Vesna MIRT ČAMPA

Motnje hranjenja v luči relacijske družinske terapije

Eating disorders from the perspective of relational family therapy

Povzetek

Motnje hranjenja so resne duševne motnje, ki so v porastu in s katerimi se srečujejo tudi relacijski družinski terapevti. V prispevku so motnje hranjenja predstavljene skozi perspektivo relacijske družinske terapije, predvsem na podlagi konceptov projekcijsko-introjekcijske identifikacije v družinskem sistemu, temeljnega afekta, regulacije afekta in afektivnega psihičnega konstrukta. V prispevku je razumevanje motenj hranjenja podkrepljeno s pomočjo pomembnejših empiričnih raziskav o družinski situaciji oseb z motnjo hranjenja, s področja afektivnih vsebin in regulacije afekta oseb z motnjo hranjenja. Na podlagi predstavljenega je podan zaključek, da lahko vedenja oseb z motnjo hranjenja (prenajedanje, bruhanje, stradanje itd.) v luči relacijske družinske terapije razumemo kot poskus regulacije afektov in kot afektivni psihični konstrukt, torej poskus obrambe pred bolečimi afekti, ki lahko izvirajo iz družinskega sistema.

Ključne besede

motnje hranjenja, relacijska družinska terapija, projekcijsko-introjekcijska identifikacija, temeljni afekt, regulacija afekta, afektivni psihični konstrukt.

Abstract

Eating disorders are serious mental disorders which are on the increase and are encountered by relational family therapists. This article presents eating disorders through the perspective of relational family therapy, primarily on the basis of its fundamental concepts of projective- introjective introjection in family system, core affect, regulation of affect and affective psychic construct. Our understanding of eating disorders is enhanced by significant empirical research on the family situations of people with eating disorders, in the field of affective content and regulation of affect. In the conclusion we propose that the behaviour of people with eating disorders (binge eating, vomiting, starvation, etc.) can, in the light of relational family therapy, be understood as an attempt at regulation of affects and as an affective psychic construct, therefore, an attempt to defend oneself against painful affects, which may come from the family system.

Key words

eating disorders, relational family therapy, projective-introjective identification, core affect, regulation of affect, affective psychic construct.

VESNA MIRT ČAMPA, UNIV. DIPL. PSIH., SPEC. ZAKONSKE IN DRUŽINSKE TERAPIJE, DOKTORSKA KANDIDATKA ZAKONSKE IN DRUŽINSKE TERAPIJE
FRANČIŠKANSKI DRUŽINSKI INŠTITUT, TERAPEVTSKA POMOČ DRUŽINAM, PAROM IN POSAMEZNIKOM, PREŠERNOV TRG 4, 1000 LJUBLJANA, E-POŠTA: VESNA.ZDT@GMAIL.COM

1 Uvod

Motnje hranjenja so v literaturi opredeljene z vidika različnih modelov, kot so psihodinamski, teorija objektnih odnosov, model zasvojenosti itd. Tokrat bodo motnje hranjenja predstavljene z vidika relacijske družinske terapije in s pomočjo empiričnih raziskav. V nadaljevanju so na kratko predstavljene motnje hranjenja in paradigma relacijske družinske terapije.

Motnje hranjenja so v Diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje DSM – IV (American Psychiatric Association, 1994) klasificirane kot duševne motnje. Priročnik opredeljuje anoreksijo nervozo, bulimijo nervozo in motnje hranjenja, ki niso drugače opredeljene. V slednjo kategorijo sodi kompulzivno prenajedanje [angl. binge eating disorder]. Na kratko si poglejmo značilnosti teh oblik motenj hranjenja.

Anoreksija nervoza označuje sindrom zavračanja minimalne normalne telesne teže (glede na starost in višino) in bolestni strah pred debelostjo, ki je povezan z moteno predstavo o lastnem telesu. Izguba telesne teže je posledica redukcije vnosa hrane, lahko pa se oseba poslužuje tudi bruhanja ali zlorabe odvajal, diuretikov ali telesne prekomerne aktivnosti. Večina raziskav navaja prevalenco med 0,5 % in 1 % v celotni populaciji, več kot 90 % je žensk. Dekleta obolevajo v mladostniškem obdobju.

Bulimija nervoza označuje sindrom ponavljajočih se faz prenajedanja, ki jim sledijo faze neustreznega vedenja kompenzacije, med katere sodijo samopovzročeno bruhanje, zloraba odvajal in drugih substanc, stradanje in pretirana telesna aktivnost. Tudi za to motnjo je značilna motena zaznava podobe lastnega telesa in telesne teže, ki pa je normalna ali prekomerna. Med adolescenti in mladimi ženskami ima 1 % do 3 % bulimijo nervozo, več kot 90 % je žensk.

Za *kompulzivno prenajedanje* je značilen nekontroliran vnos hrane, po katerem se oseba ne poslužuje bruhanja ali zlorabe diuretikov in odvajal, s katerimi bi se izognila pridobivanju telesne teže. V populaciji je prevalenca od 0,4 % do 7 %. Med ženskami je 1,5-krat bolj pogosta kot med moškimi.

Motnje hranjenja so resna duševna motnja, ki se lahko konča s smrtjo. Podatki kažejo, da je smrtnost zaradi anoreksije nervoze najvišja med vsemi psihiatričnimi motnjami, od 5 % do 10 % v desetih letih (Health, 2006; Vitiello in Lederhendler, 2000: 777). Raziskave tudi nakazujejo, da je samomorilnost pri motnjah hranjenja večja kot pri kateri koli drugi psihiatrični motnji (Crow, Peterson, Swanson, Raymond, Specker, Eckert in dr., 2009: 1342).

Motnje hranjenja so v porastu. Podatki o bolnišničnih zdravljenjih zaradi omenjenih motenj v petnajstletnem obdobju od leta 1989 do leta 2004 v Sloveniji kažejo na povečevanje teh motenj, na osnovi petnajstletnega trenda pa je nastala ocena, da se bo rast nadaljevala tudi v prihodnjih letih (Hafner, 2011).

Za razliko od motenj hranjenja, motnje prehranjevanja niso duševna motnja, temveč neustrezne prehranjevalne navade, kot so: izpuščanje obrokov, neredno hranjenje, pogosta nihanja telesne teže zaradi različnih diet, neuravnotežena prehrana in podobno. Motnje prehranjevanja so predstopnja motenj hranjenja, vendar pa ni nujno, da se v njih razvijejo (Hafner in dr., 2011).

Relacijska družinska paradigma predstavlja sintezo med relacijskimi teorijami in sistemsko teorijo. Integrirane relacijske teorije so interpersonalna psihoanaliza, objekt-relacijska teorija in

temeljne smeri psihologije jaza. Iz sistemske teorije uporablja znanja o delovanju družine kot sistemu (sistemska celovitost, podsistemi, sistemska vzajemno-cirkularna vzročnost, razmejitve v sistemu, pravila in vloge v sistemu, kibernetski model itd.). Paradigma temelji na predpostavki, da ponavljajoči se vzorci odnosov v človekovem doživljanju in doživetja iz zgodnje mladosti ne izhajajo iz principa iskanja ugodja, kakor to razume nagonski model, ampak se ponavljajo in ohranjajo iz temeljne potrebe po ohranitvi, kontinuiteti, povezanosti, pripadnosti osebnemu svetu odnosov ter domačnosti, ki jo nudijo poznane oblike odnosov (Gostečnik, 2004). Relacijska družinska terapija je osnovana na petih temeljnih premisah: temeljni afekt, afektivni psihični konstrukt, regulacija afekta, projekcijsko-introjekcijska identifikacija in kompulzivno ponavljanje (Gostečnik, 2011: 62), ki so podrobneje razloženi v nadaljevanju.

2 Motnje hranjenja v luči relacijske družinske terapije

2.1 Primarna družina in mehanizem projekcijsko-introjekcijske identifikacije

Relacijska družinska paradigma kot pomemben mehanizem pojmuje projekcijsko-introjekcijsko identifikacijo, kjer npr. mati, oče, otrok ali partner (pošiljatelj) pripiše osebi, v katero projicira (ta oseba je naslovnik projekcij), odcepljene, zanikane oziroma disociirane notranje vidike sebe. S kompulzivnim ponavljanjem projekcij na drugega pritiska, da se z njimi identificira. Mehanizem se lahko v tej točki ustavi, če naslovnik ne sprejme projekcij, ali pa se nadaljuje v introjekcijski identifikaciji, pri kateri se vidike drugega ponotranji kot del naslovnikovega jaza in nato preko mehanizma kompulzivnega ponavljanja te utrdi v lastni notranjosti (Gostečnik, 2011: 67–68). Zato je tako pomembno, kakšen odnos mati vzpostavlja z otrokom oziroma kakšna psihobiološka stanja ter s tem povezane afekte prenaša v otroka mati, saj je to temeljno gradivo, iz katerega se razvijeta njegova psiha in tudi njegova celotna možganska struktura (Gostečnik, 2008: 109; Kompan Erzar, 2003: 119–127). Mati, ki v otroka prenaša svoje nerazrešene afekte, lahko otroka z njimi dobesedno preplavi (Rothschild, 2006). Otrok se s temi vsebinami identificira, jih ponotranji in tako te vsebine postanejo bistveni del njegove intrapsihične strukture.

Relacijska družinska paradigma razume motnje hranjenja kot način sporočanja in izražanja čustev v družinskem sistemu, kjer so bili določeni afekti zanikani in odrinjeni. Navadno govorimo o afektih, ki izvirajo iz generacije staršev, ki so bili sami zanemarjeni, zavrženi ali pa so imeli občutek, da staršem ne bodo nikoli pripadali. Nepredelane afektivne psihične vsebine so se na način trajnega stresa vrsto let kopičile v telesih vseh družinskih članov, zlasti tistih, ki so najbolj ranljivi, torej otrocih, ki se bodo zatekli k motnjam hranjenja (Erzar, 2007: 146). Slednje lahko povežemo s pojmom »identificirani pacient« oziroma »grešni kozel«, to je oseba, ki nezavedno ali celo prisiljeno sprejme prenose nerazrešenih ter večkrat bolečih mentalnih vsebin in se z njimi identificira. Na tak način se vedenjski, afektivni in miselni modeli ponovno aktivirajo in ponavljajo iz generacije v generacijo. Afektivni zaplet se v vsej polnosti demonstrira šele v naslednjih generacijah (Gostečnik, 2011).

Raziskave, navedene v nadaljevanju, potrjujejo, da je družinska situacija eden izmed dejavnikov za razvoj motenj hranjenja. Pike in Rodin (1991: 198) sta v študiji našla višjo stopnjo motenj pri prehranjevanju mater adolescentnih deklet z motnjo hranjenja, te matere pa so bile tudi bolj kritične do hčerine teže in fizičnega videza. Za družine z adolescenti, ki imajo motnjo hranjenja, so značilni neustrezne razmejitve [angl. enmeshed], pretirana zaščita, rigidnost in pomanjkanje reševanja konflikta (Minuchin, Rosman in Baker, 1980: 113).

V ameriški raziskavi iz leta 1994 so primerjali skupino 20 mladoletnih deklet z motnjo hranjenja, skupino 20 deklet z eno izmed glavnih psihiatričnih motenj in skupino 20 deklet iz normalne populacije. Z vsemi so opravili intervju, rešile so tudi preizkus, t. i. *Eating Attitudes Test* (ETAT). Neprimeren pritisk staršev na mladostnico je bil specifičen samo za dekleta z motnjo hranjenja. ETAT-rezultati so statistično pomembno korelirali s sovražnostjo proti otroku, starševsko prekomerno zaščito, neprimernimi pritiski staršev in negativnimi spremembami v družinskih odnosih. Vedno večje število raziskav potrjuje povezavo med motnjami hranjenja in nefunkcionalnimi družinskimi odnosi (Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein in dr., 1996: 921).

V družinah oseb z motnjo hranjenja so poleg čustvene zlorabe pogostejše tudi fizične in spolne zlorabe (Horesh in dr., 1996: 921; Welch, Doll in Fairburn, 1997: 515). V študiji, kjer so primerjali ženske z bulimijo in ženske iz normalne populacije, se je pokazalo, da so bili dogodki, povezani z razdorom družinskih ali socialnih odnosov (selitev, sprememba družinske strukture), ter grožnja telesni integriteti in varnosti (fizična bolezen, nosečnost, spolna zloraba, fizična zloraba) posebno pogosti pri osebah z bulimijo (Welch in dr., 1997: 515).

2.2 Temeljni afekt

Za razumevanje temeljnega afekta je najprej potrebno razumeti razmerja med afekti, emocijami (čustvi) in občutji. Obstajajo različne razlage navedenih pojmov, tukaj navajam tiste, ki jim sledi relacijska družinska paradigma. Emocije naj bi predstavljale bolj biološko in univerzalno raven, medtem ko gre pri občutjih za bolj osebne poteze, na katere vplivajo kultura in individualne značilnosti posameznika (Simonič, 2010: 284). O afektu govori Daniel Siegel (Kompan Erzar, 2006: 26), ki definira vitalne afekte [angl. vitality affects] kot način neverbalnega izražanja notranjih, organskih emocionalnih stanj (gre za vzburjenje možganskih krogotokov, ki uravnavajo tip aktivnosti, napetosti telesa in stopnjo budnosti). Afekt ima dve ravni. Prva predstavlja telesno raven, ki je po navadi nezavedna in se izraža preko neverbalnih znakov in vedenja (npr. ton glasu, napetosti telesa in stanje telesa) oziroma kot motnja v normalnem toku zavestnega čustvovanja, mišljenja in vedenja. Drugo raven afekta pa predstavlja občutje [angl. feeling], ki pomeni zavestno raven emocionalnega stanja in je včasih omejeno zgolj na zavedanje prijetno, neprijetno počutje ali na primer splošno občutje napetosti (Kompan Erzar, 2006: 26). Vendar pa Lachman (Simonič, 2010: 284) z izrazom afekt pokriva celoten spekter afektivnih stanj, vključno z občutji in emocijami. Relacijska družinska paradigma na tej podlagi govori o temeljnem afektu kot o organskih emocijah, ki vsebujejo nezavedne psihosomatske vsebine oziroma psihobiološka stanja, ki so bila primarno ustvarjena v telesnem stiku z materjo, pozneje pa je temeljni afekt dobil še kognitivne, vedenjske in čustvene komponente doživljanja (Gostečnik, 2011: 64). Vse te mentalne vsebine nezavedno vodijo posameznika do obljube stika, odnosa in s tem do pripadnosti, brez katere posameznik ne bi mogel preživeti. Temeljnih afektov je šest: gnus, sram, jeza, strah, žalost in veselje, pri čemer je le eden konstitutiven pri posameznikovih partnerskih ali družinskih strukturah (Gostečnik, 2011: 64).

V nadaljevanju so navedene raziskave o čustvenih vsebinah oseb z motnjo hranjenja. V raziskavi (Fox in Froom, 2009: 332–333), ki je zajela 53 oseb, so simptomi motenj hranjenja visoko korelirali s štirimi negativnimi emocijami (strah, jeza, žalost, gnus), pri čemer sta korelaciji z gnusom in žalostjo največji. Te korelacije so se ohranile, tudi ko sta bili depresija in anksioznost izločeni iz analize. Več raziskav tudi ugotavlja, da ljudje z motnjo hranjenja doživljajo visoko stopnjo jeze, ki jo doživljajo kot preplavljajočo (Fox in Froom, 2009: 333; Fox in Har-

rison, 2008: 86; Waller, Babbs, Milligan, Meyer, Ohanian in Leung, 2003: 118), poleg tega osebe z bulimijo kažejo na povečano stopnjo potlačitve jeze (Fox in Harrison, 2008: 87), podobno tudi osebe z anoreksijo (Geller in Cockell, 2000: 8). Nadalje raziskava kaže, da sta depresija in visoka stopnja negativnih afektov dejavnika tveganja za motnje pri prehranjevanju pri ženskah (Lavender in Anderson, 2010: 352), pri čemer depresija napoveduje povečanje nezadovoljstva z lastnim telesom (Wiederman in Pryor, 2000: 93).

2.3 Regulacija afekta

Najnovejše raziskave (Lavender in Anderson, 2010; Schore, 1994; Sim in Zeman, 2006) ugotavljajo, da je ključni mehanizem človekovega razvoja mehanizem regulacije afekta, ki je tudi eden izmed središčih pojmov relacijske družinske terapije (Gostečnik, 2004: 73, 74). To je mehanizem prevajanja čustvenih impulzov v telesne in obratno. Sposobnost regulacije afekta pridobi otrok v interakciji z materjo, pri čemer nastajajo nove vezi med nevroni, ki so ključnega pomena za razumevanje, regulacijo in prepoznavanje emocij (Kompan Erzar, 2003). Če starši zaradi okrnjene sposobnosti soočanja s stresom ne zmorejo prepoznati in umiriti otroka, ko je v stiski, bo ta prepuščen temu, da se umiri sam. To se na primer zgodi pri otrocih, ki jih starši sistematično pustijo jokati daljša obdobja. Ker se mora otrok potolažiti sam, bo ta stres predelal tako, da se bo fizično izčrpal. V primeru, da bo pogosto prepuščen takšnemu načinu umirjanja, pa bo vzpostavil avtomatični fiziološki mehanizem umirjanja stresa s fizičnim izčrpavanjem (Kompan Erzar, 2006). Različne študije kažejo, da ne samo otroci, temveč tudi odrasli iščejo druge za pomirjanje in uravnavanje svojih notranjih stanj. Kadar pri drugih ne dobijo primerne tolažbe, iščejo druge načine za olajšanje. Pomirjajo se lahko z različnimi oblikami vedenja, kot so odzivi boja, bega ali disociacije, s samodestruktivnimi vedenji (kot so samopoškodovanje, stradanje, bruhanje, zlorabljanje drog ali alkohola) ali z nemočnim oprijemanjem drugega (Cvetek, 2009: 65–66).

Nedavne študije so začele raziskovati vpliv faktorjev regulacije afekta tudi pri motnjah hranjenja. Na primer Sim in Zeman (2006: 219) sta prišla do zaključka, da je regulacija afekta pomemben prediktor za nezadovoljstvo s telesom in motnje pri prehranjevanju pri mladoletnih dekletih. Raziskovalci tako predpostavljajo, da so osebe, ki imajo težave pri regulaciji afekta, nagnjene k temu, da izkušajo obdobja intenzivnega emocionalnega stresa, ki povečuje tveganje za vedenja, ki so značilna za motnje hranjenja (Killen in Barr, 1996: 938–940; Sim in Zeman, 2005: 488–493).

2.4 Afektivni psihični konstrukt

Relacijski družinski model govori o afektivnem psihičnem konstruktu, ki se lahko oblikuje na individualni, medosebni ali sistemski ravni, da bi se izognili stiku z bolečimi čutenji (Cvetek, 2009: 65). Gre za obrambne mehanizme, kot so odcepitev, disociacija, zanikanje, racionalizacija itd. in ki branijo posameznika pred soočenjem z bolečimi afekti, kot so npr. občutja zavrženosti in zanemarjenosti. Sem spadajo tudi obsesivne in nevrotične misli, iracionalna razmišljanja kakor tudi psihosomatska obolenja. Afektivni psihični konstrukt vključuje kognitivno, vedenjsko, čustveno in organsko komponento ter temelji na temeljnem vzajemnem afektu oziroma afektih, ki so najmočneje zaznamovali posameznikovo doživljanje odnosov s pomembnimi drugimi v zgodnji mladosti, ali pa na travmatičnem doživetju, kot je npr. zloraba, ki se ponavlja v različnih oblikah odnosov ter se s tem utrjuje v posameznikovi psihični strukturi. Zaradi vzajemnosti

afekta posameznik ostaja zvest temeljnemu afektu, s tem pa hkrati tudi afektivnemu psihičnemu konstruktu.

Gostečnikova (2007: 352) interpretacija je, da telo osebe z motnjo hranjenja simbolizira v vsej svoji bolečini izjemen napor, kako se ubraniti nesprejemljivih afektov oziroma jih utišati, in vse to na račun telesa, lahko s prenajedanjem, s stradanjem, prenajedanjem in bruhanjem ali različnimi variacijami naštetega.

Pomembna predpostavka raziskovalcev je, da motnje hranjenja služijo kot samouničevalen poskus regulacije ali pobega od negativnih ali nezaželenih afektivnih stanj (Arnow, Kenardy in Agras, 1992; Heatherton in Baumeister, 1991; Ogris, 2000: 43).

3 Zaključek

Motnje hranjenja v luči relacijske družinske terapije lahko razumemo kot poskus regulacije afektov, torej mehanizem pomirjanja afektov in telesa preko vedenj, kot so prenajedanje, bruhanje, stradanje itd. Hkrati lahko ta vedenja razumemo kot afektivni psihični konstrukt, saj se osebe s temi vedenji skušajo obraniti pred bolečimi afekti. Ti močni, boleči in nepredelani afekti pa lahko izvirajo iz podsistema staršev ali še celo iz starejših generacij.

Za podrobnejše razumevanje motenj hranjenja v okviru relacijske družinske paradigme ali v okviru drugih terapevtskih pristopov so potrebne nadaljnje raziskave vedenjskega, kognitivnega in emocionalnega funkcioniranja oseb z motnjo hranjenja ter sprememb v terapevtskem procesu oseb z motnjo hranjenja, ki vodijo do okrevanja.

4 Literatura

Arnow, B., Kenardy, J. in Agras, W. S. (1992). Binge Eating Among the Obese: A Descriptive Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 155–170.

American Psychiatric Associaton Association, A. P. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D. in dr. (2009). Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1342–1346.

Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti: Travma, medosebni odnosi*, družina, terapija. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Erzar, T. (2007). *Duševne motnje: Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.

Fox, J. R. E. in Froom, K. (2009). Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 328–335.

Fox, J. R. E. in Harrison, A. (2008). The Relation of Anger to Disgust: The Potential Role of Coupled Emotions within Eating Pathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(2), 86–95.

Geller, J. in Cockell, S. J. (2000). Inhibited Expression of Negative Emotions and Interpersonal Orientation in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8–19.

Gostečnik, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2007). *Relacijska zakonska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2008). *Relacijska paradigma in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Gostečnik, C. (2011). *Inovativna relacijska družinska terapija.* Ljubljana: Brat Frančišek, Teološka fakulteta in Frančiškanski družinski inštitut.

Hafner, A. (2011). Dejstva o motnjah hranjenja. Pridobljeno 20. 7. 2011, s http://www.zzv-kr.si/promocija-zdravja/dejstva-o-motnjah-hranjenja

Hafner, A., Sernec, K., Copak, M., Kuhar, M. (2011). *Razumeti motnje hranjenja*. Kranj: Zavod za zdravstveno varstvo.

Health, S. C. D. o. M. (2006). Eating Disorder Statistics. Pridobljeno 20. 7. 2011, s http://www.state.sc.us/dmh/anorexia/statistics.htm

Heatherton, T. F. in Baumeister, R. F. (1991). Binge Eating as Escape From Self-Awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108.

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J. O., Danzige r, Y., Miculincer, M., Stein, D. in dr. (1996). Abnormal Psychosocial Situations and Eating Disorders in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 921–927.

Killen, J. D. in Barr, C. (1996). Weight Concerns Influence the Development of Eating Disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(5), 936.

Kompan Erzar, L. K. (2003). *Skrita moč družine*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Kompan Erzar, L. K. (2005). *Odkritje odnosa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Kompan Erzar, L. K. (2006). *Ljubezen umije spomin*. Ljubljana; Celje: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut; Celjska Mohorjeva družba.

Lavender, J. M. in Anderson, D. A. (2010). Contribution of Emotion Regulation Difficulties to Disordered Eating and Body Dissatisfaction in College Men. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4), 352–357.

Minuchin, S., Rosman, B. L. in Baker, L. (1980). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context (Book). V D. Macdiarmid (ur.), *Journal of Analytical Psychology* (Vol. 25, str. 113): Wiley-Blackwell.

Ogris, A. (2000). Motnje prehranjevanja - kompulzivno (prisilno) prenajedanje. *Psihološka obzorja*, 9(3), 25–44.

Pike, K. M. in Rodin, J. (1991). Mothers, Daughters, and Disordered Eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198.

Rothschild, B. (2006). *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. New York: W. W. Norton & Company.

Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; England.

Sim, L. in Zeman, J. (2005). Emotion Regulation Factors as Mediators Between Body Dissatisfaction and Bulimic Symptoms in Early Adolescent Girls. *Journal of Early Adolescence*, 25(4), 478–496.

Sim, L. in Zeman, J. (2006). The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 219–228.

Simonič, B. (2010). *Empatija, Moč sočutja v medosebnih odnosih*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Vitiello, B. in Lederhendler, I. (2000). Research on Eating Disorders: Current Status and Future Prospects. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777–786.

Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V. in Leung, N. (2003). Anger and Core Beliefs in the Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 118–124.

Welch, S. L., Doll, H. in Fairburn, C. (1997). Life Events and theOnset of Bulimia Nervosa: A Controlled Study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 27(3), 515–522.

Wiederman, M. W. in Pryor, T. L. (2000). Body Dissatisfaction, Bulimia, and Depression Among Women: The Mediating Role of Drive for Thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 90–95.