

## СИСТЕМАТСКИ СЕМЕЕН ПРИСТАП ВО РАБОТА СО ЛИЦА СО НАРУШУВАЊЕ ВО ИСХРАНАТА

### *Кратка содржина*

*Нарушувањата во исхраната биле познати од дамнешни времиња, но во денешно време тие претрпеле многу измени. Првите записи за нарушувања во исхраната се забележани уште во античко време, па кај римските императори итн. Постојат пишувани документи за изгладнувања и прекин на менструалниот циклус кај монахињи уште од деветтиот век. Сенека, за тогашниот начин на живеење, рекол: „Дуѓето јадат за да повраќаат и повраќаат за да можат повторно да јадат“. Тоа, во суштина, ја претставува разликата на тогашниот начин и стил на живеење и денешните нарушувања во исхраната, при што основната цел е намалување на телесната тежина.*

*Нарушувањата во исхраната означуваат нездрави навики во хранењето, односот кон храната и одржувањето на телесната тежина, а заедничка карактеристика на сите растројства во исхраната е растројството во перцепцијата на своето тело.*

*Болестите на нарушување во исхраната се значаен психолошки, социомедицински и општоздравствен проблем. Најновите светски истражувања и нивните резултати покажуваат дека е неопходно да се инвестира во превенција на овие заболувања, во адекватна обука и едукација на родителите во формирањето здрави навики во исхраната кај децата, едукација на медицинските лица во рано препознавање и откривање на ризиците, а подоцна и заболувањата на нарушувања во исхраната, едукација во училиштата и други стручни кадри што имаат контакт со популацијата која е во ризик за развој на нарушување во исхраната.*

*Адолесцентите ја претставуваат групата која се наоѓа во најголем ризик за развој на нарушување во исхраната од кој било вид, што е потврдено во спроведеното истражување. Влијанието на современиот начин на живеење, влијанието на медиумите, врсниците, целиот социокултурен притисок врз личноста, а и многу други надворешни фактори го поттикнуваат и го зголемаат бројот на лица со нарушувања во исхраната.*

**Клучни зборови:** НАРУШУВАЊЕ ВО ИСХРАНАТА, АДОЛЕСЦЕНТИ, ПСИХОТЕРАПИЈА

## Вовед

Нарушување на однесувањето во исхраната означува нездрави навики во хранењето или однесувањето во исхраната и одржувањето на телесната тежина. Заедничка карактеристика на сите растројства во исхраната е растројството во перцепциите за обликот на сопственото тело (Чадловски, 2004). Точната граница помеѓу нормалната исхрана и нарушувањата во исхраната не е лесно да се одреди. Поради тоа, голем број луѓе не препознаваат дека нивниот однос кон исхраната е неадекватен. Лошите навики или нездравите диети водат кон болеста или веќе ја претставуваат. Кај заболените од нарушување во исхраната се смета дека храната на потсвесен начин се злоупотребува како помош за соочување со емотивни и други проблеми.

Класификацијата на нарушувањата во исхраната е заснована на видливите последици, како што е екстремното слабеење или дебелеење, или врз основа на изменети обрасци на однесување во исхраната, како што е гладувањето, рестрикцијата во исхраната или прејаднувањето. Нарушувањата во исхраната спаѓаат во растројства на нагонот на исхрана. Според В. Вуиќ (Чадловски, Филиповска, Белевска, 2004), нагони би биле оние механизми што го раздвижуваат човекот за различни активности. Нагонот за исхрана и нагонот за живеење се нагони за самоодржување и спаѓаат во основните, витални и примитивни нагони. Растројствата на нагонот за исхрана можат да бидат квантитативни и квалитативни (Чадловски, Филиповска, Белевска, 2004).

## Квантитативни растројства во нарушување на исхраната

Намалено или изгубено чувство на глад (олигофагија или анорексија) се среќава кај одделни душевни растројства, а особено кај ментална анорексија, депресија, шизофренија и кај органски психосиндром. Анорексија невроза се карактеризира со комплетно исфрлање на исхраната, со што се редуцира анксиозноста поради нарушување на јас концептот. Тоа обично се прави со неземање храна или обилно земање храна, по што следуваат повраќања. Најчесто, кај младите тоа започнува со диети, а тоа е поради чувството на срам од својот надворешен изглед, поради нарушување на менталната шема на телото, како начин на казнување или, пак, како резултат на расчекор помеѓу сексуалните потреби на личноста и религиозните норми.

Зголемено чувство на глад (полофагија или болна ненаситност) може да прерасне во патолошка ненаситност, булимичка. Во тој случај се конзумира голема количина храна, без ред и во краток временски период. Се среќава кај ментално ретардирани лица, при тумори во мозокот,

деменции, прогресивна парализа, како епилептична аура проследена со интензивен глад.

### **Квалитативни растројства во нарушување на исхранта**

– Пике се невообичаени потреби од одредени прехранбени продукти (кисело, слатко) и најчесто се среќава кај трудници.

– Копрофагија е јадење свој или туѓ измет.

– Антропофагија или канибализам е јадење човечко месо. Тоа сè уште постои кај некои диви племиња во Африка или во Јужна Америка. Тоа, исто така, може да се практикува во случаи на елементарни непогоди, како последна можност за преживување.

– Анекрофагија е јадење месо од мртви луѓе.

Копрофагијата, антропофагијата и некрофагијата се многу тешки психопатолошки растројства што се среќаваат кај напредни шизофренични процеси и кај тешки интелектуални ретардации. Во секој случај, некрофагијата може да биде транзиторна.

Растројствата во исхраната според МКБ-10 спаѓаат во „бихевиорални синдроми со физиолошки нарушувања и физикални фактори“ (Чадловски, 2004).

### **Растројства во исхраната:**

- анорексија нервоза;
- атипична анорексија нервоза;
- булимија нервоза;
- атипична булимија нервоза;
- претерано земање храна здружено со други психички пречки;
- повраќање здружено со други психички пречки;
- други растројства во исхраната; и
- неспецифизирани растројства во исхраната.

Најширока и најчесто користена класификација на болестите на нарушување во исхраната ги содржи следниве облици (Контиќ, 2008):

- анорексија нервоза AN, рестриктивен и пургативен тип;
- булимија нервоза BN, пургативен и непургативен тип;
- неспецифични нарушувања во исхраната (ED-NOS); и
- нореметувања во исхраната во детска возраст.

Според МКБ-10 (Чадловски, 2004), анорексијата е растројство кое се карактеризира со намерно губење на телесната тежина, која пациен-

тот ја одржува подолго време и ја предизвикува со упорно волево гладување, со тешки физички вежби или, пак, со намерно предизвикување повраќање или чести столици (со редовно или со прекувремено земање лаксативи).

Според DSM-4 (Чадловски, 2004), тоа е растројство кое се карактеризира со одбивање на субјектот да ја задржи нормалната телесна тежина, загриженоста да не се здебели и со растројство на перцепциите на обликот и големината на сопственото тело.

Дијагностички критериуми за дијагностицирање на анорексија нервоза се (Контиќ, 2008):

- редуција на внесувањето храна и одржување минимална телесна тежина или намерно губење на  $\frac{1}{4}$  од почетната телесна тежина кај возрасни лица или невозможно достигнување на телесната тежина за возраста и висината кај децата, со што телесната тежина е најмалку 15 % под очекуваната тежина за возраста и висината;

- појава на интензивен страв од евентуално зголемување на телесната тежина, дури и кога таа е далеку под очекуваната;

- нарушување на перцепцијата на телесниот имиџ, т.е. некритична процена на телесниот имиџ и телесната тежина;

- аменореја кај постменархални жени (губење на менструацијата во последните три месеци). Аменореја се смета и во случаи кога регулиран менструален циклус се одржува само благодарение на хормонална терапија.

Булимија нервоза е растројство кое се карактеризира со последователни настани на претерано земање храна (прејадување) и со неадекватни компензациски методи за превенирање на зголемувањето на телесната тежина со која субјектот претерано е преокупиран. За поставување на дијагнозата (според дијагностичкиот критериум на DSM-4), прејадувањето и неадекватно компензациско однесување мора да биде присутно во просек најмалку двапати неделно во период од три месеци.

Основни карактеристики на БН се:

- интермитентни и наизглед неконтролирани епизоди на брзо внесување голема количина храна во краток временски период;

- храната која најчесто се внесува е високо калорична, лесно достапна и претходно приготвена;

- внесување калории над 5.000, па и 20.000 во текот на една епизода;

- епизодите на прекумерно јадење особено се манифестни во вечерните часови;

- поголем број пациенти секое внесување храна го завршуваат со предизвикано повраќање, кое со текот на времето станува рефлексно;

– емоционалните тешкотии од типот на депресивност, импулсивност, анксиозност и социјално повлекување, при што самопроцената, самовреднувањето и самодовербата кај овие лица исклучиво е зависна од надворешниот изглед и од димензиите на телото.

Неспецифични нарушувања во исхраната (ED-NOS) опфаќаат широк дијапазон на симптоми и знаци, кои многу често меѓу себе се преплетуваат. Во 1980 година, именувана е нова дијагноза – неспецифични нарушувања во исхраната. Тоа е дефинирано како специфичен и атипичен облик на нарушување во исхраната, а во клиничката практика е прифатено како посебна категорија.

Статистичките податоци покажуваат дека ова заболување претставува најчест облик на нарушување во исхраната од сите нарушувања, а најчесто се јавува кај прекумерно исхранети и дебели лица. Оваа дијагноза се поставува во следниве случаи:

– кај постменархални жени кои имаат редовен менструален циклус;

– во случаи кога се исполнети сите критериуми за АН, освен значајно губење на тежината која се граничи со нормалната; овој тип се среќава кај луѓе кои биле дебели, но со рестриктивни и строги диети, со текот на времето, ослабеле и станале преокупирани со својата тежина и со својот изглед;

– повторувачко цваќање големи количини храна, но без голтање туку со плуќање на храната;

– синдром на ноќно прејадување се јавува како еден од можните одговори на организмот против стресот, по докажани нарушувања во хипоталамусно-надбубрежните оски, а не како одговор на глад или емоционални фактори.

Нарушувањата во исхраната во детска возраст (Tadic, 1992) најчесто се манифестираат со одбивање храна (анорексија), претерано јадење (булимија), бавно јадење и пика, а поретки се потоманија и копрофагија.

### **Третирање на нарушувањата во исхраната**

Адолесценцијата е период во кој лицето расте и созрева. Називот произлегува од латинскиот збор *adolescere*, што значи расте, созрева. Адолесценцијата најлесно се определува како период на бурни промени, период на премин од детство во зрелост. Во него се случуваат физички, психолошки и социјални промени (Мурцева-Шкарик, 2004).

За почеток на адолесценцијата се смета пубертетот со сите физички и физиолошки промени што го сочинуваат пубертетот. Адолесценцијата завршува во периодот на раната зрелост. Критериумите за завршувањето на периодот на адолесценција се многу различни. Тие

се тесно поврзани со остварувањето на развојните фази на адолесценцијата.

Во системската семејна теорија и психотерапија, личноста се гледа како дел од семејниот систем, со сите интеракции во системот, вклучувајќи ги и надворешните фактори што влијаат на системот.

Салвадор Минучин и неговите колеги укажуваат на теоријата на системи која е релевантна и соодветна во случаи на нарушување во исхраната, посебно кај анорексијата и булимијата (Милојковиќ, Срна, Мишовиќ, 1997).

Од оваа позиција, се кажува дека симптомите на нарушување во исхраната најдобро се разбираат кога се има предвид и пациентот и семејството, а симптомите се зацврстуваат во дисфункционална семејна структура. Во ова согледување, детето се гледа како психолошки ранливо. Тоа семејство има неколку карактеристики што го помагаат развојот на нарушувањата во исхраната.

Детските нарушувања во исхраната играат важна улога во помагањето на семејството да ги избегне или да ги прикрие другите конфликти и проблеми, внатре во семејниот систем. Многу се значајни следниве карактеристики на Минучин за семејствата со деца со нарушување во исхраната (Minuchin, Fishman, 1981):

1) вмрежување – семејствата имаат екстремна форма на претерана инволвираност, замешаност и интимност; тука родителите зборуваат за своите деца бидејќи веруваат дека тие точно знаат како се чувствуваат нивните деца;

2) преголема заштитеност – членовите на семејствата имаат екстремно големо ниво на грижливост еден кон друг (сили за проблеми);

3) ригидност – семејството има тенденција да поддржува статускво и да избегнува ефективни односи со настани што бараат промени (на пример, потребата на адолесцентите да прават и да бараат некои работи во својот живот, растење на автономијата и друго); и

4) недостаток на конфликтни решенија – овие семејства избегнуваат конфликт или се во состојба на постојан хроничен конфликт.

Системскиот семеен пристап доаѓа до два извора за нивното верување:

1) Личните карактеристики на пациентите со нарушување во исхраната. Тие лица се преокупирани со храна, брзо се заморуваат, имаат слаба концентрација, недостаток на сексуален интерес, несоница, раздразливост, депресивност и сл. Рестрикцијата на храна има моќни ефекти на личните особини и однесувањето, па тоа мора да се има предвид кога се евалуираат лица со нарушување во исхраната. Некои истражува-

ња имаат ретроспектива на лицата пред заболувањето со нарушување во исхраната.

2) Карактеристики на семејствата на пациентите со нарушување во исхраната. Во тие семејства има високо ниво на конфликт, а изјавите на родителите не покажуваат секогаш високо ниво на проблеми, високо ниво на изолација и ниско ниво на инволвирање и поддршка, вознемирувачки семејни односи и сл. Според Минучин, тоа се ригидни, емоционално затворени, премногу инволвирани со критички коментари и непријателство. Тука, исто така, спаѓаат и малтретираните деца (сексуално, физичко и психичко насилство).

Според многубројните истражувања, семејствата што имаат заболел од нарушување во исхраната најчесто се премногу заштитнички настроени, ригидни во однесувањето, успешни и слично, а заболелите се чувствуваат презащитени или отфрлени, неразбрани, несфатени и осамени. Во овие ситуации мајките се често супериорни и емотивно ладнокрвни, а татковците емотивно или физички отсутни. Различните облици на нарушување во исхраната се јавуваат како заштита од претераните идеали што ги поставуваат амбициозните родители.

Најчесто изложеноста на стрес во детството, од кој било вид, малтретирање, занемарување, губење на едниот од родителите и слично го зголемуваат ризикот од појава на емотивни проблеми и нарушено однесување (анксиозност, депресија, суицидност, злоупотреба на дрога, алкохол и други супстанции), а најчесто е придружено со нарушување во исхраната.

Девојките чии мајки имаат историја на нарушување во исхраната се во поголем ризик од стекнување нарушување во исхраната, и тоа не само поради генетските фактори, туку и поради лошото влијание на мајките врз децата, во смисла на усвојување на лошите навики во исхраната, телесната тежина, телесниот изглед и сл.

Не постои шаблон, ниту тип семејство чии деца во текот на животот ќе заболат од болеста нарушување во исхраната, но кај повеќето е забележано (Kontic, 2008):

– присуство на родителска преокупација со здрава храна, диети, страв од дебелеење, при што детето расте и се идентификува со тоа, а во некои случаи и присуство на психосоматски болести како што се: астма, мигрена, главоболка и сл.;

– повеќето од семејствата покажале знаци на перфекционизам; детето најчесто расте во ригидно, патријархално семејство и од малечко добро ги запознало своите обврски и правила што мора да ги почитува;

– воздржување и неискажување пријатни емоции; сè мора да има своја причина, а единствената домашна активност во која учествуваат

родителите се интелектуалните дискусии или читање на училишната лектира и домашните задачи;

- мајката има супериорна улога, а таткото е најчесто отсутен и малку време поминува во домот и нема близок однос со децата;

- во ситуации кога родителите имаат различен однос спрема децата, едното дете е помалку сакано, а другото повеќе; Во такви ситуации, како однапред да е избрано детето кое ќе се работи;

- лошата комуникација во семејниот систем и видлива тензија помеѓу сопружниците;

- невротични, анорексични, депресивни мајки, злоупотреба на лекови, алкохолизам, како и многубројни други психички нарушувања се наведуваат во семејната анамнеза;

- во разговор со лекарот што ги повикал заради вклучување во лекување на нивното дете, тие изгледаат изненадено, не прифаќајќи дека во прашање е болест, бараат виновник и сл.; мајката активно се вклучува во лекувањето, но често со егоцентрично испитување на себеси, а таткото доаѓа ретко.

Во последнава деценија е зголемен бројот на истражувања поврзани со овие болести, а исто така и обидите за воведување различни превентивни мерки заради намалување на стапката на болеста.

Поради сложената мултифакторна природа, се потребни сеопфатни студии што би ги расветлиле индивидуалните фактори на ризик, кои самостојно или здружено придонесуваат за развој на оваа болест. Сметаме дека потребата од вакви истражувања и едукации е многу голема. Таа е потребна за стручните кадри, но и за пошироката популација.

Болестите на нарушување во исхраната е значаен социомедицински, психолошки и општоздравствен проблем на современата цивилизација.

За подобро разбирање на факторите на ризик и симптомите на лицата кои се во ризик, е неопходно истражување на општата популација, со што би се расветлило влијанието на тие фактори и симптоми.

Примената на резултатите од ваквите истражувања би требало да најде свое место во интегралните превентивни програми, во секојдневната практика во примарната здравствена заштита, советувањата за исхрана, во специјализираните одделенија за лекување на болестите на нарушувања во исхраната и сл.

Во светот денес постојат многубројни превентивни програми, но не и единствена стратегија. Превенцијата се однесува на елиминирање на факторите што се сметаат за предизвикувачи (примарна превенција) или рана детекција и лекување на овие болести (секундарна превенција).



Основната цел на примарната превенција е намалување на зачестеноста на појавата на болеста и смалување на зачестеноста на факторите на ризик: социјални, семејни и индивидуални, идеализирање на слабеењето, проблеми на комуникација во рамките на семејството и дисфункционалните елементи во семејствата, подигање на самопочитувањето и самодовербата и сл.

### **Заклучок**

Во изборот на темата фокусот е ставен на психолошките индикатори за појава на нарушување во исхраната кај адолесцентите. Адолесцентите се избрани како ризична и ранлива група, бидејќи периодот на адолесценција е бурен и полн со промени. Превентивните програми треба да започнат во основните и во средните училишта. Тоа значи дека родителите, наставниците, професорите, воспитувачите, социјалните работници, психолозите, педагозите, дефектолозите, гинеколозите, стоматолозите, ендокринолозите, тренерите и сите тие кои се во контакт со овие ранливи групи адолесценти би требало да стекнат одредени знаења за исхраната и за овие болести, факторите на ризик и препознавања на лицата во ризик.

Најновите светски податоци истакнуваат дека треба да се инсистира на адекватна обука на родителите во формирањето правилни навики во исхраната на своите деца, уште од првиот ден на животот.

Како што постои интегративна превенција на најразлични болести, така би требало да има и превенција на болестите на нарушување во исхраната, која би подразбирала обука и едукација за правилна исхрана и навиките во хранењето, превенција за злоупотреба на лаксативи, диуретици и препарати за слабеење, што би претставувало заштита од дебелеење (Контиќ, 2008).

Превенцијата би била интегрална, мултидисциплинарна и плански осмислена, што значи дека, од една страна, ќе се подигне нивото на свесност за правилната исхрана и однесувањето во исхраната кај општата популација, а од друга страна, исто така, и нивото на стручни кадри во раното препознавање на оваа болест.

**Литература**

- Kontic, O. (2008). *Anoreksija i bulimija*. Beograd. Zadužbina Andrejević
- Milojkovic, M., Srna, J., Micovic, R. (1997). *Porodicna terapija*. Beograd: Centar za brak i porodicu.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Мурцева-Шкарик, О. (2004). *Развојна психологија*. Скопје: Филозофски факултет.
- Tadic, N. (1992). *Psihijatrija djetinstva I mladosti*. Beograd: Naucna kniga.
- Чадловски, Г. (2004). *Психијатрија, Том 1*. Скопје: Просветно дело.
- Чадловски, Г. (2004). *Психијатрија, Том 2*. Скопје: Просветно дело.
- Чадловски, Г., Белевска, Д., Филиповска, А. (2004). *Медицинска психологија*. Скопје: Просветно дело.