

Motnje prehranjevanja - kompulzivno (prisilno) prenajedanje

ANITA OGRIS*

Zdravstveni dom Center, Ljubljana

Povzetek: Raziskava ugotavlja, kakšne so bistvene značilnosti deklet, ki kažejo nagnjenost h kompulzivnemu prenejedanju (eksperimentalna skupina - ES), in v čem se bistveno razlikujejo od deklet, ki ne kažejo nagnjenosti k nikakršni motnji prehranjevanja (kontrolna skupina - KS). Rezultati raziskave se v glavnem ujemajo s predvidevanji. Za dekleta iz ES so značilne nekatere osebnostne lastnosti in značilnosti, ki jih pomembno opredeljujejo in razlikujejo od deklet iz KS. Te značilnosti so možne predispozicije za razvoj kompulzivnega prenejedanja, lahko pa so že posledica njihovega boja s prenejedanjem in odvečnimi kilogrami. Odgovori deklet iz ES kažejo osnovne značilnosti kompulzivnega prenejedanja, kakršne navaja tudi literatura. Za dekleta iz ES lahko rečemo, da kažejo t.i. predklinično sliko kompulzivnega prenejedanja, nekatera pa so že razvila pravo klinično sliko. Rezultati raziskave nesporno potrjujejo nujnost obravnavanja kompulzivnega prenejedanja kot motnje prehranjevanja, ki mora zavzemati enakovredno mesto poleg anoreksije in bulimije nervoze.

Ključne besede: motnje prehranjevanja, kompulzivno prenejedanje, zasvojenost s hrano

Eating disorders – compulsive overeating

ANITA OGRIS

Health Center Ljubljana, Slovenia

Abstract: The research aims to establish the main characteristics of subjects prone to compulsive overeating (experimental group, EG), and the differences between them and the girls who are not prone to any kind of eating disorders (control group, CG). The results of the research are in accordance with the expectations. Girls from the EG exhibit personality characteristics which are significantly different from the girls in the CG. These characteristics may be either possible predispositions for development of overeating, or they may already be the consequences of the girls' struggles with overeating and their perception of being overweight. The responses given by the girls from the EG confirm the generally accepted characteristics of overeating individuals. It can be said that the girls from the ES show the pre-clinical picture of overeating, while some of them have already developed the clinical picture. The results of the research strongly support the view that overeating must be defined as a form of eating disorder just as important as anorexia and bulimia nervosa.

Key words: eating disorders, compulsive overeating, food addiction

CC=3260

*Naslov / address: Anita Ogris, Zdravstveni dom Center, Metelkova 9, MHO, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: animar@siol.net

Motnje prehranjevanja lahko opredelimo kot moten odnos do hrane in/ali telesa. *Anoreksija nervoza* (pretirano zavračanje hrane) in *bulimija nervoza* (uživanje velikih količin hrane, kateremu sledi samopovzročeno bruhanje ali zloraba odvajal), uradno priznani motnji prehranjevanja, sta bili v zadnjih 25-ih letih deležni velike pozornosti tako med raziskovalci, v medijih in nasploh v javnosti. *Kompulzivno (prisilno) prenajedanje*, za katero je značilno uživanje pretiranih količin hrane, pa je bilo kot motnja prehranjevanja nekako spregledano. Vedno več raziskovalcev poroča o naraščajočem številu oseb, ki trpijo zaradi neobvladljivega prenajedanja; menijo, da bi kompulzivno prenajedanje moralo zavzemati enakovredno mesto poleg anoreksije in bulimije nervoze kot motnja prehranjevanja.

Zaenkrat kompulzivno prenajedanje še ni priznано kot bolezen; v DSM IV (1994) je uvedena poskusna diagnoza, in sicer »binge-eating«, kar bi lahko prevedli kot prenažiranje, basanje ali prenajedanje. (Izraz navajam v angleščini, ker zanj še nimamo adekvatnega slovenskega prevoda). Nekateri avtorji termin kompulzivno prenajedanje uporabljajo za označevanje "binge-eatinga" (npr. Garner, 1991), drugi pa menijo, da obstaja med njima razlika. Viesselman in Roigova (1985) sta namreč "binge-eating" opredelila kot ekstremno obliko prenajedanja oziroma kot končno fazo v naravnem razvoju prenajedanj.

Sam izraz kompulzivno (prisilno) prenajedanje označuje tisto, kar dela tako početje motnjo – gre za prisilno vedenje, ker človek ponavlja nekaj, česar sicer ne želi, ampak se temu ne more upreti. Notranja prisila kompulzivnega jedca nezadržno vodi v prekomerno uživanje hrane, čeprav 've', da zanj to ni dobro, in navkljub posledicam. Za kompulzivno prenajedanje je značilno bolj ali manj pogosto prenajedanje, lahko celo do fizične slabosti. Oseba se lahko prenajeda po malem čez cel dan in/ali v ekscesnih epizodah. Kljub neprestanim poskusom vzpostavitve kontrole nad prehranjevanjem in kljub groznim občutkom krivde ne zmore zaustaviti prisile po prenajedanju, oziroma to zmore le za kratek čas. Tako nekontrolirano hranjenje običajno spremlja tudi občutek izgube kontrole. Pogosto lahko opazimo vzorec cikličnega izmenjavanja odrekanja hrani (lahko celo postenje), čemur sledi prenajedanje.

Kompulzivno prenajedanje kot oblika zasvojenosti. Veliko kompulzivnih jedcev posega predvsem po rafiniranih ogljikovih hidratih (sladkor, kruh in testenine) in mastni hrani. Vsi avtorji niso enotnega mnenja glede opredelitve kompulzivnega prenajedanja (in drugih vrst motenj prehranjevanja) kot oblike zasvojenosti. Nekateri avtorji (npr. Christensen, 1996; Katherine, 1991) menijo, da je prenajedanje poskus samomedikacije; raziskave namreč kažejo, da imajo kompulzivni jedci podpovprečno nizek nivo endorfinov (opijatom podobne kemične snovi, ki se sproščajo v možganih in zmanjšujejo občutek bolečine, dvigajo razpoloženje in regulirajo apetit) v primerjavi s povprečjem, zaradi česar se ponavadi počutijo depresivne in otožne. Zaradi tega izbirajo predvsem rafinirane ogljikove hidrate in mastno hrano, ker le-ta stimulira izločanje endorfinov in seveda posledično vpliva na boljše počutje. Sčasoma se razvije odvisnost od hrane, podobna drugim odvisnostim od substance. Cooper (1989) in

Katherinova (1991) pišeta, da kompulzivno prenažedanje ustreza vsem kriterijem zasvojenosti: izgubi kontrole nad užito hrano, psihični in fizični odvisnosti od hrane, abstinencišnim simptomom ter negativnim posledicam (povečana telesna teža, socialna izolacija ...). Katherinova (1991) pravi, da čeprav je namen hranjenja, da daje telesu gorivo za delovanje, veliko ljudi čuti v sebi prisilo, da jedo, čeprav niso lačni. Oseba, ki je zasvojena s sladkorjem, rafiniranimi ogljikovimi hidrati ali maščobami, prav tako kot alkoholik občuti abstinencišne simptome. Hrana deluje kot depresor ali stimulant: umirja, otopi občutke in čustva, ublaži bolečino. Če kompulzivni jedec ne pride več do svoje droge, je anksiozen, nemiren, razdražljiv, slabo spi, soočanje z življenjskimi stiskami je preboleče. Če spet vzame nekaj droge, mu odleže, simptomi se pomirijo. Katherinova (1991) meni, da je kompulzivno prenažedanje ena od oblik zasvojenosti, od katere je najtežje okrevati. Hranjenje je namreč samo po sebi zadovoljujoče, legalno in nujno za preživetje.

Tudi Orbachova (1990) piše o začaranem krogu zasvojenosti, v katerega je ujet kompulzivni jedec: prav tako močno hlepi po hrani kot narkoman po heroinu ali alkoholik po alkoholu. Kar naprej ima abstinencišno krizo ('cold turkey') – je na dieti ali se posti ali preizkuša metadonski substitut – npr. skuto. Kompulzivni jedec posveti ogromno psihične energije za razglabljanje, kaj naj je in česa ne, medtem ko narkoman lahko porabi cele ure za pridobivanje denarja ali zvez za naslednji 'fix'. In končno, tako kot heroin zadene narkomana ali alkohol omami alkoholika, tako prenažedanje 'narkotizira' kompulzivnega jedca. Kompulzivni jedec ni požrešen, ampak je hrana zanj droga, je magična, je strup, je življenjsko pomembna, hrana ga duši in muči, in le redko je hrana zanj užitek. Hranjenje je namreč povezano s tolikimi občutki krivde, da je užitek zelo omejen. Hrano mora pojesti čim hitreje, da ni več nevarna. Kompulzivni jedec se hrani, ne glede na fizične znake, ki signalizirajo lakoto. Hrana ima zanj namreč toliko dodatnih pomenov, da se je že davno izgubila biološka povezava.

Na kratko preletimo nekatere teme, posredno ali neposredno povezane s kompulzivnim prenažedanjem:

- *Prevalenca.* V populaciji je od 0,4 do 7 % (DSM IV, 1994), po nekaterih virih celo do 12 % oseb, ki se kompulzivno prenažedajo. Glede na anoreksijo in bulimijo nervozo je najmanj tipično ženska bolezen in najmanj tipično vezana na čas mladostništva ali zgodnje odrasle dobe. Med ženskami je sicer 1,5-krat bolj pogosta kot med moškimi. Lahko se razvije pri katerikoli starostni skupini: nekateri se kompulzivno prenažedajo že od malega, pri drugih se motnja razvije šele kasneje, predvsem v puberteti, ali pa v odrasli dobi. Zaradi specifičnih izzivov in zahtev, ki jih prinaša adolescenčno obdobje (ločevanje od staršev, potreba po samoosvojitvi, oblikovanje spolne identitete, seksualna aktivnost, hitra telesna rast in hormonske spremembe), je to rizično obdobje za razvoj kompulzivnega prenažedanja. Za tiste mladostnike, ki jih izziv praga odraslosti navdaja s strahom in negotovostjo, lahko postane beg v prenažedanje način

reševanja vsakodnevnih stisk.

- *Telesna teža* kompulzivnih jedcev je lahko normalna ali le rahlo povečana, lahko pa je tudi prekomerno povečana. Debelost je možna (in tudi precej pogosta) negativna posledica prenajedanj. Vendar vsi kompulzivni jedci niso nujno debeli, prav tako vsi ljudje s prekomerno telesno težo niso nujno kompulzivni jedci.
- *Telesna samopodoba*. S svojim telesnim izgledom so kompulzivni jedci v glavnem nezadovoljni. Avtorji se med seboj razlikujejo v ugotovitvah glede distorzije telesne samopodobe pri kompulzivnih jedcih: nekateri menijo, da imajo, tako kot osebe z anoreksijo in/ali bulimijo nervozo, izkrivljeno telesno samopodobo, drugi pa menijo, da imajo bolj realno predstavo o svojih telesnih dimenzijah (torej da imajo manjšo distorzijo telesne samopodobe).
- *Etiologija*. Po splošnem prepričanju avtorjev je multikavzalno pogojena. Gre za interaktivno vplivanje različnih faktorjev: genske predisponiranosti, družinske situacije, osebnostnih lastnosti ter sociokulturnih vplivov.
- *Družina*. Wilson (1995) navaja, da zaenkrat ne obstaja opis tipične družine, iz katere izhajajo kompulzivni jedci; izhajajo iz tako ali drugače disfunkcionalnih družin. Za razliko od družinskega profila oseb z anoreksijo in bulimijo nervozo je bilo v teh družinah manj perfekcionizma, represivnost emocij je bila manjša; ugotovil pa je veliko zanemarjanje starševskih dolžnosti – prej je bilo prisotno zanemarjanje kot pretirana skrb. Bruchova (1940) je ugotovila, da so bile matere debelih otrok negotove in ambivalentne glede svojih otrok. Ker so bile zbegane zaradi lastnih občutkov, so otroke pretirano hranile in bile pretirano zaščitniške. Hotele so doseči, da bi se otrok počutil ljubljene. Hrana naj bi jim dala občutek varnosti in zadovoljstva. Več avtorjev je poudarjalo pomen zgodnjega otroštva, predvsem kvaliteto odnosa mati – otrok. Hranjenje je namreč prvi emocionalni stik med materjo in otrokom in pomembno vpliva na dobro simbiozo. Praper (1995) piše, da ni pomembno samo mleko, ki ga otrok seveda potrebuje, ampak je pomembna tudi čustvena izmenjava. Napolniti se s hrano najprej pomeni napolniti želodec z materinim mlekom in se po tej poti pomiriti, kasneje pa dobi vse širše razsežnosti – pomeni napolniti se z ljubeznijo, upanjem, zaupanjem, smislom in tako postati sposoben ljubiti, zaupati vase, ustvarjati, pomeni kvaliteto medčloveških odnosov, sposobnost dajanja in jemanja, sprejemanja in odklanjanja.
- *Osebnostne lastnosti in značilnosti*, ki jih različni avtorji in raziskovalci pripisujejo kompulzivnim jedcem, so predvsem: perfekcionizem, pomanjkanje samospoštovanja, nizka samopodoba, depresivnost, anksioznost in notranja napetost, socialna negotovost, slaba kontrola impulzov, strah pred izražanjem čustev, nezadovoljstvo s telesnim izgledom, strah pred intimnostjo, nizka frustracijska toleranca, pretirano iskanje zunanje potrditve, emocionalna labilnost, zunanji lokus kontrole, grandioznost, omnipotentnost, servilnost, črno-belo doživljanje sveta, pretvarjanje, občutki krivde itd.

- *Osebnostna struktura* kompulzivnih jedcev se razvršča od nevrotičnih (histeričnih in obsesivno kompulzivnih) do mejno organiziranih, vse do osebnostne strukture, ki je blizu psihotični, odvisno od globine ego deficitov. Večina jih je mejno organiziranih. Ego deficite določa abnormni razvoj ponotranjanja in objektnih odnosov v zgodnjih stadijih razvoja (pred doseganjem konstantnosti objekta), kar preprečuje ali razbija ego integracijo. Osebnosti, ki so mejno organizirane, kot navaja Kernberg (1976, cit po Praper, 1996), lahko funkcionirajo bliže psihotičnim (s šibkimi mejami ega) ali bliže nevrotičnim, ko lahko bolje vzdržujejo realitetno kontrolo, diferenciacijo, imajo pa popačeno subjektivno doživljanje, protislovne značajske poteze, težko nadzirajo impulze, težko prenašajo tesnobo (ne dosežejo nivoja signalne tesnobe), imajo slabe sposobnosti libidno agresivne nevtralizacije; odvisni so od drugih in od zunanjih izvorov pomirjanja, pohval in kazni, pa tudi od tistega, preko katerega mejno strukturirani sproščajo svojo nenevtralizirano agresijo in destruktivnost.
- *Sociokulturni model*. Ni slučajno, da se je kompulzivno prenejedanje, tako kot ostale motnje prehranjevanja, še posebno razmahnilo v zadnjih desetletjih tega stoletja in pretežno pri ženskah. Sociokulturna klima, ki favorizira vitko in atraktivno telo ter pritiska na ženske, da morajo biti vitke, je močno pripomogla k razvoju in ohranjanju motenj prehranjevanja. Še nikoli ni bilo tako pomembno biti vitke kot danes in še nikoli razlika med idealno telesno težo in dejansko ni bila tako velika. Giddens (1997) piše, da telo pod vplivom socialne tehnologije vedno bolj postaja nekaj, kar moramo 'ustvariti', ne pa nekaj, kar enostavno imamo in sprejmemo. Hesse-Biberjeva (1996) piše, da ženske sledijo idealu vitkosti, ker menijo, da bodo za to bogato poplačane. Vitkost naj bi prinesla občutke moči, samozaupanja, ženstvenosti, pozornosti moških, socialne in ekonomske ugodnosti in celo srečo. Celotne ženske, ki imajo le nekaj kilogramov preveč, občutijo to kot glavni problem svojega življenja. Gordon (1990) meni, da so motnje prehranjevanja etnične motnje sedanjega časa, tako kot je bila tipična etnična motnja v 19. stoletju histerija oz. histerični napadi. Meni, da osebe z motnjami hranjenja posnemajo, izkoriščajo in celo nadgradijo siceršnjo preobremenjenost ljudi iz njihovega okolja (diete, telesni trening in skrb za telo) in jih uporabljajo kot obrambo za rešitev svojih intimnih stisk, katerih skupni imenovalec je iskanje in oblikovanje svoje identitete. Izražajo se torej v jeziku sodobnega časa; na tak način izražajo svoje osebne stiske, ki se v glavnem usmerjajo na vprašanja identitete. Težave oseb, ki nihajo med debelostjo in vitkostjo, so posledice neustreznega identitetnega razvoja, ki se kaže v občutku nezadostnosti, tako na socialnem kot na spolnem področju. Tako lahko dieta posamezniku ponudi občutek obvladovanja in kontrole samega sebe vsaj na enem področju, če mu že na večini ostalih ne uspe.
- *Načini zdravljenja kompulzivnega prenejedanja*. Ne glede na sodobne

- ugotovitve, da je potrebno obravnavati kompulzivno prenažjedanje kot motnjo, ne pa se osredotočati na debelost kot centralni problem, se še vedno veliko strokovnjakov usmerja pretežno na odpravljanje debelosti in poleg terapije z zdravili in operacijskih posegov predpisuje predvsem diete. Čeprav so v glavnem neučinkovite in celo škodljive, so izredno popularne. Zdi se kot magična rešitev problema, ki pa je preveč kompleksen in zapleten, da bi ga mogli rešiti na tako enostaven način (Orbach, 1990). Diete so za kompulzivne jedce kontraproduktivne, saj odrekanje hrani v telesu sproži še večje poželenje po prenažjedanju. Zanje torej niso rešitev, ker spregledajo proces pridobivanja odvečne telesne teže in se usmerjajo le na simptom, ne odpravijo pa vzrokov.
- Obstajajo *različne oblike* zdravljenja kompulzivnega prenažjedanja. Poleg farmakološke, vedenjsko kognitivne in psihodinamsko usmerjene terapije so v svetu in pri nas znane tudi skupine za samopomoč. Strokovnjaki, ki imajo kompulzivno prenažjedanje za obliko zasvojenosti, menijo, da je nujen predpogoj za začetek okrevanja abstinence od kompulzivnega prenažjedanja, kajti šele abstinence omogoča zadosten stik s samim seboj in občutenje svojih čustev, da se proces okrevanja sploh lahko začne.

Metoda

Problem

Problem raziskave je primerjava reprezentativnega vzorca srednješolk, nagnjenih h kompulzivnemu prenažjedanju (to skupino bomo imenovali eksperimentalna skupina, ES), s skupino srednješolk, ki nimajo nikakršnih težav s prehranjevanjem (kontrolna skupina, KS). Namen je

- prikazati značilnosti motnje kompulzivnega prenažjedanja (na podlagi odgovorov deklet iz ES)
- ugotoviti, katera lastnost se kaže kot najpomembnejši faktor tveganja za razvoj kompulzivnega prenažjedanja
- ugotoviti, v katerih osebnostnih lastnostih in drugih značilnostih se ES in KS razlikujeta;
- ugotoviti, kakšna je telesna samopodoba (zadovoljstvo s telesnim izgledom v celoti in postavo) oseb iz ES in KS ter kakšne so razlike med obema skupinama ter
- ugotoviti, ali dekleta iz obeh skupin realno zaznavajo svojo telesno podobo ali jo izkrivljajo in kakšne so razlike med ES in KS.

Vzorec

V eksperimentalni (ES) in kontrolni skupini (KS) sem izbrala po 40 deklet. Izbrane so bile na podlagi rezultatov širše raziskave, ki smo jo v šolskem letu 1996/97 izvedle psihologinje Barbara Čibej, Svetlana Trpeski in jaz. V tej raziskavi, ki je zajela reprezentativen vzorec 1719 srednješolev iz različnih krajev Slovenije in različnih šol (poklicne, srednje šole in gimnazije), smo uporabile vprašalnik o prehranjevalnih navadah in motnjah prehranjevanja, ki smo ga sestavile same. Glede na dobljene rezultate sem v ES izbrala 40 deklet, ki so kazale nagnjenost h kompulzivnemu prenejedanju (ker to niso dekleta s klinično postavljeno diagnozo, lahko govorimo samo o nagnjenosti h kompulzivnemu prenejedanju), v KS pa 40 deklet, ki niso kazale nagnjenosti k nobeni motnji prehranjevanja.

Povprečna starost deklet iz eksperimentalne skupine znaša 17 let in 3 mesece, povprečna starost deklet iz kontrolne skupine pa 17 let in 2 meseca. Bile so iz različnih krajev (Ljubljana, Maribor, Nova Gorica, Brežice, Ptuj in Novo mesto) in različnih šol (poklicnih, srednjih šol in gimnazij).

Merski instrumenti

Uporabila sem naslednje merske instrumente:

- klinični intervju (polistrukturiran, vsebuje 170 vprašanj in pokriva 13 različnih področij oziroma lestvic;
- Freiburški osebnostni vprašalnik (FPI 114);
- preizkušnja za ugotavljanje telesne samopodobe (preizkušnja "figure"). Sestavila sem jo sama. Osem figur iz lepenke, ki po dimenzijah naraščajo od izredno vitkih do izredno debelih, sem razporedila pred poskusne osebe, ki je odgovorila na naslednja vprašanja: 1. Kakšna misliš, da si ti? (FIG 1) 2. Kakšna bi si želela biti? (FIG 2) 3. Kakšno misliš, da te vidijo drugi? (FIG 3)
- tehniko risanja človeka po Machoverjevi (1970). Udeleženka je dobila navodilo: »Nariši človeka« in »Nariši še nasprotni spol«. Obe risbi sva analizirala neodvisna ocenjevalca. Upoštevala sva naslednje: kaj risba vsebuje in česa ne, grafološke in strukturalne vidike, ocenjevala sva izstopajoče prvine risbe ter analizirala posamezne podrobnosti risbe.

Postopek

Vse instrumente sem aplicirala individualno, posebej z vsako udeleženko, ki je pristala na sodelovanje.

Rezultati

Analiza variance

Primerjava rezultatov deklet, nagnjenih h kompulzivnemu prenehanju, in deklet, ki nimajo motenj prehranjevanja, kaže:

- Dekleta iz ES izražajo pomembno višjo stopnjo nevrotičnosti (imajo psihosomatske motnje, telesne nadloge na različnih področjih funkcioniranja, veliko telesno odzivnost na čustvena stanja).
- V primerjavi z dekleti iz KS so precej bolj depresivne (so pesimistične,

Tabela 1: Predstavitev enosmerne analize variance: srednje vrednosti in SD za ES in KS, vrednost F-testa ter stopnja tveganja

Spremenljivka	M - ES	SD - ES	M - KS	SD - KS	F	p
FIG 1	4,82	1,01	3,73	,74	53,637	*
FIG 2	3,07	,73	3,15	,66	,232	
FIG 3	4,65	1,25	3,12	,94	37,999	*
nevrotičnost	9,18	3,40	6,28	3,19	15,475	*
spontana agresivnost	6,23	2,06	5,03	2,30	6,072	**
depresivnost	10,38	2,17	7,75	3,79	14,431	*
razdražljivost	5,20	2,64	3,80	2,65	5,591	**
družabnost	8,52	3,38	9,08	2,40	,704	
obvladanost	4,70	1,19	4,70	2,01	,000	
reaktivna agresivnost	5,20	5,90	6,44	8,99	,524	
zavrtost	7,63	5,61	5,47	2,08	5,161	**
odkritost	10,72	6,77	9,00	5,78	1,500	
ekstravertnost	7,42	2,71	7,17	2,17	,208	
emocionalna labilnost	9,37	2,35	7,17	3,14	12,602	*
maskuliniteta	5,15	1,67	6,22	2,01	6,725	**
socialno življenje	2,72	2,06	1,17	1,24	16,602	*
izražanje čustev	13,82	2,34	12,00	2,50	11,350	*
izogibanje konfliktom	2,60	2,33	1,75	1,46	3,819	
intimnost	2,17	1,08	1,45	1,13	8,570	**
servilnost	4,75	1,86	4,22	2,13	1,376	
družabnost	5,58	5,76	3,95	3,30	3,261	
razpoloženje	2,97	1,97	1,45	1,58	14,938	*
kompulzivnost	2,73	1,08	1,42	,98	31,479	*
perfekcionizem	2,67	1,25	2,32	1,25	1,572	
kontrola	1,60	1,08	1,47	1,01	,285	
odnos do telesa	6,00	1,78	1,50	1,71	131,625	*
prehranjevalne navade	2,02	,77	,42	,93	70,372	*

nerazpoložene, nezadovoljne, negotove vase, imajo občutke manjvrednosti in občutke praznine, so agresivne do sebe in imajo veliko občutkov krivde).

- Dekleta iz ES so bolj razdražljiva (nepotrpežljiva, z nizko frustracijsko toleranco, nemirna in napeta), kar se ujema z ugotovitvami strokovnjakov.
- Dekleta iz ES so bolj spontano agresivne (reagirajo emocionalno nezrelo, dopuščajo več telesnih, verbalnih in fantazijskih agresivnih dejanj, so bolj impulzivne in neobvladane).
- Dekleta iz ES so zavrti (plahe, zmedene, boječe, slabo se uveljavljajo, negotove pri odločanju) in emocionalno bolj labilne. Izražajo tudi manjšo stopnjo maskulinitete (se ne uveljavljajo, niso samozavestna in podjetna).
- V socialnem življenju so manj uspešne (teže navezujejo stike in se izražajo, zdi se jim, da so manj pomembne za svoje prijatelje kot oni zanje, bolj pogosto se kažejo navzven drugačne, kot so v resnici); težje izražajo čustva in jih bolj prikrivajo (svojo jezo ali prizadetost raje zadržijo zase ali pa jo izrazijo z distanciranjem, ne upajo pa je izraziti direktno). V ES je statistično pomembno več deklet, ki se v družbi pretvarjajo. Dekleta iz ES se bolj izogibajo intimnosti (imajo manj ljudi, pred katerimi se lahko pokažejo takšne, kakršne so v resnici, ker jih je strah, da bodo zavrjnene), kar se ujema z navedbami v strokovni literaturi. Njihovi občutki neadekvatnosti, manjvrednosti, zavrtosti ter strah pred intimnostjo jih ovirajo pri vzpostavljanju socialnih stikov.
- Dekleta iz ES so slabše razpoložene (nezadovoljne so s svojim življenjem in nihajo v razpoloženju), kar se povezuje s prej opisanimi lastnostmi. Tudi kompulzivnost je pri njih močnejše izražena.
- Imajo izrazito slabši odnos do lastnega telesa (so bolj nezadovoljne s svojim telesnim izgledom, ne marajo, da drugi komentirajo njihov telesni izgled, slabše poskrbijo za telesno kondicijo in urejenost, bolj pogosto se izognejo kakšni dejavnosti zaradi nezadovoljstva s telesnim izgledom); želijo si biti bistveno bolj vitke, kot so, svoje telesne dimenzije pa realno zaznavajo. Dekleta iz ES imajo izrazito slabše prehranjevalne navade (nimajo rednih obrokov, pogosteje je hranjenje odziv na določena čustvena stanja, npr. napetost ali žalost).
- Rezultate na spremenljivkah FIG 1-3 interpretiram v poglavju Telesna samopodoba.

Diskriminantna analiza

Da bi ugotovila, katere lastnosti imajo največjo raziskovalno moč oz. najbolj pomembno medsebojno ločujejo naslednje štiri skupine:

1. skupina: dekleta iz ES s slabimi prehranjevalnimi navadami
2. skupina: dekleta iz ES z dobrimi prehranjevalnimi navadami
3. skupina: dekleta iz KS s slabimi prehranjevalnimi navadami
4. skupina: dekleta iz KS z dobrimi prehranjevalnimi navadami,

katere lastnosti torej predstavljajo najpomembnejši faktor tveganja za razvoj kompulzivnega prenejedanja, sem izračunala diskriminantno analizo. Uporabila sem Rao metodo postopnih korakov. Rezultati kažejo, da štiri spremenljivke (odnos do telesa, reaktivna agresivnost, odkritost in kompulzivnost) statistično pomembno diskriminirajo med skupinami. Izločeni sta bili dve funkciji, ki statistično pomembno prispevata k razlikovanju med skupinami. Naslednja tabela (2) kaže, kako sta obe funkciji strukturirani s posameznimi spremenljivkami.

Naslednja tabela (3) predstavlja vrednosti kanoničnih centroidov (vrednosti diskriminantnih funkcij za sredine vseh štirih skupin) glede na obe diskriminantni funkciji.

Iz dobljenih rezultatov lahko razberemo, da so za dekleta iz ES z dobrimi ali slabimi prehranjevalnimi lastnostmi značilne naslednje lastnosti: imajo negativen odnos do lastnega telesa (niso zadovoljne s svojo telesno podobo), kompulzivnost in odkritost (pripravljenost priznavati manjše slabosti ter predvsem kritičnost do sebe in do drugih) ter nizka stopnja reaktivne agresivnosti - so zmerna, popustljiva, ne težijo k dominantnosti in uveljavljanju. Dekleta iz KS s slabimi prehranjevalnimi navadami težijo k uveljavljanju in k dominantnosti, uveljavljajo svoje interese, so agresivne v družbeno dovoljenih oblikah ter kažejo nizko stopnjo odkritosti oz. kritičnosti. Za dekleta iz KS z dobrimi prehranjevalnimi navadami je značilna visoka težnja po uveljavljanju in dominantnosti, s svojim telesnim izgledom pa so zadovoljne.

Najpomembnejši dejavniki tveganja za razvoj kompulzivnega prenejedanja so torej kritičnost do sebe ter zmernost, popustljivost in nedominantnost, predvsem pa negativen odnos do lastnega telesa. Več raziskav kaže, da je nezadovoljstvo s

Tabela 2: Prikaz standardiziranih koeficientov obeh diskriminantnih funkcij

<i>SPREMENLJIVKE</i>	<i>funkcija 1</i>	<i>funkcija 2</i>
<i>odnos do telesa</i>	,799	,383
<i>reaktivna agresivnost</i>	-,785	1,830
<i>odkritost</i>	,641	-1,168
<i>kompulzivnost</i>	,517	,049

Tabela 3: Vrednosti skupinskih centroidov glede na obe diskriminantni funkciji

	<i>funkcija 1</i>	<i>funkcija 2</i>
1	1,598	,094
2	1,270	,400
3	-3,505	2,921
4	-1,355	-,421

telesnim izgledom lahko prediktor razvoja motenj prehranjevanja (Cash in Brown, 1987; cit. po Gardner in Tockerman, 1992). Odnos do lastnega telesa pa je, kot potrjujejo ugotovitve več avtorjev (npr. Strauman, Vookles, Berenstein in Higgis, 1991), tesno povezan s celotno samopodobo, s celotnim mnenjem o sebi. Vendar pa slabe prehranjevalne navade same po sebi niso bistven predpogoj za razvoj kompulzivnega prenajedanja. Lahko so dodaten faktor tveganja, ki pospešujejo razvoj kompulzivnega prenajedanja ali ga ohranjajo.

Telesna samopodoba

Ugotavljanje stopnje zadovoljstva s telesnim izgledom

Predstavitev odgovorov iz intervjuja na vprašanje (tabela 4): Si zadovoljna s svojim telesnim izgledom? (Vprašanje se nanaša na telesni izgled v celoti, ne le na postavu.)

Stopnjo zadovoljstva s telesnim izgledom (postav) sem ugotavljala tudi s preizkušnjo "Figure", ki se sicer usmerja le na telesne dimenzije. S t-testom sem ugotavljala pomembnosti razlik med odgovori na spremenljivkah FIG 1-3, ločeno za ES in KS.

Zanimala me je velikost diskrepance v zaznavanju njihovih telesnih dimenzij, zelenih dimenzijah ter mnenju o tem, kako jih zaznavajo drugi. Rezultati t-testov (tabela 5) kažejo, da so dekleta iz ES bolj nezadovoljna s trenutnimi telesnimi dimenzijami v primerjavi z dekleti iz KS; diskrepanca med tem, kakršne mislijo, da so, in tem, kakršne bi želele biti, je namreč statistično pomembno visoka, prav tako pa tudi diskrepanca med zeleno telesno podobo in tem, kakršne mislijo, da jih vidijo drugi (kar za KS ne velja). Diskrepanca med tem, kakršne mislijo, da so, in tem, kakršne jih po njihovem mnenju vidijo drugi, ni statistično pomembno visoka niti pri ES niti pri KS. To kaže na to, da dekleta iz obeh skupin sebe zaznavajo podobno, kot to zaznavo pripisujejo drugim.

Tabela 4: Prikaz frekvenčne porazdelitve odgovorov na zastavljeno vprašanje; $\chi^2=45,03$ in je statistično pomemben ($p=,000$).

	<i>da</i>	<i>ne</i>	<i>skupaj</i>
<i>ES</i>	4	36	40
<i>KS</i>	35	5	40
<i>skupaj</i>	39	41	80

χ^2 kaže, da so dekleta iz ES statistično pomembno manj zadovoljna s svojim telesnim izgledom kot dekleta iz KS.

Tabela 5: Predstavitev rezultatov t-testov za ugotavljanje razlik med FIG 1, FIG 2 in FIG 3

<i>razlika med</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>FIG 1 in FIG 2 – ES</i>	9,21	<,001
<i>FIG 1 in FIG 2 – KS</i>	1,39	<,50
<i>FIG 1 in FIG 3 – ES</i>	,72	<,50
<i>FIG 1 in FIG 3 – KS</i>	1,26	<,50
<i>FIG 2 in FIG 3 – ES</i>	7,85	<,001
<i>FIG 2 in FIG 3 – KS</i>	,13	<,50

FIG 1: Odgovor na vprašanje: “Kakšna mislim, da sem?”

FIG 2: Odgovor na vprašanje: “Kakšna si želim biti?”

FIG 3: Odgovor na vprašanje: “Kakšno mislim, da me vidijo drugi?”

Statistično pomembna t-testa sta v krepkem tisku.

Ugotavljanje motenosti telesne samopodobe (realnost zaznavanja telesnih dimenzij)

Za ugotavljanje motenosti telesne samopodobe (torej neskladja med dejansko telesno podobo in samopercepcijo) sem izračunala BMI (Body Mass Index, ki je razmerje med težo in kvadratom telesne višine). Da bi lahko med seboj primerjala dejanske telesne dimenzije in oceno telesnih dimenzij (samooceno ter mnenje o tem, kako jih zaznavajo drugi), sem vrednosti BMI razporedila v osem kategorij - toliko je bilo možnih izborov na preizkušnji telesne samopodobe (preizkušnji “Figure”). Neodvisna ocenjevalca sva torej vsaki od osmih figur pripisala določen razpon vrednosti IBM, in sicer (tabela 6):

Tako sem dobila lestvico (od 1 do 8), ki sem jo lahko primerjala z rezultati na spremenljivki FIG 1. Izračunala sem t-test za ugotavljanje pomembnosti razlik med BMI in samooceno za obe skupini (tabela 7).

Tabela 6: Tabelarni prikaz ocene velikosti IBM za vsako figuro

<i>Velikost figure</i>	<i>Vrednost BMI</i>
<i>1 (najbolj vitka)</i>	< 17,5
<i>2</i>	17,6 – 19,5
<i>3</i>	19,6 – 21,5
<i>4</i>	21,6 – 23,5
<i>5</i>	23,6 – 25,5
<i>6</i>	25,6 – 27,5
<i>7</i>	27,6 – 32,5
<i>8 (najbolj debela)</i>	> 32,6

Tabela 7: Predstavitev rezultatov t-testa med BMI in samooceno za ES in KS; noben test ne kaže statistično pomembnih razlik.

<i>razlika med</i>	t	p
<i>BMI in FIG 1 za ES</i>	1,46	>,01
<i>BMI in FIG 1 za KS</i>	,10	>,01

Rezultati kažejo, da dekleta iz ES in KS realno zaznavajo svoje telesne dimenzije in da nimajo izkrivljene telesne samopodobe (telesnih dimenzij niti ne podcenjujejo niti jih ne precenjujejo). Ti rezultati so v nasprotju s trditvami nekaterih avtorjev. Gardner in Tockerman (1992) menita, da je izkrivljena telesna samopodoba značilna za vse osebe z motnjami prehranjevanja. Wilson (1992) pa navaja, da debeli ljudje nimajo tako izkrivljene telesne podobe kot npr. anoreksiki, da se torej zavedajo, da so debeli, kar je posledica manj stroge in manj kontrolirajoče ego strukture.

Rezultati preizkušnje risanja človeka

Iz risb moške in ženske figure sem skušala izluščiti naslednje sindrome ter ugotoviti, če so razlike med skupinama v tem sindromu statistično pomembne. V tabeli 8 je označena statistično pomembna prisotnost oz. odsotnost določenega sindroma.

Za razliko od ostalih uporabljenih instrumentov risanje človeka omogoča vpogled v nekatere plasti osebnosti, ki jih ostali merski instrumenti niso zajeli, saj je

Tabela 8: Prikaz prisotnosti oz. odsotnosti določenega sindroma za ES in KS

<i>SINDROM</i>	<i>ES</i>	<i>KS</i>
<i>zaupanje vase</i>		+
<i>pozitivna slika</i>		+
<i>regres</i>	+	
<i>stremljenje k pozitivnemu</i>	+	
<i>zadovoljstvo s samim seboj</i>		
<i>moška slika</i>	+	
<i>agresivnost</i>	+	
<i>avtoagresivnost</i>	+	
<i>introverzija</i>	+	
<i>obrat</i>	+	

+ kaže na prisotnost sindroma, prazen prostor na odsotnost

risanje akt, ki ga je teže zavestno kontrolirati. Primerjava risb med dekleti obeh skupin kaže, da dekleta iz ES izražajo statistično pomembno več regresa, avtoagresivnosti, introvertnosti in manj zaupanja vase, da imajo več težav pri oblikovanju spolne identitete, ker se ne morejo identificirati s svojimi materami, kažejo večjo odvisnost od mater, bolj blokirajo seksualne impulze in so bolj nagnjene k prikrivanju svojih šibkosti in slabosti kot pa dekleta iz KS.

Predstavitev odgovorov eksperimentalne skupine v kliničnem intervjuju o prenašanju

Predstavila bom le nekaj odgovorov deklet iz ES o tem, kako doživljajo prenašanje in o poskusih kontroliranja svoje želje po hrani ter telesne teže (glej tabele 9 do 11).

Odgovori na nekatera vprašanja deklet iz ES so prikazane tudi grafično (glej slike od 1 do 5).

Navajam tudi nekaj citatov intervjuvanih deklet na vprašanja o dietah, vzrokih

Tabela 9 : Predstavitev dihonomnih odgovorov deklet iz ES na nekatera vprašanja iz intervjuja

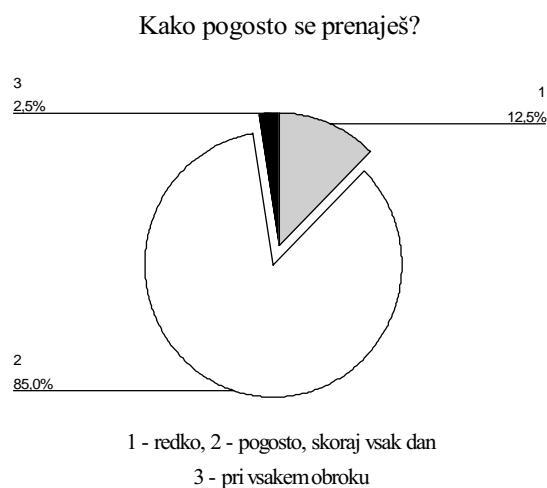
<i>Vprašanja:</i>	<i>da</i>	<i>ne</i>	<i>skupaj</i>
<i>Se kdaj preveč naješ?</i>	40	0	40
<i>Se kontroliraš glede prehranjevanja?</i>	39	1	40
<i>Te je strah, da bi se zredila?</i>	38	2	40
<i>Si že kdaj poskušala shujšati z dieto?</i>	33	7	40
<i>Si trenutno na dieti oz. se trudiš, da bi shujšala?</i>	25	15	40
<i>Si kdaj iskala pomoč zaradi težav s prehranjevanjem?</i>	4	36	40
<i>Bi želela, da ti kdo pomaga pri reševanju teh težav?</i>	20	20	40

Tabela 10: Frekvenčna in procentualna razporeditev odgovorov na vprašanje: »Koliko časa si uspela ohraniti z dieto pridobljeno telesno težo?« (Opomba: odgovarjale so samo tiste, ki so si že pomagale z dieto).

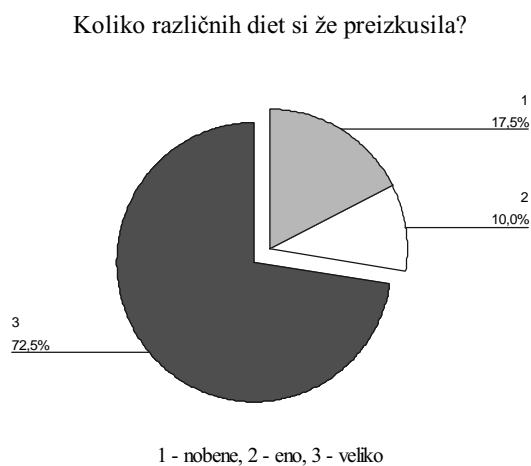
<i>»Koliko časa si uspela ohraniti z dieto pridobljeno telesno težo?«</i>	<i>frekvenca</i>	<i>odstotki (%)</i>
<i>več kot eno leto</i>	6	18,0
<i>nekaj mesecev</i>	10	30,5
<i>zelo malo časa</i>	7	21,0
<i>nikoli nisem uspela shujšati</i>	10	30,5
<i>skupaj</i>	33	100,0

Tabela 11: Frekvenčna in procentualna razporeditev odgovorov na vprašanje »Katere vrste hrane se navadno prenaješ?«

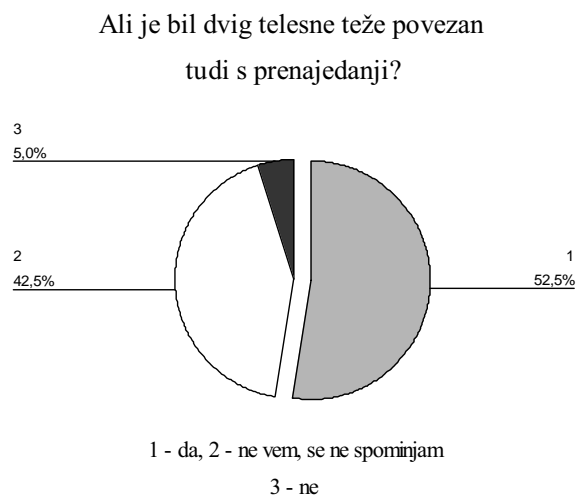
»Katere vrste hrane se navadno prenaješ?«	frekvenca	odstotki (%)
sladkarij	33	82,5
ogljikovih hidratov: testenin, kruha, itd.	3	7,5
drugega: mesa, sira, rib, sendvičev	4	10,0
skupaj	40	100,0



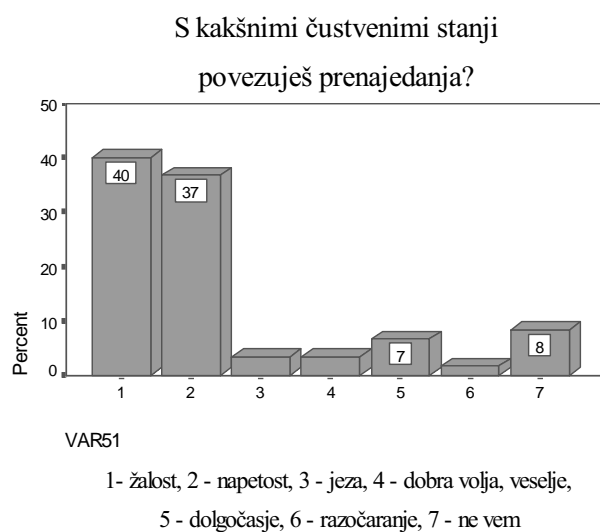
Slika 1: Prikaz odgovorov na vprašanje »Kako pogosto se prenaješ?« (ES)



Slika 2: Prikaz odgovorov na vprašanje »Koliko različnih diet si že preizkusila?« (ES)



Slika 3: Predstavitev odgovorov na vprašanje »Ali je bil dvig telesne teže povezan tudi s prenajedanji?« (ES)

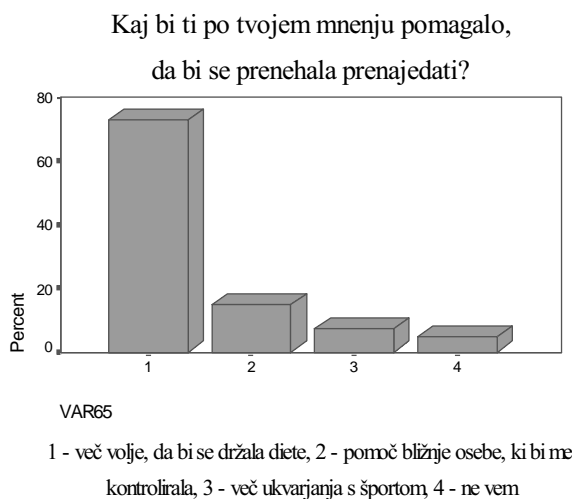


Slika 4: Prikaz odgovorov na vprašanje »S kakšnimi čustvenimi stanji povezuješ prenajedanje?« (ES).

za prenajedanje ter počutju po prenajedanju:

»Preizkusila sem že čisto vse diete, za katere sem izvedela. Kupila sem si celo shujševalne hlačke, pa ni nič pomagalo.«

» Ne morem prešteti vseh diet, ki sem jih že preizkusila. Tudi postila sem se že.



Slika 5: Prikaz odgovorov na vprašanje »Kaj bi po tvojem mnenju pomagalo, da bi se prenehala prenejedati?« (ES).

Letos sem imela zelo striktno dieto pred maturantskim plesom. Skoraj nič nisem jedla. Shujšala sem 4-5 kilogramov. Na maturantskem plesu na večerji pa sem pila alkohol in se prenejedala. Ko sem začela jesti, nisem več mogla nehati. Po koncu plesa sem dobila vse kilograme nazaj.»

»Včasih se mi je zdelo, da jem le takrat, ko sem žalostna ali ko mi je dolgčas; sedaj pa ugotavljam, da jem ves čas.«

»Opazila sem, da iščem tolažbo v hrani, kadar sem žalostna ali osamljena.«

»Včasih sploh ne vem, kako se počutim; enostavno vem, da se bom šla prenejest.«

»Ko se prenejem, imam blazne občutke krivde. Grem telovadit v sobo, da bi mi malo odleglo.«

»Po prenejedanju se počutim grozno, debelo in grdo. Ne morem razumeti, da si to lahko dopustim. Sklenem, da tega ne bom nikoli več storila, pa se tega ne držim.«

Odgovori deklet iz ES kažejo na osnovne značilnosti kompulzivnega prenejedanja: občutijo prisilo po prenejedanju – večina se prenejeda vsak dan, preobremenjene so s prehranjevanjem in telesnim izgledom, poskušajo kontrolirati hranjenje. Prenejedajo se predvsem s sladkarijami in ogljikovimi hidrati. Večina je preizkusila veliko različnih diet (le redke – 6 % - so z dieto pridobljeno težo uspele

zadržati več kot eno leto), občutijo veliko krivde ter jeze nase zaradi svojega početja. Zanimivo je, da so le redka dekleta omenjala občutke sramu; žal pričujoča raziskava ni vključevala tudi te spremenljivke. Občutenje sramu je, glede na mnenje več avtorjev, npr. Rozmanove (1998), občutek, ki nujno spremlja kompulzivno prenažedanje. Dekleta iz ES povezujejo prenažedanje predvsem z občutki žalosti in napetostjo. Kot možnost rešitve (slika 5) navajajo predvsem več volje, da bi se držale diete (75 %) in pomoč bližnje osebe – omenjajo predvsem mamo - ki bi jo kontrolirala (15 %). Kot kaže slika 3, se povezave med dvigom telesne teže in prenažedanjem zaveda približno polovica intervjuvank. To potrjuje ugotovitve strokovnjakov, npr. Viesselmana in Roigove (1985), da namreč kompulzivni jedci pogosto prej trčijo na problem prevelike telesne teže, prenažedanja pa se zavedo šele, ko začnejo okrevati.

Nekatera dekleta hrano doživljajo kot drogo, ki se ji ne morejo upreti, in nujno po uživanju hrane kot zasvojenost. Navajam nekaj citatov:

“Ne morem se upreti hrani, čeprav si želim. Zame je to huje kot odvajanje od cigaret ali od droge. Saj hrana zame je droga. To sem ugotovila, ker jem, čeprav nisem lačna.”

»Če začnem jesti nekaj malega, se sploh ne morem več ustaviti. Čisto brez kontrole sem.«

“Zasvojena sem s hrano, še posebno s čokolado. Priznala sem si že, da je to zame kot droga.”

Zaključek

Rezultati raziskave se v veliki meri skladajo z navedbami v literaturi in z dosedanjimi raziskavami, čeprav pri osebah iz ES lahko govorimo le o nagnjenosti h kompulzivnemu prenažedanju. Na podlagi rezultatov lahko sklepam, da so za mladostnice, nagnjene h kompulzivnemu prenažedanju, značilne nekatere osebnostne lastnosti in značilnosti, ki jih pomembno opredeljujejo in pomembno razlikujejo od deklet, ki ne kažejo nobenih motenj prehranjevanja. Te lastnosti in značilnosti so lahko predispozicije, ki pomembno vplivajo na razvoj in ohranjanje kompulzivnega prenažedanja, lahko pa so tudi posledica njihove borbe s prehranjevanjem in kilogrami. Občutek izgube kontrole nad prehranjevanjem namreč deluje zelo negativno na samozavest in občutek lastne vrednosti teh deklet. Če se pri prehranjevanju ne morejo kontrolirati, če se ne uspejo držati tega, kar so si obljubile, si ne morejo zaupati, jezne so nase in imajo velike občutke krivde. Že tako načet občutek samozavesti se še bolj poruši, poglobi se občutek manjvrednosti, pogosto pa se pridruži še nezadovoljstvo s preveliko telesno težo. Tako se ustvari začarani krog, v katerem je težko razločiti, kaj je vzrok in kaj posledica. Negativna samopodoba in neuspehi pri poskusih kontroliranja prehranjevanja in telesne teže

namreč drug drugega utrjujejo.

Kot najpomembnejši dejavnik tveganja za razvoj kompulzivnega prenajedanja se je izkazal negativen odnos do lastnega telesa. Povezava rezultatov o telesni samopodobi z rezultati o osebnostnih lastnostih in drugih značilnostih deklet iz ES pa potrjuje ugotovitve avtorice Bullerwell-Ravarjeve, ki poudarja, da telesni vidik lahko le prikriva bolj pomembne vidike, kot so sprejemanje samega sebe, samospoštovanje in samozaupanje. Telesna samopodoba je po njenem mnenju torej bolj izraz le-teh kot pa vzrok. Če se pri obravnavanju motenj prehranjevanja pretirano osredotočimo na telesni vidik (kar dekleta sicer večinoma navajajo kot največji problem), potem lahko zgrešimo bistvo.

Za večino deklet iz ES lahko rečem, da kažejo t.i. predklinično sliko kompulzivnega prenajedanja. Značilnosti deklet iz ES so možne predispozicije za razvoj kompulzivnega prenajedanja, kar pa še ni zadosten razlog. K temu se morajo pridružiti še drugi faktorji: neustrezna družinska klima, pridobljeni vedenjski vzorci in sociokulturni dejavniki. Z omenjeno raziskavo sem ugotavljala nekatere dejavnike tveganja za razvoj kompulzivnega prenajedanja, drugi (npr. doživljanje ženske vloge v sedanjih družbi, osebnostna struktura) pa niti niso bili problem te raziskave. Za celovitejši vpogled v značilnosti in pomen kompulzivnega prenajedanja bi jih v prihodnjih raziskavah morali upoštevati in obravnavati.

Iz rezultatov sklepam, da ni slučajno, da so si ta dekleta 'izbrala' za svojo drogo prav hrano. Kakšna je pravzaprav funkcija hrane? Iz vseh podatkov sklepam, da je pri mnogih dekletih, nagnjenih h kompulzivnemu prenajedanju, funkcija prenajedanja v tem, da jim pomaga premagati občutke negotovosti in socialne neustreznosti. Hrana jih namreč pomiri, da jim občutek varnosti ter pomaga ohranjati lažen self, kar je za negotova dekleta, ki se trudijo prikriti svoje šibkosti, zelo pomembno. Obenem hrana otopiti neprijetna čustva in občutke manjvrednosti in neadekvatnosti ter zapolni občutke notranje praznine, ker deluje antidepresivno. V tem smislu deluje hrana kot poskus samomedikacije (kot navaja tudi Christensen, 1996). Analiza risb deklet iz ES kaže na visoko stopnjo avtoagresivnosti, ki ima oralna obeležja; iz tega lahko sklepam, da je hrana zanje droga, ki jih poteši, saj gre preko ust, in da izbor droge ni naključen.

Čeprav ima veliko deklet podobne osebnostne značilnosti, ki lahko predstavljajo rizične dejavnike za razvoj kompulzivnega prenajedanja, lahko odraščajo v podobno rizičnih okoliščinah in podobnem sociokulturnem kontekstu, se kompulzivno prenajedanje razvije le pri nekaterih dekletih. Na ključno vprašanje: »Zakaj ravno ta dekleta?« odgovor pojasnjuje strukturiranost tega. Avtorji Wilson, Hogan in Mintz (1992) poudarjajo, da je potrebno pozornost pri motnjah prehranjevanja preusmeriti od simptomatske slike na strukturo tega. Tudi sama menim, da bi bilo prihodnje raziskave nujno potrebno usmeriti v proučevanje različnih osebnostnih struktur.

Ugotovitve te raziskave kažejo na nujnost obravnavanja kompulzivnega prenajedanja kot motnje prehranjevanja, ne le pri debelih ljudeh, ampak tudi pri tistih, ki imajo primerno ali le malo povečano telesno težo. Telesna teža namreč ni najpomembnejši pokazatelj; pomembnejša je mentalna obremenjenost s hrano, občutki krivde, preziranje samega sebe ter nenehni poskusi kontroliranja prehranjevanja in

telesne teže. Kompulzivno prenašanje je motnja prehranjevanja, ki bi morala zavzeti enakovredno mesto kot anoreksija in bulimija nervoza.

Literatura

- Brownell, K.D. (1995). Definition and classification of obesity. V K.D. Brownell in C.G.Fairburn (ur.) *Eating disorders and obesity* (str. 6-25). New York: Guilford Press.
- Bruch, H. (1940). *Fat is a family affair*. New York: Hazelden.
- Christensen, L. (1996). Diet-behaviour relationships. Washington: American Psychological Association.
- Cooper, S.E. (1989). Chemical dependency and eating disorders: Are they really so different? *Journal of Counseling & Development*, 68, 102-105.
- DSM-IV - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1994). Washington: American Psychiatric Association.
- Gardner, R.M. in Tockerman, Y.R. (1992). *Body dissatisfaction as a predictor of body size distortion: A multidimensional analysis of body image*. Washington: Genetics, Social and General Psychology Monographs.
- Garner, D.M. (1991). *EDI - Eating Disorder Inventory - 2: Professional Manual*. New York: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Giddens, A. (1997). *Sociology: The body: Eating, illness and ageing*. Cambridge: Polity.
- Gordon, R.A. (1990). *Anorexia and bulimia: Anatomy of a social epidemic*. Oxford: Basic Blackwell.
- Hesse-Biber, S. (1996). *Am I thin enough yet?* New York: Oxford University Press.
- Katherine A. (1991). *Anatomy of a food addiction: The brain chemistry of overeating*. New York: A Fireside/Parkside Recovery Book.
- Machover, K. (1970). *Projekcija ličnosti u crtežu ljudske figure [Projection of personality in drawing a man]*. Beograd: Zavod za proučavanje socialnih problema grada.
- Orbach S. (1990). *Fat is a feminist issue: A self-help guide for compulsive eaters*. New York: Berkeley Books.
- Praper, P. (1996). *Tako majhen, pa že nervozen: predsodki in resnice o nervozi pri otroku [So little and already nervous: Prejudice and truth about child nervousness]*. Ljubljana: EDUCA.
- Rozman, S. (1998). *Peklenska gugalnica [Infernal swing]*. Ljubljana: Vale-Novak.
- Strauman, T.J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaikens, S. in Higgs, E.T. (1991). The Body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 946-956.
- Viesselman, J.O. in Roig, M. (1985). Depression and suicidality in eating disorders. *Journal of Clinic Psychiatry*, 46, 118-124.
- Wilson, C.P., Hogan, C.C. in Mintz, I.L. (1992). *Psychodynamic technique in the treatment of the eating disorders*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Wilson, G.T. (1995). Eating disorders and addictive disorders. V K.D. Brownell in C.G.Fairburn (ur.), *Eating disorders and obesity* (str. 165-170). New York: Guilford Press.

Prispelo/Received: 15.03.2000

Sprejeto/Accepted: 29.06.2000