

Strokovni članek / Original article

PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA OTROK IN MLADOSTNIKOV Z MOTNJAMI HRANJENJA

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS

V. Đurašin

*Služba za otroško in mladostniško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Ljubljana*

IZVLEČEK

V prispevku predstavljamo kliničnopsihološko obravnavo otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja. Motnje hranjenja (MH) so duševna bolezen z največjo smrtnostjo med vsemi duševnimi motnjami. Statistični podatki kažejo, da pomoč poišče samo 10 % oseb z MH, izmed njih je ustrezne specialistične obravnave deležnih samo 35 %. Zgodnja prepoznava MH je bistvenega pomena in odločilno vpliva na napoved izida bolezni. Anoreksija nervoza je tretja najbolj pogosta kronična bolezen pri dekletih v obdobju mladostništva. Zdravljenje je uspešno ob celostnem pristopu z udeležbo različnih strokovnjakov. Kliničnopsihološka obravnava se vedno začne s poglobljeno in celostno psihološko oceno posameznika, s katero dobimo vpogled v njegove razvojne potrebe in zmožnosti ter poskušamo ugotoviti posameznikov konkreten problem. Naslednji korak je opredelitev problema, ki naj bi obsegala vsa spoznanja, ki smo jih pridobili v procesu ocenjevanja in jih prepoznali v okviru znanih psiholoških dejstev in znanstvenih teorij ter tudi trenutno bolezensko stanje. Sledi vrednotenje (evalvacija), ki je osrednja naloga psihološkega dela in vključuje znanje in spretnosti nudenja psihološke pomoči z različnimi psihoterapevtskimi metodami. Pri zdravljenju MH pri otrocih in mladostnikih sta dokazano najbolj učinkoviti dve terapevtski paradigmi: kognitivno-vedenjska terapija in sistemska družinska terapija. Zaključni korak je vrednotenje, ki nam ponudi vpogled v pravilnost in učinkovitost uporabljenih pristopov.

Ključne besede: psihološka obravnava, motnje hranjenja, otroci, mladostniki, klinična psihologija.

ABSTRACT

The purpose of this article is to present the clinical psychological treatment of children and adolescents with eating disorders. Eating disorders are a mental illness, which has the highest mortality rate of all mental disorders. Statistics indicate that only 10% of persons with eating disorders seek medical assistance, and of these, only 35% receive appropriate specialist treatment. Early diagnosis is of crucial im-

portance and it can influence the prognosis of the treatment process. Anorexia nervosa is the third most common chronic illness in adolescent girls. An integrated approach from various professionals provides a higher treatment success rate. Clinical psychological treatment always begins with a thorough and comprehensive psychological assessment of the individual, which gives insight into their developmental needs and abilities in order to try to determine their specific problem. The next step is formulation of the problem, where we try to consolidate all insights acquired in the process of evaluation, identify them in the context of known psychological facts and scientific theories and the current condition of the illness. The next step is evaluation, which is the central task of psychological work and includes knowledge and skills for providing psychological assistance with various psychotherapeutic methods. Two therapeutic models have proven to be the most effective for the treatment of eating disorders in children and adolescents: cognitive-behavioural therapy and systematic family therapy. The final step is evaluation, which gives insight into the correctness and effectiveness of the adopted approaches.

Key words: psychological treatment, eating disorders, children, adolescents, clinical psychology.

KAJ JE KLINIČNA PSIHOLOGIJA?

Ameriško psihološko združenje (angl. *American Psychological Association*) opredeljuje klinično psihologijo kot področje, ki združuje znanost, teorijo in prakso z namenom razumevanja, napovedovanja in odpravljanja duševnih težav oz. motenj ter spodbujanja posameznikovega osebnostnega razvoja. Klinična psihologija se osredotoča na različne vidike človekovega funkcioniranja skozi različna življenjska obdobja v različnih kulturnih okoljih in na vseh družbeno-ekonomskih ravneh (1, 2).

Klinična psihologija temelji na spoznanjih bioloških in družboslovnih znanosti, kar omogoča boljše razumevanje različnih ravni človekovega delovanja. Psihologi pri svojem delu uporabljamo empirično preverjene diagnostične instrumente, terapevtske postopke in znanstveno dokazano utemeljene metode. V praksi je delo psihologa usmerjeno na zmanjševanje duševnih stisk in podporo človekovemu duševnemu blagostanju. Psiholog je vključen na vseh ravneh in področjih zdravstvenega varstva, v javnih zavodih in v zasebnih kliničnopsiholoških ambulanah. Delo kliničnega psihologa je v večini primerov timsko, kar pomeni, da pri zdravljenju duševnih težav sodeluje z različnimi strokovnjaki, ki so vključeni v obravnavo posameznika (2).

MOTNJE HRANJENJA

Motnje hranjenja po diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje (DSM-V) uvrščamo med duševne motnje (4). Duševne motnje so bolezni z različnimi kombinacijami bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega vedenja, kognitivne prizadetosti in spomina. Zaradi omenjenih simptomov je bolnik prizadet, njegovo delovanje je slabše, reševanje vsakdanjih problemov pa manj učinkovito. Duševne motnje diagnosticiramo na osnovi klasifikacijskih sistemov MKB-10 in DSM-V. Duševne motnje pri različnih ljudeh potekajo različno, nekatere prizadenejo človeka manj, druge pa težje (4–6).

Motnje hranjenja obsegajo vrsto simptomov, ki vključujejo telesne, duševne in socialne znake. Pri približno ena izmed 250 žensk in en izmed 2000 moških v obdobju najstništva ali zgodnji odrasli dobi izkusi epizodo anoreksije nervoze. Petkrat več oseb izkusi bulimijo nervozo (3). Druge netipične motnje hranjenja so še bolj pogoste in prizadenejo 4–8 % mlajše populacije (3, 18).

Smernice klinične prakse

Smernice klinične prakse so sistematično oblikovane stališča, ki so strokovnjakom in bolnikom v

pomoč pri sprejemanju odločitev o ustreznem zdravljenju določenega bolezenskega stanja. Z zdravljenjem želimo izboljšati potek in izid zdravljenja. Smernice so oblikovane so na podlagi najboljših dostopnih raziskav ali s konsenzom skupine strokovnjakov, ki temelji na stališčih in priporočilih. Na Oddelku službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike v Ljubljani pri obravnavi otrok in mladostnikov uporabljamo angleške nacionalne smernice za prepoznavanje, zdravljenje in obravnavo anoreksije nervoze, bulimije nervoze in sorodnih motenj hranjenja (3).

Statistični podatki o pogostosti in obravnavi motenj hranjenja v ZDA

Ameriško nacionalno združenje (7–9) navaja, da:

- se v obravnavo vključi le ena izmed 10 oseb z motnjo hranjenja, izmed njih pa je ustrezne specialistične obravnave deležnih samo 35 %;
- v ZDA za MH trpi kar 24 milijonov ljudi;
- imajo MH imajo najvišjo stopnjo smrtnosti med duševnimi boleznimi, saj je po podatkih Ameriškega psihiatričnega združenja iz leta 2009 smrtnost pri anoreksiji nervozi 4 %, pri bulimiji nervozi 3,9 % in pri atipičnih motnjah hranjenja 5,2 %;
- 91 % žensk preizkuša različne diete, od tega je 22 % žensk na dieti neprestano;
- je 95 % oseb z MH starih 12,5–26 let;
- je AN tretja najpogostejša kronična bolezen pri mladostnicah;
- 50 % oseb z AN razvije tudi BN ali drugo kompenzatorno vedenje za uravnavanje telesne teže;
- polovica deklet in tretjina moških uporablja nezdrave načine uravnavanja telesne teže, npr. izpuščanje obrokov, post, kajenje, bruhanje in uporaba odvajal;
- je 10–15 % oseb z MH moških;
- moški redko poiščejo pomoč zaradi prepričanja, da gre za »žensko« bolezen;
- 47 % deklet med 10. in 16. letom želi shujšati zaradi fotografij v časopisih;
- 69 % deklet med 10. in 16. letom izjavlja, da

fotografije iz časopisov vplivajo na njihovo prepričanje o idealni telesni postavi;

- 42 % deklic od 1. do 3. razreda želi, da bi bile bolj suhe;
- je 81 % 10-letnikov močno strah debelosti.

Anoreksija nervoza

Če posameznik vzdržuje nizko telesno težo, je preobremenjen z mislimi na hrano in postavo, ima hud strah pred debelostjo ali si močno prizadeva ohranjati vitkost, lahko rečemo, da trpi za anoreksijo nervozo (AN) (3). Oseba z anoreksijo nervozo čuti zelo močen strah pred debelostjo, ki se ne zmanjša niti ob zniževanju telesne teže. Med procesom izgubljanja telesne teže, ko so telesni znaki podhranjenosti že prisotni, se oseba še vedno počuti debelo. To prepričanje imenujemo motena predstava o lastnem telesu (10–12). Bolj specifično se AN odraža s spremenjenim načinom prehranjevanja, z izogibanjem »redilni« hrani, s povečanim oz. pretiranim telesnim udejstvovanjem in s pretirano skrbjo za »zdrav« način življenja.

AN je motnja, ki se razvija postopno. Pravzaprav gre za proces, ki ima zametke že mnogo prej, kot se izrazijo vidni simptomi, ki jih lahko prepoznamo. Večina pove, da je želja po spremembi lastnega telesa klila v njih že več let, preden je izbruhnila bolezen. AN se najpogosteje se izrazi na prehodu iz otroštva v mladostništvo in lahko traja globoko v odraslost. V ozadju AN sta slaba samopodoba ter nezmožnost zaznavanja in izražanja lastnih čustev. Lastno vrednost oz. potrditev posameznik zaznava skozi oči drugih, predvsem na zunanji, telesni ravni (10, 13).

Bolezen se pogosto začne z dietami, ki sprva ne vzbudijo nikakršne pozornosti oz. zaskrbljenosti; posameznik navadno prejema komplimente, kar njegovo prizadevanje še okrepi. Po določenem času se režim prehranjevanja in gibanja zaostri. Vse bolj se izražajo sekundarni znaki na telesnem, čustvenem in socialnem področju, npr. socialna osamitev, spremenjeno čustvovanje, togost v razmišljanju in vedenju,

utrujenost, izguba menstruacije (ali primarna amenoreja), zastoj v razvoju in rasti, znižane vrednosti spolnih hormonov, osteoporoza ipd. (3, 11, 14).

Bulimija nervoza

Značilnosti bulimije nervoze (BM) so ponavljajoče se epizode prenažadanja in kompenzatornega vedenja (najbolj značilno je bruhanje) (3). Med fazo prenažadanja oseba z BN poje bistveno večje količine hrane kot večina ljudi ob podobni priložnosti (4). Hrana, ki jo zaužije, je zelo kalorična, sestavljena predvsem iz ogljikovih hidratov in maščob. Posameznik se svojega početja sramuje; izvaja ga na samem in nadaljuje tako dolgo, dokler ne občuti bolečin v želodcu. Ob pretiranem uživanju hrane občuti močan občutek krivde in sramu ter paničen strah pred debelostjo. Zato se posluži kompenzatornega vedenja (10). Poleg samoizzvanega bruhanja so kompenzatorni mehanizmi še drugi načini praznjenja (odvajala), postenje, pretirana telovadba in zloraba določenih zdravil, ki naj bi preprečili pridobivanje telesne teže. Poznamo purgativni tip bulimije nervoze, pri katerem oseba redno sama izzove bruhanje oz. zlorablja odvajala, diuretike ali klistir, in nepurgativni tip s pretirano telesno vadbo in postenjem (faza stradanja) (3, 4).

Raziskave kažejo (3), da se BN razvije pri nekoliko starejših posameznikih kot AN. Osebe z bulimijo nervozo tudi težje prepoznamo, ker njihova telesna teža ni nujno prenizka in svoje vedenje zaradi občutkov sramu in krivde uspešno skrivajo. Sekundarni znaki se pri osebah z BN odražajo z načrtovanjem hranjenja in praznjenja, izogibanjem socialnim situacijam, v katerih so izpostavljene hrani, in z motnjami razpoloženja. Zaradi gnusa nad svojim vedenjem lahko razvijejo samozaničevalne misli, ki lahko pripeljejo celo do samopoškodbenega vedenja, ki je pri osebah z BN pogosto. Prav tako osebe z BN pogosto zlorablajo alkohol in droge. Rezultati telesnih preiskav so pogosto v območju normalnih vrednosti, vendar podrobnejši pregled pogosto razkrije znake BN, kot so erozija zobne sklenine, povečane žleze

slinavke, hipokloremija in hipokalemija, elektrolitsko neravnovesje, vnetje požiralnika, razširjen želodec (tveganje za predrtnje želodca in smrt) in zaprtje (zloraba odvajal) (12,14).

Kompulzivno prenažadanje (KP)

Po klasifikaciji DSM-V je KP opredeljena kot samostojna kategorija motenj hranjenja (4). KP je značilno za obdobje zgodnje in/ali srednje odraslosti. Klinično se kaže s ponavljajočim se intenzivnim nenadzorovanim prenažadanjem, ki pa mu ne sledijo ukrepi za zniževanje telesne teže. Vedenjski in čustveni znaki oz. simptomi se kažejo z zaužitjem velikih obrokov, tudi ko oseba ni lačna, s hitrim uživanjem hrane (goltanje, basanje) in s pogostimi dietami, a navadno brez izgube telesne teže. Nad prenažadanjem oseba nima nadzora, zato sledita občutka krivde in sramu. Izsledki nedavnih raziskav kažejo, da merila KP izpolnjuje kar 70–80 % debelih ljudi, pri čemer je delež moških in žensk približno enak (10, 13). Strokovnjaki menijo, da kompulzivno prenažadanje ustreza vsem merilom zasvojenosti, saj gre za izgubo nadzora nad količino zaužite hrane, duševno in telesno odvisnost od hrane, abstinenčne simptome ter negativne posledice (povečana telesna teža, socialna osamitev ipd.). Hrana deluje kot zavratalec ali spodbuda: umirja, otopi občutke in čustva ter ublaži bolečino (6).

Atipične motnje hranjenja (AMH)

AMH so motnje, ki so sicer podobne že omenjenim MH, vendar ne izpolnjujejo natančnih diagnostičnih meril zanje. Npr. nekdo sicer izvaja strogo dieto in nadzoruje telesno težo s prekomerno telesno vadbo, vendar njegova telesna teža ni prenizka. Takšen primer je tudi prisotnost epizod prenažadanja in praznjenja, ki pa niso tako pogoste, da bi izpolnjevale diagnostična merila (3).

V to skupino uvrščamo motnje, kot so ortoreksija (pretirana obsedenost z zdravo, biološko hrano),

bigoreksija (obsedenost z mišičastim telesom), pica (uživanje neužitne hrane), purgativna motnja (bruhanje brez predhodnega prenačkanja) in nočno hranjenje (večina kaloričnega vnosa v večernih ali zgodnjih jutranjih urah) (6,10).

Skupne značilnosti motenj hranjenja

Čeprav med različnimi MH obstajajo specifičnosti, po katerih jih razlikujemo med seboj, imajo glede psihološkega funkcioniranja nekaj skupnih značilnosti. Pri vseh gre za zelo intenzivno čustvovanje, podobna stališča in vedenje, ki se nanaša na vprašanje prehranjevanja in telesne teže. Pretirana zaposlenost z načinom prehranjevanja (sestava jedilnika, količina, pogostost, načrtovanje obrokov, izogibanje situacijam, ki vključujejo hranjenje, laganje in goljufanje pri hranjenju), popačeno doživljanje lastnega telesa, pretirana skrb glede telesne teže, občutki krivde in sramu po hranjenju in »zloraba« hrane za uravnavanje drugih duševnih stanj so značilnosti, ki jih srečujemo pri večini MH. Motnje hranjenja so resna duševna bolezen z največjo smrtnostjo med vsemi duševnimi motnjami (11). Zgodnja prepoznavna in zdravljenje sta ključnega pomena za ugodno napoved izida bolezni (3). Raziskave kažejo, da je zdravljenje v mladostništvu bolj uspešno kot v odraslosti in da odsotnost zdravljenja v tem obdobju pogosto zapusti dolgotrajne neugodne posledice na telesnem in duševnem zdravju (18).

Značilnosti motenj hranjenja v otroštvu in mladostništvu

Prepoznavna motenj hranjenja v obdobju otroštva in mladostništva je pogosto zahtevna, saj osebe z MH navadno ne izpolnjujejo vseh diagnostičnih meril in jih zato ne prepoznamo (18). Pozornost moramo usmeriti na spremenjeno vedenje, povezano s prehrano (zdrav način prehranjevanja, izključitev ogljikovih hidratov, vegetarijanstvo, veganstvo ipd.). Zaskrbljenost glede telesne teže in postave ni nujno izražena, prav tako tudi ne zastoj v rasti ali neprido-

bivanje telesne teže ter prisotnost drugih simptomov duševnih motenj.

Pridružene psihiatrične motnje

Veliko raziskav potrjuje dejstvo, da imajo osebe z motnjami hranjenja pogosto tudi pridružene psihiatrične motnje. Kar dve tretjini bolnikov z anoreksijo nervozo in tri četrtine bolnikov, ki imajo po diagnostičnih merilih klinično sliko anoreksije nervoze in/ali bulimije nervoze, so imele tudi vsaj eno motnjo razpoloženja (16,17,19).

Depresija je najbolj pogosta spremljajoča motnja pri osebah z motnjami hranjenja. Izsledki raziskav kažejo, da so simptomi depresije izraženi pri kar 60 % bolnikov z MH.

Anksioznost ugotavljajo vsaj pri tretjini bolnikov, nekoliko več pri mlajši populaciji (otroci in mladostniki). Prav tako so značilne generalizirana anksioznost, panična motnja in fobije.

Obsesivno-kompulzivne motnje (OKM) so prisotne pri skoraj polovici oseb z MH. Nekoliko pogostejše so pri osebah z anoreksijo nervozo kot pri drugih tipih motenj hranjenja.

Osebnostne motnje ugotavljajo pri približno 70 % bolnikov z anoreksijo nervozo. Ko govorimo o osebnostnih motnjah se moramo zavedati, da jih navadno diagnosticiramo šele v zgodnji odraslosti in le redko v obdobju mladostništva oz. otroštva. To pomeni, da dolgo trajajoče ali nezdravljene MH zelo pogosto privedejo do osebnostne motnje.

Motnje odvisnosti, npr. zloraba alkohola in prepovedanih snovi, pomenijo veliko tveganje pri osebah z MH, zlasti v obdobju poznega mladostništva in zgodnje odraslosti.

KLINIČNOPSIHOLOŠKA OBRAVNAVA

V Sloveniji je poklic kliničnega psihologa zakonsko opredeljen v Zakonu o zdravstveni dejavnosti. Klinični psiholog je zdravstveni delavec, ki lahko samostojno opravlja zdravstveno dejavnost in je odgovoren za diagnosticiranje in izvajanje znanstveno utemeljene oblike terapevtskih postopkov. Kliničnopsihološko preučevanje pri osebah z motnjo hranjenja je usmerjeno predvsem na razisko-

vanje pridruženih psihiatričnih motenj, osebnostne patologije in osebnostnih podtipov, samopodobe in samospoštovanja, kognitivnega funkcioniranja in lastnosti družinskega sistema. Izvajanje kliničnopsihološke prakse poteka v okvirno štirih kompetencah psihologa (20, 21).

Ocenjevanje

Neposredna individualna psihološka obravnava se vedno začne s poglobljeno in celostno psihološko oceno posameznika, s katero dobimo vpogled v njegove razvojne potrebe in zmožnosti ter poskušamo ugotoviti konkreten problem. Cilj psihološkega ocenjevanja je spoznati, kakšne so posameznikove čustvene, socialne, kognitivne in motorične potrebe, in kako moramo prilagoditi okolje, da bo ustrezalo razvojnim potrebam. Psihološko oceno podamo na osnovi opazovanja, razgovorov s posameznikom in z njegovimi starši ter s pomočjo kliničnopsiholoških vprašalnikov in testov.

Pri kliničnopsihološki oceni otrok in mladostnikov z motnjami hranjenja ocenjujemo predvsem tri sklope: kognitivno funkcioniranje, čustvovanje ter vedenje in osebnostne značilnosti. Ocena kognitivnega funkcioniranja zajema oceno intelektualnih sposobnosti, oceno pozornosti in koncentracije ter oceno delovnega spomina, kognitivne prožnosti in izvršilnih funkcij. Motnje hranjenja zaradi stradanja ali dolgotrajnega izčrpanja telesa pomembno vplivajo na kognitivno funkcioniranje. Zmogljivosti se zmanjšajo zlasti na področju pozornosti, koncentracije in kognitivne prožnosti (22,23). Izsledki longitudinalne raziskave, v kateri so merili kognitivne sposobnosti po 10 letih, so pokazali, da so po vzpostavitvi normalne telesne teže in uspešno pozdravljeni MH rezultati statistično pomembno višji kot v fazi bolezni (22). Pri oceni čustvovanja in vedenja skušamo ugotoviti, ali so pridružene tudi druge psihiatrične motnje in v kolikšni meri. Prav tako je pomembna ocena vloge primarne družine in širšega okolja (družba, šola, družina).

Opredelitev problema in načrtovanje obravnave

Naslednji korak je združitev vseh spoznanj, pridobljenih v procesu ocenjevanja, ter njihovo prepoznavanje v okviru znanih psiholoških dejstev in znanstvenih teorij ter trenutnega bolezenskega stanja (20). Kliničnopsihološka spoznanja lahko osebi razložimo v pogovoru ali pa jih oblikujemo in posredujemo v pisni obliki (psihološki izvid z oceno in diagnozo, poročilo ali izvedensko mnenje z diagnozo, razlago psihološkega dogajanja in prognostično oceno) (21). Prav tako je potrebno izdelati ustrezen psihoterapevtski načrt.

Kliničnopsihološki ukrepi in potek obravnave

Gre za osrednjo nalogo psihologa, ki vključuje znanje, spretnosti in čustveno pripravljenost nuditi psihološko pomoč. Psihoterapevtska obravnava otrok, mladostnikov in njihovih staršev je izjemno široko področje in vključuje (20, 6):

- individualno in skupinsko obravnavo;
- pogovor s starši (družinska terapija) ter sestanke skupin staršev za samopomoč;
- ambulantno obravnavo (individualna, skupinska, družinska);
- kognitivne remediacije;
- povezovanje s šolo in načrtovanje vključevanja v šolsko okolje;
- vključevanje prostovoljcev v preživljanje prostega časa.

Povprečen čas bolnišničnega zdravljenja je na Oddelku službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike v Ljubljani približno 3 mesece. V tem obdobju je osrednjega pomena prav psihoterapevtska obravnava posameznika in njihovih staršev. Program zdravljenja MH na Pediatrični kliniki smo podrobno predstavili v Izbranih poglavjih iz pediatrije leta 2011.

Psihoterapija je zdravljenje duševnih težav s psihološkimi pristopi, ki temeljijo na različnih teoretičnih modelih. Podobno kot se razlikujejo različne

psihoterapevtske šole, se glede na vrsto motnje in glede na motiviranost za psihoterapevtsko obravnavo razlikujejo tudi uporabniki psihoterapije. Glavne teoretične paradigme v psihologiji in psihoterapiji so psihoanalitična, kognitivno-vedenjska, sistemsko-družinska in humanistično-eksistencialna (3, 24, 25). Čeprav je namen vseh psihoterapevtskih metod enak, pa z uporabo različnih metod in tehnik poskušamo glede na oceno posameznikovega psihološkega funkcioniranja izbrati tisti pristop, ki je najbolj ustrezen.

S terapijo želimo – idealno – v celoti odstraniti simptome in posameznika v zdravem stanju odpustiti v domače okolje. V praksi je redko tako, saj je zdravljenje dolgotrajen proces. Zato v obdobju obravnave skušamo doseči sledeče: omiliti simptome, spremeniti neželeno vedenje in izboljšati kakovost življenja.

Psihološka pomoč pa ne deluje kot »servis« za odpravljanje težav. Pogosto posamezniki (otroci in mladostniki) niso motivirani za zdravljenje in probleme zanikajo. V takih primerih je glavna naloga psihologa, da vzpostavi motiviranost in poskrbi za opredelitev stvarnih ciljev. Posamezniku pomagamo, da sam prepozna problem, in ga opremimo z veščinami, kako se z njim uspešno spoprijeti. Ne vsiljujemo lastnih vrednostnih sistemov (prepričanj, moralnih stališč) in ne dajemo konkretnih nasvetov. Z empatičnim pristopom in dobrim poznavanjem psihopatologije mu le pomagamo in ga spremljamo med procesom zdravljenja (11, 26).

Pri obravnavi MH pri otrocih in mladostnikih sta dokazano najbolj učinkoviti kognitivno-vedenjska terapija in sistemsko-družinska terapija (3, 11).

Kognitivno-vedenjska terapija (VKT) se osredotoča na obvladovanje težav, s katerimi se posameznik ukvarja v trenutnem življenjskem obdobju (»tukaj in zdaj«). VKT obsega psihološke pristope, ki so zasnovani na znanstvenih dognanjih in so glede na rezultate raziskav izjemno učinkoviti pri obravnavi motenj hranjenja. Z VKT želimo odkriti probleme,

ki se prepletajo v triadi »misli, čustva in vedenje«, in jih tudi poskušamo razumeti. Skupaj iščemo možne načine spoprijemanja s problemom. Naslednji korak je oblikovanje ciljev, ki so prilagojeni glede na starost, problematiko in resnost simptomov. Poskušamo določiti časovni okvir doseganja zastavljenih ciljev ter jih med obravnavo nenehno preverjamo in vrednotimo (24, 25).

Sistemsko-družinska terapija vsak sistem (skupino, družino, partnersko zvezo) obravnava kot sklop medsebojno povezanih enot. Vsako obnašanje in vsaka težava oz. simptom posameznika je odraz akutne ali kronične motnje v čustvenem ravnovesju celotnega sistema. Tako so npr. težave posameznika pomembno povezane s težavami, ki jih ima njegova družina. V obravnavi sodeluje celotna družina. Skupaj skušajo spregovoriti o problemih, ki jih doživljajo drug z drugim. Skozi svetovalni proces razvijejo nove oblike sporazumevanja, reševanja problemov in medsebojne podpore (11). Sistemski pristop zaradi dinamike in zakonitosti živega sistema omogoča predvidevanje dogajanj v družinskem sistemu ter sprotno preverjanje hipotez in načrta zdravljenja (11).

Vrednotenje obravnave

Ob zaključku obravnave ponovno ocenimo učinkovitost in primernost uporabljenih pristopov. Pri tem se lahko razkrijejo pomanjkljivosti, kar nam pomaga pri načrtovanju izboljšav. Psihološko funkcioniranje ponovno preverimo ob zaključku zdravljenja ter po šestih mesecih in enem letu. Spremljamo pogostost simptomov ter morebitno izboljšanje na kognitivnem, čustvenem in vedenjskem področju. Prav tako ocenjujemo, v kolikšni meri so se simptomi izboljšali oz. poslabšali (20, 21).

ZAKLJUČEK

Motnje hranjenja so resna duševna bolezen, ki se vse pogosteje pojavlja pri vse mlajših posamezni-

kih. Smrtnost je pri MH med vsemi duševnimi motnjami največja. Prav tako so pridružene psihiatrične motnje, npr. depresija, anksioznost in obsesivno-kompulzivna motnja na žalost prej pravilo kot izjema. Pri velikem deležu oseb z dolgotrajno MH se razvijejo tudi osebnostne motnje. Zgodnja prepoznavna motnje in hitra napotitev k ustreznim strokovnjakom sta ključnega pomena za uspešno ozdravitev. Psihološka obravnava MH je nujen del celostne multidisciplinarnе obravnave posameznika ter je velik izziv in zelo zahtevna naloga. Za uspešno izvajanje psihološke obravnave je nujno izobraževanje iz klinične psihologije v okviru specializacije pa tudi izobraževanje iz terapevtskih smeri, ki so dokazano učinkovite pri zdravljenju MH. Za učinkovitejšo obravnavo MH bi bilo smiselno, da bi z vsebinami kognitivno-vedenjske terapije seznanili tudi osebe, ki opravlja zdravstveno nego, kar so pokazale praktične izkušnje v tujini.

LITERATURA

1. American Psychological Association 2006. About Clinical Psychology. Washington: American Psychological Association; c2006. Citirano 25.4.2014. Dostopno na <http://www.apa.org/>
2. Zakon o zdravstveni dejavnosti, Pravilnik o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev 2004. Ur l RS 37/04
3. Hrast I, Smrdu M, Gorenc M, Pečnik S, Derhovšek MZ. Motnje hranjenja: intervencije zdravljenja in obravnave anoreksije nervoze, bulimije nervoze in sorodnih motenj hranjenja. Nacionalne smernice klinične prakse CG9: Raziskovalni izobraževalni inštitut Ozara, 2008.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5. New York: American Psychological Association, 2013.
5. MKB-10: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 1995.
6. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Psychological treatment of eating disorders. Evidence-based practice in psychology. American Psychologist 2006; 61: 271-85.
7. Collins ME. Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children. International Journal of Eating Disorders 1991; 199-208.
8. Mellin VL, McNutt S, Hu Y, Schreiber GB, Crawford P, Obarzanek E. A longitudinal study of the dietary practices of black and white girls 9 and 10 years old at enrollment: The NHLBI growth and health study. Journal of Adolescent Health 1991; 23-37.
9. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, Mitchell JE. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. American Journal of Psychiatry 2009; 166: 1342-6.
10. Sernec K. Sodobni vidiki in načini zdravljenja motenj hranjenja. Farmacevtski zbornik 2010; 2; 106-10.
11. Breclj-Kobe M, Đurašin V, Kranjc M, Anderluh M. Obravnava otrok in mladostnikov z motnjo hranjenja na Pediatrični kliniki v Ljubljani. Derčevi dnevi - Zbornik predavanj. Ljubljana: Pediatrična klinika 2011; 255-69.
12. Bryant-Waugh R, Lask B. Overview of eating disorders. Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Hove, Routledge 2007; 3th ed: 35-50.
13. Schmidt U., Treasure J. Clinician's guide to Getting Better: Bit(e) by bite(e). Psychology Press Ltd UK 1997; 14-41.
14. Bratanič N. Somatske značilnosti anoreksije nervoze, debelost in motnje hranjenja. Katedra za pediatrijo, Ljubljana; 2000: 118-22.
15. Fairburn CG, Cooper PJ. Poremečaji hranjenja. V: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, Kognitivno- bihavioralna terapija za psihiatrijske probleme. Naklada Slap 2002: 277-315.
16. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. The International journal of eating disorders 2009; 42(3): 228-34.
17. Brauna DL, Sundaya SR, Halmia KA. Psychi-

- atric comorbidity in patients with eating disorders. New York Hospital/Cornell University Medical Center. 2009.
18. Anderluh M, Breclj-Kobe M. Zgodnje odkrivanje in obravnava motenj hranjenja. Derčevi dnevi-Zbornik predavanj. Ljubljana: Pediatrična klinika 2011; 247-53.
 19. Kaye W, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatr* 2004; 161(12): 2215-21.
 20. Starovasnik ŽB. Smernice za klinično psihološko delo v celostni rehabilitaciji. *Rehabilitacija* 2014; 13 Suppl 1: 36-40.
 21. Zavod RS za zaposlovanje. Citirano 22.4.2014. Dosegljivo na: <http://www.ess.gov.si/>
 22. Gillberg IC, Rastam M, Wentz E, Gillberg C. Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2007; 29: 170-8.
 23. Jonesa BP, Duncana CC, Brouwersa P, Mirskya AF. Cognition in eating disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2008; 13/5: 711-28.
 24. Howton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme - vodič za praktičan rad. Slap. 2007.
 25. Društvo za kognitivno vedenjsko terapijo (DVKT). Citirano dne 22.4.2014. Dosegljivo na: <http://www.drustvo-vkt.org/>.
 26. Anić N, Janjušević P. Izbrane Teme iz vedenjsko-kognitivne terapije- Zbornik II. Ljubljana: Društvo Za Vedenjsko in Kognitivno Terapijo 2007.

Kontaktna oseba / Contact person:

Vedrana Đurašin, univ. dipl. psih., specializantka klinične psihologije
Služba za otroško in mladostniško psihiatrijo
UKC Ljubljana
Bohoričeva 20
1000 Ljubljana

Prispelo / Received: 28. 4. 2014**Sprejeto / Accepted: 12. 5. 2014**