

1. Može li poremećaj prehrane - anoreksija, bulimija... utjecati na razvoj ovisničkog tipa osobe tj.alkoholizam?

Dr.Handl, psihijatar, PB Sv.Ivan : Ovo je vrlo kompleksno pitanje i na njega se ne može odgovoriti jednoobrazno. Naime, kako ono što znamo o poremećajima prehrane izrasta iz empirijskog i manje iz znanstveno argumentiranog područja naših saznanja, tako i odgovor na ovo pitanje moramo prilagoditi našem ograničenom razumijevanju ovog fenomena.

Osobno nisam uočio povezanost između poremećaja prehrane i alkoholizma. Moj pristup je takav da ne radim na način da dajem dijagnozu nego prije svega pokušavam liječiti osobu a ne dijagnozu. Tako da mi dijagnoze predstavljaju jednu vrstu putokaza ali ne i „svetih riječi“ kojih se držim u liječenju. Postoje mnoge povezanosti između ovisnosti i poremećaja prehrane jer često uočavamo da osobe budu ovisne o obrascu prejedanja i povraćanja ili samo povraćanja ili ovisne o vježbanju i gotovo neizdrživo „moraju“ vježbati i skrivati se od zabrinutih roditelja ili bližnjih. Zato često u svijetu povezuju osobe koje boluju od poremećaja prehrane sa osobama koje boluju od ovisnosti. Pitanje je postavljeno na jedan (ili ga ja tako shvaćam) "labav" način kada riječ "može" ima jednu relativnu snagu pa stoga na takvo pitanje iz empirijskog dijela saznanja odgovaram sa: NE.

Ne isključujem pri tom mogućnost da se nekome uplela anoreksija u alkoholizam ili obrnuto no u totalu alkoholizam i poremećaj prehrane slabo idu zajedno. Liječenje ovisnosti i poremećaja prehrane u mnogim se zemljama provodi objedinjeno istim programima, no nisam također siguran koliko je to dobro.

2. Kakvo je stajalište stručnjaka o tzv.pro-ana i pro-mia stranicama na webu? Ima li toga kod nas i što djevojke dobiju na takvim stranicama? Liječe li se teže djevojke koje posjećuju pro-ana i pro-mia stranice?

Mr.sc.Jelena Balabanić Mavrović, Centar BEA: Pro-ana i pro-mia stranice su kroz različite zakone zabranjene u Izraelu, Španjolskoj, Italiji a očekuje se da će se isto dogoditi i u Francuskoj. U Hrvatskoj je još 2007.pravobraniteljica za djecu tražila ukidanje svih takvih stranica dostupnih na hrvatskom jeziku. Jasno je da pro-ana i pro-mia sadržaji promiču auto-destruktivno ponašanje koje ozbiljno šteti zdravlju i direktno dovodi u opasnost živote djevojaka i mladića koji su u vrlo ranjivom emocionalnom stanju, budući da boluju od poremećaja hranjenja. Nažalost, još uvijek su dostupni pro-ana i pro-mia sadržaji i na hrvatskom ali i na engleskom i drugim jezicima, i stav je Centra BEA da bi se takve stranice trebale tretirati poput pedofilskih i drugih iznimno štetnih medijskih sadržaja koje ranjiva osoba konzumira bez svijesti o posljedicama. Oboljeli na takvim stranicama dobijaju osjećaj pripadnosti virtualnoj grupi osoba sličnih sebi i time nadomještaju samoću i neshvaćenost povezane s iskustvom poremećaja hranjenja. Izloženost pro-ana i pro-mia sadržajima sigurno ometa liječenje oboljelih.

3. Koliko ima pacijenata s anoreksijom koji se liječe u RH? Koliko se oboljelih osoba ne liječi- koje su procjene?

Mr.sc.Jelena Balabanić Mavrović, Centar BEA: Vrlo mali broj poremećaja hranjenja se liječi - neka istraživanja govore da je samo jedna od 10 oboljelih osoba od poremećaja hranjenja uključena u terapiju (*prema Ruth Striegel-Moore, et al., "One Year Use and Cost of Inpatient and Outpatient Services Among Female and Male Patients with an Eating Disorder: Evidence from a National Database of Insurance Claims," International Journal of Eating Disorders, 27 (2000) AND Greta Noordenbox, "Characteristics and Treatment of Patients with Chronic Eating Disorders," International Journal of Eating Disorders, 2002, 10:15-29.*). Prema nacrtu **Smjernica za unapređenje prevencije i liječenja poremećaja hranjenja u RH 2012,** procjenjuje se da od anoreksije u RH pati 2.749 djevojaka i žena u dobi 12-30 god te 284 muškaraca u istoj dobi.

(Tome treba pridodati procjene za bulimiju: djevojke i žene 12-30 god 1-3%=5.497- 16.492 osoba; te nespecifični poremećaj hranjenja uključivo kompulzivno prejedanje žena i muškaraca u ukupnoj populacije (preuzeto prema istraživanju u Italiji, Favaro i sur). 2003 0, 6%= 25.740 osoba. - Prema Državnom zavodu za statistiku, popis stanovništva 2001.)

Podaci o liječenju od anoreksije su starijeg datuma – 2011 se u Zagrebu liječilo 104 osobe od poremećaja hranjenja. Za čitavu RH posjedujemo podatke za 2010.kada se liječilo 186 osoba. Novije podatke predstaviti ćemo vam u rujnu.

4.Kao psihologa (trenutno na stručnom usavršavanju u dječjem vrtiću) zanima me koji su vidljivi znakovi/ rizici za poremećaje u jedenju kod djece rane i predškolske dobi te na koje načine je moguće prevenirati razvoj poremećaja u jedenju - da li kroz razgovore s roditeljima, upućivanje na vanjske institucije, edukacije odgajatelja?

Prim.dr.sc.Orjena Žaja, KBC Sestre milosrdnice: U Vašem pitanju već je naveden veliki dio odgovora. Naime, sva tri oblika prevencije su poželjna, svakako su razgovori s roditeljima na prvom mjestu.

Roditelje treba savjetovati o **važnosti njihovog zdravog odnosa prema jelu i izgledu tijela** i to od začeca djeteta kako bi primjerom gradili zdrav odnos djeteta prema jelu. Učiti djecu primjerom... Treba poznavati svoju djecu, **razgovarati što više** kako bi na vrijeme prepoznali znakove koje šalju – opterećenost izgledom, **gubitak samopouzdanja**, iskrivljen doživljaj izgleda tijela, strahovi, socijalna izolacija i izbjegavanje obroka su pokazatelji da nešto nije u redu.

Danas zanemarujemo važnu tradiciju zajedničkih obroka koji će držati obitelj na okupu. Šteta koja može nastati ako stvari izmaknu kontroli je nepovratna.

Ukoliko se radi o maloj djeci predškolske dobi – do 4.g.- onda govorimo o ranim poremećajima hranjenja. Uzrok poremećaja hranjenja u ranom djetinjstvu kao i za anoreksiju, do danas nije u potpunosti poznat.

Vjerojatno se radi o međudjelovanju niza psihosocijalnih čimbenika. Iako rezultati nekih istraživanja ukazuju kako su ovi poremećaji povezani s nizom različitih aspekata mentalnog zdravlja majke, uloga toga do danas ostaje nepotpuno razjašnjena.

Roditelji postaju izrazito zabrinuti zbog djetetova slabog uzimanja hrane i rasta. Pokušavaju sve češće nahraniti dijete, nude različite vrste namirnica, pokušavaju ubaciti po koji zalogaj 'na prevaru', odvrću pažnju djeteta tijekom hranjenja drugom aktivnosti poput gledanja televizije, hrane ga 'na silu' ili zastrašuju. Sve navedene metode ne samo da neće doprinjeti rješavanju problema, već su brojna istraživanja pokazala kako imaju upravo suprotan učinak i poremećaj još više produbljuju. Dijete i roditelji se nalaze u začaranom krugu, roditelji postaju anksiozni, frustrirani pa se briga oko djeteta i svakodnevica ovih obitelji često fokusira na hranjenje. Neki autoriteti ovaj poremećaj povezuju sa separacijskim poremećajem jer se javlja u periodu razvoja samostalnosti djeteta, zaključujući kako se odbijanje hrane javlja zbog pomanjkanja apetita uzrokovanog intenzivnim emocionalnim uzbuđenjem djeteta.

Pristup liječenju je donekle drugačiji nego kod veće djece, no i ovdje na prvom mjestu moramo isključiti organsku podlogu i tada započeti multidisciplinarno liječenje u kojem upravo psiholog ima dominantnu ulogu.

2. Kao dijete majke s poremećajima prehrane i kao osoba s poremećajem prehrane (kompulzivno prejedanje) kako konkretno prevenirati da moja kćer (8 godina) oboli od poremećaja prehrane?

U slučaju kada je kod roditelja još uvijek prisutan poremećaj u jedenju teško je primjeniti one osnovne savjete koje najčešće dajemo roditeljima poput prethodno navedenih u odgovoru da se vlastitim primjerom gradi zdrav odnos prema jelu i tijelu...

Do danas nema pravog odgovora zašto nastaju poremećaji u jedenju; izvorni uzroci poremećaja danas su jednako misteriozni kao i prije stotinu godina, u vrijeme prvih opisa. Općenito je mišljenje kako se radi o međudnosu genetskih, bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, ali nijedan od njih pojedinačno nije nužan niti dovoljan za punu ekspresiju bolesti. Etiologija je zasigurno multifaktorijalna te je, zahvaljujući obiteljskim i blizanačkim studijama, sve više dokaza u prilog snažne zajedničke genetske komponente bolesti za anoreksiju i bulimiju. Mehanizmi pomoću kojih genetski čimbenici utječu na rizik od pojave bolesti nisu razjašnjeni, no ponuđeno je nekoliko hipoteza. **Genetska predispozicija** za različite karakterne osobine poput krutosti u ponašanju, perfekcionizam ili izbjegavanje štete mogu biti izraženije od genetskih utjecaja na jedenje, glad ili sitost. Dječji temperament i karakterne osobine oboljelih od anoreksije poput anksioznosti, opsesija i perfekcionizma reflektiraju neurobiološke rizične čimbenike za razvoj poremećaja.

Na držanje dijeta se ukazuje kao na moćan čimbenik rizika za razvoj poremećenog jedenja i poremećaja u jedenju. Nedavna studija pokazala je kako su osobe koje su držale dijete, nakon pet godina bili u znatno većoj opasnosti od poremećenog jedenja (npr. povraćanja, uzimanja tableta za mršavljenje ili laksativa) nego oni koji nisu držali dijete, te su bili i pod povećanim rizikom od pretilosti. Ovaj podatak potvrdila je i druga studija u kojoj su rezultati istraživanja dodatno ukazali kako je rizik razvoja poremećaja u jedenju porastao za čak 18 puta nakon provođenja ozbiljnih dijeta za razliku od onih koji nisu držali dijete. **Stoga se niti jedna dijeta u djece i adolescenata ne bi smjela provoditi bez medicinskog nadzora.**

U konačnici, danas sve češće vidimo oboljelu djecu i adolescente s pozitivnom obiteljskom anamnezom, dapače dolaze nam djeca naših bivših pacijentica. Iskustvo govori kako je najvažnija preventivna mjera koju roditelji mogu primjenjivati kod kuće- o svemu otvoreno razgovarati, i ponovo razgovarati. Graditi djetetovo samopoštovanje. Upravo iskustvo majke ovdje treba iskoristiti kao prednost na osnovu kojeg će s posebnim senzibilitetom kod vlastitog djeteta poticati samopoštovanje. Nisko samopoštovanje najčešća je zajednička crta kod većine oboljelih.