonalnim odnosima i razvojnim deficitima.

Za razliku od preosjetljivosti osjetila i nekih aspekata poremećenog osjećaja za vrijeme većina karakterističnih novih simptoma imaju povijest razvijanja. Razvijanje anoreksičnog stava nije nešto što se dogodi odjednom i automatski – ono zahtijeva aktivan rad i pozornost svoje žrtve, sat za satom. To nije samo navika koja se ne može prekinuti, da bi se nastavila

zahtijeva patnju i neprestani teški rad. Oboljeli se stvarno muče da bi promijenili, negirali i na krivi način percipirali dokaze svojih osjetila. Neki od ovih aspekta su rezultat iskustva gladi, dok su mnogi drugi povezani s nezrelošću osobne i socijalne konceptualizacije, što sad postaje očito i koristi u pokušajima da se promijeni životna stvarnost. Što dulje bolest traje i što više kilograma izgube, to više anorektičari postanu uvjereni da su posebni i drugačiji, da ih to što su tako mršavi čini vrijednim poštovanja, bitnim, izvanrednim i natprosječnim. Iz tog razloga osjećaju da više ne mogu komunicirati s običnim ljudima, koji ih jednostavno neće razumjeti. Ta sve veća izoliranost vjerojatno ima najrazorniji efekt na dugoročni razvoj. Lišeni svih korektivnih iskustava, a posebice kontakta s vršnjacima za vrijeme vrlo značajnog razdoblja adolescentnog razvoja, oni postaju kompletno usredotočeni samo na sebi, uvijek iznova razmišljajući samo o težini i hrani.

Svi oboljeli od anoreksije očekuju da će za svoje gladovanje biti nagrađeni nečim posebnim, nečim nadljudskim. Neki to kasnije uspoređuju s očekivanjem pronalaska ćupa zlata na kraju duge, ali na kraju shvaćaju da ne postoji ćup sa zlatom, i ne postoji ništa vrijedno pohvale u gladovanju i ne mogu na taj način promijeniti svoj život.

Kad se oboljeli pitaju zašto su započeli s restrikcijom unosa hrane svi će reći da je to zato što su predebeli, iako zapravo samo poneki stvarno imaju višak kilograma. Zapravo je tu uvijek u pitanju kap koja je prelila čašu, a većina oboljelih pamti taj određeni događaj ili primjedbu zbog koje su se osjetili predebelima. Strah od toga da si predebeo ima puno različitih značenja, a ovi mladi ljudi su ekstremno osjetljivi te sve što ima i prizvuke kritiziranja i zadirkivanje shvaćaju kao uvrede. Obično preokupacija tjelesnom težinom i dijetama krene kad su suočeni s nekim novim iskustvom, primjerice promjenom škole, odlaskom na fakultet i sl. U tim situacijama, kad već unaprijed osjećaju da nisu u prednosti jer dolaze u novu sredinu, brinu da neće naći nove prijatelje jer nisu dovoljno atletskog izgleda i boje se jer su bucmasti. Može se dogoditi i da je prvi gubitak kilograma sasvim slučajan. U toj situaciji možda osjete divljenje i pohvale drugih, osjećaju se ponosni jer izgledaju vitkije, uživaju u tome i zatim odluče izgubiti još kilograma kako bi ih još više poštovali.

Djevojke reagiraju teškom anoreksijom na ono zbog čega osjećaju da gube kontrolu. Bolest postane evidentna kad su ti mladi ljudi suočeni sa promjenama ili novim zahtjevima koji se pred njih stavljaju, a ne mogu se s njima nositi. Često se bolest razvije kad se prvi put nađu sami te trebaju svojim zaslugama i djelima osigurati sami sebi poziciju te ostanu paralizirani od straha da neće moći držati korak s drugima. Često su nesigurni oko toga što sami žele ili očekuju te ne znaju kakve osobe jesu ili žele biti. Nepripremljeni za izazove adolescencije, a u želji da dokažu svoju socijalnu kompetenciju, neki čine dramatične korake kao što je putovanje u inozemstvo. Za mnoge ta forsirana potraga za emancipacijom i

samostalnošću izravno dovede do nastanka bolesti, kad oni sami otkriju da su i u nekoj drugoj sredini i dalje sami i depresivni te se osjećaju izolirani od svih.

Mnogi anoreksični mladići i djevojke započnu s anoreksijom jer traže način da ostvare kontrolu u svom životu. Pritom je sveprisutan koncept „um iznad tijela“ (*mind over body*) – kad si nesretan jer osjećaš kao da ne možeš ništa ostvariti, onda preuzeti i imati kontrolu nas svojim tijelom postane glavno postignuće. Od svog tijela napraviš svoje vlastito kraljevstvo u kojem si ti apsolutni diktator, a nepodlijeganje ikakvim zahtjevima i potrebama tijela postane najviša kvaliteta u životu. Najoštrije se uskraćuje potreba za hranom. Pritom, koliko god bolna glad bila, uspjeh da se ona tolerira jedan sat više, uzimanje hrane odgodi do razina ekstremne gladi postaje znak pobjede. To izaziva ponos i osjećaj superiornosti, čime se oboljeli povezuju sa svijetom koji ih okružuje. Njihovo tijelo postane njihova vlastita arena za vježbanje kontrole. Osim gladi i podnošenje umora je jednako vrijedno. Otrčati još jedan kilometar, otplivati još jedan krug, raditi sve teže vježbe – sve postane simbolom pobjede nad tijelom. Bilo da se radilo o umoru, gladi ili izdržavanju na hladnoći bez kaputa na sebi. Tijelo i njegovi zahtjevi moraju biti podčinjeni svaki dan, svaki sat, svaku minutu. Upravo taj ponos i neizmjerno zadovoljstvo oboljeli osjećaju zbog gubitka kilograma jer je ključni element koji će razlikovati „običnu“ dijetu od bolesti koja će dovesti do potpunog urušavanja organizma.

Iako se često neki vanjski događaj ili iskustvo navodi kao okidač za nastanak bolesti, on gotovo nikad nije stvarni uzrok – on predstavlja samo ekstra zahtjev ili konfrontaciju zbog koje unutarnje nezadovoljstvo postane nepodnošljivo. Sa svojim konkretnim, djetinjim načinom razmišljanja, anoreksične djevojke i mladići okrivljuju svoje tijelo za nelagodu koju osjećaju i pokušavaju riješiti sve probleme koje imaju gladovanjem i iscrpljujućim aktivnostima. Okrivljuju sebe za svoje stvarne ili umišljene nedostatke i definitivno se može naći element samokažnjavanja u načinu na koji uskraćuju samima sebi zadovoljstvo i užitke. Iz drugog aspekta cijela bolest se može shvatiti kao pokušaj zaustavljanja vremena, tako da dijete ne odraste nego se vrati na veličinu i funkcioniranje djeteta. Iako su i sami često svjesni da je način na koji su odgajani kriv za to što su nepripremljeni za nastavak života, često oboljeli i dalje čeznu za vraćanjem u djetinjstvo, jer iako su postojali nedostaci u domu u kojem su odrastali, posebno po pitanju interakcija i očekivanja, tamo su ipak osjećali ljubav i toplinu.

Kad govore o svom odrastanju i sredini iz koje dolaze, gotovo sve anorektičarke će prvo pričati o superiornim karakteristikama sredine iz koje dolaze. S obzirom da većina djevojaka koje boluju od anoreksije dolaze iz srednje do visoko klasnih obitelji, s visokim socijalnim

statusom i jako dobrom financijskom situacijom, moglo bi se reći da su tijekom svog odrastanja imale sve što su uopće mogle i poželjeti.

Vrlo često je potrebno puno vremena da se od blistave slike sreće i blagostanja o kojoj govore i roditelji i anoreksične pacijentice dođe do toga što je u pozadini. Ponekad je ta blistava slika direktno negiranje činjenica, jer samim pogledom na anoreksičnu pacijenticu postane jasno da nešto nije u redu i da nije sve tako savršeno, ili je u pitanju strah djeteta da ne bude kritizirano ako nešto kaže. Ponekad je to znak i pretjeranog pridržavanja svega što roditelji kažu, jer sve što oni kažu je ispravno i djeca sama sebe krive jer nisu dovoljno dobri. Ipak kad se malo dublje uđe u problematiku koja leži u pozadini nastanka bolesti, mnoge će otvoreno govoriti o teškoćama, zabranama i obavezama koje sa sobom nosi odrastanje u tako imućnoj sredini.

Možda je najilustrativnija slika toga ona koju je jedna pacijentica ispričala Bruch, kad su razgovarale o tome kako se osjećala tijekom odrastanja:

> Čak i kao dijete, pacijentica je smatrala da nije dostojna svih privilegija i povlastica koje joj je njena obitelj ponudila, jer nije dovoljno briljantna. Osjećala je da ne pripada tamo, da nema čime pridonijeti svojoj obitelji. Zatim joj je došla slika, da je ona kao vrabac u zlatnom kavezu – prejednostavna i preobična za luksuznost svoga doma, ali u isto vrijeme lišena slobode da radi ono što uistinu želi u životu. Zaključila je da su kavezi napravljeni za velike žarko obojene ptice koje se ponose svojim perjem i zadovoljavaju skakutanjem uokolo u kavezu. Ona je osjećala da je drukčija, kao neprimjetan i energični vrabac koji želi letjeti slobodno i živjeti samostalno, koji nije rođen za život u kavezu.

Mnogi oboljeli od anoreksije opisuju svoj život na sličan način – kao neprestano pokušavanje da ispune očekivanja svoje obitelji, uvijek strahujući da nisu dovoljno dobri u usporedbi s drugima te da su automatski gubitnici i razočaranje za svoju obitelj. To dramatično nezadovoljstvo koje oboljeli osjećaju je ključni problem u anoreksiji nervozi i prethodi brigama oko težine i dijetama.

6.3.2. ULOGA ODNOSA OBITELJ - DIJETE U ANOREKSIJI NERVOZI

Obitelji anoreksičnih djevojki obično imaju niz zajedničkih karakteristika, koje su Minuchin i suradnici objedinili u sliku „psihosomatske obitelji“. Iskustva Hilde Bruch se uvelike poklapaju s njihovim otkrićem.

Obitelji su obično malene, s dvoje do troje djece, i roditeljima u srednjoj i starijoj životnoj dobi. Ono što je za Bruch bila iznenađujuća zajednička karakteristika obitelji oboljelih je mali broj muške djece, što su mnogi roditelji negirali kao problem, iako se u kasnijim razgovorima

često moglo susresti da su majke bile depresivne što su razočarale svoje muževe time što im nisu rodile mušku djecu, a očevi često odgajali svoje kćeri kao sinove. Anoreksične djevojke koje su imale braću su često bile najmlađe dijete i tijekom cijelog svog odrastanja pokušavale održati korak sa postignućima i aktivnostima svoje braće. Značajno je da očevi izrazito cijene svoje kćeri zbog njihove intelektualne briljantnosti i sportskih postignuća te gotovo nikad ne obraćaju pozornost na njihov fizički izgled za vrijeme odrastanja, iako će ih često kritizirati ako postanu punašne.

Majke anoreksičnih djevojaka su često predane i savjesne, misle da su u odgoju svoje djece napravile sve dobro te omogućile svojoj djeci da procvjetaju. Često se uspoređuju s drugima i paze da je njihov način odgajanja uvijek bolji od onog njihovih susjeda i prijatelja. Majke su često bile uspješne žene s karijerom koje su se odrekle da bi se brinule o obitelji, zbog čega neke žale i često se može vidjeti kako, iako na prvi pogled izgledaju podložne svojim muževima, često ih ne poštuju.

Očevi, bez obzira na svoj uspješan financijski i socijalni život, često se osjećaju drugi najbolji u obitelji te su u ogromnoj mjeri preokupirani svojim fizičkim izgledom i imidžem, posebno cijeneći fitness i ljepotu te očekujući primjereno ponašanje i mjerljiva postignuća od svoje djece. Roditelji se najčešće žale kako im je bolno i frustrirajuće gledati kako njihovo anoreksično dijete odbija jesti. Ali se znalo naći i dosta majki koje su se složile s time da njihove kćeri jedu sasvim dovoljno i da im nije jasno zašto imaju toliko malu tjelesnu težinu. Neizostavno su te majke bile preokupirane sa svojom vlastitom težinom te na neki način zavidjele svojim kćerima na snazi volje da izdrže jesti toliko malene količine.

Roditelji, ponekad nesretni jer sami nisu uspjeli ostvariti svoje snove, daju sve od sebe da svojoj djeci pruže sve najbolje te u isto vrijeme i očekuju velike stvari od njih.

Enigma anoreksije nervoze je u tome kako je moguće da uspješne i vrlo funkcionalne obitelji ne uspiju prenijeti svojoj djeci adekvatan osjećaj samopouzdanja i osjećaja vlastite vrijednosti, zbog čega nisu sposobne za suočavanje i uživanje u novim prilikama koje im nosi adolescencija i odraslost. Ta djeca odrastaju zbunjena vlastitim konceptima o svom tijelu i njegovim funkcijama i nedostaje im osjećaj identiteta, autonomije i kontrole. Na puno načina se ponašaju kao da nemaju nikakvih samostalnih prava, kao da niti njihova tijela niti njihove akcije nisu vođene od strane njih samih, kao da čak nisu njihova. Na krivi način percipiraju i interpretiraju tjelesne senzacije, ne vide se na realističan način i svi pate od sveprisutnog osjećaja vlastite neučinkovitosti te osjećaja nedostatka kontrole nad vlastitim životom i odnosima s drugim ljudima. Osim toga, zajednička karakteristika djece koja potječu iz takvih obitelji je ona vjeruju da moraju dokazati nešto svojim roditeljima, da je njihov zadatak učiniti svoje roditelje sretnima, uspješnima i superiornima. Te djevojke često osjećaju teret

povlastica i privilegija te smatraju da se od njih očekuje puno jer im je puno dano, te da su na neki način osuđene na to da moraju biti posebne. Često se dogodi da je anoreksična djevojka doživjela kako su njeni roditelji razočarani prosječnošću njezine braće i sestara te iz tog razloga daju sve od sebe da svojom izvrsnošću ne razočara roditelje na isti način. Kad im sve obaveze i aktivnosti kojima se bave kako bi zadovoljili roditelje postanu preteške onda traže spas iz te situacije u uspostavljanje ekscesivne kontrole nad svojim tijelom i agresivnom negativističkom ponašanju.

Najčešće kad se prisjećaju razdoblja prije nastanka bolesti, o oboljelom djetetu roditelji govore kao o najboljem, najinteligentnijem, najpristojnijem, najposlušnijem i najsuradljivijem djetetu ikada, koje je oduvijek bilo superiornije i bolje od svoje braće i sestara te im uvijek pružalo više zadovoljstva. Isto tako im je to što imaju tako dobro dijete uvijek potvrđivalo da su dobri kao roditelji. To je dijete koje su uvijek lako voljeli, uživali u druženju s njime i kome su iskreno pokazivali svoju privrženost.

S druge strane anoreksične djevojke, kad se prisjećaju svog djetinjstva, iznose kako su uvijek bile konstantno zabrinute da nisu dovoljno dobre, da neće ispuniti očekivanja svojih roditelja i da će izgubiti njihovu ljubav i razumijevanje. Sve dok bolest nije postala očita činile su sve što je u njihovoj moći da sakriju svoje nezadovoljstvo i uvjere roditelje kako su sretne, uvijek glumeći pred njima. Djevojke često govore kako su se osjećale nedostojno, nezahvalno i da su toliko privilegirane u svom životu da osjećaju da ne zaslužuju toliko lijepih stvari. Osim toga osjećaju teret zadatka da postanu nešto posebno, jer misle da im je to obaveza.

Oboljeli od anoreksije često neprestano brinu i dvoje oko toga što njihovi roditelji zapravo misle ili osjećaju prema njima. Bez obzira što su roditelji često puni riječi hvale i odobravanja za svoju djecu, anoreksični mladići i djevojke će to percipirati na način da oni to rade jer je to njihova dužnost, a ne jer to uistinu misle. Često su neizmjerno anksiozni jer misle da nikada neće znati što oni zapravo misle. Puno djevojaka izražava kako imaju osjećaj da imaju posebnu odgovornost za svoju majku te rade sve što je moguće da ju ni na koji način ne povrijede, uvijek imajući na umu prvo njene želje i mišljenje, a ne svoje. Ta ekscesivna briga oko osjećaja njihovih roditelja, dovodi do toga da djevojke postanu uvjerene da nemaju pravo na izražavanje vlastitih osjećaja i ponašanje na način na koji žele. Uvijek brinući o tome što oni zapravo misle i osjećaju, djevojke često unaprijed pogađaju što misle da njihovi roditelji osjećaju ili kako će na njih djelovati njihovi postupci, te se onda ponašaju u skladu s tim pretpostavkama, iako ih to čini nesretnima.

U toj neprestanoj brizi i razmišljanju o tome što njihovi roditelji stvarno misle iza njihovih zadovoljnih i odobravajućih lica, što nikako ne mogu dokučiti, mnogi mladi odluče da će

postati najsavršenije dijete na svijetu, savršenije nego što bi ijedan roditelj mogao poželjeti, da osiguraju da ih roditelji nikad ne trebaju kritizirati, okrivljavati ni za što te da su uvijek zadovoljni s njima. Pritom kreiraju vlastitu potpuno nerealističnu sliku o tome kako bi oni i njihov život trebali izgledati te se jako brinu oko toga što ljudi oko njih misle, i strepe od osude društva. Iako su često jako opterećeni s time što njihovi roditelji stvarno misle i osjećaju, često izrazito nevoljno priznaju i prihvaćaju da stvarno postoji problem. Iako oboljelog u obitelji svi smatraju savršenim djetetom, on živi u konstantom strahu da neće biti voljen i prihvaćen. Iz tog razloga glumi savršenu, dobru, poslušnu, slatku osobu koju će svi voljeti, te pazi da nikad ne učini ništa što bi moglo dovesti do kritika, i to mu u djetinjstvu pruža sigurnost. Ovakav oblik uskogrudnog dobrog ponašanja odražava moralne prosudbe malog djeteta. Ali kad strah prevlada i osoba izgubi sigurnost, što se događa odrastanjem, postaje anoreksična.

Osim brige za mišljenje roditelja, u ponašanju mladih koji boluju od anoreksije često postoji velika preokupacija s time kako će izgledati, što će ljudi misliti o njima te kakvu sliku moraju sačuvati pred drugima. Ta velika briga oko slike koju će ostaviti na druge može se naći i kod njihovih roditelja. Vrlo često su majke neuobičajeno savjesne po pitanju vlastite tjelesne težine i preokupirane držanjem dijete, dok su neke druge opsesivno preokupirane savršenstvom svoga tijela i nekom manom koja to narušava. U drugim obiteljima otac je taj koji je opsjednut dijetama, čak i pomalo diktatorski što utječe na cijelu obitelj.

Ponekad su roditelji ti koji nikad nisu zadovoljni sa postupcima i odabirima svoje djece, pa izgleda kao da odgajaju dijete na način da ispunjava njihove želje i potrebe, što će dijete iskusiti kroz konstantno kritiziranje svega te se iz toga razvije djetetova potreba za konstantnim udovoljavanjem svojim roditeljima bez obzira na sve. U svim tim obiteljima je također vrlo bitno pristojno ponašanje te se svi roditelji jako ponose svojom djecom jer nikad ne pokazuju obično djetinjasto ponašanje kao što je tvrdoglavost, ljutnja ili odgovaranje svojim roditeljima. Upravo je to nepokazivanje osjećaja, pogotovo kad su u pitanju negativni osjećaji, generalno pravilo, i traje sve dok bolest ne postane manifestna, kad se prijašnje dobro ponašanje pretvori u nediskriminatorni negativizam.

Dobar izgled i lijepo ponašanje nisu jedina područja na kojima se očekuje previše od ovih mladih. Veliki naglasak je stavljen i na akademska postignuća, zbog čega ih se šalje u najbolje škole i izlaže širokom kulturološkom iskustvu, pa ih se vodi na koncerte i muzeje od najranije dobi, a mnogi su u velikoj mjeri uključeni i u aktivni socijalni život svojih roditelja. Roditelji su vrlo ponosni na postignuća svoje djece te djeca vrlo često rade sve što je u njihovoj moći da bi ih učinili ponosnima.

Svi problemi koji su doveli do bolesti, a roditelji su ih mogli primijetiti kao znakove upozorenja, su najčešće vrlo suptilni. Zajednička karakteristika je da ovi mladi tijekom svog odrastanja nisu bili prihvaćeni i cijenjeni jer su individualci koji imaju vlastita prava, nego su bili cijenjeni većinom zbog toga što čine život i iskustva svojih roditelja kompletnima i više zadovoljavajućima nego da ih nema.

Iako roditelji često i primijete taj nedostatak asertivnosti koji je uočljiv u oboljelih već tijekom djetinjstva, ipak ih to ne zabrinjavala toliko da bi to smatrali nečim nenormalnim.

U obiteljima se također mogu primijetiti zanimljivi obrasci interakcije. Kad su viđeni svi zajedno, rijetko se dogodi da samo jedan član priča o sebi i svojim idejama i osjećajima u direktnom obliku, najčešće izgleda kao da svi znaju što ovaj drugi misli i osjeća, čak i bolje od njega samog, i dogodi se da nikad ne znaš tko priča u čije ime. U pitanju je isprepletenost (engl. *enmeshment*), ili kako to Hilde Bruch naziva konfuzija zamjenica (engl. *confusion of pronouns*). Braća i sestre oboljelog obično ostanu izvan te isprepletenosti, nalazeći zadovoljstvo izvan doma te ujedno ostavljajući samim anoreksično dijete koje obično ne vole jer je tolika dobrica, kao da ga na neki način žrtvuju potrebama roditelja.

Roditelji će često pričati sa ponosom kako su pružili svojoj djeci sretan i harmoničan dom, ali to najčešće nije ono što anoreksična djevojka osjeća. Često se dogodi da je baš anoreksična djevojka ta koja je svjesna mane u braku svojih roditelja i osjeća da je njena dužnost nadoknaditi roditeljima to što nedostaje u njihovom odnosu. Isto tako se zna dogoditi da pacijentica osjeća da je njen zadatak u životu pružiti svojoj majci zadovoljstvo koje nije dobila u braku, zbog čega postanu izrazito povezane i neprestano se druže. Ali u onom trenutku kad djevojka treba potražiti vlastite prijatelje i odvojiti se od majke, može se dogoditi da ju ona okrivljuje, nabija joj grižnju savjesti te kritizira sve njene prijatelje.

Uvijek je vrlo bitno pitanje koji je uzrok zbog čega roditelji koriste svoje dijete na ovaj način te je to jedna od stvari koje psihoterapeut mora otkriti. Bolest sama po sebi ima vrlo razarajući učinak na obitelj. Roditelji odbijaju biti okrivljeni za bolest i očekuju od djeteta da osjeća krivnju što im je uzrokovalo toliko brige i tuge. Jednom kad se anoreksija razvije, ona promijeni živote i oboljelog i cijele obitelji. Umjesto tihe harmonične atmosfere koja je prije postojala, sad su prisutni izljevi ljutnje, otvoreno svađanje i međusobno optuživanje. Zapravo u tom trenutku na vidjelo izađe sve ono što je tamo postojalo sve vrijeme – postane vidljiva neravnoteža moći, a djetetovo konstantno prilagođavanje i slaganje sa svime što roditelji kažu otkriva činjenicu da je dijete bilo spriječeno od strane roditelja da živi svoj život onako kako ono želi. Roditelji su, umjesto da svoje dijete usmjeravaju u određenoj mjeri, primili „zdravo za gotovo“ da je njihov zadatak da donose sve planove i odluke u životu njihove

djece i uvjereni su u to da je njihov pristup životu dobar i poželjan te da oni imaju pravo očekivati od svoje djece da ostvaruju njihove želje i snove.

Djetetova nesposobnost za konstruktivno zauzimanje za sebe i svoje stavove i asocirani deficiti u razvoju ličnosti su rezultat interakcija u obitelji koje su započele rano u životu. Nesvjesnost roditelja da su prakticirali ekscesivnu kontrolu nad svojom djecom i njihova nespremnost da s time prestanu su dio uzroka koji podržava bolest, ne dopuštajući joj da prestane.

Iako postoje mnoge individualne karakteristike u oboljelih, ovi simptomi su karakteristični za anoreksiju i mogu se povezati s iskustvima u ranom djetinjstvu. Način na koji pogrešno upotrebljavaju hranjenje i zajednički strah da nemaju kontrole nas vlastitim jelom, dosta očito označavaju kako se svijest o gladi razvila na pogrešan način. Nema sumnje da su djeca tijekom cijelog života bila vrlo dobro zbrinuta i fizički i materijalno i edukacijski, ali teškoće leže u interakcijama djeteta i okoline te činjenice da su sve te dobre stvari djetetu dane bez pretjeranog razmišljanja o djetetovim vlastitim željama i potrebama. U modernoj dječjoj psihologiji smatra se da bi djetetov vlastiti doprinos svom razvoju trebalo uzimati u obzir od samog rođenja. Da bi dijete razvilo valjan osjećaj vlastitog identiteta i kapacitete da se izrazi na pravilan način, bitno je da se sve znakove koji dolaze od djeteta, bilo to biološke, emocionalne, intelektualne ili socijalne, na pravilan način prepozna te na njih odgovori na odgovarajući način. Bez te potvrde i osnaživanja izražavanje djetetovih potreba, koje su u početku vrlo teške za razlikovati, postoji opasnost da će dijete odrasti zbunjeno i biti nesigurno u diferenciranju između raznoraznih tjelesnih senzacija i emocionalnih i interpersonalnih iskustava. Može čak biti zbunjeno oko toga dolazi li osjet ili impuls iz njega samoga ili okoline te osjećati kako nije u potpunosti odvojeno od drugih. Isto tako može se osjećati bespomoćnim pod utjecajem unutarnjih potreba ili zahtjeva koji dolaze izvana.

Ta interoceptivna konfuzija, kako ju Bruch opisuje, označava zbunjenost oboljelog oko signala koji dolaze iz tijela i osjetila, pri čemu bolesnice imaju teškoća u doživljavanju gladi, sitosti i osjećaja. Bruch je prva prepoznala postojanje poremećaja u doživljavanju (percepciji) tijela.

Gore navedeni koncept se može primijeniti na sva razvojna područja, a kako funkcionira se može promatrati prilikom hranjenja. Majka će svom djetetu ponuditi hranu kad njegov plač i ponašanje budu indicirali potrebu za time, tako da će dijete postupno naučiti razlikovati glad, kao senzaciju koja je različita od drugih. S druge strane ako je majčina reakcija konstantno neprimjerena, zanemarujuća (ne hrani dijete kad je gladno), previše brižna (hrani dijete na bilo kakve znake nelagode), dijete neće uspješno razlikovati glad i sitost, ili glad od bilo koje druge napetosti ili nelagode koju osjeti.

Ako dijete od ranog djetinjstva bude odgajano da mora pojesti sve što je na tanjuru bez obzira sviđalo mu se to ili ne i bez obzira je li sito ili ne, može se dogoditi da dijete ne razvije kapacitet da samo regulira vlastito hranjenje te da ne može ocijeniti jede li previše ili premalo.

Analizirajući razvoj anoreksičnog pacijenta često se može pronaći dokaze da znakovi koje je dijete slalo nisu bili prihvaćeni i potvrđeni na pravilan način. U tim obiteljima rast i razvoj djeteta se smatraju postignućem roditelja, a ne djeteta. Motiv koji se provlači kroz sve razgovore s roditeljima je uvijek izjava da je s djetetom sve uvijek bilo super i da nikad nije pravilo nikakve probleme. Glavno pravilo po kojem mnogi oboljeli žive od rođenja je da udovoljavaju drugima i nikad nikoga ne vrijeđaju. Isto tako problem s kojim se mnogi oboljeli suočavaju je taj da imaju teškoća u razlikovanju starih pravila koja su za njih vrijedila u djetinjstvu od ponašanja koje bi bilo primjereno njihovoj sadašnjoj starosti. Ako nisu nikad tijekom svog razvoja pokazali ljutnju ili ikakav oblik neslaganja, odrastaju s nedostatkom tog iskustva.

Anoreksični pacijenti na prvi pogled ostavljaju dojam tvrdoglavosti, velike snage i ponosa na to što ne jedu i apsolutno odbijaju svaku sugestiju da se opuste i počnu jesti. Taj dojam vrlo brzo bude zamijenjen sa stvarnom slikom osjećaja neučinkovitosti, nemogućnosti donošenja odluka i konstantnog straha da neće biti poštovani i ocijenjeni dovoljno visokim ocjenama od strane drugih. Ovi mladi se čine kao da nemaju nikakav dojam vlastitog identiteta i vrijednosti i preokupirani su zadovoljavanjem slike koju drugi imaju o njima. Njihovo cijelo djetinjstvo je prožeto potrebom da pogađaju što drugi ljudi misle, osjećaju te se ponašaju u skladu s time što misle da drugi od njih očekuju. Ta potreba da udovolje i usreće druge se možda najbolje vidi prema poklonima – često djeca prolaze kroz djetinjstvo nesvjesna da imaju pravo željeti nešto, a roditelji ih nikada nisu pitali o njihovim stvarnim željama, zbog čega ne mogu uopće razlikovati ono što stvarno žele ili ne žele i ono što dobiju ili roditelji za njih planiraju. Često djeca unaprijed pogađaju što bi im to roditelji mogli poželjeti kupiti i zatim to prihvaćaju s entuzijazmom, iako su često u pitanju stvari koje im se uopće ne sviđaju. Idu toliko daleko da po završetku tog detektivskog posla nalaze način da svojim roditeljima suptilno stave do znanja da su u pravu i da oni baš to žele, sve kako bi ih usrećili. Neki misle da je zadatak djeteta da usreći svoje roditelje bez obzira što oni za njega odabrali od poklona, i da bude zahvalno i veselo oko toga, čak i ako je možda željelo nešto sasvim drugo, jer kad bi to otvoreno pokazalo ispalo bi nezahvalno i možda ih razočaralo.

To vrlo dobro pokazuje pretjeranu poslušnost, abnormalnu obazrivost i manjak asertivnosti kod anoreksičnih pacijenata. S manjkom osjećaja autonomije i uvijek čineći što su im drugi govorili, imaju problema u donošenju vlastitih odluka i nisu u stanju testirati svoje

vlastite kapacitete. Prema Piagetu, kapacitet za razmišljanje, kognitivni razvoj, prolazi kroz nekoliko faza. Iako je taj potencijal za postupni razvoj prirođen svim ljudima, za pravilno sazrijevanje neophodna je ohrabrujuća okolina. Čini se da je kod anoreksičnih djevojaka i mladića to ohrabrenje bilo nedovoljno te oni nastavljaju funkcionirati prema moralnim uvjerenjima i stilom razmišljanja na razini ranog djetinjstva. Piaget je nazvao ovu fazu predoperacijskom fazom, a naziva se još i fazom egocentričnosti. Čini se da su se anoreksični pacijenti zaustavili u toj fazi, barem prema načinu na koji pristupaju osobnim problemima i razvoju karakteristične adolescentne faze koja uključuje kapacitet formalnih operacija sa sposobnošću za apstraktno razmišljanje i samostalnu evaluaciju koja je kod njih deficijentna ili čak u potpunosti nedostaje. Često velika akademska postignuća oboljelih na neki način zamaskiraju činjenicu da im je konceptualno funkcioniranje na neki način zaostalo na nižoj razvojnoj razini. Kod njih se može pronaći disharmoničan razvoj svakodnevnog razmišljanja i rigidna interpretacija odnosa među ljudima, uključujući i njihovu samoevaluaciju te poremećaj načina na koji shvaćaju i vide svoje tijelo i nesposobnost da vide same sebe realno što se može shvatiti kao odraz pogrešnih pretpostavki. Često oboljeli od anoreksije i u adolescentnoj dobi nastavljaju s dječjim interpretacijama situacija u životu, zbog čega mnoge stvari doslovno shvaćaju te prema njima oblikuju svoje razmišljanje, ponašanje i cijeli svoj život. U adolescenciji postanu na dramatičan način vidljivi nedostaci njihovog razvoja zbog kojih adolescenti tjeraju sami sebe da budu dobri, žive po pravilima i izbjegavaju izazivanje kritika ili nezadovoljstva kod svojih roditelja ili učitelja.

6.3.3. ODNOS PREMA IZAZOVIMA ODRASTANJA

Karakteristično pretjerano popustljivo prilagođavanje drugima je vidljivo i u odnosima koje anoreksični pacijenti imaju sa svojim prijateljima. Kao i u obiteljskom životu, i u prijateljstvima nisu svjesni svoje vlastite individualnosti kojom mogu pridonijeti prijateljstvu na ispravan način, nego se postavljaju kao prazne ploče koje će reflektirati i raditi sve što prijatelj želi i u čemu uživa te se ponašati na način na koji ih druge osobe vide, kao da oni sami nemaju osobnost. Sa svakim prijateljem oboljeli će razviti drugačije interese i drugačiju osobnost, što može dovesti do neizmjernih teškoća kad se oboljeli u isto vrijeme nalazi u društvu više svojih prijatelja pa ne zna na koji način bi se trebao ponašati i doživljava strašnu fragmentaciju samog sebe. Obično njihova prijateljstva ne traju duže od godinu dana, oboljeli su uvijek u službi „pratitelja“ i često budu ostavljeni sa strane kad druga osoba nađe neke nove prijatelje. U društvu, okruženi kolegama, anoreksični mladići i djevojke se uvijek u svemu uspoređuju s drugima, uvijek zabrinuti što će drugi reći i misliti o njima.

Često se otkrije da anoreksični pacijenti u godinama koje prethode bolesti postanu izolirani od okoline, bilo jer su to sami željeli ili jer ih je okolina isključila. Zbog svojih rigidnih razmišljanja i osuđivanja osoba koje ih okružuju, a ne žive prema idealima savršenosti kojima oni sami teže, ali još više zbog toga što ne mogu držati korak s vršnjacima i novim obrascima njihovog ponašanja i razmišljanja kao adolescenti, dotadašnji prijatelji im postanu zastrašujući i strani. Bolest postane manifestna kad u potpunosti više ne mogu držati korak niti s vršnjacima, niti s obitelji.

Djevojke ne mogu shvatiti sebe kao jedinke koje same upravljaju svojim životom, nego kad se anoreksija razvije misle da je bolest uzrokovana nekom misterioznom silom koja invadira njihov život i njihovo ponašanje. Mnogi sebe i svoje tijelo percipiraju kao odvojene entitete i smatraju da je zadatak uma da kontrolira neposlušno tijelo. Drugi govore o tome kako se osjećaju podijeljeno, kao da su podijeljeni u dvije osobe, te govore o drugom dijelu selfa kao o „diktatoru koji upravlja sa mnom“, „“duhu koji me okružuje“ ili „malom čovjeku koji prigovara dok jedem“. Obično je taj tajni, ali moćni dio selfa zapravo personifikacija svega što su htjeli sakriti ili negirati kao nešto što se ne odobrava, bilo od strane njih ili drugih. Neobično je to da je taj drugi dio selfa uvijek muškog spola. Iako to neće svi otvoreno priznati mnoge djevojke su tijekom života osjećale da je to što su ženskog spola nepravedni nedostatak te su oduvijek sanjale o tome da će biti dobre u područjima i poslovima koji se više cijene jer su „muški“ poslovi.

Ono čega se zapravo svi boje nije odraslo doba, svi se boje postajanja tinejdžerima, kad se od njih očekuje više samostalno ponašanje.

Odrastanje i adolescencija često u njima izazivaju strah od toga da će izgubiti svoje mjesto u domu, biti ostavljeni sami i da ih nitko više neće htjeti, a neki se boje bioloških promjena koje donosi pubertet, kao što je pojava mjesečnice ili oblikovanje tijela koje sami često okarakteriziraju debljanjem, kao da nisu svjesni da je to normalna pojava. Odvajanje od roditelja prolaskom kroz adolescenciju je često problem anoreksičnim djevojkama, pa neke gubitkom težine oživljavaju želju da ponovno budu malene djevojčice, da se mogu u potpunosti osloniti na svoje roditelje i da se oni mogu brinuti za njih. Bolest doživljavaju sponom koja ih drži zajedno i ne dopušta da se razdvoje, što je ideja koju izražavaju mnoge anoreksične djevojke – koje potajno vjeruju da će ako budu mršave i ako im bude potrebna zaštita roditelja, na taj način osigurati vječnu ljubav i njegu svojih roditelja.

Također često u isto vrijeme dolazi do promjena u zahtjevima okoline, i promjena u obitelji ili mnogo češće izostanka nužnih promjena u obitelji, koje bi omogućile normalan razvoj individuacije i emancipacije za vrijeme adolescencije, zbog čega djevojke osjećaju da

imaju nužnost biti uz roditelje i osjećaju se krivima kad traže prijatelje i bliskost izvan doma, što je normalno za ovo razdoblje.

Kod drugih djevojaka ulazak u pubertet znači kraj tajnog sna da će jednog dana odrasti u muškarca. Neke će otvoreno govoriti o tome kako bi više voljele da su mladići, a ne djevojke, a druge će to spomenuti kad počnu s gađenjem govoriti o ženskom tijelu. Djevojke često izražavaju žaljenje što nisu muškog spola jer misle da bi na taj način mogle bolje raditi stvari, bile bi puno neovisnije, snažnije, a svojom ekstremnom mršavosti dokazuju svoju snagu. U starijoj literaturi razočaranje u ljubav ili seksualna trauma se navodi kao česti povod nastanku bolesti, što je u potpunosti drugačije od prave slike anoreksije, koja je okarakterizirana izbjegavanjem bilo kakvog seksualnog kontakta i ustezanjem od ikakvog tjelesnog kontakta.

6.4. ODNOS SRAMA I ANOREKSIJE NERVOZE

Sram je snažna, često nesvjesna sila, koja utječe na psihu i ponašanje osobe te ima znatne kliničke i interpersonalne posljedice. Sram djeluje kao unutrašnja kočnica i koči spontanost izražavanja sebe u bilo kojem vidu – kognitivno, emocionalno i u ponašanju, bilo da se radi o oštroj, stalnoj i sveobuhvatnoj samokritici, kočenju sve dok nestanu sve pozitivne emocije, ili putem izbjegavanja, skrivanja, tajnovitosti i obmana, sve do suicida. Ako je intenzivan, dugotrajan i nesvjestan, osoba ga doživljava subjektivno kao izraz neporecive i trajne istine o sebi, zbog čega će osoba koja pogođena takvim sramom prihvati definiciju suštine svog bića onakvom kakvu ju diktira sram, što znači kao biće s greškom.

Suština srama je povezana sa samo-opservacijom, ali uz pomoć drugih, što u principu predstavlja suštinu psihoanalitičke terapije kad bolesnica postupno, uz pomoć terapeuta, poboljšava psihoterapiju. Međutim, zbog izloženosti pogledu, odnosno kontinuiranoj procjeni terapeuta i postojeće vlastite preosjetljivosti na sram, osoba oboljela od poremećaja hranjenja doživljava terapiju kao potencijalno opasnu situaciju koja kod nje izaziva sram.
Bitno je znati da kod doživljaja srama nije presudno jesu li drugi objektivno prisutni u vanjskom realitetu ili su subjektivno prisutni u našem unutrašnjem svijetu kao njihove reprezentacije, dovoljno je samo da vidimo sebe kroz oči drugih u situaciji u kojoj imamo doživljaj da nas drugi na negativan i neugodan način promatraju i procjenjuju. Kod afektivnog doživljaja srama zapravo se pretapaju razni osjećaji ljutnje, tjeskobe, odbojnosti i prezira (Gilbert, 1998).

Sram obuhvaća razne komponente te uključuje unutrašnju i vanjsku evaluaciju, tj. samoprocjenu i socijalnu evaluaciju, razne emocije, izbjegavajuća ponašanja koja koče, a ima i fiziološku sastavnicu (Gilbert, 2002). Možemo razlikovati „unutrašnji"i „vanjski"sram. Unutrašnji (internalizirani) se odnosi na osjećaj da self ima grešku, da je neadekvatan, manje vrijedan, bez snage i neprivlačan i često je povezan s intenzivnom samokritikom, čak i mržnjom prema sebi. Vanjski sram dolazi uz uvjerenje da nas drugi negativno percipiraju te se pojavljuje izrazit strah od izloženosti, prvenstveno zbog uvjerenja da ćemo izgubiti društveni status i vrijednost te da ćemo biti odbačeni. Sram je povezan sa željom i pokušajima izbjegavanja, bježanja, prikrivanja ili pokoravanja, čime se želi doći do prekidanja teškog odnosa ili njegove promjene radi zaštite selfa od traume, intruzije ili invazije. Osoba na taj način pokušava zaštititi identitet. Kod dubokog, intenzivnog srama takva ponašanja su ekstremna i vode u autodestrukciju.

Vanjski i unutrašnji sram su često povezani, ali ne uvijek. Na primjer, osoba može biti svjesna da drugi negativno procjenjuju neko ponašanje i da će biti kažnjena zbog tog ponašanja ako se ono razotkrije. Međutim, to ponašanje ne izaziva kod nje sram jer vanjske norme nisu internalizirane u njezin superego. Ako je bolesnik izložen kritikama okoline, kod njega to može izazvati osjećaj srama, ali i osjećaj poniženja i želju za osvetom. Unutrašnji sram je značajno povezan sa psihopatologijom. Ustanovljene su i razlike u sramu prema spolu. Kod muškaraca sram je više povezan s nezadovoljstvom svojim tijelom, a kod žena je u vezi s tjelesnom težinom (Jambekar i sur., 2003).

Patološki odnosi uz ostale loše posljedice stalno potiču i održavaju sram. Sram može biti i kulturološki izazvan, posebno kad su u pitanju poremećaji hranjenja, kod kojih sram mogu izazvati kulturološka očekivanja u vezi s tijelom, idealnim izgledom i tjelesnom težinom. Ako dođe do oštrih kritika tijela i vanjskog izgleda, koji su praćeni imperativom da se oni trebaju poboljšati i uskladiti s idealnim nedostižnim očekivanjima, one mogu izazvati poniženje i potaknuti sram. Emocionalna komponenta srama je dosta podložna fluktuaciji, može se povećavati, smanjivati, čak i nestati, što pokušavamo postići liječenjem. Sram bi i spontano nestao kad se ne bi stalno iznova poticao, a njegovo održavanje, se u najvećoj mjeri provodi izvan i suprotno njene svjesne volje. Da bi sram imao trajan učinak mora doći do internaliziranja oštre kritike i poniženja, pri čemu internalizirani sram nastaje kao posljedica patoloških objektnih odnosa i intenzivnih psihičkih trauma koji se internaliziraju kao kritizirajući dio psihe u superegu (Bilić, 2006). Nakon toga čak i manji vanjski poticaji mogu izazvati sram. Kod mnogih oboljelih od poremećaja hranjenja identitet je nesiguran, u stalnoj fluktuaciji, neizgrađen te je strogi i kritizirajući superego najtrajniji oslonac identiteta. Akutan sram je dramatičan i vrlo bolan doživljaj, a doživljava se kao urušavanje iznutra i iznenadno uništenje (Skarderud, 2003). Sram je povezan s regulacijom samopoštovanja, a

duboki sram je pokazatelj nereguliranosti samopoštovanja, odnosno značajnog gubitka samopoštovanja, zbog čega osoba osjeća da je bezvrijedna i da ne zaslužuje ni ljubav.

7. MENTALIZACIJA I POREMEĆAJI HRANJENJA

Koncept mentalizacije u psihoterapiji uveden je i razrađen od strane grupe psihoanalitički orijentiranih psihoterapeuta i istraživača Batemana, Fonagyja, Target i Allana. Ispočetka razrađena s ciljem liječenja osoba s graničnim poremećajem ličnosti (Bateman i Fonagy, 2004, 2008; Fonagy i sur., 2002; Allen, 2006, 2008) ubrzo se pokazalo da mentalizacijski orijentirana psihoterapija može pomoći u liječenju šireg spektra psihijatrijskih poremećaja (Bateman i Fonagy, 2012; Holmes, 2010).

Model se temelji na razvojnoj psihologiji i suvremenoj psihoanalizi sa snažnim naglaskom na integraciji najnovijih otkrića u neuroznanosti. Također sadrži i revidiranu verziju teorije privrženosti (engl. attachment theory). Originalno, Bowlby (1969.) je opisao ljudsku biološku potrebu za traženjem sigurnog utočišta u povezanosti s drugima što je bilo nužno za razvoj i preživljavanje. U kontekstu teorije privrženosti (Bowlby, 1988) to znači da djeca koja imaju dobro iskustvo u najranijem odnosu s majčinskom figurom razvijaju kasnije sigurnost u svim interpersonalnim odnosima, odnosno razvijaju siguran stil privrženosti . Psihološka trauma u ranom odnosu dovodi do formiranja nesigurnih načina odnošenja, anksioznih i dezorganiziranih stilova privrženosti. Privrženost je urođeni biološki instinkt za osiguravanje sigurnosti i reprodukcije kroz fizičku blizinu njegovatelja (engl. care-giver).

Privrženost je kontekst za razvoj socijalnog mozga (engl.social brain). Ukoliko dođe do traume u ranim odnosima to minira kapacitet za razmišljanje o mentalnim stanjima u odraslih osoba s poremećajima ličnosti (Bateman i Fonagy). Rani preplavljujući stres djeluje tako da funkcioniranje orbito-frontalnog kortkesa koje je vrlo važno za mentaliziranje, postane vrlo osjetljivo na bilo kakav rizik približavanja, uzbuđenja, gubitka važne osobe. Zapravo svako aktiviranje sustava privrženosti je psihološki stresno, dovodi do potrebe da se traži smirenje, obično od strane važne majčinske figure, koja je izvorno traumatična te se tako ciklus traumatizacije ponavlja i može rezultirati „identifikacijom s agresorom“. Kroz identifikaciju s agresorom dijete dobije iluziju kontrole i privremeno olakšanje od jake anksioznosti, no dugoročno stvara unutarnji teško podnošljivi osjećaj agresije (internalizirani agresor).

Na nizu empirijskih opažanja i elaboraciji teorije, Fonagy i Target (1996, 1997.) su razvili teoriju da ja kapacitet za razumijevanje interpersonalnih odnosa u kontekstu mentalnih stanja ključan za samoorganizaciju i regulaciju afekta, a to se razvija u kontekstu ranih odnosa privrženosti. Podrazumijeva da se nečiji osjećaj za sebe (sense of self) razvija promatranjem načina na koji ga drugi percipiraju, razmišljanjem i osjećajima. U najranijem djetinjstvu potrebna je pristunost djetetu važne osobe, najčešće majke, koja će na što

pravilniji način prepoznati djetetove emocionalne potrebe te ih zrcaliti (engl. mirroring), čime dojenče gradi svoje iskustvo. Dovoljno dobra majka može zadržati djetetovu tjeskobu, pokazati djetetu da ju je prepoznala te svojim izrazom lica, pokretima i glasom na neki način vratiti („zrcaliti“) osjećaj u ublaženom obliku. Na taj način dijete stvara vlastitu reprezentaciju, povećava mu se sposobnost regulacije afekta, kapacitet za samosmirivanje te može razlikovati vlastita unutrašnja stanja od emocija drugih. Ti koncepti se temelje na učenjima Winnicotta (1956.) i Biona (1962.).

Ako je zrcaljenje narušeno na način da je odsutna majčinska figura ili da se dogodio neki traumatični doživljaj, narušen je djetetov budući kapacitet za regulaciju afekta. Internaliziranjem percepcija koje o njemu imaju drugi, dijete uči da tijelo ne zrcali (engl. mirroring) svijet, nego njegov um interpretira svijet. Ta sposobnost, taj kapacitet se naziva mentalizacija, što znači kapacitet da netko zna da drugi ima pronicljiv um (engl. agentive mind) i da može prepoznati prisutnost i važnost mentalnih stanja u drugih (Gunderson, 2004). Siguran stil privrženosti pomaže razvoju kapaciteta mentalizacije, dok nesiguran stil privrženosti i trauma mogu smanjiti taj kapacitet (Skarderud, 2007). Ako dođe do internalizacije lošeg iskustva u primarnom odnosu nastaje tzv. *alien self,* odnosno diskontinuitet u selfu.

Danas se taj koncept sa sigurnošću provlači kroz empirijska istraživanja, pokazujući kako stilovi privrženosti utječu na mentalno zdravlje, povezanost između sigurnog i nesigurnog stila privrženosti i mentalizacije, kao i ulogu mentalizacije u regulaciji afekta i interpersonalnih odnosa.

Rad Fonagyja i suradnika također pokazuje kako kapacitet za mentalizaciju predstavlja ključnu poveznicu u transmisiji sigurnog stila privrženosti kroz generacije. Pokazalo se da su majke i očevi s visokim kapacitetima za mentalizaciju imali djecu koja su razvijala sigurnost u interpersonalnim odnosima. Coates je to komentirao na način da je uvid i istinsko razumijevanje dobro za nas, ali još bolje za našu djecu (Coates, 2006). Mentalizacija je empirijski dokazano povezana s važnim saznanjima u razvoju neuroznanosti kao i kliničke psihologije, razumijevanju psihopatologije i konceptualizaciji tretmana djece i odraslih.

Mentaliziranje je oblik emocionalnog znanja (Allen, 2006). To je normalna sposobnost pridodavanja namjera i značenja ljudskom ponašanju, sposobnost razumijevanja „nepisanih pravila“, ono oblikuje naše razumijevanje samih sebe i drugih. Može se definirati i kao proces pomoću kojeg osoba nesvjesno i svjesno interpretira svoja i tuđa ponašanja i postupke kao smislena na temelju mentalnih stanja kao što su želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja i razlozi (Bateman i Fonagy, 2004). Prema tome, ta sposobnost je u središtu ljudske komunikacije i odnosa. Može se opisati i kao sposobnost viđenja sebe izvana i drugih ljudi iznutra. Također

sa sobom povlači i etički aspekt – što bolje razumijemo ponašanje drugih ljudi, teže je odnositi se prema drugome kao prema objektu (Skarderud, 2007).

Mentalizirati znači misliti o mislima, umovati o umu. Ono uključuje i samoreflektivnu i interpersonalnu komponentu te idealno omogućuje pojedincu razvoj vrlo dobrog kapaciteta za razlikovanje unutarnje i vanjske stvarnosti, fizičkog iskustva od misaonog te unutarnjih mentalnih i emocionalnih procesa od interpersonalnih odnosa. U tom svjetlu, konkretizacija emocionalnog života koju možemo pronaći kod anoreksičnih pacijenata se može opisati kao jedna od mogućih prezentacija slabije razvijene mentalizacije. Mentalizacija se najvećim dijelom odvija nesvjesno i automatski te ju ni ne primjećujemo. Može se dogoditi u svakoj interakciji s drugima, bilo da se radi o razgovoru, slušanju ili promatranju, uvijek je moguće mentalizirati, tj. u umu davati značenje ponašanju drugih ljudi i sebe.

Mentalizacija znači razumjeti nerazumijevanje drugoga. Objašnjenja nečijih ponašanja koja se temelje na željama, osjećajima i mislima složenija su od onih koja se fokusiraju samo na vanjski realitet, jer je on manje podložan promjenama i transparentniji je, za razliku od ljudskog uma. Iz tog razloga neki ljudi imaju bolji kapacitet za mentalizaciju, odnosno mentaliziranje, a neki lošiji.

Dobar kapacitet za mentaliziranje podrazumijeva fleksibilnost u razmišljanju, prihvaćanje promjenjivosti, uzimanje u obzir razvojne perspektive, nesvjesnih i predsvjesnih motiva te doživljaj kontinuiteta vlastitog života. Dobro mentaliziranje pomaže u suočavanju s teškim emocionalnim stanjima, umiruje u stanjima napetosti i omogućuje razmišljanje o različitim perspektivama, a povezano je s razvijenim smislom za humor, kapacitetom za igru sa stvarnošću te razvijenom simbolizacijom, a realitet se tretira kao promjenjiva reprezentacija. Loše mentaliziranje je karakterizirano nefleksibilnošću, rigidnošću, nemogućnošću sagledavanja različitih perspektiva, sklonošću impulzivnim reakcijama i slabom regulacijom vlastitih efekata. Često je povezano s razvojem i održavanjem simptoma psihičkih poremećaja (Marčinko, 2013).

Loša mentalizacija može uzrokovati konfuziju i nerazumijevanje, postupanje po krivim pretpostavkama. Osjećaj nerazumijevanja kod drugih izaziva veliku averziju i može izazvati snažne emocije koje mogu rezultirati povlačenjem u sebe, prisilom, neprijateljstvom, previše zaštitničkim odnosom ili odbacivanje te porastom simptoma (Bateman i Fonagy, 2004).

Psihijatrijski pacijent s oslabljenom mentalizacijom, primjerice anoreksični pacijent, često upada u začarani krug: oslabljena mentalizacija dovodi do nerazumijevanja i prekida odnosa, zbog čega pacijentu nesiguran svijet postaje još nesigurniji. Takav stres, strah i emocionalna uzbuđenost će još i više oslabiti kapacitet mentalizacije. Iz tog razloga se

anoreksično povlačenje i ponašanje može činiti kao spasonosni otok kontrole i predvidljivosti (Skarderud, 2007). U središtu mentalizacije je namjera te često govorimo o pojmu intencionalnih mentalnih stanja, pojmu koji je Dennett (1987.) uveo u filozofiju.

7.1. MINDING THE BODY – MENTALIZACIJSKI MODEL TERAPIJE ANOREKSIJE NERVOZE

Znanstveni rad na mentalizaciji teži razvoju novog intelektualnog okvira za psihoterapiju (Fonagy, 2006a). Bazirano na razvojnim studijama psihopatologije, teži se identificirati psihološke i neuralne mehanizme koje su u pozadini poremećaja te posljedično razviti specijalno dizajnirane psihoterapeutske tehnike koje bi djelovale na razvojne disfunkcije. Psihoterapija pruža priliku za intenzivan rad na mentaliziranju. U psihoterapijskom odnosu aktivira se sustav privrženosti te takav odnos, ako je učinkovit, može biti analogan sigurnoj bazi u odnosu privrženosti koja potiče mentaliziranje. Ne samo da psihoterapija uvodi mentalizaciju u smislu istraživanja misli, osjećaja, nadanja, želja, snova i slično, nego pruža priliku za učenje iz pogrešaka u mentaliziranju, kakve se događaju primjerice u transfernom odigravanju te pruža novo iskustvo – nove neverbalne i verbalne odgovore o mislima i osjećajima, nove provjere i prorade prošlih iskustava.

Zasad je najveći napredak pokazala psihoterapija za poremećaje ličnosti. Danas još ne postoji odgovarajući dobro razvijen model za psihoterapiju anoreksije nervoze koja se temelji na mentalizaciji, ali se zna da svaki psihoterapijski pravac do određene razine poboljšava kapacitet za mentalizaciju kroz odnos s terapeutom i aktivaciju sustava privrženosti. U terapijskom odnosu treba pripaziti da ne dođe do hiperaktivacije sustava privrženosti, jer to dovodi do kolapsa mentalizacije te se pojavljuju pre-mentalizacijski načini funkcioniranja i terapija postaje bezuspješna. Iz tog razloga važno je održavati ravnotežu između aktivacije i neaktivacije intenziteta terapijskog odnosa – odnosa privrženosti. U pojedinaca sa psihičkim poremećajima postoji stalna opasnost kolapsa mentalizacije, impulzivnih reakcija te nemogućnost kontrole afekata i samosmirivanja.

U psihoterapiji koja se bazira na mentalizaciju naglasak je na intervencijama koje su fokusirane na afekt. Naglasak nije na opažanju ili komentiranju ponašanja pacijenta već na pokušaju razumijevanja njegova uma. Pri tome terapeut često zauzima stav neznanja (engl. not-knowing stance), a njegov ključni zadatak je pobuditi u pacijentu znatiželju o načinu na koji vlastita mentalna stanja i mentalna stanja drugih osoba utječu na ponašanja. Drugim riječima, cilj je uspostaviti mentaliziranje i stabilizirati ga u kontekstu privrženosti, prvo u

odnosu sa terapeutom, a zatim i s drugim ljudima. Dugoročni ciljevi terapije su razvoj integriteta ličnosti, identifikacija i adekvatno izražavanja osjećaja u socijalnim interakcijama.

Mentalizacijski model terapije poremećaja hranjenja (engl. Minding the Body) Terapija bolesnika sa poremećajima hranjenja nosi sa sobom mnoge izazove. Prognoze liječenja nisu povoljne, te je znanstveno potvrđeno kako je ishod tretmana loš (Fairburne, 2005), posebno kad se uzme u obzir kako je anoreksija nervoza psihijatrijski poremećaj s najvećim postotkom smrtnih ishoda. Poremećaji hranjenja mogu trajati i nekoliko desetljeća, što dovodi do teške socijalne izoliranosti, kasnog javljanja psihijatru i kasnog početka s terapijom te slabom motivacijom i jakom ambivalencijom. Teška klinička slika je kompliciranа elektrolitskim i biokemijskim disbalansom, koji uz pothranjenost i sami po sebi uzrokuju psihološke simptome te smanjuju kapacitet za sudjelovanje u terapiji. Mentalizacijski pristup poremećajima hranjenja shvaća ih kao poremećaje selfa i regulacije afeta.

U izraženosti nekih simptoma naglašava se uloga ličnosti, te se vrlo ozbiljno razmatra hipoteza kako je u nekih teških oblika poremećaja hranjenja u pitanju specifičan fenotip poremećaja ličnosti, što je različito od mogućeg komorbiditeta poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja, što se također često može biti prisutno (Skarderud, 2012).

Razmatrajući stilove privrženosti u osoba sa poremećajima hranjenja, otkriveno je da je prevalencija sigurnog stila izuzetno niska, a dominiraju anksiozni i dezorganizirani stil (Zachrison i Skarderud, 2010).

S obzirom da osobe s poremećajima hranjenja imaju teške deficite u mentaliziranju, rad s takvim pacijentima kompromitira i terapeutov kapacitet za mentalizaciju, povećava rizik za enactment, neučinkovitu terapiju ili čak dovodi do štetnih posljedica terapije (Skarderud i Fonagy, 2012).

U mentalizacijskom modelu, kao i u psihoanalitičkom, simptomi su prenositelji simboličkog i dinamičkog značenja, ali se smatra da se pojavljuju kao pokušaj hitnog utapanja i zatrpavanja bolnih stanja selfa. Poseban naglasak je stavljen na istraživanje mentalnih procesa i reprezentacija. Simptomi se vide kao nesretni pokušaj oporavka kohezije, vitalnosti i regulacije afekata (Fonagy i sur., 1993; Skarderud, 2007). Na isti način osobe s poremećajima hranjenja mogu različitim stimulirajućim aktivnostima i ponašanjima, primjerice aktivnim vježbanjem, povraćanjem i prejedanjem, pokušati regulirati i organizirati unutrašnje emocije. To zapravo predstavlja prementalizacijski model funkcioniranja – teleološki model.

7.2. PREKIDI U MENTALIZIRANJU – PREMENTALIZACIJSKI MODELI I POREMEĆAJI HRANJENJA

1. PSIHIČKA EKVIVALENCIJA

Ovaj model mentaliziranja se normalno može naći kod vrlo male djece te u njemu dolazi do izjednačavanja unutrašnjeg svijeta sa vanjskim iskustvima. Sve što nastane u umu djeteta mora postojati i u realitetu i to postane njegova stvarnost, te tako ono ne može razumjeti mentalne fenomene kao što su sanjarenje, maštanje ili razmišljanje, jer je osjećaj previše stvaran te iz tog razloga zastrašujući.

U odraslih se ovaj model prezentira kao konkretno, rigidno mišljenje i ustrajavanje na tome da su u pravu. U ovom modelu često može biti izražena paranoidna hostilnost, a osim nje javljaju se i grandiozne ideje.

Kod poremećaj hranjenja psihička ekvivalencija se može vidjeti na doživljaju tjelesnog izgleda i konkretnog vanjskog izgleda: biti mršav stvara unutarnji osjećaj superiornosti, što konkretno znači da je osoba u realitetu superiorna u odnosu na druge – osjeća se superiornom zbog čega i jest superiorna, uspješna, nadmoćna. Kada se mentalizira na razini psihičke ekvivalencije, osjećaji su prestvarni, previše konkretni i ne postoje metafore, te tako bolesnice osjećaju da su zarobljene u tijelu, što izaziva tešku psihičku bol. Osim toga bolesnice su zatočene u konkretnom razmišljanju o svome tijelu i hrani. Često zbog vlastitog osjećaja unutarnjeg kaosa i sav okolni svijet percipiraju kaotičnim, a anksioznost koju im to stvara zatim rješavaju kroz konkretnu akciju (povraćanje), što je odlika teleološkog modela.

2. MODEL PRETVARANJA (engl. pretend mode)

Mentalna stanja su odvojena od vanjske stvarnosti, ali zadržavaju osjećaj nerealnosti jer nemaju podlogu u vanjskom svijetu.

U bolesnica s poremećajem hranjenja se to vidi kao disocijacija između vanjskog i unutrašnjeg svijeta, tako da ne postoji stvarno razumijevanje i povezanost vanjskog realiteta i stanja uma. Riječi su razumljive, ali ne ostavljaju pravi učinak, a afekti ne prate sadržaj misli. U psihoterapiji se ovaj model vidi kroz pseudomentalizaciju – dugotrajni monolog, opisivanje osjećaja i unutrašnjih stanja što može nalikovati na dobro mentaliziranje, ali zapravo nije povezano s vanjskom stvarnošću. Afekt ne prati sadržaj pričanja, nema pravog razumijevanja stvarnosti i nema povezanosti stvarnog svijeta s osjećajima. Katkad se i tijelo doživljava kao „ljušturu“, kao nešto nestvarno, što sugerira da postoji disocijacija. Bolesnice također mogu ulagati puno psihičke energije i vremena u razmišljanje o tome što drugi ljudi

misle ili osjećaju i to se naziva hipermentalizacija, a sve s ciljem zadovoljavanja potreba drugih (Skarderud, 2007; Buhl, 2002).

3. TELEOLOŠKI MODEL

Mentalna stanja su stvarna samo ako su praćena konkretnim ponašanjem ili pobuđuju konkretno ponašanje i akciju. Riječi nisu važne, potvrda o nečijim osjećajima se dobiva samo kroz akciju, tj. konkretan fizički dokaz. Samoozljeđivanje, pokušaji suicida i ostala dramatična ponašanja izazivaju jake reakcije drugih ljudi, kroz koje osobe sa psihičkim poremećajem (najčešće graničnim poremećajem ličnosti) dobivaju potvrdu da su voljene. Mentaliziranje u teleološkom modelu se najjasnije vidi kroz pokušaj reguliranja samopouzdanja i dobrog osjećaja kroz konkretnu vanjsku promjenu oblika i veličine tijela. Isto tako povraćanje u trenucima velike anksioznosti koja je nepodnošljiva za pacijenticu ima funkciju regulaciju afekta, ali često i druga značenja, kao što je uspostava boljeg osjećaja identiteta. Na isti način i brojanje kalorija, rituali vezani uz hranu, izgladnjivanje i mnogi drugi imaju multipla značenja za bolesnice.

U psihoterapiji mentaliziranje bolesnice u teleološkom modelu može biti vrlo zahtjevno za terapeuta, jer bolesnica očekuje određene konkretne privilegije od strane terapeuta, kao što je dostupnost i izvan radnog vremena, fizički dodir i sl. koje potvrđuju da je terapeutu stalo. To konkretno znači probijanje terapijskih granica. Mogu postojati i pokušaji kontroliranja terapeuta što izaziva negativne kontratransferne osjećaje.

U terapiji bolesnica s poremećajem hranjenja koristi se utjelovljeno mentaliziranje (engl. embodied mentalizing) za opisivanje načina mentaliziranja. Na taj način se, koristeći mentalizacijski model, poremećaj u doživljaju vlastitog tijela koji se javlja kod tih bolesnica može opisati kao kombinacija stanja psihičke ekvivalencije i modela pretvaranja. Neke od tih bolesnica su pretjerano fokusirane na tijelo te najvećim dijelom funkcioniraju na razini modela psihičke ekvivalencije, pri čemu se osjećaji prestvarni, preutjelovljeni, odnosno hiperutjelovljeni (engl. hyperembodied). Istodobno se može dogoditi funkcioniranje u modelu pretvaranja, kada dolazi do deutjelovljenja, kada tijelo i njegove senzacije postanu previše nestvarne i ne postoji svjesnost o tjelesnim potrebama i signalima. To potvrđuju i istraživanja koja govore o povećanom pragu za osjećaj boli u bolesnica s anoreksijom (Papez i sur., 2005) te oštećenoj percepciji tjelesnih senzacija (Pollatos i sur., 2008).

8. OBITELJSKA PSIHOTERAPIJA

Poremećaji hranjenja su složeni psihobiološki i često kronični poremećaji te kao takvi mogu imati dramatičan utjecaj na obitelj. Specifično su vezani uz adolescenciju i ženski spol, a obiteljski odnosi čine važan čimbenik u nastanku poremećaja hranjenja, bilo da se radi o odnosu između majke i kćeri ili općenito obiteljskoj dinamici. Obitelj je matriks našeg identiteta i kroz interakciju unutar obitelji mi razvijamo osjećaj tko smo, te osjećaj pripadnosti i odnosa s drugima (Minuchin, Rosman i Baker, 1978). Roditelji pritom imaju ulogu modela nudeći vlastite stavove, načine suočavanja i nošenja sa životnim situacijama i drugim ljudima, kao i postavljajući standarde uspješnosti, ambicije i prihvaćanja (Hall i Cohn, 1992).

Smatra se da se obiteljska dinamika i disfunkcionalne obiteljske interakcije nalaze u temelju poremećaja hranjenja, ali u isto vrijeme poremećaj postaje uzrokom brojnih patoloških odnosa, te je ponekad teško odrediti jesu li karakteristike obiteljske dinamike u podtipovima poremećaja hranjenja kao što su anoreksija i bulimija uzročne ili posljedične prirode (Minuchin, Rosman i Baker, 1978). Struktura obitelji je nepisano pravilo, skriveni skup funkcionalnih zahtjeva i kodova prema kojima se članovi obitelji odnose jedni prema drugima (Minuchin, 1974). Jednom kad su postavljeni ti okviri, oni su samopodržavajući i otporni na promjene. Obitelj je centar u kojem se odvijaju psihološki procesi djeteta te predstavlja mjesto sigurnosti i potpore, mjesto identifikacije i stvaranja odnosa, mjesto u kojem se odvijaju brojna patološka događanja koja mogu biti odgovorna za kasniji razvoj i funkcioniranje svakog pojedinog člana obitelji. Obitelj je pod značajnim utjecajem socioekonomskih, kulturalnih i etničkih čimbenika, koji čine cjelinu zajedno sa specifičnostima i očekivanjima svakog člana obitelji (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Obiteljska terapija podrazumijeva terapijski pristup usmjeren prvenstveno promjeni interakcija među članovima obitelji, ali i promjenu interpersonalnog funkcioniranja općenito, sa ciljem otklanjanja psiholoških i psihijatrijskih problema koji ometaju funkcioniranje obitelji i njenih članova. Za razliku od drugih psihoterapijskih pravaca, obiteljska terapija je usmjerena na obitelj kao cjelovitu jedinicu proučavanja i liječenja i bavi se interpersonalnim odnosima.

Početci obiteljske terapije sežu u 1950. godinu, kada su Bateson i suradnici proučavali obrasce interakcija i komunikacije u obiteljima shizofrenih pacijenata. Tada je primjećeno da obitelj shizofrenog pacijenta oblikuju njegov misaoni okvir kroz bizarne komunikacijske zahtjeve te da poboljšanje psihičkog stanja bolesnika, ako do njega dođe, može dovesti do destabilizacije obitelji, čemu obitelj stvara otpor te pokušava zaustaviti promjenu, kao da im je za funkcioniranje potrebno da bolesnik ostane bolestan (Bateson i sur., 1956). Postoje

različite teorije i pristupi prema kojima se mogu promatrati obiteljski odnosi: teorija sistema prema kojoj ključno mjesto unutar obitelji zauzimaju pravila i granica, teorija komunikacije koja proučava komunikacijske modele i definira odnose među osobama u komunikaciji te, konačno, multidimenzionalan pristup koji naglašava značaj obiteljske kompetentnosti, tj. da je obitelj sposobna riješiti zadatke koji se pred nju postavljaju, pri čemu najvažniju ulogu igra obiteljska kohezija, emocionalne veze te obiteljska fleksibilnost i komunikacija (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Kramer je definirao obitelj kao grupu ljudi sa zajedničkom prošlošću, sadašnjim realitetom i očekivanjima od budućnosti (Kramer, 1980). Unutar takvih odnosa svaka osoba se razvija kao jedinka, a istovremeno i u odnosu sa svakim članom. Razvoj svake jedinke je rezultat kombinacije genetskih utjecaja, ranih dječjih iskustava i potreba te zadovoljstva sa članovima obitelji (Roe, 1956). Ukoliko se neki od navedenih čimbenika poremeti, javljaju se promjene u odnosima, pri čemu je bolest često jedan od izlaza. Na sistemskoj razini koncepte vezane uz anoreksiju nervozu postavili su Minuchin, Rosman i Baker, 1978. godine. Strukturalni pristup opisuje normativni obiteljski model prema kojem obitelj funkcionira uz određene strukturne karakteristike, prvenstveno hijerarhijski odnos među generacijama unutar obitelji, sa polupropusnim granicama koje omogućuju dovoljan protok informacija u oba smjera (Minuchin, Rosman i Baker, 1978).

Obiteljska sistemska terapija je strukturirani terapijski pristup koji se posebno fokusira na obiteljske sukobe i psihološke teškoće u obitelji, a promjenu postiže kroz sustav interakcija među članovima obitelji. Obiteljski odnosi se smatraju važnim čimbenicima psihološkog zdravlja. Terapijske intervencije su više usmjerene obrascima interakcija nego analizi nesvjesnih impulsa ili trauma u ranom razvoju. Funkcija obiteljskog terapeuta je da nastoji pomoći obitelji da kreira fleksibilnost između autonomije i međusobne ovisnosti kako bi se potaknuo psihosocijalni rast članova obitelji. Pri tome samostalnost nije cilj sama po sebi, nego je cilj postići adekvatnu razinu propustnosti granica (Minuchin, 1974).

Uloga obiteljskog terapeuta je identificirati stresor i otkriti kakvo je njegovo značenje za pojedine članove obitelji i obitelj u cjelini te identificirati kakav je odnos između obitelji i okruženja. Terapeut također ima zadatak otkriti strategije suočavanja (engl. *coping*) svakog člana obitelji, identificirati karakteristike obiteljskog sistema te pronaći resurse unutar obitelji koji će mu pomoći u osnaživanju tijekom terapijskog procesa.

Obiteljska psihoterapija je, kao jedan od modela liječenja anoreksije nervoze, prisutna od samih početaka 70-ih godina prošlog stoljeća, kada su Minuchin i sur. (Minuchin, Rosman i Baker, 1978.), Palazzoli (1974.) i kasnije White (1987.) razvijali teorijski i praktični pristup anoreksiji nervozi.

FBT (engl. Family Based Therapy) je poseban ambulantni oblik obiteljske psihoterapije koji se obično provodi kroz 20 seansi tijekom 6-12 mjeseci, a danas se smatra jedinim dokazano učinkovitim pristupom u liječenju anoreksije nervoze u adolescenata. FBT zauzima agnostičku poziciju prema mogućim uzrocima nastanka poremećaja, a težište stavlja na uspostavljanje hranjenja i potpunu obnovu tjelesne težine, sve u cilju ozdravljenja. U liječenju bolesnika neophodni su svi članovi obitelji.

8.6. MAUDSLEYJEV MODEL

Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije za djecu i adolescente s anoreksijom nervozom je model koji integrira principe i vještine niza škola obiteljske terapije, te je prikladan za pacijente s trajanjem anoreksije kraćem od tri godine.

Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije kod anoreksije osmislili su Christoper Dare i njegovi suradnici u Maudsley Hospital, London (Dare, 1985). Na njegov rani razvoj snažno su utjecale ideje Minuchina i Palazzolija, vezane uz etiologiju anoreksije, pri čemu su obitelji smatrane disfunkcionalnima radi svoje rigidne organizacije, s anoreksijom u funkciji održavanja homeostaze tijekom adolescentne faze. Interakcije u obitelji su uvelike određene međugeneracijskim koalicijama, međusobnom isprepletenosti članova, odnosno nedostatkom granica (engl. enmeshment) i nemogućnošću rješavanja konflikata. Minuchin u tom slučaju preuzima ulogu vrlo aktivnog terapeuta, usmjeravajući roditelje da preuzmu na sebe brigu oko jedenja svoje djece, istovremeno ih pozivajući da na taj način promijene strukturu obitelji. Združeni napori roditelja ponovno oživljavaju i ojačavaju granice između roditelja i djece, a odlučniji stav koji roditelji zauzimaju sprječava potencijalno izbjegavanje konflikta i zahtijeva od njih manji stupanj isprepletenosti sa svojom djecom. Palazzoli zauzima manje aktivan te više neutralan stav, prekidajući obrasce interakcije unošenjem novosti vezanih uz funkciju simptoma te zadajući zadatke, kao npr. tajni zadatak bračnog para (engl. *the secret couples task*) (Palazzoli, 1986) kako bi se modificirale međunegeracijske granice te potaknula individualizacija adolescenata.

Dare i kolege su doveli u pitanje je li obiteljska disfunkcionalnost ta koja je odgovorna za nastanak anoreksije (Dare, Eisler, Colahan, Crowther, Senior i Asen, 1995). Russell, Szmukler, Dare i Eisler (1987.) napravili su kliničko ispitivanje s 80 pacijenata koji boluju od anoreksije, uspoređujući pritom obiteljsku i individualnu psihoterapiju. Otkrili su da je obiteljska terapija bila daleko uspješnija od individualne kod pacijenata mlađih od 18 godina kod kojih bolest traje kraće od tri godine, dok je kod onih starijih od 18 individualna bila superiornija. Klinička opažanja potvrdila su stav da su obitelji pacijenata koji boluju od anoreksije strukturirane na nevjerojatno sličan način te da odgovor na obiteljsku psihoterapiju

ovisi o faktorima koji utječu na razvoj bolesti, posebice o dobi kad je došlo do nastanka bolesti te trajanju bolesti. Isto tako otkriveno je da su faze životnog ciklusa obitelji (engl. family life cycle) manje važne nego što se to mislilo, s obzirom da su sve obitelji pacijenata pokazale slične karakteristike.

Ova saznanja potvrdila su teoretski stav u Maudsleyjevom modelu koji potječe iz Haleyjevog strateškog modela obiteljske psihoterapije, posebice njegovog strogog agnostičkog viđenja etiologije psiholoških poremećaja, prema kojem se bolest mogla shvatiti kao odvojena od obitelji, tj neovisna o obiteljskom funkcioniranju. Nije slučajnost da je Michael White razvio tehniku eksternaliziranja pod utjecajem strategijske obiteljske psihoterapije. Maudsleyjev model zbog svog nepatologizirajućeg stava spram obitelji ne pretpostavlja obiteljsku patologiju u podlozi, već naprotiv uključuje strategije koje imaju cilj prekinuti začarani krug krivnje koju roditelji osjećaju te kritiziranja od strane njihove djece koja proizlazi iz toga. Čak pritom ističe roditelje kao izvor ozdravljenja, a obitelji najkorisnijim i najvažnijim čimbenikom u liječenju. Da bi se to postiglo posvješćuje se da je anoreksija tiranin i krivac za negativan utjecaj koji se toliko uočava u obitelji te da je krivnja koju roditelji osjećaju još samo jedan od njezinih trikova. Na taj način se roditelji, oslobođeni tereta kritiziranja od strane djece, imaju više slobode pozabaviti anoreksijom kao takvom te zauzeti čvrste i nepokolebljive stavove, istovremeno poštujući i zadovoljavajući adolescentovu potrebu za autonomijom. Na taj način se u Maudsleyjev model uklopio utjecaj Minuchinovog strukturalnog rada s anoreksijom, istovremeno odgovarajući na kritike da je u pitanju pristup koji obitelj smatra devijantnim (James i MacKinnon, 1986), jer teret devijantnosti u potpunosti stavlja na leđa bolesti. Neke druge ideje su također utjecale na razvoj modela (engl. Post-Milan, second-order cybernatics) te tako kliničari više nisu davali roditeljima specifične upute po pitanju tehnika ponovne uspostave hranjenja i ciljeva tjelesne težine koje treba postići. Roditelje se osnaživalo da se oslone na vlastito znanje i iskustvo po tom pitanju i počelo ih se percipirati kao izvor pacijentovog oporavka, a ne uzrok bolesti.

Umjesto patologiziranja, Maudsleyjev model pokušava osnažiti obitelj s ciljem vraćanja kontrole hranjenja bolesniku te eksternalizira bolest, čime se u adolescenta smanjuje krivnja zbog simptoma koje ima, a također i pomaže u korekciji vjerovanja koje braća i sestre oboljelog imaju – da bolesnik koristi bolest kako bi dobio pažnju roditelja. Braća i sestre preuzimaju suportivnu ulogu u liječenju, zbog čega su dodatno zaštićeni, a cjelokupna suvervizorska odgovornost je isključivo na roditeljima. Kako se bolesnik vraća u normalno funkcioniranje, tako i članovi obitelji postaju upućeniji kako normalizirati međusobne odnose. Trenutno se ovaj model preporučuje kao terapija izbora kod adolescentne anoreksije, a sve intenzivnije se koristi i u liječenju bulimije.

Djeca koja su pothranjena u sklopu konverzivnih poremećaja (somatoformni), fobija povezanih s hranom ili opsesivno-kompulzivnih poremećaja su isključena iz Maudsleyjevog tretmana.

8.6.1. STADIJI TRETMANA

Maudsleyjev model se sastoji od tri stadija intervencije (Lock i sur., 2001).

U prvoj fazi tretman se fokusira isključivo na uspostavu hranjenja pacijenta, a psihološki problemi se ne istražuju. Pojam uspostava hranjenja implicira da je pacijent pothranjen, ali neki su nedavno otpušteni iz bolnice nakon nazogastričnog hranjenja te zbog toga puno bliži svojoj idealnoj težini. Ipak i u toj grupi je važno staviti naglasak na uspostavu hranjenja s obzirom na visoke stope relapsa bolesti u kućnom okruženju te ponovnog prihvata nakon otpuštanja iz bolnice (Meads, Gold i Burls, 2001). Roditelje se ohrabruje da sami postave svoje ciljeve vezane uz težinu i zdravlje djece, s naglaskom na fizički izgled i ponovnu pojavu menstruacije kao indikatore uspjeha, radije nego ciljanu tjelesnu težinu. Ova faza uključuje piknik u sobi psihoterapeuta i 3 do 10 seansi koje su usmjerene na uspostavu prehrane.

Druga faza (2-6 seansi) kreće kad adolescent dostigne 87 % idealne težine, a roditelji imaju osjećaj da se mogu nositi s anoreksijom koje njihovo dijete ima. Služi za poticanje postupnog pomicanja fokusa s hranjenja na otkrivanje specifičnijih problema u odnosu adolescenta s obitelji. Uključuje i dalje zadatak vezan za hranjenje, potičući roditelje da budu samopouzdaniji po pitanju vlastite stručnosti ako dođe do teškoća. Terapeut pažljivo potiče svojevrsno pregovaranje između adolescenta i roditelja, kako bi adolescent postupno mogao preuzeti više odgovornosti za vlastito hranjenje. Postupno se otkrivaju teme ljubavnih veza i seksualnosti, ali u ovom trenutku samo iz perspektive hranjenja. Primjerice u slučaju druženja s prijateljima ili odlazaka na spojeve više je naglasak na način na koji će pacijent jesti izvan kući, a ne odnose same po sebi. Situacije u kojima pacijent treba jesti izvan kuće pažljivo se planiraju i to su jedine situacije u kojima dolazi do potpunog uvažavanja individuacije adolescenta.

Treća faza započinje kad adolescent dostigne 90 do 100 % idealne težine te dođe do povratka mjesečnice, kao i kad adolescent ima potpunu kontrolu nas vlastitim unosom hrane. Ova faza traje otprilike 4 seanse i za njeno vrijeme fokus je u potpunosti maknut s hranjenja i puno se više pažnje posvećuje detaljnom istraživanju adolescentove individuacije i odnosa koji ima s roditeljima. Smatra se da je ovo moguće jer se kroz prve dvije faze na indirektan način bavilo strukturalnim ograničenjima individuacije, te nužno jer je anoreksija sprječavala

pacijenta da prođe ovu razvojnu fazu. U ovoj fazi se analizira cijeli niz problema koji se javljaju u adolescenciji, uključujući i separaciju, seksualnost i odnose sa vršnjacima. Roditelje se potiče da prestanu sa ponašanjem koje je bilo primjereno ranijim razvojnim fazama i da više rade na svom bračnom odnosu te ako prepoznaju da sami ne mogu riješiti bračne probleme koji možda postoje u njihovom odnosu potraže pomoć terapeuta.

8.2. PSIHOSOMATSKA OBITELJ

Minuchin i suradnici izdvojili su skupinu karakteristika koje reflektiraju „psihosomatsku“ tj. „anoreksičnu“ obitelj, opisujući dinamiku unutar obitelji bolesnika s anoreksijom nervozom, koja stvara kontekst u kojem svako dijete s anoreksijom koristi svoju bolest kao sredstvo izražavanja roditeljskih konflikata i neizrečenih poruka i koja uključuje isprepletenost, pretjeranu protektivnost, rigidnost te izbjegavanje sukoba zbog nemogućnosti rješavanja istih (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988).

Minuchin obitelj bolesnice s anoreksijom opisuje kao zajednicu u potpunosti okrenutu djetetu i koje raste pretjerano zaštićeno, dok u samoj obitelji nema granica između članova obitelji. Dijete koje je zaštićeno i paženo u sebi razvija težnju za savršenstvom, shvaćajući da roditelji to očekuju od njega te se uči ponašati prema očekivanjima roditelja i postaje potpuno odano obiteljskim vrijednostima, od kojih je najvažnije poricanje sebe i vlastitih potreba u korist drugoga ili obitelji kao cjeline. Kriza nastupa u adolescenciji kad se djevojka pokušava odvojiti od obitelji, što ostali članovi obitelji ne podržavaju i pokušavaju ju natjerati da odustane. S obzirom da se bolešću može odgoditi odrastanje koje izaziva sukob te se na najlakši način može izbjeći promjena, djevojka nalazi spas u bolesti. Pritom se roditelji u potpunosti fokusiraju na brigu za dijete te time zasjenjuju latentne sukobe koje postoje među njima, a obitelj u cjelini nesvjesno podržava simptom jer to na neki način svima odgovara (Minuchin, 1978). Među članovima obitelji je izražena i isprepletenost (engl. *enmeshment*) kao značajka funkcioniranja u kojem su članovi obitelji pretjerano povezani, sa prisutnim ekscesivnim zajedništvom, intruzivnošću spram osjećaja i postupaka drugih članova obitelji, nedostatkom privatnosti i postojanjem slabih granica unutar obitelji. Takvim funkcioniranjem ne dozvoljava se autonomija – članovi govore jedni umjesto drugih, a percepcija sebe i ostalih članova je slabo diferencirana (Weiss, Katzman i Wolchik, 1985). Dijete koje odrasta u takvoj sredini uči da je lojalnost obitelji od primarne važnosti, što kasnije ometa separaciju i individuaciju (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988).

Druga važna karakteristika je pretjerana protektivnost, a odnosi se na pretjeranu brigu i zaštitu zbog čega dijete ne razvija osjećaj samostalnosti, kompetentnosti i interesa za

aktivnosti izvan sigurnosti obiteljskog doma. Dijete, koje je psihološki vulnerabilno, ima zauzvrat izražen osjećaj odgovornosti da zaštiti obitelj. Uz to je prisutna rigidnost u odnosima i funkcioniranju. Takve obitelji se izrazito trude očuvati status quo, negiraju potrebu za promjenom, a problem postaje izražen kada je potrebna prilagodba na odgovarajući rast i razvoj, primjerice kod povećanih zahtjeva adolescenta za autonomijom. Teškoćama pridonosi i nemogućnost rješavanja sukoba, zbog čega se oni izbjegavaju, kao i razgovori koji uključuju različita mišljenja. Problemi često ostaju neriješeni te se prolongiraju kroz izbjegavajuće ponašanje (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988). Istraživanja Mare Selvini-Palazzoli su pokazala da su u takvim obiteljima često prisutni pogrešni komunikacijski modeli u kojima članovi obitelji često zanemaruju poruke upućene međusobno, a roditelji su doživljeni kao nesposobni za preuzimanje odgovornosti, tipično kriveći jedan drugoga za loše odluke. Također se pokazalo da se roditelji anoreksične djece često osjećaju kao žrtve (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988).

Prema Minuchinovoj teoriji disfunkcionalne obitelje bi trebale pokazivati ekstremnu razinu kohezije, bilo s jedne strane krajnosti ekstremno visoku razinu što se očituje kroz isprepletenost (engl. enmeshment) ili s druge strane ekstremno nisku, što se očituje kroz razdvojenost. U isto vrijeme funkcionalne obitelji pokazuju uravnoteženost u razini kohezije. (Blinder, Chaitin i Goldstein, 1988).

Iako su istraživanja o obiteljskim interakcijama u obiteljima bolesnika oboljelih od anoreksije često oprečna te se ne mogu donijeti generalizirani stavovi o bolesnicima i njihovim obiteljima, važnost razumijevanja povezanosti poremećaja hranjenja i obiteljskih interakcija se uvijek treba uzeti u obzir.

Konačno, bez obzira na način razvoja bolesti, simptomi poremećaja hranjenja postanu isprepleteni s obiteljskim odnosima, uzrokujući patnju i distres cijele obitelji (Weme i Yalom, 1996).

9. ZAKLJUČAK

Anoreksija nervoza, jednom kad se razvije kompletna klinička slika bolesti, sa svim tragičnim posljedicama izolacije i nesudjelovanja u adolescentnom razvoju je toliko ozbiljna bolest da bi se svim silama trebalo truditi prepoznati ju u inicijalnoj fazi, ili još bolje prepoznati psihološke znakove koji prethode samoj bolesti. Osobe koje se brinu za odgoj i edukaciju tih mladih ljudi trebala bi alarmirati činjenica da su djeca koja nikad ne rade nikakve probleme već u problemu te da je pretjerana savjesnost, pretjerano razmišljanje ili pokoravanje svemu znak upozorenja da nešto nije u redu.

Na puno načina ova djeca ispunjavaju svaki san roditelja i učitelja o savršenoj djeci, ali to čine na pretjeran način. Upravo je taj ekstra poticaj, potreba da ne budu dobri nego bolji ono što čini značajnu razliku između ovih nesretnih mladih ljudi koji izgladnjavaju sami sebe i ostalih adolescenata koji uživaju u svom životu. Prava prevencija zahtijeva što ranije prepoznavanje njihovog superperfekcionizma kao znaka unutarnje patnje.

10. ZAHVALE

Zahvaljujem se svom mentoru, prof. dr. sc. Darku Marčinku na svim savjetima, uputama, materijalima i stručnoj pomoći koju mi je pružio tokom pisanja diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji koja mi je bila velika podrška tokom studija i koji su svojom ljubavlju i požrtvovnošću olakšali moje studiranje.

I na kraju se zahvaljujem mojim divnim prijateljima koji su bili uz mene i učinili studiranje lakšim i ljepšim.

11. REFERENCE

Allen J, Fonagy P. Handbook of mentalisation-based treatment. Chichester: Wiley, 2006

Allen J, Fonagy P, Bateman A. Mentalizing in Clinical Practice. New York: American Psychiatric Publishing Co. 2008

Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment. Oxford: Oxford University Press. 2004

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

Bateson G, Jackson D, Haley J et al. Toward a theory of schizophrenia. Behavioural Science 1956;1:251–264.

Becker AE. Television, disordered eating, and young woman in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change. Culture, Medicine and Psychiatry 2004; 28: 533-559

Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.

Bell, Rudolph M. Holy Anorexia. Chicago: University of Chicago, 1985.

Bilić V. Superego u oboljelih od koronarne bolesti. Doktorska dizartacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2006.

Bion W: Learning from experience. London: Heinemann, 1962

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

Bowlby, J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge, 1988.

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

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

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

Cametron Eds, AJ. Welborn TA. Zimmet PZ. Dunstan DW. Owen N. Fox JRE. Goss KP. Eating and its Disorders. Wiley- BlackWell Publications. Oxford, 2012.

Coates, S. W. Foreword. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalization-based treatment (pp.xv–xvii). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd. 2006

Collings S, King M. 10-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. Br J Psychiatry 1994; 164: 80-87.

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

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

Fairburn, C.G. i Garner, D.M. The diagnosis of bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders1986; 5(3):403-419.

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA and Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Arch Gen Psychiatry 1999;56(5):468-76-

Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch Gen Psychiatry 2000;57: 659-65.

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet 2003;361:407-16.

Fichter MM, Quadflieg N. Six-year course of bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1997;22:361-84.

Fonagy P, Edgcumbe R, Moran GS i sur. The roles of mental representations and Mentalizacija i poremećaji hranjenja | 65 mental processes in therapeutic action. Psychoanal Study Child 1993;48:9-48.

Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G et al. The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996; 64:22-31.

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

Fonagy, P. Developmental roots of mentalisation.Presentation at the conference Widening the scope of mentalisation, London June/July 2006.

Gergely G & Watson J. The social biofeedback model of parental affectmirroring. International Journal of Psycho-Analysis, 1996; 77:1181-1212.

Gilbert P. What is shame? Some core issues and controversies. In: P. Gilbert and eds Shame: Interpersonal Behaiour, Psychopathology and Culture. New York: Oxford Press, 1998, pp. 3-38.

Gilbert, P. Body shame: A biopsychological conceptualization and overview with treatment implications. In P.Gilbert and J. Miles (eds) Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment. Hove: Brunner-Routledge, 2002 pp. 3-54.

Gonzalez A. Eating disorders in adolescents. Austr. Famil Phys 2007;36:614-19.

Hall L & Cohn L. Bulimia, A Guide To Recovory Gurze Books: CA, 1992

Holmes J. Exploring in security: Towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group, 2010.

Jambekar SA. Masheb RM. Grilo CM. Genderdifferences in shame patients with binge eating disorder. Obesity Research 2003;11:571-577.

James K, MacKinnon L. Theory and Practice of Structural Therapy: Illustration and Critique.ANZJFT 1986;7(4):223-233.
Keel PK., Eating Disorders, New Jersey: Pearson/Prentice Hall, 2005

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

Kramer C. Becoming a family therapist. NewYork: Human Service press,1980.

Lock J, le Grange D, Agras W, Dare C.Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family–Based Approach, London: Guilford, 2001.

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

McGuire & Troisi, Darwinian psychiatry, New York, Oxford University Press, 1998

Meads, C., Gold, L. & Burls, A. How Effective is Outpatient Care Compared to Inpatient Care for the Treatment of Anorexia Nervosa? A Systematic Review, European Eating Disorders Review 2001;9:229-241.

Minuchin S. Families and Family Therapy. London: Tavistock, 1974

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

Mitchell JE, Hatsukami D, Eckert ED, Pyle RL. Characteristics of 275 patients with bulimia. Am J Psychiatry 1985;142:482-85.

Palazolli M.S. Self starvation: From the intrapsychic to the transpersonal. London: Chancer Press, 1974.

Palazzoli, M.S, Towards a General Model of Psychotic Family Games, Journal of Marital and Family Therapy 1986;12:339-349.

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

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

Roe A. Psychology of occupation. NewYork: Wiley&Sons, 1956.

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

Skarderud E. Shame in Cyberspace. Relationship Without Faces: The E-media and Eating Disorders. Eur Eat Disorders Rev. 2003, 11:155-169.

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

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

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

Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA, Gendall KA, Joyce PR. The significance of a prior history of anorexia in bulimia nervosa. Int J Eat Disord 1996; 20: 253–61.

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

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

Wade TD, Bulik CM and Neale M. Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and enviromental risk factors. Am J Psychiatry 2000;157(3):469-71.

Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. American Journal of Psychiatry1995;152:64- 71.

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

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

Weme J, Yalom JD. Treating Eating Disorders. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996 White M. Anorexia nervosa: a cybernetic perspective. Family Therapy Collections 1987;20:117-29.

12. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Katarina Mandić

Datum rođenja: 29.07.1990.

Mjesto rođenja: Zagreb, Republika Hrvatska

OBRAZOVANJE

Osnovna škola grofa Janka Draškovića (1997.-2005.)

Gimnazija Lucijana Vranjanina, Zagreb (2005.-2009.)

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (od 2009.)

POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE

Strani jezici: aktivno služenje engleskim, 2. stupanj Hrvatskog znakovnog jezika