

# DRUŽBENA POGOJENOST ODVISNOSTI OD DEJAVNOSTI HRANJENJE KOT SREDSTVO ODVISNOSTI MED SREDNJEŠOLSKO MLADINO

DAMJAN ŠIMEK

## IZVLEČEK

Hranjenje (žvečenje, požiranje oz. izločanje zaužite hrane) in stradanje kot potencialna sredstva odvisnosti z vzpodbujanjem izločanja endorfinov omogočata spremembo zavesti. Na vzorcu 622 mariborskih srednješolcev je ugotavljana pojavnost znakov zasvojenosti s hranjenjem in njihova povezanost z nekaterimi družbenimi dejavniki in dejavniki družine.

Pri 5% anketirancev sklepamo na razvito zasvojenost s hranjenjem (razmerje dekleta:fantje je 14:1), pri 33,6% na izkazan potencial (razmerje dekleta:fantje je 2:1).

Kot varovalni dejavnik se je pomembnejša kot struktura družine izkazala kvaliteta interakcij in obstoj osebe zaupanja v njej.

Kar 25,5% anketirancev ocenjuje svojo telesno težo kot previsoko (od tega 9,9% anketirancev in 32,5% anketirank). 7,9% preizkušancev svojo telesno težo ocenjuje kot prenizko (12,5% anketirancev in 5,8% anketirank). Nezadovoljstvo s telesno težo je povezano z odsotnostjo osebe zaupanja, predmestjem kot krajem bivanja, kritičnim materialnim položajem družine, nizko oz. neznano izobrazbo matere, načinom reševanja stisk z zatekanjem v samoto in šibkimi pozitivnimi vrednotami.

Restriktivni način reguliranja telesne teže navaja 4,8%, odvajalni način 0,5%, izmenično odvajanje in restrikcijo 0,5%, istočasno odvajanje in restrikcijo pa 0,3% anketirancev.

Zdravljenje za zasvojenostjo s hranjenjem navaja 2,6% anketirancev (3,6% anketirank in 0,5% anketirancev), potrebo po zdravljenju pa ob tem izraža še 4,8% anketirancev (5,3% deklet in 3,6% preizkušancev).

Zasvojenosti s hranjenjem pomenijo nadomesten poskus zadovoljevanja imanentnih potreb po smislu in ukoreninjenosti v življenje. Potrošniška družba mladim omogoča fragmentirano identiteto in jih postavlja pod stalni storilnostni pritisk in izbiro (navidezno) odprtih možnosti individualizirane družbe. Neuspeh mladi vse bolj doživljajo kot individualne krize in ne kot strukturne danosti družbe, kar je pomemben generator funkcionalnosti odvisniških vedenj.

Gesla: odvisnost od dejavnosti, zasvojenost s hranjenjem, anoreksija, bulimija, kompulzivno prenejedanje, potrošniška družba, družina, srednješolska mladina

## **ABSTRACT**

Eating (chewing, swallowing, excretion of consumed food) and starving as a potential means of addiction stimulate the excretion of endorphines and enable the transformation of consciousness. The research was done on a sample of 622 high school students in Maribor to determine the appearance of indicators of eating addictions and their connection to certain social and family factors.

5% of the students indicated a developed eating addiction (ratio male:female 1:14), 33.6% showed a significant potential (ratio male:female 1:2). The quality of interactions and the availability of someone to confide in within the family proved more important protecting factors than the structure of the family.

7.5% of the students estimated their body weight as too high (9.9% male and 32.5% female) and 7.9% as too low (12.5% male and 58% female). There is an established connection between dissatisfaction with body weight and the absence of someone for the subject to confide in, suburbia as the place of living, critical material conditions of the family, low/unknown education level of the mother, ways of coping with crises associated with loneliness and with poorly developed positive values.

Restrictive body weight regulation was reported by 4.8%, purgative by 0.5%, alternating restrictive and purgative behaviors by 0.5% and simultaneous restrictive and purgative behaviors by 0.3% of students.

2.6% of students (0.5% male and 3.6% female) reported undergoing or having undergone treatment for eating disorder, while perception of the need for treatment was expressed by 4.8% (3.6 % male and 5.3% female).

Eating addictions are an external compensative attempt to satisfy the immanent human need for meaning. An individualised consumer society makes it possible for young people to have a fragmented identity and places them under constant pressure to be productive and choose among many (formally) open possibilities. Young people tend to experience these risks as individual crises and not as structural conditions of society, and this is a significant force underlying the functionality of addictive behaviors.

Keywords: behavioral addictions, eating disorders, anorexia, bulimia, compulsive eating, consumer society, family, high school students

## 1. ODVISNOSTNI POTENCIAL HRANJENJA V SODOBNIH POZNO-MODERNIH DRUŽBAH

Začetek odvisnosti je povezan z vzpostavljanjem alternativnih stanj zavesti oz. direktnim spreminjanjem trenutnega počutja, bodisi z drogami ali z dejavnostmi. Čeprav je stopnja spremembe zavesti različna, je cilj vseh oblik odvisnosti enak: doživljajski in vedenjski odmik od težavne realnosti na sredstvo odvisnosti. Bistvo odvisnosti ni v tem, kako pogosto in s kakšnimi sredstvi dosegamo spremembo zavesti, ampak da postane neka stvar, oseba ali dejavnost obrambni mehanizem pred osnovno tesnobo. Hrana nima farmakološkega učinka na spremembo stanja zavesti, zato ni droga v klasičnem pomenu besede, čeprav imajo nekatere vrste hrane (sladkor, kakav) blag poživilni ali pomirjevalni učinek. Pri zasvojenosti s hranjenjem stradanje, žvečenje in goltanje hrane oz. postopki izločanja sprožijo delovanje endorfinskega sistema in spremenjeno, na sredstvo odvisnosti zoženo stanje zavesti.

Hranjenje presega zgolj zadovoljevanje fizioloških potreb; ob hedonistični dimenziji simbolni pomeni hranjenje tesno povežejo z okoljem čustvenih silnic in vrednot družbe. Način hranjenja je družbeni mikrokozmos, pogojen s tradicijo, navadami, rituali, ki jih je razvila določena kultura, da si zagotovi preživetje. Odnos do hranjenja je v razmerah potrošniške družbe izrazito ambivalenten, značilne so obsesivne misli o hrani in pogajanja s samim seboj, kaj zaužiti in česa ne (Roberts 1998, 34-46). Sodoben človek ima bolj odtujen odnos kot kdajkoli v zgodovini; zgolj uživanje hrane kot hrane je vse bolj nemogoče. Hranjenje ima centralni pomen pri naravi našega odnosa z zunanjim svetom, zajema nazorski in religiozni pomen, je način (tudi nadomestnega) iskanja varnosti in smisla. Antropolog Kottak (1994, 100) to zgovorno ilustrira: v restavracijah s hitro hrano so dekoracija, komunikacija med prodajalcem in stranko, izbor jedi in atmosfera tako predvidljivi, da ima posameznik občutek sodelovanja pri tolažečem ritualu.

**Sredstvo odvisnosti** predstavlja specifična dejavnost, ki ima tako na individualni kot družbeni ravni izrazno moč določenega konflikta (Gross 1990, 211-214). V

zadnjih dvajsetih letih opazamo visok porast zasvojenosti s hranjenjem (ali, bolje, s procesi grizenja, požiranja, bruhanja, stradanja). Gre za klasično situacijo »dvojne vezi«: na eni strani sta intenzivna ponudba in preobilica hrane, na drugi pa družbeni ideal vitkosti. Ideal vitkosti je za večino nedosegljiv: le 10% deklet naj bi imelo ustrezne telesne dispozicije. V zadnjih dveh desetletjih je v smislu ideala telo ženske postalo vitkejše kar za 33%, hkrati pa ima idealno žensko telo premalo maščob potrebnih za menstruacijski cikel (Muller 1989, 2-6). V taki situaciji se hranjenje ponuja kot sredstvo odvisnosti. Gre za odvisniško hlastanje po iluziji popolnosti - ki je nedosegljiva - kot način transcendiranja konfliktne vloge ženske (človeka) v sodobni družbi. Pozunanjujoč ideal vitkosti je v potrošniški družbi eden najbolj izstopajočih kompenzatorjev manjkajočih notranjih vrednot in idealov. Stradanje z železno voljo ali z bruhanjem izpraznjen želodec simbolizirata materialno prenasičeno družbo, v kateri doni pomanjkanje smisla in ukoreninjenosti v pristnost življenjskih izkušenj. Ob idealizaciji vitkosti Minuchin (1978, 67-84) navaja še sledeče sociokulturne pritiske, ki facilitirajo razvoj zasvojenosti s hranjenjem:

- motnje družinske interakcije. Na osnovi opazovanja 60 družin je identificiral 5 primarnih vzorcev motene interakcije, ki so pomembni pri razvoju motenj hranjenja: zapletena zamreženost interakcij in nejasnost odnosov v družini, hiperprotektivnost, emocionalna preplavljenost ali nezanimanje, rigidnost družinskih odnosov, izogibanje konfliktom, neučinkovito reševanje konfliktov, pomanjkanje naklonjenosti ali ljubezni in slaba empatija. Simptomatsko vedenje in družinski procesi so povezani v samoregulativni cikel, ki minimalizira konflikte in spremembe;
- poklice oz. športe, ki zahtevajo nizko telesno težo (manekenstvo, igrilstvo, atletika), kjer pogosteje opazimo zasvojenost<sup>1</sup> s hranjenjem (Shisslak et al., 1987, 660-667);
- družinsko zgodovino zlorabe drog in/ali alkohola;

---

<sup>1</sup> V psihiatrični in tudi v psihološki literaturi »zasvojenosti s hranjenjem« opisujejo kot »motnje hranjenja«, kar je tudi poljuden izraz za te težave. Vendar ta izraz ne pojasni osnovne značilnosti tega vedenja; da si večina prizadetih želi prenehati, pa ne morejo. Zato številni avtorji menijo, da gre za odvisnost (Rozman, 1998, 117). Bachmann in Röhr (1983, 111-116) pri primerjavi bulimije in anoreksije z alkoholizmom ugotavljata, da sta hranjenje in stradanje lahko sredstva zasvojenosti z značajem trdih drog, saj vodita do socialnega propada in telesnih bolezni.

- zgodovino seksualne zlorabe ali napada;
- perfekcionizem in storilnostno usmerjenost kot cenjeni družbeni vrednoti;
- pomembno izgubo ali separacijo;
- vpliv oglaševanja in množičnih medijev. Povprečni ameriški mladostnik na leto vidi več kot 10.000 reklamnih sporočil, od tega se jih 95% nanaša na hrano. Mladostniki izbirajo hrano oglaševano v reklamnih sporočilih ob priljubljenih oddajah in tako vplivajo na družinske prehranjevalne navade (Taras et. al., 1989, 178);
- pritisk vrstnikov;
- spol. Dekleta v adolescenci doživljajo določene stresorje, ki so za fante manj značilni; njihova samopodoba je bolj odvisna od zaznavanja telesne sheme in teže. Brumberg (1994, 281) ter Pryor in Wiederman (1998, 292) navajajo, da pri zasvojenostih s hranjenjem gre v 80 do 90% za ženske. Moški se problemom umikajo pogosteje z zlorabo alkohola, z ekscesivnim delom, z igrami na srečo. Vendar je restriktivno prehranjevalno vedenje tudi med moškimi vse bolj razširjeno. O'Dea in Abraham (2002, 273-274) sta preučevala hranjenje, zadovoljstvo s telesnim videzom in način telesne vadbe na vzorcu 93 moških študentov povprečne starosti 24 let. Petina študentov je bila zaskrbljena zaradi svoje telesne teže in videza, sledili so pravilom pri hranjenju in omejevali uživanje hrane. 12% je bilo nezadovoljnih s svojim telesnim videzom, počutili so se debeli in so si resno želeli zmanjšati telesno težo. 3% študentov so navajali napade ješčnosti izven posameznikove kontrole vsaj enkrat tedensko, 2% pa jih je zadostilo diagnostičnim kriterijem za bulimijo. Odvisnih od telesne dejavnosti je bilo 2% študentov. Skupaj je 9% študentov je poročalo o motenem hranjenju, vendar nihče izmed njih ni poiskal pomoči.

## **2. VRSTE ZASVOJENOSTI S HRANJENJEM**

Glede na bolezensko vedenje v zvezi s hranjenjem, izločanjem in raznimi postopki za nadzorovanje telesne teže, poznamo tri osnovne oblike zasvojenosti

s hranjenjem: kompulzivno prenažedanje, bulimijo in anoreksijo, moŹne pa so tudi kombinacije. Vse tri oblike lahko prehajajo ena v drugo; kompulzivno prenažedanje in bulimijo lahko razumemo kot prvo fazo odvisnosti, kot obdobje izŹivljanja, anoreksijo pa kot ekstrem faze zadrŹevanja. Cierpka (1989, 165-173) povzema najpomembnejše ugotovitve raziskav, ki zavračajo pojmovanje anoreksije in bulimije kot dveh ločenih diagnostičnih kategorij: pri polovici anoreksičnih pacientk se pojavijo sčasoma tudi bulimični simptomi, čeprav se le pri 3% bulimičnih pacientk začno sčasoma kazati tudi anoreksični simptomi; tako za anoreksične kot bulimične mladostnice so značilne prisilne misli na hrano, hranjenje in telesno teŹo, njihovo samozavest in kompetenco pogojuje teŹa telesa; obojim je skupen strah pred debelostjo, ki je povezan s strahom pred izgubo kontrole pri hranjenju; gre za podobne motnje telesne sheme in endokrinološke ter nevrobiološke spremembe, ki nastopijo kot posledica hranilnih navad. Unnewehr in Basler (1989, 319-331) v svojem modelu "odzivnost - nemoč" ("Reaktanz - hilflosigkeit Model") opisujeta zasvojene s hranjenjem v situacijah ogroŹene sposobnosti kontrole. Kot "odzivnost" sta označila povečano motivacijo po ohranitvi neomajne kontrole v situaciji, ko je le ta ogroŹena. Tako lahko razumemo anoreksično restrikcijo, kar se veŹe na notranjo kontrolo in močno potrebo po kontroli. Kot "nemoč" sta označila reakcije obupa, izgubo kontrole, pasivnost in depresivno predanost. To se kaŹe kot oblika nemoči pri bulimiji, kar se veŹe na notranji stil kontrole in nemočno vedenje.

## **2.1. Kompulzivno prenažedanje**

Hranjenje se dogaja v odnosu med otrokom in staršem, ki ga hrani. Temeljna gonilna sila zasvojenosti s hranjenjem je poskus zmanjšanja duševne bolečine, ki izvira iz nerazrešenih duševnih konfliktov, nastalih Źe v otroštvu. Cierpka (1989, 165-173) sklepa, da z ješčnostjo otrok Źeli nadomestiti nezadovoljene čustvene potrebe ("naje se tolaŹbe", op. av.). Hrana, ki jo daje vase, ima simbolično pomen ljubezni. Ko potrebe po odnosih in po zreli ljubezni niso zadovoljene, otrok lahko teŹi k doseganju zadovoljitve skozi nazadovanje, v oralnem smislu preko ust in to

po načelu primarnega ugodja. Na ta način se je v otroštvu prilagodil temu, da je nehal pričakovati čustveno sprejemanje in se začel zanašati na svoj način poskusa ustvarjanja življenjskega ravnotežja s hrano. S tem se iztiri občutek lakote, ki uravnava količino zaužite hrane. In ker je hrana samo nadomestek, ki ne more potešiti čustvenih potreb; kljub prenajedanju še vedno ostane notranja neizpolnjenost (Hirsch, 1989, 79). Če so se v družini negativna čustva praviloma "utapljala" v dobrotah z mize, lahko govorimo o psihološkem dedovanju neustreznega vzorca hranjanja. Posameznik lahko že kot otrok ugotovi, da prenajedanje lahko olajša duševne bolečine; sanjarjenje o hrani, žvečenje in požiranje hrane neposredno spremenijo stanje zavesti. Pomembna razlika med zdravimi in zasvojenimi je v tem, da kompulzivni jedci občutijo sram in imajo občutke krivde, ker jedo, kar dodatno veča funkcionalnost hranjenja kot sredstva odvisnosti.

Pri kompulzivnem prenajedanju posledično prihaja do debelosti, kar je lahko povezano z bolj ali manj drastičnimi poskusi hujšanja. Zasvojeni so v kronični stresni situaciji, sramujejo se svoje podobe, nenehno občutijo lakoto in občutke krivde. Adipozni mladostniki pogosto zelo dramatično izražajo zavračanje samega sebe; debelost vidijo kot demonstriranje svojih pomanjkljivosti, kot pomanjkanje samokontrole in volje (Vukčević, 1989, 163-175).

Za debele ljudi je značilno, da se hitro animirajo k hranjenju skozi zunanje dražljaje, ne da bi sledili občutku lakote (Erpen, 1990, 172); veliko debelih nima občutka lakote oz. sitosti. Ker čutni vtisi (vonji hrane, omemba hrane, predstave hrane) nanje delujejo zelo vsiljivo, to sproži obilno izločanje žlez (slinjenje, želodčna sekrecija), aktivira se refleks goltanja in peristaltika. Zato se debeli ljudje težko uprejo hrani. Organski vzroki debelosti naj bi bili prisotni samo pri 1% debelih ljudi (Gross, 1991, 72).

Hranjenje je nadomestna aktivnost za nezadovoljene potrebe, česar se (povsem) ne zavedajo (Gross, 1991, 72). Pretirana ješčnost je lahko način sproščanja agresivnosti, redukcije anksioznosti, nemira in depresivnosti, odpravljanja dolgčasa, lahko ima pomen nagrade in kazni.



## 2.2. Bulimija

Psihoanaliza vidi vzroke za bulimijo v zgodnje otroški deprivaciji, ki postane vidna šele v puberteti. Nezadovoljujoč odnos med materjo in otrokom v zgodnji oralni fazi pomeni potencial za razvoj odvisnosti. Ta dekleta naj bi ostala na nivoju primarnega narcizma, zrelih objektnih odnosov ne zmorejo, s tem pa zavračajo tudi svojo žensko vlogo. Delno lahko razumemo bulimijo tudi kot nadomestno dejavnost za seksualnost. Rozman (1998, 120) navaja, da ima veliko zasvojenih s hrano, posebno s kompulzivnim prenažanjem in bulimijo, težave na področju spolnosti. Pri 30% naj bi bila prisotna spolna zloraba; to je precej več, kot pri zdravih ljudeh in nekoliko več, kot pri drugih zasvojenostih. Psihodinamično je osnova bulimije in anoreksije ambivalentno doživet in pomanjkljivo integriran primarni objektni odnos, ob prevladovanju "slabega" ponotranjenega objekta, ki se projicira na hrano in na tem področju skuša prevladati. Ta konflikt se izrazi skozi hranjenje, če je hrana prisotna v izobilju in v družinskih interakcijah postane sredstvo odnosov in čustev (naddeterminiranost hranjenja). Anoreksijo in bulimijo lahko razumemo kot poskus iskanja poti iz dileme: simbolična bližina je nevarna; tudi rešitev je nevarna. Kakor da z navideznim obvladovanjem telesa in hrane lahko izginejo zahteve adolescence po seksualni in socialni identiteti.

V nasprotju z anoreksijo, pri kateri mladostnica uporniško in demonstrativno kaže simptom okolju, bulimično dogajanje pogosto poteka prikrito za dobro funkcionirajočo socialno fasado. Za bulimike je hrana zelo pomembna že v fazi predstav o okusu, vonju, prijetnem hrustljanju v ustih, mehkem in toplim občutku požiranja. Značilno za začetek bulimičnih napadov prenažanja je to, da je hrana doživeta kot nekaj dobrega. Takrat hrano občutijo kot objekt ljubezni, ko pa je ponotranjena, potreba po "praznjenju" postane nuja. Pri bulimiji telo po zaužitju vsebuje slab objekt, telo samo po sebi pa še ni slabo. Od tod težko obvladljiv impulz, da se slabi objekt izloči; povzroči se aktivno bruhanje, prej ko telo samo postane slabo. Ko slab inkorporiran objekt grozi, da bo preplaval celoten jaz, mora biti aktivno izločen. Hranjenje ne poteka zaradi užitka ali lakote; gre za sovražno izničevanje hrane (Hirsch, 1989, 78-82).

DSM-IV-TR (APA, 1999) kot diagnostične kriterije bulimije nevrose navaja ponavljajoče se epizode prenajedanja, ponavljajoče se neprimerno kompenzatorno vedenje z namenom preprečevanja pridobivanja telesne teže (bruhanje, klistir, zloraba laksativov, diuretikov ali drugih zdravil, stradanje ali ekscesivno gibanje), kar se v povprečju pojavi vsaj dvakrat tedensko v obdobju treh mesecev. Navedena je čezmerna pogojenost samopodobe s telesno podobo in teža, motnja pa se ne pojavlja izključno med epizodami anoreksije. Ločijo dva tipa bulimije: odvajalni tip (v aktualnem obdobju je oseba redno samoinducirano bruhala ali zlorabljala laksative, diuretike ali klistir) in restriktivni tip (v aktualnem obdobju je oseba uporabila druga neprimerna kompenzatorna vedenja, kot so stradanje, ekscesivno gibanje, toda ni redno izvajala samoinduciranega bruhanja ali zlorabljala laksativov, diuretikov ali klistirja).

Namenoma izzvano bruhanje in ostali nenaravni postopki praznjenja hrane iz telesa (odvajala, čaji, klistir) lahko sprožijo izločanje endorfinov in omamljeno, transu podobno stanje. S temi postopki pa se izločajo tudi rudnine in voda, ki so pomembni za zdravo delovanje telesa; močna utrujenost je posledica neuravnovešene presnove. Utrujenost pa zasvojeni razumejo kot lakoto in ciklusi prenajedanja in bruhanja se lahko dnevno večkrat ponavljajo. Značilno je, da ženske z bulimijo praviloma niso adipozne.

Gross povzema različne raziskave in navaja, da ima od 3 do 8% vseh deklet in žena v starosti med 15 in 30 letom napade prenajedanja in samoinduciranega bruhanja. Obdobja bulimije in anoreksije se neredko izmenjujejo, obe obliki bolezni odvisnosti pa lahko obstajata tudi istočasno (bulimareksija). V 90% je bulimija značilna za ženske, navaja Gross (1991, 83). Zaradi prikrivanja simptomatike pri zasvojenosti s hranjenjem ne moremo natančneje ugotavljati pogostost te bolezni; opazen pa je močni prirast pacientov s temi težavami. Zaradi relativne zgodovinske novosti bulimije lahko posebej jasno prepoznamo družbeno sopogojnost duševnih simptomov in izbora sredstva odvisnosti.

### 2.3. Anoreksija

S psihodinamičnega vidika je telo pri anoreksiji doživeto a) kot grozeč objekt, ko postane pretežno, predebelo, prežensko, preveč podobno materi in b) kot dober objekt, s katerim nastane vzvišeno čustvo vsemoči, ko je magična meja telesne teže prekoračena navzdol. Telo dobi značaj prehodnega objekta do te mere, s katero služi kot manipulativen objekt veliki potrebi po samoodločanju in kontroli. Nastanek anoreksije nevrose v obdobju adolescence kaže na težave pri integraciji spolnih teženj v okviru zrelejše identitete in zrejših socialnih odnosov. Značilnosti ženskega telesa in ženskosti niso v skladu z ego-idealom anoreksičnih mladostnic. Telesno doživljajo kot nedostojno človeka; od tod potreba po izčrpanju in kaznovanju s stradanjem (Erpen, 1990, 178).

Diagnostični kriteriji anoreksije nevrose, kot jih navaja DSM-IV-TR (APA, 1999), so odklanjanje vzdrževanja telesne teže na ali nad minimalno telesno težo primerno za starost in višino; močan strah pred pridobivanjem telesne teže ali pred debelostjo, kljub prenizki teži; moteno doživljanje telesne sheme in teže, čezmeren vpliv telesne teže ali oblike na samovrednotenje ali zanikanje problematičnosti nizke telesne teže in odsotnost najmanj treh zaporednih menstruacij. Razlikovati moramo dva tipa anoreksije: restriktivni tip (v času aktualne epizode se oseba ni prenajedala in ni samoinducirano bruhalo, zlorabljalala laksativov, diuretikov ali klistirja) in tip "prenajedanje/odvajanje" (v času aktualne epizode se redno pojavljajo napadi prenajedanja ali kompenzatorni odvajalni vedenjski vzorci: bruhanje, zloraba laksativov, diuretikov ali klistirja). Pri odvisnosti od postopkov hujšanja gre za ponavljajoče se vedenje, za katerega se odvisni jasno zaveda, da mu škodi, vendar ga ne more opustiti; s kombinacijo sanjarjenja in asketizma se aktivira notranji sistem endorfinov in spremeni stanje zavesti.

V razvoju anoreksije je zelo pomembna družina, ki naj ne bi omogočala ustreznih osebnih izkušenj in ustvarjanja lastne identitete (Alessi, 1989, 380-384). Tudi Crisp (1985, 685-690) ugotavlja: "Naravno odvisnost in nediferenciranost otroka lahko pojača protektivno vedenje družine in močnejše nagrajevanje pohlevnega in

ustrežljivega vedenja. Potencial za pohlevnost in upad lastne iniciative, avtonomije in kompetentnosti se okrepi skozi moten odnos staršev do zunanjega okolja, ki se kaže kot strah pred zunanjim okoljem in njegovimi vplivi. Ko otrok stopi v adolescenco, se ta strah pri njemu stopnjuje. Ko pride v stik s seksualnostjo kot novim interpersonalnim stikom, ne zmore te nove prilagoditve." Mladostnik z anoreksijo ima torej težave pri ločitvi od družine in pri ustvarjanju lastne identitete. Pri družinah z anoreksičnimi in bulimičnimi mladostniki so ugotovili pomembno višjo raven patologije kot pri družinah kontrolne skupine.

Otrok pogosto ne razume, kaj ga boli in kako naj ukrepa, da bo bolečina izginila. Ne more in ne sme reševati problemov, zato svoje energije (zaradi sovplivanja številnih dejavnikov) usmeri v bitko za želeno telesno težo. Gre za nadomestek ukvarjanja z resničnimi, a nerešljivimi problemi v družini: v situaciji, ko ne morejo kontrolirati vedenja svojih staršev in strahu pred zahtevami odraslosti, je edina stvar, ki jo še lahko kontrolirajo, lastno telo (Habermas, 1990, 293).

Ko nastopi nek sprožilni dejavnik (posmehovalna pripomba ali žalitev, to je lahko tudi dieta) se začne progresivna redukcija hrane: najprej selektivno, nato generalizirano. Nasprotje skrajnemu hujšanju pa sta šolska in profesionalna aktivnost, ki sta včasih dolgo ohranjena celo na nivoju hiperaktivnosti (Alessi et al., 1989, 380-384). Akutna anoreksija je značilna predvsem za dekleta v času pubertete in do 25 leta starosti. Pri približno 30% se pubertetna anoreksija sprevrže v kronično obliko, ki v kriznih situacijah lahko zavzame akutno obliko; 5%-10% prizadetih umre.

Anoreksija je mnogo pogostejša pri dekletih, čeprav je opazen porast tudi pri dečkih. Rozmanova (1998, 126) navaja, da je v vsakem končnem razredu osnovne šole vsaj ena deklica s tem problemom in da bruhanje kot sredstvo hujšanja uporablja vsaka tretja študentka v prvih letnikih visokih šol. V Nemčiji naj bi anoreksija prizadela 0.7 do 1% žensk do 30 leta starosti, le v 0,6% primerov so to moški (Gross, 1991, 86).

Psihološke razlage anoreksije nevroze izhajajo predvsem iz del Hilde Bruch, Mare Selvini Palazolli, zakoncev Kestemberg in Simone Decobert.

Bruchova (1990, 4-199) na motnje hranjenja gleda skozi opozitna triasa: anoreksija - hujšanje - hiperaktivnost ter pretirana ješčnost - obesitas - pasivnost. Nasprotno lomljivemu egu je ego-ideal megalomanski in poln občutij moči in veličine. Od tod izvira težnja po nadzoru lastnih potreb in drugih objektov. Globoka skrhanost ega in identitete izvira iz materinega neprepoznavanja otrokovih potreb in iz njenega sistematičnega ukvarjanja s hrano, ki izhaja iz splošne zaskrbljenosti. To oteži prepoznavanje lastnih telesnih potreb, ki so programirane z vzgojnimi vzorci "od matere do matere" in ne z lastnimi vzorci. Odnosi s starši in drugimi so lomljivi, značilna je dvojna vez in nazadovanje tudi do predojdipalnega nivoja.

Palazolli Selvini (1974, 56-97) anoreksijo razlaga s psihoanalitičnega sistemsko obarvanega vidika. Njeni pogledi na anoreksijo temelje na konceptu intrapersonalne paranoidne obrambe, ki izvira iz strahu pred povečanjem telesa na račun ega. Sprejema koncept Bruchove o spajanju telesa in introjiciranega slabega objekta. Pri najtežjih stanjih je prisotna močna težnja po telesnem uničenju in močna želja po smrti.

Kestembergova in Decombert (1998, 23-54) se ukvarjajo s psihodinamsko analizo anoreksije nevroze; gre za funkcioniranje instinkta smrti in primarnega mazohizma. Instinkt smrti in instinkt življenja izhajata na začetku iz istega izvora energije, usoda te delitve pa je odvisna od odnosa med materjo in otrokom. Mladostniki z anoreksijo od svojih mater dobijo predvsem narcistično podporo in že od začetka svojega življenja samo zelo šibko in nestalno libidno podporo. Prezgodaj so bili prisiljeni najti to oporo sami in to je izzvalo zgodnejši razvoj ega in selfa na račun libida. Zadovoljstvo staršev ob neodvisnosti in prezgodnji kontroli impulzov reši te otroke avtizma.

Bergh in Söderstein (1996, 21-22) vzroke anoreksije vidita v nevrottransmitterskem dogajanju. Stradanje in telesni stres povzročata povečano spodbujanje izločanja kortizola. Tako se zmanjša potreba po hrani, glukokortikoidi lahko sprožijo evforijo in odvisnost od tega stanja. Pri anoreksičnih dekletih so vzpodbujevalci izločanja kortizola v možganih in nivo kortizola v krvi prisotni v pomembno povečani količini. Že v drugi polovici prejšnjega stoletja je bilo znano, da stradanje in izguba telesne teže povzročata privzdignjeno

razpoložnje. Če sta stradanje in šport povezana s prijetnimi občutki, lahko pride do odvisnosti, ki se kaže v ekscesivnem stradanju in gibanju. To tezo podkrepita z ugotovitvijo, da je pri vrhunskih športnikih v povečani meri prisotno tveganja sestradanja.

Kontrolirano hranjenje in vsaj delni užitek ob tem lahko zasvojeni s hranjenjem vzpostavijo z večanjem nabora vedenjskih strategij, ki bodo nadomestile neustrezne strategije v smeri zadovoljevanja resničnih potreb (Yates 1990, 9). Becht (1983, 156-154) kot dolgoročni cilj zdravljenja vidi prekinitev miselne povezave med hrano in ljubeznijo. Pri zdravljenju anoreksije ima velik pomen učenje zmožnosti uživanja.

Različne oblike zasvojenosti s hranjenjem se pogosto kombinirajo med seboj in z drugimi zasvojenostmi, istočasno ali izmenjujoče. Najpogostejša je kombinacija z odvisnostjo od odnosov, s seksualno odvisnostjo in odvisnostjo od psihotropnih zdravil in alkohola. Hranjenje se pogosteje izmenjuje oz. povezuje z naslednjimi sredstvi odvisnosti: s sanjarjenjem, z nakupovanjem in zadolževanjem, z internetom in delom (učenjem) (Šimek 2003, 332).

### **3. METODOLOGIJA**

#### **3.1. Problem**

Osnovni problem raziskave je analiza izraženosti odvisniških vedenjskih vzorcev na področju hranjenja ter analiza njihove pogojenosti z dejavniki družbenega in družinskega vplivanja.

#### **3.2. Preizkušanci**

V vzorec je bilo zajetih 622 anketirancev šestih mariborskih srednjih šol starih od 15 do 19 let: 192 srednješolcev (30,9%) in 430 srednješolk (69,1%). Vzorec je bil sestavljen iz dijakov naslednjih izobraževalnih programov: dveinpolletni ali triletni poklicni program (170 oz. 27,3% anketirank/cev), 3+2 izobraževalni program (121 oz. 19,5% anketirank/cev), štiriletni tehnični program (159 oz. 25,5% anketirank/cev) ter gimnazijski program (172 oz. 27,7% anketirank/cev).

#### **3.3. Merski inštrument**

Uvodna vprašanja vprašalnika merijo neodvisne spremenljivke (spol, starost, vzgojno-izobraževalni program, učni uspeh v preteklem šolskem letu, obstoj/neobstoj osebe zaupanja v družini, sestava družine, položaj med sorojenci, kraj bivanja, ocena materialnega položaja družine, izobrazba očeta, izobrazba matere, ocena družinske klime, določevalec družinskih pravil, način reševanja duševne stiske, intenzivnost pozitivnih vrednot, vernost in brezposelnost staršev). S faktorsko analizo so ugotovljene komunalitete postavk lestvice »Zasvojenost s hranjenjem« ( $r = ,51-.65$ ;  $p \leq ,05$ ), ki se vsebinsko nanašajo na kriterije odvisnosti po DSM-4-TR (APA, 1999). Crombachov alfa koeficient zanesljivosti je ,82. Prisotnost posameznih znakov so preizkušanci ocenjevali na 5 stopenjski lestvici (1-ne velja zame do 5 – velja zame). Dodatna

vprašanja se nanašajo na oceno telesne teže, način hujšanja in na preteklo oz. sedanje zdravljenje za motnjo hranjenja.

#### **4. REZULTATI Z DISKUSIJO**

V nadaljevanu bodo predstavljene ugotovitve glede izraženosti indikatorjev zasvojenosti s hranjenjem, ocene telesne teže, pogostostjo posameznih oblik aktivnega kontroliranja telesne teže in preteklega oz. sedanjega zdravljenja za zasvojenostjo s hranjenjem.

##### **4.1. Izraženost indikatorjev zasvojenosti s hranjenjem**

Glede na oceno prisotnosti pokazateljev odvisniškega doživljanja hranjenja smo preizkušance razdelili v tri skupine:

- 1. skupina: za 362 (58,2%) preizkušancev ugotavljamo odsotnost merjenih znakov zasvojenosti s hranjenjem;
- 2. skupina: 209 (33,6%) anketirancev navaja do 66% povprečno izraženost znakov zasvojenosti s hranjenjem; tukaj sklepamo na izražen potencial zasvojenosti s hranjenjem;
- 3. skupina: pri 31 (5,0%) anketirancih glede na 66% ali višjo izkazanost merjenih znakov te odvisnosti sklepamo na razvito zasvojenost s hranjenjem.

Glede na kategorije izraženosti merjenih pokazateljev odvisniškega doživljanja hranjenja se anketiranci statistično pomembno razlikujejo:

- po spolu ( $C = ,26$ ;  $p = ,000$ ).

Tabela 1: Sumirani in rekodirani rezultati lestvice "Zasvojenost s hranjenjem" in "Spol".



			Kategorija izraženosti indikatorjev zasvojenosti s hranjenjem			skupaj
			1	2	3	
Spol	M	N	146	39	1	186
		%	78,5%	21,0%	,5%	100,0%
	Ž	N	216	170	30	416
		%	51,9%	40,9%	7,2%	100,0%
skupaj		N	362	209	31	602
		%	60,1%	34,7%	5,1%	100,0%

V 1. skupini, kjer ni izraženih znakov zasvojenosti s hranjenjem, zasledimo večji delež anketirancev (146 oz. 78,5%) kot anketirank (216 oz. 51,9%). V 2. kategoriji (izražen potencial zasvojenosti s hranjenjem) zasledimo več anketirank (170 oz. 40,9%) kot anketirancev (39 oz. 21,0%). V 3. skupini (izrazita izraženost znakov zasvojenosti s hranjenjem) ugotavljamo več anketirank (30 oz. 7,2%) kot anketirancev (1 oz. 0,5%). Povprečna ocena zastopanosti posameznih znakov zasvojenosti s hranjenjem je 1,7; za anketiranke 1,9 in za anketirance 1,4 (1-ne velja zame do 5-velja zame).

- glede na obstoj oz. neobstoj osebe zaupanja ( $C = ,14$ ;  $p = ,02$ ).

Obstoj/neobstoj osebe zaupanja (v družini) diferencira anketirance glede jakosti znakov odvisnosti od hranjenja. Med anketiranci, ki nimajo osebe zaupanja in med anketiranci, ki imajo osebo zaupanja izven družine, ugotavljamo podoben delež anketirancev v 3. skupini (66% ali višja izkazanost znakov zasvojenosti s hranjenjem): 1 oz. 6,3% in 19 oz. 6,4%. Redkeje ugotavljamo izrazitejše znake zasvojenosti s hranjenjem med anketiranci, ki imajo osebo zaupanja v družini (11 oz. 3,8%); isti tudi najpogosteje navajajo odsotnost znakov zasvojenosti s hranjenjem (191 oz. 66,3%). Hkrati pri anketirancih, ki lahko zaupajo članu družine, ugotavljamo: najpogostejšo oceno telesne teže kot ustrezne (72%), najredkejšo oceno telesne teže kot previsoke (23%) ali prenizke (5,4%) ter najmanjšo pogostost preteklega/obstoječega zdravljenja za odvisnostjo od

hranjenja (za anoreksijo v 0,7% primerov in za debelostjo v 1% primerov, skupaj 1,7% teh anketirancev).

- po oceni družinske klime ( $C = ,24$ ;  $p = ,000$ ).

Rezultati kažejo jasni trend: bolje kot preizkušanci ocenjujejo družinsko klimo, manjša je prisotnost intenzivnejših znakov zasvojenosti s hranjenjem. Intenzivnejšo zasvojenost s hranjenjem zasledimo pri 4 oz. 1,8% anketirancev, ki družinsko klimo ocenjujejo kot dobro, pri 16 oz. 5,2% anketirancev, ki družinsko klimo ocenjujejo kot srednje dobro in pri 9 oz. 21,4%, ki družinsko klimo ocenjujejo kot slabo. Z nižanjem ustreznosti ocene družinske klime se manjša delež anketirancev, ki ne izražajo znakov zasvojenosti s hranjenjem (od 68,8% do 40,5%).

- po načinu reševanja duševne stiske ( $C = ,17$ ;  $p = ,02$ ).

V 3. skupini (visoka izraženost indikatorjev zasvojenosti s hranjenjem) ugotavljamo največ preizkušancev, ki se v času stiske zaprejo vase (13 oz. 9,4%), zatem med tistimi, ki stisko rešujejo predvsem v pogovoru s prijateljem/prijateljico (11 oz. 4,7%), oz. stisko rešujejo s pozabo v površni družabnosti (5 oz. 4,5%) in med tistimi, ki težave rešujejo z gibanjem (1 oz. 2,4%). Najredkeje visoko izraženost indikatorjev zasvojenosti s hranjenjem zasledimo med preizkušanci, ki stiske rešujejo skupaj s starši (1 oz. 1,4%).

## **4.2. Ocena telesne teže**

Prisotnost znakov zasvojenosti s hranjenjem je povezana s tem, kako anketiranci ocenjujejo telesno težo. 413 oz. 66,6% anketirancev svojo telesno težo ocenjuje kot ustrezno (149 oz. 77,6% anketirancev in 264 oz. 61,7% anketirank). Ule in Kuhar (2002, 61) navajata, da je zadovoljnih s svojo zunanostjo 52% mladih. 158 oz. 25,5% anketirancev ocenjuje svojo telesno težo kot previsoko (od tega 19 oz. 9,9% anketirancev in 139 oz. 32,5% anketirank). O'Dea in Abraham (2002, 274) ugotavljata, sicer na vzorcu 93 ameriških študentov moškega spola, da jih 12%

svojo telesno težo zaznava kot previsoko. 49 oz. 7,9% preizkušancev svojo telesno težo ocenjuje kot prenizko (24 oz. 12,5% anketirancev in 25 oz. 5,8% anketirank). Spol statistično pomembno loči preizkušance ( $C=,24$ ;  $p=,000$ ).

Kraj bivanja statistično pomembno vpliva na oceno telesne teže ( $C=,13$ ;  $p=,04$ ). Telesno težo ocenjuje kot ustrezno največji delež anketirancev iz vaških naselij (211 oz. 69,2%), zatem iz primestnih (113 oz. 64,9%) in najmanjši iz mestnih naselij (88 oz. 63,3%). Svojo telesno težo ocenjuje kot previsoko največji delež anketirancev iz primestnih naselij (50 oz. 28,7%), sledijo anketiranci iz vaških naselij (76 oz. 24,9%). Mestni anketiranci primerjalno najredkeje svojo telesno težo ocenjujejo kot previsoko (32 oz. 23,0%). Kot prenizko ocenjuje svojo telesno težo največji delež anketirancev iz mesta (19 oz. 13,7%), sledijo anketiranci iz primestja (11 oz. 6,3%) in anketiranci iz vaških naselij (5,9%).

Materialni položaj družine statistično pomembno vpliva na oceno telesne teže ( $C=,19$ ;  $p=,001$ ). Svojo telesno težo ocenjuje kot ustrezno največji delež anketirancev iz družin, kjer živijo udobno, a se nekaterim stvarjem tudi odrečejo (226 oz. 69,8%). Sledijo anketiranci iz družin, kjer živijo razkošno in odrekanje ni potrebno (20 oz. 64,5%) in iz družin, kjer živijo skromno, a je za najnujnejše denarja dovolj (90 oz. 62,1%). Najmanjši delež anketirancev, ki svojo telesno težo ocenjujejo kot ustrezno, ugotavljamo med tistimi z najnižjo oceno materialnega položaja družine (6 oz. 33,3%). Med njimi najdemo največji delež takih, ki telesno težo ocenjujejo kot previsoko (11 oz. 61,0%) in najmanjši delež takih, ki telesno težo ocenjujejo kot prenizko (1 oz. 5,6%). Med preizkušanci, ki materialni položaj družine kljub odrekanjem ocenjujejo kot udoben, zasledimo najmanjši delež takih, ki svojo telesno težo ocenjujejo kot previsoko (98 oz. 23,1%).

Izobrazba matere statistično pomembno diferencira anketirance glede na oceno telesne teže ( $C=,18$ ;  $p=,01$ ). Z naraščanjem materine izobrazbe narašča delež anketirancev, ki svojo telesno težo ocenjujejo kot ustrezno (od 64% pri anketirancih, katerih mati ima (ne)dokončano osnovno šolo do 75% pri anketirancih, katerih mati ima visokošolsko ali višjo izobrazbo). Tudi pri oceni telesne teže kot previsoke ugotavljamo podoben trend: delež anketirancev, ki

svojo telesno težo ocenjujejo kot previsoko, upada z naraščanjem materine izobrazbe (od 30% pri anketirancih, katerih mati ima (ne)dokončano osnovnošolsko izobrazbo do 15% pri anketirancih, katerih mati ima visokošolsko ali višjo izobrazbo). Anketiranci, ki materine izobrazbe ne poznajo, svojo telesno težo najredkeje ocenjujejo kot ustrezno (18 oz. 43,9%), najpogosteje kot previsoko (15 oz. 36,6%) in najpogosteje kot prenizko (8 oz. 19,5%). Rener (2002, 92) navaja, da se z višanjem materine izobrazbe viša tudi občutek ljubljenosti pri mladih.

Ocena telesne teže je statistično pomembno povezana z načinom reševanja stiske ( $C=,20$ ;  $p=,02$ ). Oceno telesne teže kot ustrezne najpogosteje ugotavljam med anketiranci, ki rešitev stiske iščejo v dejavni telesni sprostitvi (32 oz. 74,4%), zatem pri anketirancih, ki želijo težavo pozabiti v družbi (83 oz. 71,6%), pri anketirancih, ki stisko rešujejo v pogovoru s starši (55 oz. 71,4%), sledijo anketiranci, ki stisko rešujejo v pogovoru s prijateljem (156 oz. 65,3%). Najmanjši delež anketirancev, ki svojo telesno težo ocenjujejo kot ustrezno, ugotavljam med anketiranci, ki stisko rešujejo tako, da se zaprejo vase in želijo samoto (86 oz. 59,7%). Ti anketiranci svojo telesno težo hkrati najpogosteje ocenjujejo kot previsoko (50 oz. 34,7%). Po deležu anketirancev, ki svojo telesno težo ocenjujejo kot previsoko, sledijo tisti, ki težave rešujejo v pogovoru s prijateljem (63 oz. 26,4%), v pogovoru s starši (19 oz. 24,7%) in skozi pozabo problema v družbi (20 oz. 17,2%). Najredkeje zasledimo oceno telesne teže kot previsoke pri anketirancih, ki stisko rešujejo s telesno aktivnostjo (6 oz. 14,9%), isti anketiranci hkrati najredkeje ocenjujejo svojo telesno težo kot prenizko (5 oz. 11,6%). V oceni telesne teže kot prenizke sledijo anketiranci, ki težavo rešujejo skozi pozabo v družbi (13 oz. 11,2%), v pogovoru s prijateljem (20 oz. 8,4%), v samoti (8 oz. 5,6%) in v pogovoru s starši (3 oz. 3,9%).

Med spremenljivkama "ocena telesne teže" in "intenzivnost pozitivnih vrednot" ugotavljamo zelo šibko statistično povezanost ( $C=,11$ ;  $p=,03$ ). Anketiranci z močno razvitimi pozitivnimi vrednotami svojo telesno težo pogosteje ocenjujejo kot ustrezno (323 oz. 69,7%) v primerjavi z anketiranci, ki imajo pozitivne vrednote šibko razvite (73 oz. 57,5%). Anketiranci z razvitimi pozitivnimi

vrednotami svojo telesno težo redkeje ocenjujejo kot previsoko (23,0%) ali prenizko (7,7%). Anketiranci, ki imajo šibkejšo razvite pozitivno vrednote, pogosteje označujejo svojo telesno težo kot previsoko (33,3%) ali prenizko (8,7%).

### 4.3. Način hujšanja

Tabela 2: Pogostost posameznih oblik aktivnega kontroliranja telesne teže.

način hujšanja	N dekleta	% dekleta	N fantje	% fantje	N M+Ž	% M+Ž
samoizzvano bruhanje in/ali zloraba odvajal (odvajanje)	1	0,2	2	1,0	3	0,5
stradanje in/ali ekscesivno gibanje (restrikcija)	27	6,3	3	1,6	30	4,8
izmenično odvajanje in restrikcija	2	0,5	1	0,5	3	0,5
istočasno odvajanje in restrikcija	2	0,5	0	0	2	0,3
<b>hujšanje skupaj</b>	<b>32</b>	<b>7,5</b>	<b>6</b>	<b>3,1</b>	<b>38</b>	<b>6,1</b>
<b>nič od navedenega</b>	<b>397</b>	<b>92,5</b>	<b>185</b>	<b>96,9</b>	<b>584</b>	<b>93,9</b>
<b>skupaj</b>	<b>430</b>	<b>100,0</b>	<b>192</b>	<b>100,0</b>	<b>622</b>	<b>100,0</b>

**Ekscesivno hujšanje** navaja 38 oz. 6,1% vseh anketirancev. Najpogostejši način ekscesivnega hujšanja je stradanje/ekscesivno gibanje (30 oz. 4,8% anketirancev, od tega 27 oz. 6,3% deklet in 3 oz. 1,6% fantov), sledi samoinducirano bruhanje/zloraba odvajal (3 oz. 0,5% anketirancev, od tega 1 oz. 0,2% deklet in 2 oz. 1,0% fantov) in izmenično odvajanje/restrikcija (3 oz. 0,5% anketirancev, od tega 2 oz. 0,5% deklet in 1 oz. 0,5% fantov), najredkejša pa je istočasno odvajanje in restrikcija (2 oz. 0,3% deklet in nobeden fant). V celoti je med anketirankami (32 oz. 7,5%) ekscesivno hujšanje pogostejše kot med anketiranci (6 oz. 3,1%). Braun s sodelavci (1999, 67) ugotavlja, da čeprav so fantje zadovoljnejši s svojim telesom kot dekleta, kar 5 do 20% fantov poroča o omejitvi hranjenja, samoizzvanem bruhanju, zlorabi odvajal ali kajenju kot načinu manjšanja občutka lakote.

Za primerjavo pogledimo rezultate O'Dea in Abrahama (2002, 273-274), ki sta preučevala hranjenje, težo in zadovoljstvo s telesnim videzom na vzorcu 93 moških študentov povprečne starosti 24 let. 3% študentov so navedli

nekontrolirane napade ješčnosti, enak delež študentov je kot sredstvo za reguliranje telesne teže navedel samoizzvano bruhanje. 2% študentov je zadostilo diagnostičnim kriterijem za bulimijo. V celoti je 9% študentov poročalo o motenem hranjenju.

Glede na izobraževalni program najpogosteje ugotavljam ekscesivno hujšanje med anketiranci 2,5 in 3-letnih poklicnih programov (9,5%), sledijo anketiranci 3+2 izobraževalnih programov in gimnazijci (oboje 4,1%), najredkeje pa hujšanje ugotavljam med anketiranci 4-letnih tehničnih programov (3,3%).

Z ekscesivnim hujšanjem (ne glede na obliko) so najbolj obremenjeni dijaki, ki so lansko šolsko leto zaključili z negativnim učnim uspehom; kar 12,5% teh dijakov navaja ekscesivno hujšanje. Ostali dijaki vsaj enkrat redkeje navajajo ekscesivno hujšanje, najredkeje preizkušanci z zadostnim učnim uspehom (4%)

Z naraščanjem ocenjene ustreznosti družinske klime upada delež anketirancev, ki ekscesivno hujšajo od 9,3% (slaba) do 4,9% (dobra družinska klima).

Glede na način reševanja stiske ekscesivno hujša največ anketirancev, ki se umaknejo v samoto (11%), med ostalimi kategorijami (pogovor s prijatelji, starši, družabnost oz. telesna aktivnost) ni večjih razlik (povprečno 5%).

Ekscesivno hujšanje ugotavljam najpogosteje med anketiranci, ki materialni položaj svoje družine ocenjujejo kot skrajno slab (17%) oz. skrajno dober (13%; gre izključno za stradanje/ekscesivno gibanje). Redkeje ekscesivno hujšanje ugotavljam pri anketirancih, ki materialni položaj ocenjujejo kot skromen, a imajo za najnujnejše denarja dovolj (10%), najmanj pa pri anketirancih, ki živijo udobno, a se čemu tudi odrečejo (4%).

#### **4.4. Preteklo ali sedanje zdravljenje zasvojenosti s hranjenjem**

Pri analizi **preteklega ali sedanjega zdravljenja** ne ločujemo posamezne oblike zasvojenosti s hranjenjem<sup>2</sup>; s potrebo po zdravljenju jih povezujemo v indikator razvite zasvojenosti s hranjenjem.

---

<sup>2</sup> Za bulimijo sta se ali se zdravita dve anketiranki (0,3%). Za anoreksijo se zdravi pet anketirank (1,2%), za debelostjo 8 anketirank (1,9%) in en anketiranec (0,5%). Zaradi težav na področju hranjenja želi poiskati pomoč petnajst anketirank (3,6%) in en preizkušaneec (0,5%).

Tabela 3: Razvrstitev anketirancev po spolu glede na preteklo ali sedanje zdravljenje za zasvojenostjo s hranjenjem.

preteklo ali sedanje zdravljenje	dekleta		fantje		skupaj	
	N	%	N	%	N	%
bulimija	2	0,5	0	0	2	0,3
anoreksija	5	1,2	0	0	5	0,8
debelost	8	1,9	1	0,5	9	1,4
<b>skupaj zdravljenje</b>	<b>15</b>	<b>3,6</b>	<b>1</b>	<b>0,5</b>	<b>16</b>	<b>2,6</b>
potrebuje in išče pomoč	23	5,3	7	3,6	30	4,8
<b>skupaj</b>	<b>38</b>	<b>8,9</b>	<b>8</b>	<b>4,4</b>	<b>46</b>	<b>7,4</b>

Dekleta v primerjavi s fanti kar enkrat pogosteje navajajo preteklo ali sedanje zdravljenje za zasvojenostjo s hranjenjem in potrebo po pomoči (38 oz. 8,9% deklet in 9 oz. 4,4% fantov), kar daje razmerje anketiranke-anketiranci 2 : 1. Gross (1991, 78) navaja, da gre pri odvisnostih od hranjenja za ženske v 80% ; tukaj ugotavljamo večjo izenačenost družbenega vplivanja glede na spol. S prenašanjem funkcij družine v širše okolje blede tradicionalnost spolnih vlog, kar ob hkratni večji dovzetnosti za vrednote množične kulture povzroča večanje pogostosti zasvojenosti s hranjenjem pri fantih.

Zaradi značilnega prikrievanja odvisnosti od hranjenja predpostavljam, da je pogostost razvitih slik te odvisnosti večja. Tako ekscesivno restrikcijo navaja 30 oz. 5,2% vseh anketirancev, za anoreksijo pa se zdravi (ali se je zdravilo) le 5 oz. 1,2% anketirank. Ekscesivno odvajanje navajajo 3 oz. 0,5% anketirancev, vendar sta se (ali se) za bulimijo zdravila 2 oz. 0,3% anketiranki.

Anketiranci, ki nimajo osebe zaupanja, najpogosteje kažejo obremenjen odnos do hranjenja v smislu zdravljenja oz. potrebe po zdravljenju (11,8%). Anketiranci, ki imajo osebo zaupanja izven družine, redkeje navajajo zdravljenje oz. potrebo po zdravljenju (8%). Med anketiranci, ki imajo osebo zaupanja v družini, pa zasledimo najmanj obremenjen odnos do hranjenja (6,7%).

Anketiranci, ki materialni položaj družine ocenjujejo kot zelo slab, najpogosteje navajajo zdravljenje za motnjo hranjenja ali potrebo po pomoči (27,8%). Med

anketiranci, ki materialni položaj svoje družine ocenjujejo kot razkošen, in med anketiranci, ki le-tega ocenjujejo kot skromnega, a imajo za najnujnejše stvari denarja dovolj, zdravljenje oz. potrebo po zdravljenju ugotavljamo povprečno pri desetini. Najmanj razvite zasvojenosti s hranjenjem ugotavljam med anketiranci, ki materialni položaj družine ocenjujejo kot udoben, čeprav se nekaterim stvarjem tudi odrečejo (5%).

Predstavljene ugotovitve moramo razumeti ob dejstvu, da se različne oblike zasvojenosti s hranjenjem pogosto kombinirajo med seboj in z drugimi zasvojenostmi, istočasno ali izmenjujoče. Kompulzivno prenejedanje in bulimija pogosto potekata vzporedno s seksualno odvisnostjo, odvisnostjo od odnosov in odvisnostjo od nakupovanja in zadolževanja. Ob odvajalih in zniževalcih apetita je pogosta uporaba psihotropnih zdravil in alkohola. Po izmenjavi različnih odvisnostnih strategij pri hujšanju lahko skozi čas pride do prelivanja zasvojenosti s hranjenjem v zasvojenost z alkoholom, zdravili, drogami.

## **5. ZAKLJUČEK**

Preventiva zasvojenosti s hranjenjem pomeni soočanje z dejavniki, ki v življenjskem stilu mladostnika ustvarjajo smiselnost in funkcionalnost odvisniških vedenjskih vzorcev. Izguba varnosti in predvidljivosti tradicionalnih družbenih struktur povzroča povečano ranljivost mladih in pomeni močan generator odvisniških vedenj, ki v tej luči asociirajo na klic po izgubljeni ukoreninjenosti. Zaradi težavnega soočanja s kompleksnim in vedno bolj dinamičnim ekonomskim in kulturnim okoljem prihaja do širjenja družbenih anomij, tudi odvisnosti od drog in/ali dejavnosti. Družina se težko postavi po robu pritiskom, da je edino pribežališče v poudarjeno odtujeni družbi. Ublaži lahko učinke odtujujočega potrošništva, ne more pa odtehtati splošne odtujenosti, ki jo ustvarja družba. Na vzorcu 622 mariborskih srednješolcev pri 5% preizkušancev sklepamo na razvitost ene izmed oblik zasvojenosti s hranjenjem; 4,8% preizkušancev išče pomoč in 2,6% preizkušancev se (je) zdravi(lo) za eno izmed oblik zasvojenosti s



hranjenjem. Tudi podatek, da pri 33,6% preizkušancev gre za bolj ali manj izrazit potencial za razvoj zasvojenosti s hranjenjem, govori o funkcionalnosti teh vedenjskih vzorcev v življenju teh mladostnikov (le pri treh petinah preizkušancev ugotavljamo odvisniško neobremenjen odnos do hranjenja).

Kot zaščitni dejavniki pred zasvojenostmi s hranjenjem izstopajo prisotnost osebe zaupanja (v družini), dobra družinska klima, reševanje težav v pogovoru s starši in ugoden, vendar ne razkošen materialni položaj družine.

Sodobne pozno-moderne družbe so predvsem skozi zasvojenosti z dejavnostmi razvile odvisno identiteto, kar ima za posledico različne oblike generaliziranega odvisniškega vedenja (tudi na področju hranjenja kot sredstva odvisnosti). Odvisnosti tako ne razumemo kot odmik od življenja, ampak bolj kot način življenja potrošniških družb.

## 6. VIRI

1. Alessi, N.E., Krahn, D., Brehm, D., Wittekindt, J. (1989): Anorexia Nervosa and Major Depressive Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 28; str. 380-384.
2. American Psychiatric Association (1999): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision*.
3. Bachmann, M., Röhr, H.P. (1983): Alkoholismus - Eßsucht - Magersucht. Ein Vergleich. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 33. Stuttgart, Georg Thieme, str. 111-116.
4. Becht, W. (1983): Genuß und Magersucht. V: Lutz, R.: Genuß und Genießen. Beltz, Weinheim und Basel, str. 156-164.
5. Bergh, C., Södersten, P. (1996): Anorexia nervosa, self-starvation and the reward of stress. *Nature Medicine*, 2. New York. Str. 21-22.
6. Braun, D.L. et al. (1999): More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25. Str. 76 – 83.
7. Bruch, H. (1990): *Das verhungerte Selbst*. Frankfurt/Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
8. Brumberg, J.J. (1994): *Todeshunger. Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute*. Frankfurt/Main, Campus.
9. Cierpka, M. (1989): "Persoenliche Lebensentwuerfe" und familierer Kontext. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 34. Str. 165-173.
10. Crisp, A. H. (1985): The long term prognosis in anorexia nervosa: some factors predictive of outcome. V: Vigersky, R. A.: *Anorexia nervosa*. New York, Raven Press.
11. Erpen, H. (1990): *Die Sucht, mager zu sein: Der Kampf mit dem eigenen Körper*. Zürich, Kreuz Verlag.
12. Gross, W. (1991): *Sucht ohne Drogen*. Frankfurt/Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
13. Habermas, T. (1990): *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
14. Hirsch, M. (1989): Koerper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38. Str. 78-82.
15. Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (1998): *La faim et le corps : une étude psychanalytique de l'anorexie mentale*. Paris, Presses Universitaires de France.
16. Kottak, C. P. (1994): *The Great Forager Debate*. *Cultural Anthropology*. New York. Str. 100-101.
17. Minuchin, S. (1978): *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press.
18. Muller, M.A. (1998): *Getting What You Want From Your Body Image*. Massachusetts, ETR Associates.
19. O'Dea, J. A. in Abraham, S. (2002): Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health*, 50. Washington, Held Publ. Str. 234-248.

20. Palazolli, M. S. (1974): Self-starvation: From Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa. London, Human Context Books.
21. Pryor, T. in Wiederman, M. W. (1998): Personality features and expressed concerns of adolescents with eating disorders. *Adolescence*, 33. Roslyn Heights. Str.30-38.
22. Roberts, P. (1998): The new food anxiety. *Psychology Today*, 32. New York. Str. 30-38.
23. Rozman, S. (1998): *Peklenska gugalnica*. Ljubljana, Vale Novak.
24. Shisslak, C. M., Crago, M., Neal, M. E., Swain, B. (1987): Primary Prevention of Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55/5. Str. 660-667.
25. Taras, H.L., Sallis, J.F., Patterson, T. L., Nader, P.R. in Nelson, J.A. (1989): Television's influence on children's diet and physical activity. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10. Str. 178-183.
26. Unnewehr, S. in Basler, H.D. (1998): Kontrolle und Kontrollambitionen bei Patientinnen mit Anorexie und Bulimie. *Zeitschrift fuer klinische Psychologie*, 18/4. Str. 319-331.
27. Vukčević, L. (1989): Slika tela gojaznih osoba. *Psihologija*, 12/1-2. Str. 78-93.
28. Yates, A. (1990): Current Perspectives on the Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1). Str. 1-9.