

PSIHODINAMSKI POGLED NA ANOREKSIJU NERVOZU U DJECE

Vesna VIDOVIĆ

Klinika za psihološku medicinu
Medicinskog fakulteta
Sveučilišta u Zagrebu
Klinički bolnički centar Zagreb
Zagreb, Republika Hrvatska

Vesna Vidović
Klinika za psihološku medicinu
Šalata 4
10000 Zagreb
Hrvatska
e-mail: vesna442001@yahoo.com
Tel.: + 385 1 236 8954

Primljeno: 20. 6. 2010.
Prihvaćeno: 3. 9. 2010.

Pedijatrija danas 2010;6(2):117-126

U posljednje vrijeme se anoreksija nervoza sve češće dijagnosticira već u djetinjstvu. Etiologija anoreksije nije još u potpunosti istražena, ali je najvjerojatnije poremećaj uzrokovan brojnim čimbenicima među kojima se nalaze psihološki i biološki. U radu su prikazane specifičnosti dijagnostike anoreksije nervoze u dječjoj dobi. Etiologiji poremećaja prilazi se sa stajališta novih neuroznanstvenih otkrića i raspravlja se o poznatim psihodinamskim stavovima prema nastanku anoreksije pri čemu se naglašava da sa stajališta teorija objektivnih odnosa nema bitne razlike u nastanku anoreksije nervoze u djetinjstvu i adolescenciji. Neka su djeca sklona izbjegavanju istine o strahu od debljanja i drugim tipičnim simptomima pa je nužan oprez i suradnja s roditeljima u dijagnostičkom procesu. U liječenju je važno postići tjelesni oporavak i uključiti dijete u psihoterapiju posebno ako je moguće u obiteljsku terapiju

Cljučne riječi: Anoreksija nervoza ▪ Djetinjstvo ▪ Poremećaji jedenja

Uvod

U novim radovima se često spominje da sve više djece obolijeva od anoreksije nervoze, poremećaja za koji se smatralo da je karakterističan za adolescentnu dob. Iz epidemioloških studija se može zaključiti da je prevalencija anoreksije nervoze među mladim djevojkama na Zapadu oko 0.5 – 1%. Mi još o tome nemamo preciznih vlastitih epidemioloških podataka osim onih iz radova koji se odnose na stav prema obliku tijela, težini i dijetama u djece dokazujući da i naša djeca već veoma rano postaju svjesna koliko je u društvu važna i poželjna ljepota i mršavost. Zato i ne-

mamo razloga vjerovati da bi naši podaci o prevalenciji anoreksije bili drukčiji. Poremećaji jedenja nalaze se na granici između psihe i tijela, emocija i ponašanja. Zna se da u njihovom nastanku sudjeluje niz somatskih, psiholoških i socijalnih čimbenika, a neki od njih nisu još dovoljno istraženi. Sa psihodinamskog gledišta nastanak poremećaja u dječjoj dobi je zbudjujući, budući da nedostaju individualni psihološki čimbenici vezani za razvoj tijela i seksualnosti. Posebno brine dječja rana svjesnost o socijalno poželjnoj mršavosti i njenom utjecaju na prihvaćenost u društvu vršnjaka. Pitanje je jesu li simptomi anoreksije u dječjoj dobi istovjetni onima koji određuju anoreksiju nervozu u adolescentica i mora li se u liječenju razmišljati o specifičnom i djetetu prilagođenom pristupu.

Osim što se poremećaji hranjenja i jedenja sve češće dijagnosticiraju u djece i među adolescentima je dokazan sve raniji nastup poremećaja (1, 2). Pod nastupom u djetinjstvu podrazumijevamo poremećaj nastao prije četrnaeste godine života. Poznato je da se od rane dječje dobi mogu javljati različiti problemi povezani s prehranom i zato valja razlikovati pravu anoreksiju nervozu od poremećaja hranjenja u dojenačkom dobu, izbirljivosti u djece ili pike. Ovdje se nećemo baviti anoreksijom dojenačke dobi nastalom na osnovi poremećaja rane interakcije majka-dijete. Spomenuti ćemo samo razlike između anoreksije nervoze i sličnih poremećaja u djetinjstvu navodeći njihove osobitosti.

Emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane je poremećaj u djece koja imaju neke simptome slične kao u anoreksiji, ali ne ispunjavaju sve kriterije za tu dijagnostičku kategoriju. Uz ograničenja u uzimanju hrane djeca ponekad razviju fobične ili opsesivno-kompulzivne simptome, odbijaju odlazak u školu i postaju depresivna. Ono što nedostaje i razlikuje ovaj poremećaj od anoreksije je nedostatak poremećenog doživljaja tijela i nema straha od debljanja (3).

Odbijanje hrane se javlja u djece koja nisu opterećena kalorijama i vitkom linijom. Selektivno i povremeno izbjegavaju neku hranu dok istovremeno nemaju nikakvih problema s jedenjem druge hrane tako da je problem više vezan za ponašanje i obiteljsku dinamiku. Vitalno ne ugrožava dijete i s vremenom nestaje.

Sindrom sveobuhvatnog odbijanja Djeca izbjegavaju ili odbijaju jesti, piti, hodati, govoriti i raditi bilo što za sebe. Zauzimaju fetalni položaj i ne daju glas od sebe, a kad ih se pokuša hraniti pokazuju jaki strah ili ljutnju. Poremećaj se ne uklapa u postojeće dijagnostičke kategorije i smatra se da najčešće nastaje u seksualno zlostavljane djece kao oblik posttraumatskog stresnog poremećaja (3).

Pika je neobičan poremećaj koji je povezan s hranjenjem i može se javiti u dječjoj dobi, ali i u odraslih osoba. Ime je dobio po latinskom nazivu za svraku budući da se tu pticu povezuje s neselektivnim proždiranje za nju jestivih i nejestivih stvari. U djece je riječ o upornoj, prisilnoj žudnji za nejestivim tvarima. Djeca mogu jesti zemlju, glinu, kredu, žbuku, otpatke od cigareta i drugo. Ovaj je poremećaj karakterističan za osobe koje pate od razvojnih poremećaja uključujući mentalnu retardaciju i autizam, te u osoba s oštećenjem mozga. Međutim, u nekih se osoba javlja žudnja za specifičnim tvarima povezana s deficitima u prehrani (nedostatak željeza, cinka, ili kalcija). Stručnjaci se ne slažu o načinu na koji se uklanja ovaj poremećaj posebno kad je on uvjetovan okolinskim faktorima (običaji). Zbog opasnosti od unošenja u tijelo otrovnih ili štetnih tvari potrebno ih je ukloniti izvan dječjeg domašaja i paziti na dječju zdravu prehranu (3, 4).

Selektivno jedenje je pojava kad dijete jede samo dva ili tri tipa hrane naprimjer čips ili kokice, često su to proizvodi koji sadrže ugljikohidrate pa djeca ne odstupaju u težini, međutim, njihovo ponašanje zabrinjava roditelje.

Gubitak apetita kao posljedica depresije može biti teško razlikovati od anoreksije nervoze, posebno zbog toga što su to često povezani poremećaji. Ipak, najčešće se depresivnost opisuje u adolescentnoj dobi.

Najranije su opisana djeca s anoreksijom nervozom u dobi od sedam godina. Treba napomenuti da je uglavnom riječ o anoreksiji, jer bulimija nervozna iznimno rijetko nastupa prije četrnaeste godine. Incidencija dječje anoreksije je malo poznata no poslije devedesetih godina prošlog stoljeća zabilježen je nagli porast broja djece dovedene na liječenje. Ostalo je nejasno koliko je na tu činjenicu utjecalo bolje poznavanje problema, ili se doista poremećaj proširio među djecom. Zanimljivo je da je u djece mnogo više oboljelih dječaka. Ima ih do 25% među oboljelima za razliku od adolescentne dobi kad je 95% oboljelih ženskog spola. Uz slične simptome kao i u adolescentica djeca često dolaze na liječenje u lošem somatskom stanju jake izmršavjelosti. Ona nastaje brzo, a zbog nedostatka masnog tkiva u djeteta već petnaestpostotni gubitak tjelesne težine može se smatrati dovoljnim za dijagnozu i opasnim. Djeca se često tuže na fizičke tegobe kao što su mučnina, bolovi u trbuhu, nadutost ili otežano gutanje. Zanimljivo je da ponekad vrlo vješto i uspješno prikrivaju izbjegavanje hrane, a zaokupljenost vitkošću, koja je prisutna već u vrlo ranoj dobi obično poriču ili skrivaju. Iako je povraćanje i korištenje laksativa rijetko u djece, ona ih također veoma vješto prikrivaju.

U etiologiji anoreksije bitni su biološki, psihološki i socijalni čimbenici. Ona je međutim, do danas tek djelomično istražena. Etiologija dječje anoreksije nervoze je također nedovoljno poznata pa iako se danas istražuje njena biološka podloga od genetske do neurofiziološke, psihodinamski aspekti su nam još uvijek razumljiviji od nalaza da je smanjen protok krvi u temporalnom režnju koji su Gordon i Lask utvrdili već 1998. go-

dine (5). Tehnološka dostignuća u medicini donose nove spoznaje o funkciji mozga, a poremećaji jedenja su u novije vrijeme intenzivno istraživani. Koristeći se novom tehnologijom funkcionalne tomografije mozga moguće je dokazati povezanost pojedinih simptoma anoreksije nervoze tijekom bolesti i nakon oporavka i promjena u regionalnom protoku krvi u pojedinim dijelovima mozga (6, 7). U rano nastalih anoreksija dokazano je da postoji disfunkcija u limbičkom sustavu kao i značajna povezanost između jednostranog smanjenja protoka krvi u temporalnom režnju i oštećenih vidno-prostornih sposobnosti, te vizualne memorije i povećane brzine prorade informacija (8, 9). Sve se bolje razumije metabolizam serotonina u poremećajima jedenja, pa iako do sada nije bilo pouzdanih podataka o učinkovitosti psihofarmaka u posljednje vrijeme se sve više istražuju pozitivni učinci atipičnih antipsihotika (10). Ovo posljednje ne začuđuje, jer se u proučavanju anoreksije opet i ponovno javljaju razmišljanja o bliskosti ovog poremećaja i psihoza (11). Još bi trebalo spomenuti niz istraživanja koja su dokazala da je statistički značajno veći rizik razvoja poremećaja jedenja u osoba čije su majke imale specifične oblike komplikacija u trudnoći (spominje se anemija, dijabetes, preeklampsija, infarkti placente) što može ukazivati na poremećaj neurorazvoja u patogenezi poremećaja jedenja (12).

Problemi dijagnostike

Uzimajući u obzir specifičnosti tjelesnog razvoja u djetinjstvu i postojeće kriterije za dijagnostiku anoreksije nervoze u adolescenata i odraslih stručnjaci najpoznatije londonske dječje klinike Great Ormond Street Hospital for Sick Children su izradili posebnu listu simptoma po kojima se dijagnosticira nastup anoreksije u dječjoj dobi. Oni navode sljedeće simptome: 1. utvrđeno izbjegavanje hrane, 2. gubitak na težini ili neuspjeh u postizanju

težine u razdoblju adolescentnog razvoja (od 10 do 14 godina) u nepostojanju bilo kakve fizičke ili druge psihičke bolesti. 3. dva ili više od navedenih simptoma: zaokupljenost tjelesnom težinom, zaokupljenost unosom kalorija, poremećaj u doživljaju tijela, strah od debljanja, samoizazvano povraćanje, intenzivno vježbanje, čišćenje - korištenje laksativa (3).

Primjeri iz kliničke prakse

Ivan (11)

Prvi put sam se susrela s problemom dječje anoreksije nervoze prije mnogo godina kad su nam pedijatri poslali na psihoterapiju izmršavjelog dječaka koji je uporno odbijao hranu ili bi nakon obroka naizgled namjerno redovito povraćao. Zbog tih je tegoba bio nekoliko puta hospitaliziran na pedijatriji bez uspjeha. Bio je mlađi od dvoje djece u izrazito disfunkcionalnoj obitelji. Roditelji su se neprekidno i burno svađali oko najmanjih pojedinosti u svakodnevnom životu. Smatrali smo da zbog nastalih problema moramo intervenirati obiteljskom terapijom. Morile su nas sumnje u vezi sa somatskim stanjem dječaka, tješilo nas je da je istovremeno bio pod stalnom pedijatrijskom kontrolom. U tijeku liječenja saznali smo da je dječak u šestom razredu osmogodišnje škole. Nešto prije Nove godine umro je njegov školski drug od maligne bolesti i to ga je jako potreslo. Počeo je izbjegavati jelo i roditeljima je objavio da će i on umrijeti prije kraja školske godine. Tijekom obiteljske terapije otkrili smo brojne probleme u obitelji (oba roditelja su potekli iz razorenih obitelji i preživjeli su teške psihičke traume u djetinjstvu). Brak se zasnivao na „neprijateljskoj zavisnosti“ i stalnim sukobima, a otkako se dječak razbolio dio se sukoba usredotočio na stavove prema njegovim simptomima - odbijanju hrane i povraćanju. Starija sestra je patila od jake ljubomore budući da su roditelji bili zaokupljeni bolešću brata koji je svakim danom bio fizički sve sla-

biji. Morali smo ga ponovno hospitalizirati. U lipnju iste godine je prema vlastitom predviđanju umro, ne od anoreksije već od tumora mozga koji se zbog nepovoljne lokacije u stražnjoj jami nije mogao dokazati ranije. Taj nas je događaj emocionalno pogodio i suočio s krhkošću našeg znanja i još nekim bolnim činjenicama. Naime, morali smo priznati da nas je zavarala dramatična disfunkcionalnost obitelji, iako, njena dinamika nije bila tipična za obitelji anoreksičnih osoba. Oslanjali smo se na dijagnostiku kolega koji također nisu na vrijeme otkrili pravu dijagnozu. Na bolni smo način naučili da je oprez imperativ.

Marko (8)

Krajem rujna, na početku školske godine mali tamnopusi dječak našao se na pregledu zbog separacijskih strahova, teškoća pri odvajanju i odlasku u školu i odbijanja hrane. Upućen kao dijete s anoreksijom, a izgledao je doista krhko. Izmršavio je u kratkom vremenu „jer nije imao apetita“ - podatak koji se često čuje od djece. U drugom intervjuu majka, inače jako povezana s dječakom potužila se da je postao posebno osjetljiv, usput navodi da joj svake večeri dolazi u krevet i traži da ga češka jer ga „svrbi cijelo tijelo“. Taj podatak me naveo da dogovorim pregled na pedijatrijskom odjelu gdje je dijagnosticirana Addisonova bolest.

Milan (11)

Jedanaestogodišnji dječak, živahan, sportaš, stariji od dvojice sinova namjerno je počeo mršaviti nakon što ga je mlađi brat zadirkivao da je debeo. Odrastao je u četveročlanoj obitelji u kojoj su sinovi jako povezani s majkom. Otac, bivši branitelj, boluje od PTSP-a i brižan je kao roditelj ali impulzivan, često depresivan i osjetljiv. Malo je kod kuće zbog posla i brojnih obaveza koje si nameće da bi pobjegao od sjećanja na prošlost. Za razliku od opisanih dječaka, Milan je zaokupljen izgledom, dijetama i kalorijama, želio bi biti vitak. Povučeni su i nesigurni u društvu

vršnjaka u kojem se njegov mlađi brat dobro snalazi. U gruboj sredini u kojoj odrasta česta je meta zadirivanja i drugih dječaka jer svojom krhkom pojavom i povlačenjem postaje idealna žrtva. Anamneza nalikuje na onu koja se nalazi u anoreksičnih djevojaka.

Ana (10)

Sumnja na anoreksiju je postavljena zbog njenog mršavljenja i povlačenja od društva. Pažljivom analizom podataka od pacijentice i roditelja pokazalo se da se u djevojčicu uvukao strah od gutanja i gušenja krupnim zalogajima hrane. Zbog toga je jela satima i izbjegavala sve što po svom mišljenju ne bi mogla progutati. Uzase je stalno nosila bocu s vodom bojeći se da joj što ne zapne u grlu. Starija je od dvoje djece, ima dvije godine mlađeg brata. Živi u obitelji s tri generacije predaka. Otac s kojim je jako povezana i upravo ju je on dovodio na terapiju je bio psihosomatski pacijent. Unatoč jakoj mršavosti utisak je bio da je u djevojčice riječ o anksioznom poremećaju i da ona doista nema strah od debljanja neophodan za dijagnostiku anoreksije nervoze. Tijekom psihoterapije se fizički oporavila, uključila u društvo, izgubila strah od gutanja i počela zaboravljati do tada nezaobilaznu bocu s vodom.

Laura (12)

Odlična učenica, jako vezana za majku, mršava djevojčica anoreksičnih dimenzija bez ijednog priznatog „klasičnog simptoma“ (strah od debljanja ne priznaje kao ni nezadovoljstvo tijelom, amenoreja je primarna). Laura kod kuće satima sjedi za stolom i jede držeći prožvakanu hranu u obrazima kao hrčak. Neki se dan dosjetila da ima strah od gutanja, ali to baš nije djelovalo uvjerljivo. Majka, po prirodi simbiotična govori o djevojčici i sebi kao jednom biću (učili smo, nismo jeli, izgubili smo na težini), postaje sve nervoznija, u stalnom je sukobu sa kćeri. Djevojčica kao prava adolescentica njenu priču popraća okretanjem očima

i grimasama dosade s povremenim burnim prosvjedom. Situacija u obitelji je složena, otac se ne vidi ali su zato u svakodnevne probleme umiješane dvije bake, svi dijele savjete, a djevojčica svojim simptomom kontrolira obitelj.

Anoreksija nervozna – psihodinamska dijagnoza

U radu s anoreksičnim pacijenticama često susrećem prepoznatljive pojave i uvijek iste podatke o namjernom izbjegavanju hrane, iako može biti govora o nedostatku apetita, selektivnom jedenju, ili teškoćama gutanja. Dijagnostika je relativno jednostavna ali treba biti oprezan, posebno u djece, adolescenata i osoba s kroničnim tipom poremećaja (13). Neophodno je razgovarati s roditeljima i detaljno istražiti navike jedenja budući da strah od debljanja djeca često prikrivaju, a prestrašeni roditelji i sami počinju vjerovati djeci ili im se boje suprotstaviti.

Anoreksične su pacijentice kao djeca ili adolescenti u prvim intervjuima ljutite i borbene ili pak naoko pasivne i plačljive kao preplašene. Osjetljive na svaku primjedbu o izgledu ili svojim navikama jedenja. Po tipu narcističke ranjivosti povlače se ili napadaju. Prepoznatljivo je na prvi pogled da su vezane za majke, ali to ih ni najmanje ne sprečava da prema njima budu grube, čak i proste kad se osjete ugrožene. Izrazito su anksiozne. Bez obzira jesu li na prvom intervjuu samo s majkom ili su prisutni oba roditelja ili cijela obitelj otac je psihološki ili fizički odsutan, ne čini se da zanemaruje obitelj, samo puno radi i obično nije kod kuće. U kasnijim razgovorima postaje jasno da ne samo da nema mnogo veze s kćerkom već da su odnosi sa suprugom također narušeni iako se to u obitelji nesvjesno prikriva. Mame su na prvi pogled samouvjerene i često uspješne osobe, ali u suštini anksiozne, nesigurne. Često su i same opsjednute vitkom linijom i nezadovoljstvom tijelom, možda su i ranije imale anoreksiju, priznaju da se u početku nisu bunile protiv kćerine dijete.

Nerijetko se nakon što se odgrne prvi sloj zabrinutosti aktualnom dramom vidi da je u obitelji bilo gubitaka, bolesti ili drugih nepovoljnih okolnosti prosječno više od onog uobičajenog. U obiteljskoj terapiji nakon prvobitnog ispitivanja situacije radi se na postavljanju granica, povezivanju roditelja odnosno uspostavljanja narušenih funkcija različitih sustava unutar obitelji. Često se otkrivaju brojni drugi fenomeni u pozadini.

Anja (9)

Anja je najmlađa od troje djece. Majka pacijentice se ni fizički ni psihološki nije mogla odvojiti od vlastite primarne obitelji. Njena nova obitelj bila je potpuno stopljena s majčinom, a njen se muž kao zet potpuno uklopio u staru obiteljsku firmu. Mlada obitelj se bez pravog razloga i pored izgrađene vlastite kuće nikako nije mogla odseliti. Transgeneracijski snažna se povezanost održavala po ženskoj liniji uz uvijek dominantnu stariju generaciju na čijem je čelu bila pacijentičina prabaka, krepka devedesetgodišnjakinja pred kojom je baka (stroga prema vlastitoj kćeri) djelovala poput djevojčice. U mladoj obitelji s dva starija sina nije bilo mnogo problema, međutim, kad se rodila djevojčica majka je dobila postporođajnu depresiju tako da je odnos s djevojčicom stalno bio problem. Pod dominacijom iznimno kritične vlastite majke, sada bake, majka naše pacijentice je nesigurna, paralizirana od straha posebno u odnosima sa Anjom. Muž iako naoko brižan klonio se obiteljskih sukoba i napetosti između supruge i punice stalnom predanom zaposlenošću i izbjivanjem od kuće. I u obiteljskoj se seansi činio psihološki odmaknut te bi samo povremeno nešto spontano prokomentirao kao da nije riječ o njegovoj obitelji.

Etiologija anoreksije nervoze – psihodinamski pristup

Od prvih opisa anoreksije u stručnoj literaturi, dakle još u sedamnaestom stoljeću bilo je vidljivo da je poremećaj prepoznat kao

psihološki i bitno pod utjecajem odnosa s majkom iako se priroda utjecaja nije dobro razumjela. Psihoanaliza je unaprijedila znanja o problemu anoreksije, a u tumačenju nastanka su se spominjale oralne fiksacije i strah i obrana od straha od začeca oralnim putem, premještanje genitalnih želja u oralnu sferu kao bitne za shvaćanja problema u Freudovo doba. Spominjalo se poricanje genitalne seksualnosti kroz nastanak amenoreje (14). Načelno se psihoanalitičari nisu mnogo bavili razlikama između dječje i pubertetske odnosno adolescentne anoreksije budući da su osnovu za poremećaj nalazili i tumačili veoma ranim poremećajima u odnosu majka-dijete. Kasnije su u prvi plan došli objektni odnosi to jest prvi kontakti s vanjskim svijetom koje dijete ostvaruje putem iskustava s vlastitom majkom i u najranijoj fazi upravo u situaciji hranjenja.

Hrana nas povezuje s majkom. Hrana je u prvim danima života dio majke, majka sama. Dijete najprije treba shvatiti da je majka druga osoba, različita od samog djeteta. U teoriji Melanie Klein od početka postoje (nesvjesne) fantazije o majci – o jednoj koja štiti i hrani i o drugoj opasnoj majci. Ova teorija prihvaća ideju o postojanju nagona smrti i razornih impulsa koje moramo projicirati na majku da bi se oslobodili bolnih osjećaja, ali tada mama u djetetovim fantazijama postaje opasna i osvetoljubiva. Bitna je snaga dobrih impulsa jer kad oni nadvladaju razorne pri ujedinenju predodžbe dobre i loše majke prevladati će dobri objekt i pojaviti će se briga za dobri objekt (depresivna pozicija) (15).

U sklopu takvih gledišta anoreksija je shvaćena kao izraz patološkog narcizma u kojoj majka nije prepoznata kao odvojena od djeteta nego postoji shvaćanje da ništa ne pruža djetetu. Primarna zavist razara spoznaju i svijest o postojanju dobrih grudiju. Zavist je opisana kao izdanak nagona smrti i kao napad na dobar objekt upravo zbog njegove dobrote. Melanie Klein je razlikuje od fru-

stracije i rivaliteta. Tvrdi da je fantazija urođena, da se napada dobar objekt zbog njegove dobrote te da je zatim svijest o odvojenosti od dobrog objekta koji izaziva zavist nepodnošljiva. Dobri se objekti zato moraju držati podalje od loših, kao i dobri i loši impulsi, a zatim budući da se ne podnosi ovisna odvojenost javlja se težnja za stapanjem s dobrim objektom, proces projektivne identifikacije i paranoidno-shizoidne pozicije, te teškoće u nastanku doživljaja stvarnosti i potencijalna narcistička struktura ličnosti (16).

Anoreksične osobe moraju postati sve-moćne da bi preživjele budući da ne mogu podnijeti pomisao da postoji nešto dobro što ne posjeduju. Grudi su obezvrijeđene do toga da se od njih ništa više ne može dobiti, a suština postojanja je izbjegavanje želje. U fantaziji nedostatak potrebe znači da nema ni separacije jer kad je osoba samodostatna nema ni svijesti o ovisnosti. Ako nema žudnje nespješno majka ne treba ni postojati. Mnoge anoreksične osobe izjednačavaju majku i hranu na konkretnoj razini. Hrana je zamjena za čežnju za stapanjem i čežnju za majkom. Kada bi postojala želja osoba bi postala rob majke i hrane. Kao da je u unutrašnjem svijetu anoreksične osobe majka koja porobljava, koja ne dozvoljava odvajanje i ne želi znati o kćerkinim potrebama (17). H. Bruch je opisala majke anoreksičnih djevojčica kao anksiozne u toj mjeri da ne prepoznaju potrebe djeteta i dijete hrane prema svojim, a ne prema njegovim potrebama. Na taj način dijete ne može više razlikovati osjete iz svog tijela posebno ne može razlikovati glad od drugih senzacija. Gubi povjerenje u sebe, potpuno se potčinjava majci i od tuda potječu opisi anoreksičnih djevojčica kao poslušnih i onih koje ne stvaraju probleme (18).

Različiti pristupi tumačenju nastanka anoreksije spominju još u sebi kontradiktorni pokušaj regresije pred nastupom puberteta, a pri tome istovremeno anoreksija predstavlja i borbu za kontrolu i borbu za autonomiju.

Zato se govori da se anoreksija može razumjeti kao izraz bespomoćnosti i pokušaj prevladavanja tog stanja. Dio istraživača se bavio specifičnostima obiteljske dinamike u kojoj se često opisuje prikriveno neslaganje među roditeljima čiji brak ovisi o stalnoj prisutnosti djece (19). Minuchin (20) je upravo na anoreksičnih pacijenata opisao „psihosomatske obitelji“ s čvrstim vezama među članovima, s pretjeranom uključenošću i pretjeranim zaštićivanjem te ograničenjem djetetove autonomije. Mara Selvini Palazzoli (21) na veoma sličan način opisuje obitelji anoreksičnih djevojaka naglašavajući posebno veoma kruti oblik obiteljskih interakcija koje obitelj nema sposobnosti promijeniti čak ni onda kad nova situacija zahtijeva prilagođavanje. Ona se posebno bavila problemom komunikacije u obitelji. Zapazila je pored ostalog da su veoma često komunikacije među članovima takvog tipa da sve što netko kaže istog časa biva od drugog člana obitelji opovrgnuto.

U prošlosti psihijatrije je bilo razdoblje kad se moglo shvatiti da su stručnjaci bili skloni razmatrajući etiologiju pojedinog poremećaja naglašavati ulogu roditelja u njihovom nastanku. Bez obzira da li se radilo o uvjerenju ili nespješnom postupku takav je stav bio kontraproduktivan, jer je roditelje koji se ionako osjećaju krivima u bilo kojoj dječjoj bolesti sve više strašio i udaljavao od onih koji su im trebali pružiti pomoć. Zato moramo naglasiti da anksiozne majke, previše bliske obitelji, ili poslom zauzeti očevi nisu ni na koji način zaslužni za nastanak poremećaja u djece posebno u tako složenim stanjima kao što je anoreksija nervozna.

Kada spominjemo poremećaje rane interakcije majka - dijete moramo naglasiti da oni nastaju na osnovi djetetovih predispozicija, dakle urođene posebne osjetljivosti i majčine nedovoljne osjetljivosti za potrebe djeteta za koju ona ne snosi nikakvu krivicu budući da je taj fenomen vezan za njenu pretjeranu anksioznost i nastojanje da bude što bolja majka.

Majka se doista želi dobro brinuti za dijete ali kako previše strepi sklona je svaki znak djetetove nelagode ili plača protumačiti kao glad i pretjerano često hraniti dijete. Zbog toga se u anamnezi mnogih pacijenata nalazi podatak da su do nastupa bolesti dobro jeli, bili poslušna djeca i čak debljuškasti. Kad je netko kao što mi to zovemo „bucmast“ u obitelji se na njegov/njezin račun često naoko bezazleno šale, štipaju dijete za obraščice, izmišljaju nadimke, pričaju se dogodovštine koliko voli jesti i sve izgleda posve nedužno dok dijete ne reagira. Zato se u većini slučajeva nalazi otponac za djetetov odlazak na dijetu u obliku neke nedužne primjedbe ili pak pošalice na račun djeteta. Stres bilo koje vrste posebno onaj koji se odnosi na slabljenje samopouzdanja može potaknuti dijete s kojom počinje anoreksija. Ne bi trebalo zaboraviti da su majke anoreksične djece često i same sklone dijetama i nesigurne odnosno nezadovoljne svojim tjelesnim izgledom. Tako se nesigurnost, slabo samopouzdanje i samopoštovanje prenose s majke na dijete stvarajući nove probleme u svakoj generaciji. Željela bih na kraju napomenuti da mnoga istraživanja govore o vrlo ranoj svjesnosti djeteta o poželjnom izgledu i mršavosti kao znaku popularnosti u društvu vršnjaka. Djeca su danas od ranih dana izložena medijskom pritisku putem popularizacije vitke linije kao znaka ljepote i uspjeha. Vjerojatno je suvremeno društvo izgubilo mnoge kriterije vrijednosti i nadomjestilo ih materijalnim i pomodnim. Dostupnost informacija svih vrsta je vrlo teško kontrolirati, a obiteljske vrijednosti su također na kušnji. Time samo među djecom širimo krug eksponiranih nepovoljnim utjecajima i možemo očekivati da će pored bioloških i psiholoških pritisaka kulturni i socijalni pritisci i dalje uspješno pridonositi razvoju poremećaja pa bi se za te situacije morali dobro pripremiti.

Poznato je da je za liječenje anoreksije nervoze povoljnije što se ona ranije javi (22, 23). U liječenju je bitno najprije podići tjelesnu

težinu, a nakon toga terapija izbora je psihoterapija. Jedina do sada, na dokazima utvrđena učinkovita terapija u osoba s anoreksijom nervozom je obiteljska terapija, pa se preporuča da se uvijek kad je to moguće počne s njom (24).

Možda bi na kraju trebalo dodati nekoliko riječi o našim problemima u radu s poremećajima jedenja u djetinjstvu i adolescenciji. Nalazim da je glavni problem nedostatak stručnjaka i nedostatak odjela specijaliziranih za liječenje ove posebne grupe pacijenata koji u mnogim aspektima posve odudaraju od ostalih. Riječ je o djeci ili mladim osobama koji imaju slabi uvid u svoje stanje i veliki otpor prema liječenju a uz njih stoje preplašeni i jednako tako često nesuradljivi roditelji. Pacijenti su najčešće manipulativni i lako izazivaju brojne kontratransferne reakcije u osoblju koje se u bolnicama njima bavi pa ako to osoblje ne poznaje dovoljno psihodinamiku pacijenta, obitelji i vlastita emocionalna stanja može doći do veoma teških situacija i nesporazuma. Naš je zadatak da proučimo temeljito vanjska iskustva i uskladimo smjernice liječenja s europskim standardima a istovremeno javnosti predočimo ozbiljnost problema i razvijamo osjetljivost na emocionalne probleme mladih kako bi se rizične skupine što prije uočile da bi im se moglo pomoći.

Zaključak

Anoreksija nervoza se sve češće nalazi u djece. U njenom nastanku su bitni biološki, psihološki i socijalni čimbenici. U psihodinamskom pristupu etiologiji posebno s gledišta teorija objektnih odnosa nema bitne razlike u nastanku poremećaja u djeteta ili adolescenta. Dijagnostici se treba pristupati s oprezom zbog specifičnosti dječjih i roditeljskih stavova prema simptomima. Važno je s liječenjem započeti što ranije imajući u vidu da se prvenstveno popraviti tjelesna težina i psihoterapijom poduprijeti razvoj i sazrijevanje.

Sukob interesa: autor se izjasnio da nije u sukobu interesa. Studija nije bila sponzorirana od neke vanjske institucije.

Conflict of Interest: The author declare that she has no conflict of interest. This study was not sponsored by any external organisation.

Literatura

1. Barker P. *Basic Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing; 2004.
2. Favaro A, Caregato L, Tenconi E, Bosello R, Santonastasio P: Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(12):1715-21.
3. Lask B, Bryant-Waugh R. *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Lawrence Erlbaum lts: Hove; 1993.
4. Bryant-Waugh R, Lask B. Childhood-onset eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors: *Eating Disorders and Obesity*. New York-London: The Guilford Press; 1995. p. 183-187.
5. Gordon I, Lask B, Bryant-Waugh R. Childhood-onset anorexia nervosa: towards identifying a biological substrate. *Int J Eat Disorder*. 1998;22(2):159-65.
6. Goethals I, Vervaeke M, Audenaert K, Jacobs F, Ham H, VanHeeringen C. Does regional brain perfusion correlate with eating disorder symptoms in anorexia and bulimia nervosa patients? *J Psychiatr Res*. 2007;41(12):1005-11.
7. Matsumoto R, Kitabayashi Y, Narumoto J, Wada Y, Okamoto A, Ushijima Y et al. Regional cerebral blood flow changes associated with interoceptive awareness in recovery process of anorexia nervosa. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30(7):1265-70.
8. Chowdry U, Gordon I, Lask B, Watkins B, Watt H, Christie D: Early onset of anorexia nervosa: is there evidence of limbic system imbalance? *Int J Eat Disord*. 2003;33(4):388-96.
9. Lask B, Gordon I, Christie D, Frampton I, Chowdry U, Watkins B. Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005;37:Suppl:S49-51.
10. Brewerton TD. 9th annual meeting of the Eating Disorder Research Society. *Expert Opin Investig Drugs*. 2004;13(1):73-8.
11. Nunn K. "In search of new wineskins": The phenomenology of Anorexia nervosa not covered in DSM or ICD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2001;6(4):489-8.
12. Favaro A, Tenconi E, Santonastasio P. Perinatal factors and risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arc Gen Psychiatry*. 2006;63(1):82-8.
13. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe RD, Lask B et al. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev*. 2010 Mar;18(2):79-89.
14. Farrell E. *Lost for Words. Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia*. London: Process Press; 1995.
15. Klein, M. The Role of the School in the Libidinal Development of the Child. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1923;5:312-31.
16. Hinselwood RD. *A Dictionary of Kleinian Thought*. London: Free Association Books; 1989.
17. Boris HN. The problem of anorexia nervosa. *Int J Psychoanal*. 1984;65:315-22.
18. Bruch, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. London: Routledge&Kegan Paul; 1974.
19. Crisp AH. Some aspects of the psychopathology of anorexia nervosa. In: Colby PL, Garfinkel PE, Garner DM, Coscina DC (editors). *Anorexia nervosa. Recent development and Research*. New York: Alan & Liss; 1967.
20. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press; 1987.
21. Pallazoli Selvini M: *Self-starvation*. London. Chaucer. Cambridge: Harvard University Press; 1974.

22. Vidović V. Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix*. 2004;52:50-4.
23. Vidović, V. Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*. 2004;52:69-74.
24. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361:407-17.

Summary

PSYCHODYNAMIC APPROACH TO CHILDHOOD ANOREXIA NERVOSA

Vesna VIDOVIĆ

University Clinic for Psychological Medicine, University of Zagreb
School of Medicine, University Hospital Center Zagreb, Croatia

Anorexia nervosa although usually found in adolescents recently has often been diagnosed in children. The etiology is not fully understood but is probably multifactorial and important factors are related to biological substrate. Psychodynamic approach to anorexia nervosa in childhood especially from object relation theory shows no particular difference between processes in development of eating disorders in childhood and adolescence. However, some children are reluctant to admit fear of fatness or other typical symptoms of anorexia so that we need the full co-operation of parents in diagnostic procedure. In treatment weight restoration and psychotherapy, particularly family therapy is most important.

Key words: Anorexia nervosa ■ Childhood ■ Eating disorders

Received: June 20, 2010

Accepted: September 3, 2010