

POREMEĆAJI HRANJENJA KOD ADOLESCENATA

Vasilj Studak, Cvita

Professional thesis / Završni specijalistički

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:223799>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Cvita Vasilj Studak

**POREMEĆAJI HRANJENJA KOD
ADOLESCENATA**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA
POSLIJEDIPLOMSKI SPECIJALISTIČKI STUDIJ
PSIHOSOCIJALNI PRISTUP U SOCIJALNOM RADU

Cvita Vasilj Studak

**POREMEĆAJI HRANJENJA KOD
ADOLESCENATA**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.

UNIVERSITY OF ZAGREB
FACULTY OF LAW
SOCIAL WORK STUDY CENTRE

Cvita Vasilj Studak

EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS

SPECIALIST WORK

Supervisor: prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.

Sažetak

Poremećaji hranjenja pripadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim zdravstvenim posljedicama za osobu, uključujući i rizik od smrti. Učestalost poremećaja hranjenja sve više raste, a posebno među adolescentima. Kad se radi o poremećajima hranjenja, adolescente možemo sagledati kao posebnu skupinu koja je zbog raznih specifičnosti životnog perioda u kojem se nalazi (razdoblje intenzivne fizičke, seksualne, emocionalne, psihosocijalne i kognitivne promjene) u većem riziku od razvijanja simptoma. U razdoblju adolescencije općenito je često zadirkivanje, pa je tako učestalo i zadirkivanje vezano uz nečiji izgled, debljinu i sl, a i mnogi odrasli su skloni djeci i adolescentima davati komentare vezane uz tjelesni izgled i težinu. Kao što ćemo kasnije pokazati, izloženost negativnim komentarima o izgledu i težini povezana je s povećanim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja, ali i općenito nezadovoljstvo tijelom, te slabijim općim psihološkim funkcioniranjem. Poremećaji hranjenja najčešće se prvi put javljaju upravo u ovoj dobnoj skupini. Imajući navedeno na umu, adolescencija je svakako period u kojem bi se trebalo pojačano usmjeriti na preventivni rad na ovom području.

Unatoč navedenom, pa i brojnoj literaturi koja je dostupna na ovu temu, i dalje ostaje dojam da su poremećaji hranjenja tema o kojoj se ne priča puno i to zbog raznih čimbenika: srama, straha od nerazumijevanja i banaliziranja poremećaja, osjećaja krivnje, nedovoljnog znanja o temi, i sl. Iako interes stručnjaka raste, on je i dalje nedostatan u odnosu na rast poremećaja hranjenja, ali i na njihove posljedice. Dojam je da u Hrvatskoj ne postoji stvaran interes za ovu populaciju, uz eventualnu iznimku fokusa na pretilosti, te je potrebno širiti svijest o navedenim poremećajima te djelovati multidisciplinarno. Trenutno postoje inicijative pojedinih stručnjaka i udruga, ali nužno je ozbiljnije posvećivanje ovom problemu.

Cilj ovog preglednog rada jest prikazati, usporediti i analizirati najznačajnije relevantne znanstvene i stručne spoznaje o poremećajima hranjenja kod adolescenata te dati uvid u preventivne mjere te tretmanske intervencije koje se koriste u liječenju. Ovim radom se također želi problematizirati mjere koje se poduzimaju, istaknuti potrebu razvijanja ovog područja te se osvrnuti na važnost interdisciplinarnog pristupa pa u tom smislu i na značajnije bavljenje ovom problematikom unutar profesije socijalne pedagogije.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, adolescenti, anoreksija, bulimija

Abstract

Eating disorders are among the most common psychological disorders and are associated with numerous health consequences for a person, including the risk of death. The frequency of eating disorders is increasing, especially among adolescents. When it comes to eating disorders, adolescents can be seen as a special group that, due to the various specifics of the life period in which they are, (a period of intense physical, sexual, emotional, psychosocial and cognitive changes) is at a greater risk of developing symptoms of eating disorders. In the period of adolescence, teasing is common in general, so teasing related to someone's appearance, fatness, etc is also common, and many adults tend to make comments related to physical appearance and weight to children and adolescents. As we will show later, exposure to negative comments about appearance and weight is associated with an increased risk of developing an eating disorder, as well as general body dissatisfaction, and poor overall psychological functioning. Eating disorders most often appear for the first time precisely in this age group. Bearing the above in mind, adolescence is certainly a period in which a stronger focus should be placed on preventive work in this area.

Despite the above, and the numerous literature available on this topic, the impression remains that eating disorders are a topic that is not talked about much, due to various factors: shame, fear of misunderstanding and trivializing the disorder, feelings of guilt, insufficient knowledge about the topic, etc. Although the interest of experts is growing, it is still insufficient in relation to the growth of eating disorders, as well as their consequences. The impression is that in Croatia there is no real interest in this population, with the possible exception of the focus on obesity, and it is necessary to spread awareness of the mentioned disorders and act multidisciplinary. There are currently initiatives by individual experts and associations, but a more serious dedication to this problem is necessary.

The aim of this review is to present, compare and analyze the most relevant scientific and professional knowledge about eating disorders in adolescents and to provide insight into preventive measures and treatment interventions. This work also aims to problematize the measures that are being taken, highlight the need for development in this area, and refer to the importance of an interdisciplinary approach and, in that sense, to a more significant engagement with this issue within the profession of social pedagogy.

Key words: eating disorders, adolescents, anorexia, bulimia

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. POREMEĆAJI HRANJENJA	2
2.1. <i>Anoreksija nervoza</i>	4
2.2. <i>Bulimija nervoza</i>	6
2.3. <i>Drugi specificirani poremećaji hranjenja</i>	7
2.4. <i>Transdijagnostička perspektiva</i>	8
2.5. <i>Epidemiologija</i>	9
2.6. <i>Posljedice</i>	11
3. ETIOLOGIJA	12
3.1. <i>Biološki čimbenici</i>	13
3.2. <i>Psihološki čimbenici</i>	15
3.3. <i>Sociokulturalni čimbenici</i>	19
3.4. <i>Dijeta</i>	25
3.5. <i>Zaštitni čimbenici</i>	26
3.6. <i>Modeli nastanka poremećaja hranjenja</i>	27
4. LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA	31
4.1. <i>Bolničko liječenje</i>	31
4.2. <i>Motivacija za liječenje i prognoze</i>	32
4.3. <i>Najčešći psihoterapijski pravci u liječenju poremećaja hranjenja</i>	35
4.3.1. <i>Psihodinamska psihoterapija</i>	35
4.3.2. <i>Kognitivno-bihevioralna psihoterapija</i>	35
4.3.3. <i>Interpersonalna terapija</i>	37
4.3.4. <i>Obiteljska terapija</i>	37
4.3.5. <i>Ostali oblici terapija</i>	39
4.4. <i>Liječenje u Hrvatskoj</i>	40
4.5. <i>Primjeri liječenja u Europi i svijetu</i>	41
5. PREVENCIJA POREMEĆAJA HRANJENJA	43
6. PRIMJER DOBRE PRAKSE:BEA – Centar za poremećaje hranjenja	46
7. KRITIČKI OSVRT NA MJERE KOJE SE PODUZIMAJU U HRVATSKOJ	49
8. POREMEĆAJI HRANJENJA U KONTEKSTU SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI I SOCIJALNE PEDAGOGIJE	51
9. ZAKLJUČAK	55
10. LITERATURA	56

1. UVOD

Poremećaji hranjenja pripadaju u najčešće psihičke poremećaje, pa tako Kakhi i McCann (2016) navode da su poremećaji hranjenja treća najpoznatija kronična dijagnoza u adolescentnoj populaciji nakon debljine i astme. Povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama, uključujući i rizik od rane smrti. Učestalost poremećaja hranjenja raste u razvijenim zemljama, a posebno među adolescentima (Hoek, 2003; Gonzalez, 2007; prema: Knez i sur., 2008).

Kada govorimo o poremećajima hranjenja, adolescente možemo sagledati kao posebnu skupinu koja je zbog raznih specifičnosti životnog perioda u kojem se nalazi (razdoblje intenzivne fizičke, seksualne, emocionalne, psihosocijalne i kognitivne promjene) u većem riziku od razvijanja simptoma poremećaja hranjenja. Istraživanja djece oba spola, pokazuju da već u osnovnoj školi djeca žele biti mršavija nego što jesu (Ambrosi-Randić, 2004). Brojke pokazuju da oko 45% djece u osnovnoj školi želi biti mršavije, a 37% djece pokušava različitim ponašanjima smršaviti (Ambrosi-Randić, 2001). Zabrinjavajuće je što se simptomi anoreksije javljaju kod sve mlađe djece, u ranoj adolescenciji ili čak prije početka puberteta.

Kao najčešći poremećaj hranjenja u dječjoj dobi svakako je anoreksija nervoza, dok se prvi simptomi bulimije nervoze rijetko viđaju prije 14. godine (Ambrosi-Randić, 2004). Ipak, i anoreksija i bulimija se najčešće prvi put ipak javljaju u razdoblju adolescencije, zbog čega je važno posebnu pozornost posvetiti upravo ovoj dobnoj skupini, pri čemu se može reći da je srednjoškolska dob najrizičniji period. Poremećaji hranjenja koji se javljaju u razdoblju adolescencije pokazuju različite oblike i intenzitete pa tako se može raditi od blagog nezadovoljstva svojim tijelom, preko različitih ponašanja kojima se pokušava smanjiti tjelesna težina, pa sve do jasnih oblika poremećaja hranjenja – anoreksije i bulimije (Batista, 2019).

U adolescenciji je često zadirkivanje oko izgleda među vršnjacima, a i mnogi odrasli su skloni djeci i adolescentima komentirati tjelesni izgled i težinu. Takvi komentari mogu biti izrazito štetni obzirom je rana izloženost negativnim komentarima o izgledu i težini povezana s većim rizikom za nezadovoljstvo tijelom, razvojem poremećaja hranjenja te slabijim općim psihološkim funkcioniranjem u odrasloj dobi (Thompson i sur., 1996; prema: Meštović, 2014). Imajući navedeno na umu, adolescencija je svakako period u kojem bi se trebalo pojačano usmjeriti na preventivni rad na ovom području.

Poremećaji hranjenja povezuju se s mnogo različitih psiholoških modela, a brojna istraživanja na tu temu naglašavaju složenost njihove etiologije (Pokrajac-Bulian, 2000) te je još uvijek teško odrediti jedinstveni uzročni čimbenik njihovog nastanka. Unatoč tome, pojedini

autori ipak naglašavaju da poremećaji hranjenja značajnim dijelom odražavaju neuspjelu adaptaciju na specifične zadatke adolescencije (Marčinko i sur., 2013).

Unatoč navedenom, pa i brojnoj literaturi koja je dostupna na ovu temu, i dalje ostaje dojam da su poremećaji hranjenja ustvari „tajna bolest“ o kojoj ne govori puno zbog raznih čimbenika: srama, straha od nerazumijevanja i banaliziranja poremećaja, osjećaja krivnje, nedovoljnog znanja o temi, i sl. Iako interes stručnjaka raste, on je i dalje nedostatan u odnosu na rast poremećaja hranjenja, ali i na njihove posljedice. Dojam je da u Hrvatskoj ne postoji stvaran interes za ovu populaciju te je potrebno širiti svijest o navedenim poremećajima te djelovati multidisciplinarno. Trenutno postoje inicijative pojedinih stručnjaka i udruga, ali nužno je ozbiljnije posvećivanje ovom problemu.

Razmišljajući o ranom prepoznavanju rizičnih čimbenika, kao moguće područje djelovanja otvara se i područje rada socijalnog pedagoga. Na poremećaje hranjenja se do sada čini se nije obraćalo veću pozornost kroz prizmu poremećaja u ponašanju, već se na iste gleda prvenstveno kao zdravstveni problem.

Cilj ovog preglednog rada jest prikazati, usporediti i analizirati najznačajnije relevantne znanstvene i stručne spoznaje o poremećajima hranjenja kod adolescenata te dati uvid u preventivne mjere te tretmanske intervencije koje se koriste u liječenju. Ovim radom se također želi problematizirati mjere koje se poduzimaju, istaknuti potrebu daljnjeg razvijanja ovog područja te se osvrnuti na važnost interdisciplinarnog pristupa pa u tom smislu i na značajnije bavljenje ovom problematikom unutar profesije socijalne pedagogije.

Specijalistički rad će biti podijeljen na tri dijela. U prvom dijelu prikazat ćemo opću klasifikaciju i definiciju poremećaja hranjenja, kliničku sliku, epidemiologiju te različita etiološka tumačenja, a posebno ćemo se posvetiti razdoblju adolescencije te posebnostima poremećaja hranjenja u ovoj dobnoj skupini. U drugom dijelu dati ćemo pregled preventivnih mjera te mjera liječenja koje su trenutno dostupne u Hrvatskoj, kao i pojedine primjere liječenja dostupne u Europi i svijetu. U trećem dijelu dati ćemo kritički osvrt na mjere koje se poduzimaju u Hrvatskoj te ćemo se kratko osvrnuti na profesiju socijalne pedagogije, posebno sustav socijalne skrbi, ali i ostale sustave unutar kojih je moguća uloga socijalnog pedagoga u prepoznavanju problema, eventualnom preventivnom djelovanju te tretmanskom djelovanju.

2. POREMEĆAJI HRANJENJA

Poremećaji hranjenja obuhvaćaju širok skup poremećaja koje karakteriziraju psihološka i ponašajna odstupanja povezana s hranjenjem i tjelesnom težinom. Prema Američkom psihijatrijskom priručniku za mentalne poremećaje, DSM-V (2013) poremećaji hranjenja su definirani kao trajni poremećaji hranjenja ili ponašanja povezanim s hranjenjem koje rezultira promijenjenom konzumacijom ili apsorpcijom hrane koja značajno narušava fizičko zdravlje ili psihosocijalno funkcioniranje. DSM-V (2013) opisuje dijagnostičke kriterije za sljedeće vrste poremećaja hranjenja: pika, poremećaj ruminacije, izbjegavajući/restriktivni poremećaj uzimanja hrane (eng. Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, ARFID), anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaj s prejedanjem/kompulzivno prejedanje, drugi specificirani poremećaji prehrane ili poremećaji hranjenja (eng. Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED), nespecificirani poremećaji prehrane ili poremećaje hranjenja (engl. Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED). U ovom preglednom radu obuhvatiti ćemo samo anoreksiju i bulimiju obzirom se ova dva poremećaja hranjenja javljaju upravo u razdoblju adolescencije, čemu svjedoči podatak da je najviše dijagnoza anoreksije i bulimije postavljeno upravo u dobi od 15. do 24. godine (Smink, van Hoeken i Hoek, 2012).

Za postavljanje dijagnoze poremećaja hranjenja potrebno je zadovoljiti dijagnostičke kriterije opisane u DSM-V, odnosno MKB-10 klasifikaciji. Dijagnostički kriteriji su svakako potrebni, no Knez i sur. (2008), smatraju da korištenjem ovako striktno definiranih kriterija može otežati da se poremećaji hranjenja prepoznaju u početnoj fazi poremećaja.

Ako govorimo o adolescentima možemo zaključiti da su glavni oblici poremećaja hranjenja anoreksija i bulimija. Oba poremećaja karakterizira trajna i patološka promjena u navikama hranjenja. Neka obilježja anoreksije i bulimije su slična te osobe često prelaze iz jednog oblika poremećaja u drugi ili se pak kod osobe nalaze obilježja oba poremećaja. Anoreksija i bulimija prvi su se put kao dijagnoze pojavile 1980.g. u DSM – III kao podvrste psihičkih poremećaja u razdoblju djetinjstva i adolescencije (Davidson i Neale, 1999; prema Marčinko i sur., 2013). Iako se radi o dva različita mentalna poremećaja, koji imaju svoje odvojene dijagnostičke kriterije, stopa prelazaka iz anoreksije u bulimiju i obrnuto, viša je nego što ijedna od ove dvije dijagnoze ima sa bilo kojom drugom psihijatrijskom dijagnozom (Smolak i Levine, 2015; prema Balabanić Mavrović, 2022).

Iako se poremećaji hranjenja svrstavaju u mentalne poremećaje, također bi se mogli označiti i kao razvojni poremećaji, obzirom je njihovo porijeklo vrlo često vezano uz razvoj u adolescenciji i tijekom prelaska iz djetinjstva u odraslu dob (Kreipe i Dukarm, 1999; prema Tantillo i Kreipe, 2011). Ako razmišljamo o razvojnoj klasifikaciji, bitno je uzeti u obzir

razvojne spolne, tjelesne i mentalne aspekte adolescencije. Pojava poremećaja hranjenja prije nastupa bilo kojih znakova razvoja sekundarnih spolnih osobina naziva se predpubertetskom ili predadolescentnom ili poremećajem hranjenja u djetinjstvu. Peripubertetski oblici se javljaju u vrijeme pubertetskog sazrijevanja, a postpubertetski nakon uspostavljanja menstrualnog ciklusa. I jedan i drugi oblik se uzimaju kao adolescentni poremećaji hranjenja ili kao rani oblik, u odnosu na one koji se javljaju u mladih osoba nakon završetka adolescentne dobi (Jurčić, 2004).

2.1. Anoreksija nervoza

Anoreksija nervoza je poremećaj kojeg karakterizira trajno ograničenje unosa energije, intenzivan strah od debljanja i poremećaj u vlastitoj percepciji težine ili oblika, a što sve rezultira ozbiljnim gubitkom tjelesne težine. Riječ anorexia je grčkog podrijetla, a označuje odsutnost apetita što nije u potpunosti točno jer anoreksične osobe nemaju slab apetit, već si uskraćuju hranu uslijed straha od debljanja (Davison i Neale, 1999), a tek kada klinički poremećaj znatno napreduje, apetit se bitno smanjuje (Blinder i Chao, 1994; prema Pokrajac-Bulian, 2000). Anoreksiju nervozu je prvi put opisao engleski liječnik Richard Morton još u 17. stoljeću.

Kriteriji za dijagnozu Anoreksije nervoze prema DSM-V (2013) klasifikaciji uključuju:

- A. Ograničavanje unosa energije u odnosu na potrebe što dovodi do značajno niske tjelesne težine u kontekstu dobi, spola, razvojne faze i fizičkog zdravlja. Značajno niska tjelesna težina definirana je kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, kod djece i adolescenata, manja od minimalno očekivane tjelesne težine.
- B. Intenzivan strah od dobivanja na težini ili postajanja debelim, ili uporno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, čak i kod značajno niske tjelesne težine.
- C. Poremećen način doživljavanja vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neprikladan utjecaj tjelesne težine ili oblika tijela na vlastitu samoprocjenu ili uporni nedostatak prepoznavanja ozbiljnosti vlastite niske tjelesne težine.

Osim gubitka tjelesne težine, kao dijagnostički kriterij u DSM-IV, bila je uvrštena i amenoreja (izostanak menstruacije), dok u DSM-V amenoreja više nije navedena kao dijagnostički kriterij. Amenoreja se može pojaviti prije ili nakon značajnog gubitka tjelesne

težine, a kod djevojčica u prepubertetu, menarha, odnosno pojava prve menstruacije, može biti odgođena zbog razvoja samog poremećaja (Pokrajac-Bulian, 2000).

Postoje dva tipa anoreksije (DSM-V, 2013):

1. Restriktivni tip: Tijekom posljednja 3 mjeseca, osoba nije sudjelovala u ponavljajućim epizodama prejedanja ili ponašanja čišćenja (tj. samoizazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira). Mršavljenje se prvenstveno postiže dijetom, postom i/ili pretjeranom tjelovježbom.
2. Purgativni tip: Tijekom posljednja 3 mjeseca, osoba je učestvovala u ponavljajućim epizodama prejedanja ili ponašanja čišćenja (tj. samoizazvanog povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).

Kao što vidimo, tipovi anoreksije podijeljeni su ovisno o ponašanjima kojima osoba postiže sprečavanje porasta tjelesne težine. Prelaženje i miješanje između ova dva tipa tijekom poremećaja nije neuobičajeno pa bi se opis podtipa trebao koristiti za opisivanje trenutnih simptoma, a ne kao longitudinalni tijek poremećaja.

Kod tipičnih slučajeva anoreksija nervoza počinje u adolescenciji s vidljivim gubitkom kilograma i postizanjem niske tjelesne težine, a gubitak kilograma nastavlja se provođenjem vrlo stroge dijete. Neke se osobe uz držanje dijete bave pretjeranim ili kompulzivnim vježbanjem, dok druge izazivaju povraćanje ili koriste laksative. Iako većina osoba sa anoreksijom kao povod za izgladnjivanje navode prekomjernu tjelesnu težinu i pokušaj smanjivanja iste, istraživanja pokazuju da je 20% bolesnica prije nastupa simptoma anoreksije imalo tjelesnu težinu manju od prosjeka, 50% imalo je normalnu, a tek 30% prekomjernu tjelesnu težinu (Vidović, 1998; prema Marčinko i sur., 2013.) Početak patološkog doživljavanja svog tijela, hranjenja i odnosa prema hrani nastaje kada osoba uporno spušta prag svoje željene težine sve niže i niže (Jurčić, 2004). Osobe s anoreksijom nervozom imaju, barem prije intenziviranja simptoma poremećaja, normalan osjećaj gladi, ali je karakteristično da se susprežu od jedenja, što im svakako daje osjećaj kontrole i moći. Intenziviranjem simptoma poremećaja postoje dokazi da je njihova percepcija gladi i sitosti izmijenjena te često nakon uzimanja i manje količine hranje, navode osjećaj nadutosti ili mučnine (Ciboci, 2015; prema Batista, 2019).

Tijek i ishod anoreksije nervoze vrlo su varijabilni. Mlađe osobe mogu pokazivati atipične karakteristike, uključujući poricanje "straha od debljanja", dok stariji češće imaju dulje

trajanje bolesti, a njihova klinička slika može uključivati više znakova i simptoma dugotrajnog poremećaja. Brojne studije pokazuju da osobe s anoreksijom često iskazuju i simptome drugih psihijatrijskih poremećaja: depresivni su, opsjednuti razmišljanjem o težini i hrani te prakticiraju kompulzivne rituale poput onih u opsesivno-kompulzivnim poremećajima (Walsh i Devlin, 1998; Attia i sur., 1998; prema: Ambrosi-Randić, 2004).

2.2. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza je poremećaj koji uključuje ponavljajuće epizode prejedanja, ponavljajuća neprikladna kompenzacijska ponašanja za sprječavanje debljanja te samoprocjena na koju pretjerano utječu oblik tijela i težina

Kriteriji za dijagnozu Bulimije nervoze prema DSM-V (2013) klasifikaciji uključuju:

- A. Ponavljajuće epizode prejedanja, pri čemu epizoda prejedanja ima dva obilježja:
 - Jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar bilo kojeg razdoblja od 2 sata), količine hrane koja je definitivno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju pod sličnim okolnostima.
 - Osjećaj nedostatka kontrole nad jedenjem tijekom epizode (npr. osjećaj da ne možete prestati jesti ili kontrolirati što ili koliko jedete).
- B. Ponavljajuća neprikladna kompenzacijska ponašanja kako bi se spriječilo debljanje, kao što je samoizazvano povraćanje; zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova; post; ili pretjerano vježbanje.
- C. Prejedanje i neprikladno kompenzacijsko ponašanje javljaju se u prosjeku najmanje jednom tjedno tijekom 3 mjeseca.
- D. Samoprocjena je pod neopravdanim utjecajem oblika i težine tijela.
- E. Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

U DSM-IV bulimija je bila podijeljena na purgativni (nakon prejedanja javlja se samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa ili diuretika), te nepurgativni oblik, (prejedanje se regulira naknadnim smanjenjem unosa hrane, dijetnim epizodama i/ili opsesivnim vježbanjem), dok u DSM-V više nema te podjele. Tjelesna težina kod bulimije je u granicama normalne težine ili malo viša, uz prisutan strah od debljanja. (Balabanić-Mavrović, 2022). Prejedanje se najčešće odvija potajno te osoba pokušava prikriti svoje simptome zbog

osjećaja srama (Grabhorn i sur., 2005; prema Mustapić, 2016). Tijekom prejedanja, osoba ima tendenciju jesti hranu koju bi inače izbjegavala, a prejedanje se često nastavlja sve do osjećaja neugodne ili bolne sitosti. Najčešća kompenzacijska ponašanja su povraćanje i zloupotreba laksativa, i to u čak 90% osoba oboljelih od bulimije (Mehler i Brown, 2015). Kod bulimije je također prisutna izražena želja za mršavosti i smanjenju tjelesne težine, no ona se postiže drugačijim ponašanjima nego kod anoreksije. Njihova čežnja za hranom i jedenjem je prejaka da bi ju savladali te se prejedaju, međutim, nakon prejedanja, zbog osjećaja krivnje i straha od debljanja, povraćaju. Veliku sličnost između anoreksije i bulimije predstavlja patološko doživljavanje vlastitog tijela, nezadovoljstvo tijelom te stavljanje pretjeranog naglaska na oblik i veličinu tijela, a navedeno je glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje (Marčinko i sur. 2013).

Bulimiju nervozu prvi put je opisao 1979.g. britanski psihijatar Gerald Russel i to kao varijantu anoreksije. Kao i kod anoreksije, poremećaj se javlja u doba adolescencije ili u ranoj odrasloj dobi. Trećina bulimičnih osoba ima u svojoj povijesti bolesti anoreksiju (Ambrosi-Randić, 2004).

2.3. Drugi specificirani poremećaji hranjenja

Ova se kategorija odnosi na poremećaje hranjenja u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja, a koji uzrokuju klinički značajan distress ili oštećenje u društvenim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ne ispunjavaju sve kriterije za bilo koji od poremećaja hranjenja (DSM-V, 2013). U praksi je vidljivo da je upravo ova grupa poremećaja najzastupljeniji oblik poremećaja hranjenja. Ako govorimo samo o anoreksiji i bulimiji to mogu biti (DSM-V, 2013):

- Atipična anoreksija kada su svi kriteriji za anoreksiju nervozu ispunjeni, osim što je unatoč značajnom gubitku tjelesne težine, težina pojedinca unutar ili iznad normalnog raspona.
- Netipična bulimija (niske učestalosti i/ili ograničenog trajanja) kada su svi kriteriji za bulimiju nervozu ispunjeni, osim što se prejedanja i kompenzacijska ponašanja javljaju u prosjeku manje od jednom tjedno i/ili kraće od 3 mjeseca.

Ova skupina postojala je također i u DSM-IV klasifikaciji pod nazivom nespecifični poremećaji hranjenja, a iz koje se, u DSM-V izdvojilo kompulzivno prejedanje kao zasebna

kategorija. Dostupni podaci pokazuju da je prosječna dob početka kompulzivnog prejedanja kasna adolescencija ili rane dvadesete godine (Fairburn, 1995; prema Božić i Macuka, 2017), tako da se u ovom radu nećemo posebno baviti kompulzivnim prejedanjem.

2.4. Transdijagnostička perspektiva

Kao što smo gore prikazali, dijagnostički kriteriji jasno definiraju određeni poremećaj hranjenja, no, u kliničkoj praksi pojavni oblici ovih poremećaja nisu tako jasni. Simptomi anoreksije i bulimije učestalo prelaze jedni u druge i međusobno se izmjenjuju, što predstavlja podlogu ideje o kontinuumu, a ne kategorijama poremećaja (Ambrosi-Randić, 2004). Čini se da je medicinska klasifikacija poremećaja hranjenja više umjetna podjela te da ne odgovara kliničkoj realnosti, odnosno da vjerojatno postoji samo jedan poremećaj hranjenja. Susrećući u kliničkom radu osobe sa anoreksijom, bulimijom ili drugim specificiranim poremećajem hranjenja uočavamo njihovu međusobnu sličnost. Sva tri poremećaja hranjenja dijele većinu karakteristika, izmjenjuju se te se ne razvijaju u druge mentalne poremećaje, što potvrđuje da ih održavaju zajednički mehanizmi. Transdijagnostička teorija, koju su razvili Fairburn i njegovi kolege s Oxforda gleda na poremećaje hranjenja kao na jedinstvenu dijagnostičku kategoriju, a ne tri odvojena poremećaja. Prema transdijagnostičkoj teoriji osoba ima poremećaj hranjenja ako su prisutne ove karakteristike (Dalle Grave, 2014):

1. Odstupanja u ponašanju hranjenja i/ili u ustrajnim ponašanjima kontrole težine (npr. tijekom najmanje tri mjeseca),
2. Pridavanje prevelike važnosti težini i/ili obliku tijela i/ili kontroli hranjenja,
3. Štete za tjelesno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje uzrokovane odstupanjima ponašanja i/ili pridavanja prevelike važnosti težini, obliku tijela ili kontroli hranjenja,
4. Navedena odstupanja u ponašanju ne smiju biti sekundarna bilo kojem drugom medicinskom ili psihijatrijskom poznatom stanju.

Transdijagnostički model prepostavlja temeljnu psihopatologiju koju nalazimo u sva tri oblika poremećaja hranjenja (anoreksiji, bulimiji, i nespecifičnom poremećaju hranjenja), a to je disfunkcionalna kognitivna shema koja uključuje nisko samopouzdanje, visoki perfekcionizam, netoleranciju „loših“ raspoloženja i poteškoće u odnosima s drugim ljudima (Brytek-Matera, 2017).

Lampard i sur. (2013) napravili su evaluaciju transdijagnostičkog model poremećaja hranjenja te su došli do nalaza da je u srži održavanja poremećaja hranjenja sustav disfunkcionalne samoevaluacije. Zbog toga što je teško kontinuirano ustrajati u suzdržavanju od jedenja dolazi do prejedanja, a prejedanje onda održava srž psihopatologije tako što dodatno pojačava zabrinutost osobe oko toga koliko je sposobna kontrolirati vlastito hranjenje, oblik tijela i težinu. Zabrinutosti potiču još jače suzdržavanje od jedenja, što ponovno povećava rizik od prejedanja te se takvo ponašanje vrti u krug.

2.5.Epidemiologija

Cjeloživotna prevalencija za anoreksiju nervozu iznosi 0,4-3,7%, dok je za bulimiju-nervozu ona 1,2-4,2%. Iz dostupnih podataka proizlazi da su poremećaji hranjenja treća najčešća kronična bolest u adolescenata. Drugi specificirani poremećaji hranjenja javljaju se u adolescenata češće od anoreksije i bulimije nervoze zajedno (Gonzalez, 2007; prema Knez, 2008). Prevalencija poremećaja prehrane do sada je možda podcijenjena. Velik broj prijašnjih epidemijskih studija nije obuhvatio sve vrste poremećaja hranjenja te je mali broj studija koje su koristile dijagnostičke kriterije DSM-V klasifikacije (Qian, 2022). Za procjenu epidemiologije poremećaja hranjenja također je važno spomenuti i specifičnost ove populacije koja nastoji prikriti postojanje poremećaja ili umanjiti simptome te ne traže ili izbjegavaju stručnu pomoć.

Pregledom svjetskih epidemioloških studija Hoek (2016) izvještava da epidemiološki podaci ukazuju na porast poremećaja hranjenja. Prema preglednom radu Galmiche i suradnika (2019), trenutna prosječna prevalencija (engl. point prevalence) poremećaja hranjenja temeljem rezultata 73 istraživanja iznosila je 5.7% za žene te 2.2% za muškarce. Prosječna životna prevalencija (engl. lifetime prevalence) na temelju rezultata 33 istraživanja za anoreksiju nervosu iznosila je 1.4% kod žena i 0.2% kod muškaraca, a za bulimiju nervosu 1.9% kod žena i 0.6% kod muškaraca (Galmiche i sur., 2019). Rezultati pregleda 94 studije o poremećajima hranjenja dali su ponderirane prosjeke prevalencije različitih poremećaja hranjenja od 8,4% (3,3%-18,6%) za žene i 2,2% (0,8%–6,5%) za muškarce (Galmiche i sur., 2019). U istom pregledu studija vidljivo je povećanje od 3,5% za razdoblje 2000.g.- 2006.g. na 7,8% za razdoblje 2013.g.-2018.g.

Prevalencija poremećaja hranjenja primjenom DSM-V drugačija je od one pri uporabi DSM-IV. Doživotna prevalencija anoreksije korištenjem DSM-V kriterija je 0,89%, što je 8,9

puta više nego korištenjem DSM-IV, dok je za bulimiju objedinjena životna prevalencija korištenjem DSM-V 1,41%, što je 2,5 puta više nego korištenjem DSM IV kriterija (Qian i sur. 2022). Smink i sur. (2014) u svojoj studiji nizozemskih adolescenata procjenjivali su prevalencije poremećaja hranjenja također prema DSM-V kriterijima. Rezultati njihove studije pokazuju da je dijagnoza bilo kojeg poremećaja hranjenja prema DSM-V kriterijima utvrđena u 5,7% ženskih adolescenata i u 1,2% muških adolescenata. DSM-V kriteriji za poremećaje hranjenja učinkovito su smanjili doprinos rezidualne kategorije, sa 64,4% (DSM-IV nespecifični poremećaji hranjenja) na 15,5% (DSM 5 nespecificirani poremećaji hranjenja), međutim, životna prevalencija bilo kojeg poremećaja hranjenja povećala se s primjenom kriterija DSM-V klasifikacije.

Van Eeden i sur. (2021) napravili su pregled nedavno objavljenih studija o epidemiologiji anoreksije nervoze i bulimije nervoze te su kao ključne podatke izdvojili slijedeće:

- Ukupna stopa incidencije anoreksije nervoze prilično je stabilna, a bulimije nervoze s vremenom opada.
- Učestalost anoreksije nervoze raste kod mlađih osoba (u dobi manje od 15 god.), međutim nije jasno odražava li to ranije otkrivanje ili raniju dob početka poremećaja.
- Tijekom života od anoreksije nervoze oboli do 4% žena i do 0,3% muškaraca, a od bulimije nervoze do 3% žena i više od 1% muškaraca.

Najčešća dob za pojavu poremećaja hranjenja je od 14. do 18. godine, no bilježi se rast simptoma anoreksije nervoze među djevojkama mlađim od 12 godina. Procjenjuje se da ovi slučajevi čine 5% oboljelih od anoreksije, a dugoročno praćenje djece u koje je anoreksija dijagnosticirana prije 11-te godine ukazuje na činjenicu da je pojava bolesti u mlađoj dobi povezana s lošijom prognozom izlječenja (Halvarsson, 2000; prema Knez, 2008).

Kada govorimo o Hrvatskoj procjenjuje se da od poremećaja hranjenja boluje 35.000 – 45.000 osoba. Iako je to brojka koja uključuje i odrasle osobe, većinom se radi o adolescenticama (Sambol i Cikač, 2015). Istraživanje objavljeno 2020. godine, koje je uključivalo 26 zemalja EU, pokazalo je da od 2002. do 2014. godine postoji značajan porast ponašanja usmjerenih na redukciju tjelesne težine kod adolescenata oba spola u Hrvatskoj (Dzielska i sur., 2020) te je zabilježen značajan porast tih ponašanja sa 6,2% na 11,9%. U 26 ispitanih zemalja, ukupna dobno prilagođena stopa prevalencije ponašanja usmjerenih na

redukciju tjelesne težine bila je 10,2% među dječacima i 18,0% među djevojčicama. U većini zemalja došlo je do značajnog povećanja postotka ponašanja usmjerenih na redukciju tjelesne težine među dječacima.

Također je važno spomenuti da je pandemija COVID-19 pridonijela stvaranju globalnog konteksta koji povećava rizik od obolijevanja od poremećaja hranjenja, ali i ograničava dostupnost tretmana, pa je tako tijekom pandemije značajna skupina pacijenata prijavila reaktivaciju simptoma poremećaja hranjenja, osobito restrikciju u prehrani, pretjerano vježbanje, strah od debljanja uz pojačane emocionalne simptome, kao što su depresija i anksioznost (Graell i sur., 2020).

2.6. Posljedice

Navode se četiri područja života kojima poremećaji hranjenja mogu potencijalno naštetiti: tjelesno zdravlje, psihološko funkcioniranje, međuljudski odnosi, te škola i posao. Što poremećaj hranjenja duže traje i što je ozbiljniji, teže će biti posljedice za osobu (Dalle Grave, 2014).

Poremećaji hranjenja kod adolescenata mogu dovesti do značajnih zdravstvenih komplikacija u svakom organskom sustavu tijela koje se razvija i raste. Mnoge od njih su reverzibilne i liječe se isključivo nutritivnom potporom. S druge strane, pojedine komplikacije su ireverzibilne, a njihove dugoročne posljedice, obzirom da najčešće počinju u godinama najintenzivnijeg razvoja, su nepoznate (Palčevski i Peršić, 2008). Adolescenti su svakako ranjiviji na učinke loše prehrane i gubitka težine jer su im organi još nezreli te ako normaliziranje stanja uhranjenosti kasni ili je nepotpuno, ishod može biti dugotrajan. Tri medicinske komplikacije zaslužuju posebnu pozornost: osteopenija i osteoporoza, zaustavljanje ili kašnjenje rasta te zakašnjeni ili blokirani pubertet (Dalle Grave, 2014). Od svih poremećaja hranjenja najveći mortalitet ima anoreksija nervoza, obično kao posljedica elektrolitnog disbalansa, srčanih aritmija ili kongestivnih srčanih grešaka. Usporen rast, kao i mogućnost trajno niskog rasta je značajna medicinska komplikacija anoreksije, kao i zaostatak u psihoseksualnom razvoju, slabljenje libida, poremećaj menstruacije, kasniji nastup puberteta, problemi s trudnoćom... Većina se tih poremećaja rješava oporavkom tjelesne težine, ali unatoč njenoj normalizaciji mogu trajati godinama (npr. amenoreja). Obzirom je mineralizacija kostiju najizrazitija tijekom adolescencije, anoreksija može remetiti formiranje i sazrijevanje kostiju te je osteopenija komplikacija od koje se bolesnici s anoreksijom najteže oporavljaju. Također

postoje snažni dokazi da se u adolescenata s anoreksijom razvijaju strukturalne i funkcionalne promjene mozga (Palčevski i Peršić, 2008). Zbog prejedanja i pražnjenja kod bulimičnih su osoba česte fiziološke posljedice kao što su upale grla i ždrijela, oštećene žlijezde slinovnice, oštećena struktura zubi, oštećene crijevne stijenke, nutritivni deficiti i dehidracija, a zbog smanjene koncentracije kalija postoji rizik od zastoja srca (Davidson i Neale, 1999; Marčinko i sur. 2013).

Psihološki problemi koji se obično povezuju s poremećajima hranjenja su: nisko samopoštovanje, tjeskoba, opsesivni simptomi, samokritičnost, iritabilnost, promjene raspoloženja, depresija i dr. Niska težina se povezuje s promjenama raspoloženja, depresijom, smanjenjem energije, poteškoćama sa spavanjem, smanjenjem seksualnog interesa i povećanjem opsesivnosti, dok prejedanje generira sram, osjećaj krivnje, tugu i samokritičnost. Psihološke promjene najčešće slabe s povlačenjem samog poremećaja, no često psihološki problemi mogu i prethoditi poremećaju hranjenja ili s njime suppostojati (Dalle Grave, 2014).

Kod osoba s poremećajima hranjenja problemi u međuljudskim odnosima su uobičajeni. Oni mogu biti čimbenik rizika, mehanizam održavanja, ali i posljedica poremećaja hranjenja. Kod adolescenata su česte poteškoće u odnosima s roditeljima i prijateljima, zapostavljanje prijateljstva te potpuno društveno izoliranje. Na području obrazovanja u početnim fazama poremećaja hranjenja, uobičajeno je pretjerano zalaganje u školi uz izvrsne rezultate te dobivanje pohvala, međutim, uz izostanak zadovoljstva postignutim rezultatima i svojim radom. S napredovanjem poremećaja dolazi do problema s koncentracijom, pažnjom i razumijevanjem. Kod teških poremećaja hranjenja dolazi do prekida školovanja ili radnog odnosa (Dalle Grave, 2014).

3. ETIOLOGIJA

Etiologija poremećaja hranjenja nije nimalo jednostavna te u literaturi postoji mnoštvo podataka iz kojih je vidljivo da na razvoj simptoma poremećaja hranjenja utječe kombinacija različitih bioloških, psiholoških i sociokulturnih predisponirajućih čimbenika.

Razvoj poremećaja hranjenja može se gledati kao proces koji se sastoji od tri stadija (Cooper, 1995 ; prema Ambrosi-Randić, 2001). Početni stadij obuhvaća vrijeme od rođenja do pojave prethodnice u ponašanju tijekom koje pojedinac može biti izložen određenim predisponirajućim čimbenicima. Oni se javljaju prije razvoja samog poremećaja hranjenja i povećavaju rizik za njegov razvoj. Drugi stadij obuhvaća razdoblje od razvoja prethodnika u

ponašanju do jasnog nastupa poremećaja. U najvećem broju slučajeva prethodnik je dijete, koja se često javlja prije anoreksije i bulimije. U ovom razdoblju precipitirajući čimbenici u kombinaciji s djetom mogu povećati opasnost za nastanak poremećaja. To mogu biti događaji koji su dio normalnog razvoja kao što su pubertet, napuštanje roditeljskog doma, početak romantičnih veza, ali i različiti okolinski čimbenici kao što su određeni gubici, bolest, komentari u vezi s izgledom. Nakon što je poremećaj nastupio, interakcija održavajućih i zaštitnih čimbenika će odrediti hoće li bolest biti kronična ili prolaznog tipa.

Predisponirajući čimbenici koji se javljaju u prvom stadiju su brojni, a možemo ih svrstati u tri skupine: biološke, psihološke i sociokulturne.

3.1. Biološki čimbenici

Genetska istraživanja pokazuju postojanje određene urođene predispozicije za razvoj poremećaja hranjenja. Bulimija je češća u obiteljima gdje su zabilježeni slučajevi bulimije, a anoreksija u obiteljima gdje netko od članova obitelji boluje od anoreksije što ukazuje na postojanje specifične sklonosti (Treasure i Holland, 1995; prema Pokrajac-Bulian, 2000). Ryle (1936; prema Dalle Grave, 1996; prema Ambrosi-Randić, 2004) prikazujući analizu 51 slučaja anoreksije dolazi do rezultata koji potvrđuju da postoji veća učestalost anoreksije među članovima obitelji u odnosu na prosjek. Ista autorica navodi kako je očito da određeni genetski prijenos postoji, ali da još uvijek nije potpuno jasno što se točno prenosi. Djevojke određene tjelesne konstitucije koje imaju veću tjelesnu težinu i više tjelesne masnoće, nezadovoljnije su svojim izgledom, češće su na dijete i pokazuju simptome poremećaja hranjenja (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Killen i sur., 1994; Lacey, 1992; sve prema Pokrajac-Bulian, 2000). Kako je tjelesna težina 70% nasljeđena, evidentno je obiteljsko opterećenje, pa će tako i težina djece odstupati u većoj mjeri od idealne (Connors, 1996; prema Pokrajac-Bulian, 2000).

Kao aktualni indikator tjelesne težine koristi se indeks tjelesne mase (ITM), tj. Quetletov indeks, koji se dobiva tako da se tjelesna težina u kilogramima, podijeli kvadratom tjelesne visine izražene u metrima (Garrow i Webster, 1985 prema Ambrosi – Randić, 2001). Može se kretati u rasponu od 10 – 50, s time da se u praksi najčešće koriste tri osnovne kategorije za interpretaciju indeksa tjelesne mase: do 19 = ispodprosječna tjelesna masa; od 20 – 25 = prosječna tjelesna masa; iznad 25 = iznadprosječna tjelesna masa. Ove se norme primjenjuju za muškarce i žene iznad 16. godine, dok je za djecu i adolescente neophodno koristiti tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol. Svakako prilikom dijagnosticiranja

poremećaja hranjenja, treba obratiti pažnju i na tjelesnu građu, dosadašnju tjelesnu težinu, te očekivani indeks tjelesne mase u pojedinoj populaciji.

Kada govorimo o biološkim čimbenicima veliku važnost pridajemo spolu i dobi. Procjenjuje se da se poremećaji hranjenja javljaju kod ženskog spola u više od 90% slučajeva, dok 5-10% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci (Pehar, 2016). Nisu točno poznati razlozi zašto poremećaji hranjenja pogađaju više žene nego muškarce. U literaturi se kao mogući razlozi spominju: različita učestalost provođenja dijete kod žena i muškaraca te prirodna spolna selekcija – žene lakše podnose neuzimanje hrane od muškaraca, ženska sklonost nakupljanja masnoće u tkivu koja im dopušta suočavanje s izvanrednim životnim događajima, pubertetski razvoj koji je kompliciraniji kod djevojaka u odnosu na mladiće te posebna predispozicija žena za razvoj depresije pri čemu poremećaji hranjenja mogu biti oblik depresivnog poremećaja (Faccio, 1999; prema Ambrosi-Randić, 2004), ali i mogući nepoznati genetski i biološki čimbenici koji predodređuju žene da razviju poremećaj hranjenja. Spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom dobivene na uzorku australskih adolescenata, pokazuje da se ono javlja kod oko 43% djevojaka i 12% mladića (Wang i sur., 2005; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2007). Kada se govori o dobi, posebnu pozornost treba usmjeriti na pubertet i razvojne osobitosti ovog razdoblja. Početak puberteta označava kraj djetinjstva, a kronološki navješćuje razdoblje rane adolescencije. Ako samo uzmemo u obzir biološku osnovu vidimo da se radi o cijelom nizu složenih, međusobno povezanih promjena neuroendokrine osnove, a somatske promjene se ogledaju u naglim promjenama fizičkih dimenzija tijela, s promjenama tkiva, sastava tijela i razvoja sekundarnih spolnih obilježja (Spear, 2002; prema Jurčić, 2004). Pubertet je razdoblje koje je već samo po sebi obilježeno emocionalno jakim procesima poput oblikovanja i razvoja identiteta, otkrivanja spolnosti, emocionalne nestabilnosti itd. Tijelo se znatno mijenja u razdoblju puberteta – kod djevojaka rastu grudi, dobivaju na tjelesnoj masi, dok mladići rastu u visinu, šire im se ramena, i sl. Djevojke su time generalno nezadovoljnije jer se fizičkim promjenama koje se događaju u pubertetu one odmiču od ideala tijela, a kod mladića je situacija suprotna jer njihove fizičke promjene u pubertetu idu prema idealu muškog tijela – rastu u visinu, dobivaju na masi, vrat im se širi i sl. te njihova tijela postaju sve sličnija društveno prihvaćenom idealu (Pokrajac-Bulian, Stubbs, Ambrosi-Randić, 2004). Također „timing“ spolnog sazrijevanja i tempo kojim se odvijaju promjene u pubertetu stvaraju tjelesne i mentalne razlike u odnosu na vršnjake, pa svaka devijacija izvan uobičajenog može potaknuti simptome poremećaja hranjenja (Jurčić, 2004).

Jedan od ključnih čimbenika razvoja poremećaja hranjenja u toj životnoj dobi je držanje dijete. Mogući procesi zbog kojih osoba počinje provoditi dijetu tijekom adolescencije vrlo su složeni (Dalle Grave, 2015): zbog nedovoljno definiranog identiteta naglašena je sklonost da se vlastito tijelo procjenjuje na temelju tjelesnog izgleda pri čemu se iznimna važnost daje mršavosti kao sinonimu ljepote; kao što smo već i spomenuli pubertet kod djevojaka dovodi do tjelesnih promjena u povećanju tjelesne mase te one počinju sa dijetnim ponašanjima kako bi izgubile na težini; različite stresne situacije mogu ugroziti osjećaj samokontrole te se i dijeta koristi kao sredstvo brzog postizanja samokontrole; provođenje dijete i mršavljenje, s posljedičnim vraćanjem prepubertetskih karakteristika, može predstavljati sigurno utočište u adolescenciji koje štiti od izazova okoline.

3.2. Psihološki čimbenici

Skupina psiholoških čimbenika u nastanku poremećaja hranjenja čini se najbrojnija, a najčešće se spominju: depresivnost, nisko samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, perfekcionizam, poremećaji ličnosti i anksioznost.

U ranijim istraživanjima ličnosti nalazi se da samo 25% osoba oboljelih od anoreksije ima „zdravu“ strukturu ličnosti u djetinjstvu, dok ostali manifestiraju osobine histerične, opsesivno-kompulzivne ili anksiozne ličnosti (Dally, 1969; prema Sohlberg i Strober, 1994; prema Pokrajac-Bulian, 2000).

Zanimljivo je istraživanje Beato-Fernandez i Rodriguez-Cano (2005; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2007), koje jasno pokazuje različito funkcioniranje muških i ženskih adolescenata pa tako djevojčice od 13 godina koje iskazuju simptome poremećaja hranjenja, imaju izraženije i neke psihijatrijske probleme, dok dječaci u toj dobi više problema imaju s uspostavljanjem adekvatnih socijalnih veza. Te razlike postaju još izraženije u dobi od 15 godina.

Istraživanja pokazuju kako kod oboljelih od anoreksije, prije nastupa samog poremećaja, već u djetinjstvu i u adolescenciji postoji viša razina anksioznosti i depresije, crte perfekcionizma i opsesivnosti. Djevojčice su često u djetinjstvu proglašavane najboljima, sklone su redu i poslušne, sa često visoko prisutnom crtom izbjegavanja opasnosti, koja se povezuje s tendencijom pretjeranom kriticismu i sumnjičavosti uz strahove vezane za budućnost i visoku anksioznost. Ove crte ličnosti često su naglašene i kod članova obitelji koji ne iskazuju simptome poremećaja hranjenja, što ukazuje na važnost biološke, odnosno

nasljedne komponente. Dio ovih crta ličnosti ostaje nepromijenjen i nakon oporavka od bolesti (Marčinko i sur., 2013).

U literaturi se spominje visok stupanj povezanosti između poremećaja hranjenja i depresije. Još su Taylor i Cooper (1986; prema Vidović, 2009) dokazali da postoji povezanost između poremećenih navika jedenja i depresije te da su socijalne teškoće i introverzija koje upućuju na otežani adolescentni razvoj povezane s razvojem poremećaja hranjenja. Nezadovoljstvo tijelom je jedan od simptoma depresije i može biti posebno karakterističan za depresivne adolescente. McCarthy (1990) pretpostavlja da se razvoj depresije i poremećaja hranjenja među ženama javlja u funkciji nezadovoljstva tijelom koje je uzrokovano percipiranom diskrepancijom između aktualne i idealne predodžbe o vlastitom tijelu. Nezadovoljstvo tijelom potiče ponašanja držanja dijete, dijeta je ustvari pokušaj uspostavljanja kontrole nad svojom težinom i izgledom ali posredno i pokušaj suzbijanja depresivnog raspoloženja. Sander i sur. (2021) proveli su istraživanje na većem broju mladih žena između 12-25 godina te su pronašli snažnu povezanost između anksioznosti/depresije i poremećaja hranjenja. Autori navode da su ovakvi nalazi u skladu i sa drugim istraživanjima koja su također pokazala da je veća anksioznost povezana s težim simptomima poremećaja hranjenja (npr. Garcia, S.C., 2020; Vall, E., 2015; Smith, K.E., 2018; Keyes, K.M., 2019.). Dok su kasna adolescencija i mlađa odrasla dob bili povezani s težim simptomima poremećaja hranjenja, mlađi su sudionici pokazali jaču vezu između anksioznosti/depresije i simptomatologije poremećaja hranjenja. Rezultati dodatno potvrđuju postojeće dokaze da adolescentice i mlađe odrasle osobe s niskim samopoštovanjem, visokim perfekcionizmom i disfunkcionalnom regulacijom raspoloženja pokazuju ozbiljnije simptome poremećaja prehrane

Perfekcionizam se u literaturi često spominje kao mogući rizični čimbenik za razvoj poremećaja hranjenja, ali isto tako i kao čimbenik koji održava već postojeći poremećaj hranjenja. Većina istraživanja na ovu temu pokazuju povećane razine kako maladaptivnog tako i adaptivnog perfekcionizma kod osoba s anoreksijom i bulimijom u odnosu na kontrolne grupe bez simptoma poremećaja hranjenja (Bardone-Cone i sur., 2007).

Nadalje, samopoštovanje je područje čiji deficiti se povezuju s raznim drugim poremećajima, pa tako i s poremećajima hranjenja. Tome u prilog ide i činjenica da poremećaji hranjenja više pogađaju žene, a što se može povezati sa time da je samopoštovanje kod žena više vezano uz vanjske čimbenike, kao što je tjelesni izgled, a ne internalizirani proces (Ambrosi-Randić, 2004). Frieiro i sur. (2022) potvrdili su povećanje ponašanja povezanih s

poremećajima hranjenja kada je samopoštovanje nisko, a što je u skladu i sa prethodnim istraživanjima koje autori navode (Jordana-Ovejero i sur., 2020.; Maganto i sur., 2016.; van Noort i sur., 2018.).

Samopoštovanje općenito se u razdoblju adolescencije temelji prije svega na slici o vlastitom tijelu, te sukladno tome, ukoliko je slika o vlastitom tijelu većinom negativna kod adolescenata dolazi do različitih negativnih emocija i uvjerenja, smanjenja samopoštovanja, depresivnih i anksioznih simptoma, te opsesivno kompulzivnih simptoma (Levine i Smolak, 2002; prema Pokrajac-Bulian, 2005). I drugi autori navode da postoji povezanost između samopoštovanja, odnosno doživljaja sebe, i zadovoljstva s tijelom, odnosno, vlastitom fizičkom privlačnošću (Vidović i sur., 2008). May i sur. (2006; prema Batista, 2019) bavili su se razvojnim tijekom konstrukta zabrinutosti za tjelesnu težinu kod adolescenata te su utvrdili različite obrasce promjena u zabrinutosti za težinu kod djevojčica i dječaka. Kod djevojčica tako zabrinutost za težinu počinje u ranoj adolescenciji, povećava se protekom vremena, te dostiže vrhunac u dobi od 16 godina, da bi nakon 16-te godine počela padati. Podatke o nezadovoljstvu tijelom već u ranoj adolescenciji potvrđuju i rezultati istraživanja koja je provela Juli (2017), a koji pokazuju da je u dobi između 10 i 15 godina već prisutna zabrinutost za oblik tijela i to bez razlike među spolovima. Iako je 45% uzorka bilo pothranjeno, svi su navodili da žele imati manju težinu, a većina ispitanih adolescenata ima jaku zabrinutost za svoj fizički izgled. Ovakvi pokaci posebno zabrinjavaju ako znamo da nezadovoljstvo tijelom u ranom uzrastu može dovesti do razvoja problema s hranjenjem u adolescenciji (Smolak, 2002; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2005).

U adolescenciji raste razlika između percipiranog i idealnog tjelesnog izgleda što čini plodno tlo za razvoj nezadovoljstva tijelom. Zbog pojačane svjesnosti samih sebe koja se događa u razdoblju adolescencije, drastične promjene u tjelesnom izgledu koje se događaju u pubertetu, svakako zauzimaju značajnu ulogu u životima adolescenata (Levine i Smolak, 2002; Davison i McCabe, 2006; prema Erceg Jugović, 2015), a tjelesni izgled postaje jedna od glavnih preokupacija (Ambrosi-Randić, 2004). Držanje dijeta toliko je učestalo u adolescenciji da neki autori navode da je postalo uobičajeno „socijalizacijsko iskustvo odrastanja adolescentica“ (Habermas, 2015; prema Balabanić Mavrović, 2022). Poremećaji hranjenja javljaju se u dva različita razdoblja razvojnih tranzicija: u prijelaznom razdoblju adolescencije i tijekom kretanja iz adolescencije prema ranoj odraslosti. Zadaci tranzicije rane adolescencije, između ostalog, uključuju integriranje nove, izmijenjene slike tijela u sliku o sebi, slabljenje veze s roditeljima i javljanje veće psihološke i fizičke autonomije (Attie&Brooks-Gunn, 1992; prema Pokrajac-

Bulian, 2000). Slično pokazuju i rezultati desetogodišnjeg longitudinalnog istraživanja, do povećanja nezadovoljstva tijelom i kod adolescenata oba spola dolazi na prijelazu iz osnovne u srednju školu, a daljnji porast nezadovoljstva tijelom primjećuje se i tijekom prelaska u ranu odraslu dob (Bucchianeri i sur., 2013).

Nezadovoljstvo vlastitim tijelom može biti različitog intenziteta, od laganog nezadovoljstva pojedinim dijelovima tijela pa sve do visokog omalovažavanja vlastitog izgleda, pri čemu osobe mogu osjećati gađenje i odbojnost prema svom tijelu. Još je Hilde Bruch (1962; prema Thompson, 1990; prema Ambrosi Randić, 2004) tvrdila da je poremećaj predodžbe o tijelu jedan od tri neophodna čimbenika u razvoju anoreksije nervoze, zapažajući da je rad na simptomima anoreksije samo kratkotrajan, ako ne postoje i korektivne promjene u predodžbi o tijelu. Poremećana slika vlastitog tijela je upravo ono što razlikuje prave poremećaje hranjenja od ostalih oblika ponašanja koja se javljaju povremeno, a uključuju neke specifičnosti hranjenja ili provođenje dijete (Rosen, 1990; 1992; prema Pokrajac-bulian, 2000). Thompson (1990; prema Pokrajac-Bulian, 2000) navodi da poremećaj slike tijela predstavlja prediktivnu mjeru nastanka poremećaja hranjenja više negoli obrnuto. Žene s poremećajima hranjenja izražavaju sve više nezadovoljstva svojim izgledom usporedno s porastom napora kojeg ulažu u kontrolu svoje težine.

Levine i Smolak (1992, prema Pokrajac-Bulian, 2000) ponudili su razvojni model nepatološkog provođenja dijete i poremećaja hranjenja u ranijoj adolescenciji te ukazuju da istodobno javljanje razvojnih stresora (prva menstruacija, prvi izlasci s mladićima, težnja za idealnim oblikom tijela, povećani obrazovni zahtjevi) predstavljaju značajne prediktore odstupajućih navika i ponašanja vezanih uz hranjenje.

Nadalje, u adolescenata je ključno pitanje identiteta. Kada govorimo o razvoju identiteta kod adolescenata s anoreksijom svakako treba spomenuti tezu Hilde Bruch prema kojoj mršavost služi da otkloni osjećaj nemoći i to putem discipliniranja vlastitog tijela. Uz ovakvo razumijevanje veže se ideja o roditeljima koji ne uvažavaju potrebe djeteta pa poslušno dijete u adolescenciji doživljava osjećaj praznine i bespomoćnosti, a mršavljenje je težnja za uspostavljanjem kontrole (Vidović i sur., 2008).

U adolescenciji se veliko značenje pridaje različitim aspektima sebe, a istraživanja sugeriraju da je kod poremećaja hranjenja upravo taj odnos problematičan. Higgins (1990; prema Pokrajac-Bulian, 2000) također navodi da je nezadovoljstvo često izazvano neskladom između realne i idealne slike o sebi, a taj nesklad se često dovodi u vezu sa depresijom. Zdrava adolescencija zahtjeva prilagođavanja na: (1) fizičke promjene od djevojčice u ženu te od

dječaka u muškarca; (2) stvaranje identiteta u kojem pojedinac razvija svoj vlastiti self u kontekstu obitelji, vršnjaka, škole i zajednice; (3) pojačana očekivanja za autonomijom od strane adolescenta, ali i društva; i (4) prijelaz na formalno operativno mišljenje (Kreipe i Dukarm, 1999; prema Tanillo i Kreipe, 2011). Tijekom adolescencije djevojke se često suočavaju sa konfliktnim alternativama: kako bi bile uspješne razvijaju potrebu za samostalnošću, agresivnošću i natjecateljstvom, ali da bi zadovoljile ženske stereotype trebaju biti nježne i dobre (Steiner-Adair, 1986). Dječaci osjećaju pritisak da budu fizički jaki i neemocionalni (Pollack, 1998; Pope i sur., 2000) što je u suprotnosti sa suvremenim zahtjevima da muškarci moraju biti više suosjećajni, brižni i podržavajući prema ženama (Tantillo i Kreipe, 2006; sve prema Tanillo i Kreipe, 2011).

Kao što vidimo u objašnjavanju razvoja i/ili održavanja nezadovoljstva tijelom razlikujemo četiri glavna pristupa (Thompson, 1992; prema Ambrosi-Randić, 2004):

1. pristup socijalne usporedbe – što osoba više uspoređuje vlastiti izgled sa izgledom drugih osoba, veći rizik od nezadovoljstva tijelom;
2. pristup sociokulturalnog pritiska – društveni čimbenici (tisak i vizualni mediji) pružaju snažne poruke o prihvatljivosti ili neprihvatljivosti tjelesnih osobina;
3. razvojni pristup – rani tjelesni razvoj i ulazak u pubertet povezan je s visokim stupnjem nezadovoljstva tijelom; i
4. pristup negativnog verbalnog komentara – komentari vezani uz izgled ili težinu.

Mustapić (2016) je provela istraživanje na populaciji hrvatskih srednjoškolaca sa ciljem utvrđivanja nekih od rizičnih čimbenika u adolescenciji za razvoj poremećaja hranjenja te je našla da su tjelesni sram i nezadovoljstvo tijelom bili najznačajniji prediktori za razvoj poremećenih navika hranjenja kod djevojaka, dok su kod mladića statistički značajni bili tjelesni sram i težnja ka mišićavosti. Navedeni rezultati ukazuju na značaj nekih novih rizičnih čimbenika, posebno tjelesnog srama, a koji se u odnosu na poremećaje hranjenja počeo tek nedavno više ispitivati.

3.3.Sociokulturalni čimbenici

Postoji više sociokulturnih teorija poremećaja hranjenja, a ovdje ćemo izdvojiti Tripartitni model (Thompson i sur., 1999; prema Balabanić Mavrović, 2022), prema kojem pritisak iz tri vanjska utjecaja (vršnjaci, roditelji imediji) prema mršavosti može kod

adolescenta doprinijeti internalizaciji mršavog izgleda kao poželjnog ideala, što dalje vodi u uspoređivanje vlastitog izgleda sa slikama iz medija ili s drugim vršnjacima. Usvajanje mršavosti kao ideala ljepote i stalno uspoređivanje sa savršenim tijelom koje posreduju mediji dovodi do nezadovoljstva vlastitim tijelom te pojavu simptoma anoreksije ili bulimije.

Sociokulturalne čimbenike nezadovoljstva tijelom u literaturi se često gleda na razini mikro- i makrosustava, pri čemu se unutar makrosustava glavni utjecaji na nezadovoljstvo tijelom ostvaruju putem medija (televizije, interneta i časopisa), a unutar mikrosustava utjecajem roditelja i vršnjaka (Ambrosi Randić, 2004).

a) Mediji

Možemo reći da su mediji najmoćniji prijenosnici sociokulturalnih ideala, a u odnosu na fizički izgled to je svakako ideal vitkosti. Puno je dokaza kako mediji snažno utječu na osobno zadovoljstvo ili nezadovoljstvo izgledom. Jedan od podataka koji ide tome u prilog je rezultat istraživanja prema kojem djevojčice u dobi od 5 do 7 godina pokazuju smanjeno zadovoljstvo svojim tijelom te veću želju da budu mršavije nakon izloženosti slikama lutaka Barbie (Dittmar, Halliwell i Ive, 2006; prema Erceg Jugović, 2015). Svakako jedno od najpoznatijih prirodnih eksperimenata o povezanosti izlaganju zapadnim medijskim sadržajima i poremećaja hranjenja je istraživanje na otočju Fidži (Becker i sur., 2002; prema Balabanić Mavrović, 2022). U tradicionalnoj kulturi na otočju krupno tijelo smatrano je simbolom plodnosti, snage i povezanosti zajednice koja se brine za pojedinca. Navedeno vjerovanje zasigurno je doprinijelo činjenici da prije uvođenja satelitskog signala 1995.g. na otočju Fidži nije bilo zabilježenih slučajeva poremećaja hranjenja, dok se tri godine kasnije pokazalo kako su bulimična ponašanja (povraćanje i zloupotreba laksativa u svrhu mršavljenja) na Fidžiju prisutna u jednakom postotku kao u prosječnoj američkoj srednjoj školi. Becker je svjedočila promjeni društvenih vrijednosti i to nakon samo tri godine izlaganja zapadnim medijskim sadržajima. 74% djevojaka je iskazalo kako se osjeća preveliko ili predebelo, a njih 12% je koristilo purgativna ponašanja u svrhu kontrole tjelesne težine. U 2007. godini, znači sedam godina od uvođenja satelitskog signala, postotak poremećenih obrazaca hranjenja povećan je na čak 45% adolescentne ženske populacije (Becker i sur., 2011).

Ako razmišljamo o utjecaju medija logično je da su upravo adolescenti iznimno ranjiva skupina zbog specifičnosti samog životnog razdoblja u kojem se nalaze. Scherr (1984; prema

Ambrosi-Randić, 2004) tvrdi kako je utjecaj medija posebno negativan jer se modeli koji se kroz njih prikazuju shvaćaju kao realistični stvarni ljudi, a ne kao umjetno stvorene slike ljudi kojima se vješto manipulira. Osim što prikazuju nerealistična tijela i idealan izgled, mediji također posreduju i prijedloge za promjenu izgleda uključujući preporuke za provođenje dijeta, vježbanje ili primjenu raznih dodataka prehrani, čime dodatno naglašavaju važnost dostizanja idealnog tjelesnog izgleda, odnosno šalju poruku kakav bi idealni tjelesni izgled »trebao« biti. Kada govorimo o utjecaju medija na poremećaje hranjenja najviše je fokus na vizualnim medijima, što je logično obzirom su ljudi vizualna bića i većinu svijeta i stvari oko sebe doživljavamo osjetom vida (Kraljević, 2017).

Malkin i Wornian (1999; prema Erceg Jugović, 2015) izvješćuju kako gotovo svaka naslovna strana časopisa za žene sadrži naslov o kontroli tjelesne težine, mršavljenju, prehrani i šminkanju, dok naslovne strane časopisa za muškarce većinom sadržavaju naslove vezane uz zabavu, slobodno vrijeme, aktivnosti i hobije. Field i sur. (1999; prema Erceg Jugović, 2015) proveli su istraživanje među djevojkama viših razreda osnovne i srednje škole te su našli da 69% djevojaka navodi kako gledanje slika u časopisima utječe na oblikovanje slike savršenog oblika tijela, a 47% njih kako žele smršaviti upravo zbog slika koje su vidjele u časopisima.

U današnje vrijeme od svih medijskih utjecaja zasigurno je najznačajniji internet, a tu se posebno ističu društvene mreže, kao što su Facebook, Twittera ili Instagram, čiji su korisnici u velikoj mjeri upravo adolescenti, a postaju im izloženi u sve ranijoj dobi. Društvene mreže potiču korisnike na kontinuirano i sve duže korištenje koristeći sustav potkrepljenja te tako povećavaju izloženost adolescenata nerealističnim prikazima tijela (Talbot i sur., 2017). Tu je važno spomenuti Pro-anorexia websites („ProAna“) i Pro-bulimia websites („ProMia“), odnosno web stranice koje teže promicanju, podržavanju i diskutiranju o anoreksiji te koje prikazuju anoreksiju u pozitivnom svjetlu i obično ju definiraju kao životni stil, a ne kao poremećaj. Provedene analize pokazuju da adolescentne djevojke najčešće posjećuju navedene stranice. Savjeti i informacije koje ane upućuju jedna drugoj promiču ekstremno štetna ponašanja – izgladnjivanje, ekstremno rigidne dijete koje se ne temelje na principima zdrave i uravnotežene ishrane, preporuke za povraćanje i ekstremno vježbanje. Vrlo se često pružaju savjeti o tome kako prevariti roditelje i kako trikovima prikriti želju za mršavljenjem i potrebu za izgladnjivanjem (Ambrosi Randić i sur., 2008). „Thinspiration“, odnosno dijeljenje slika mršavih tijela te metoda smanjivanja tjelesne težine s ciljem postizanja ideala mršavosti koje se do sada najviše nalazilo na „ProAna“ i „Pro-Mia“ stranicama, u posljednje vrijeme sve češće se pronalazi i na društvenim mrežama (Talbot i sur., 2017).

Leonidas & Santos (2014) pregledom literature o socijalnoj podršci i društvenim mrežama navode da je doživljaj korisnika pro-ana zajednica da su dobili više podrške za druge stresore u svom životu nego za svoje brige povezane s hranom. Također su izvijestili da primaju manje podrške u svojim izvanmrežnim odnosima (tj. u interakciji licem u lice s ljudima koji žive u njihovom društvenom okruženju) nego od ljudi koje poznaju na mreži, kako u smislu njihovih općih briga tako i u vezi s poremećajem hranjenja. Svi sudionici iz istraživanja pro-ana online zajednica prijavili su visoku razinu zabrinutosti zbog prehrane i simptoma poremećaja hranjenja (Rodgers, 2012; prema Leonidas & Santos, 2014). Sudjelovanje u online zajednici imalo je dvije svrhe: težiti gubitku težine i mršavosti te pružiti osjećaj identiteta.

Unatoč dokazanom utjecaju medija na nezadovoljstvo vlastitim tijelom, ostaje pitanje zašto samo neki adolescenti razviju poremećaj hranjenja. Utjecaj medija samo je jedan od sociokulturalnih čimbenika koji pridonose zabrinutosti zbog tjelesnog izgleda i nezadovoljstvu tijelom, međutim, izlaganje medijskom sadržaju koje potiče na mršavost ne može direktno uzrokovati poremećaj hranjenja, ali svakako predstavlja varijabilni rizični čimbenik (Levine i Murnen, 2009).

Cafri i suradnici (2005) ističu tri sociokulturalna konstrukta koja su povezana sa slikom tijela: svjesnost o postojanju ideala mršavosti, internalizacija tog ideala te percipirani pritisci za dostizanje mršavosti. Autori su proveli metaanalizu kako bi istražili jačinu povezanosti slike tijela i ova tri spomenuta konstrukta. Sukladno rezultatima njihove analize, sva tri konstrukta bili su pozitivno povezani sa slikom tijela, a povezanost se pokazala značajno većom za internalizaciju i percipirane socijalne pritiske nego za samu svjesnost o idealu izgleda. Ovakvi rezultati ukazuju da je prihvaćanje i internalizacija ideala izgleda štetnije od same spoznaje da postoji određeni standard.

b) Roditeljski i vršnjački utjecaj

Iako adolescentima roditelji mogu predstavljati socijalnu podršku, oni mogu i utjecati na razvoj njihove zabrinutosti zbog vlastitog izgleda. Ovi utjecaji počinju i prije adolescencije pa tako roditeljsko usvajanje društvenog ideala mršavosti može utjecati na rane oblike hranjenja (Birch, 1990; prema Ambrosi-Randić, 2004), no postaju izraženiji s promjenama koje se događaju kod adolescenata kada se njihov izgled pretvara iz dječjeg u izgled odrasle osobe. Pridavanje velikoga značaja izgledu može biti pojačano stavovima roditelja, npr. roditelji koji

ističu značaj vlastitog tjelesnog izgleda ili sami provode dijetna ponašanja (Garfinkel i Garner, 1982; prema Pokrajac-Bulian, 2000). Djevojke koje doživljavaju poruke od roditelja da je važno da budu mršave ili ih majke čak potiču na mršavljenje kontroliranjem prehrane ili poticanjem na vježbanje, imaju dvostruko veću vjerojatnost od svojih vršnjakinja za razvoj zaokupljenosti tijelom (Moreno i Thelen, 1993; prema Erceg-Jugović, 2015). kao i za povećanje učestalosti restriktivnog jedenja kod adolescentica (Benedikt, Wertheim i Love, 1998; prema Erceg Jugović, 2015). Kada je riječ o očevima i sinovima, očevi ovdje isto imaju važnu roditeljsku ulogu u poticanju sinova bilo na gubljenje težine ili na povećanje mišićavog izgleda (McCabe i Ricciardelli, 2005; prema Erceg-Jugović, 2015). Kao što vidimo, iznimno su važna vjerovanja koja roditelji pridaju vlastitom tjelesnom izgledu i mršavosti pa tako roditelji koji ističu važnost vlastitog tjelesnog izgleda provodeći stroge dijete, vježbajući ili koji se kontinuirano žale na to kako izgledaju mogu pridonijeti pretjeranom pridavanju značaja tjelesnom izgledu kod njihove djece oba spola (Pokrajac-Bulian, 2000).

U radu s obiteljima djevojaka koje iskazuju simptome anoreksije vidljiva je karakteristična obiteljska dinamika: posebno snažna veza između majke i djeteta, relativno dobro situirana obitelj, često odsutan otac (Vidović i sur., 2008).

Brojna istraživanja povezuju poremećaje hranjenja i poremećene obrasce privrženosti, a najčešće je uočen obrazac nesigurne privrženosti (Ward i Growers, 2003; prema Talić, 2013). U adolescenciji se javlja jača potreba za autonomijom i odvajanjem od roditelja, a te izražene potrebe dolaze u sukob s funkcioniranjem osoba s razvijenom nesigurnom privrženosti (Gander, 2015; prema Balabanić Mavrović, 2022). Archibald, Graber i Brooks-Gunn (1999; prema Erceg Jugović, 2015) nalaze kako su manjak emocionalne topline i podrške te konfliktni odnosi s roditeljima rizični čimbenici za razvoj nezadovoljstva tijelom i držanje dijete, dok su pozitivnije procijenjeni odnosi s roditeljima povezani s razvojem pozitivne slike tijela. Bruch (2001; prema Talić, 2013) naglašava da roditelji oboljelih od poremećaja hranjenja često imaju visoka očekivanja od djece, te kritizirajući i okrivljujući stil komunikacije. Istraživanje koje su proveli Dallos&Denford (2008) u 4 obitelji koje imaju adolescenta sa poremećajem hranjenja pokazalo je da se obiteljski odnosi razvijaju na lažnoj ili krhkoj osnovi, obilježeni prevlašću problematičnih veza, s čestim raspravama i triangulacijom, nelagodnom i negativnim odnosom prema hrani. Iskustva konfliktnih odnosa i zbuñeni komunikacijski obrasci bili zajednički svim članovima obitelji, a unutar četiri obitelji koje su činile uzorak studije, čini se da su adolescenti s anoreksijom igrali presudnu ulogu u pokušajima roditelja da isprave negativna iskustva vlastitog djetinjstva.

Kako smo vidjeli, obitelj utječe na nastanak i održavanje poremećaja hranjenja, ali vrijedi i obrnuto: ti poremećaji mogu utjecati na obiteljsku dinamiku, stvarajući povratnu spregu (Hillege i sur., 2006; prema Leonidas&Santos, 2014). Ovi autori navode kao glavne učinke poremećaja hranjenja na obitelj: ponovno okupljanje ili raspad obitelji, nesuočavanje roditelja s poteškoćama, socijalna izolacija obitelji – kao posljedica društvene stigme, i negativan financijski učinak, koji može opteretiti njegovatelje. Stoga je potrebno prepoznati obitelj kao potencijalni resurs koji treba uključiti u strategije za intervenciju.

Osim roditeljskog, kao jednako važan spominje se i vršnjački utjecaj, posebno u doba adolescencije. U periodu adolescencije vršnjaci i pripadnost grupi imaju izrazito važnu ulogu te je njihov utjecaj snažniji i značajniji u odnosu na druga životna razdoblja (Gardner i Steinberg, 2005; prema Mustapić, 2016). Adolescenti njeguju tzv. kulturu izgleda pa tako velika većina njih troši mnogo vremena na preokupacije o izgledu te raspravljaju o njima međusobno (Jones&Crawford, 2006). Paxton i sur. (1999) utvrdili su da članice vršnjačke grupe imaju slične rezultate na mjerama zabrinutosti tjelesnim izgledom, dijetama i ekstremnim načinima mršavljenja, što ukazuje da adolescenti unutar iste grupe mogu razviti slične stavove i vrijednosti vezane uz izgled.

Kao i negativan roditeljski utjecaj, tako se i utjecaj vršnjaka najčešće odvija kroz zadirkivanje i vršenje pritiska prema mršavljenju, kroz izražavanje zabrinutosti vlastitom tjelesnom težinom i oblikom tijela te kroz razgovore o tjelesnom izgledu (Ata, Ludden i Lally, 2007). Djevojke koje doživljavaju zadirkivanja i kritiziranja zbog svoje težine i izgleda manje su zadovoljne vlastitim tijelom (Paxton i sur., 1999) te posljedično imaju veću vjerojatnost ulaženja u različita ponašanja s ciljem smanjivanja tjelesne težine (Lieberman i sur., 2001). Keery i suradnici (2005; sve prema Erceg Jugović, 2015) navode da je kod takvih adolescenata također povećan rizik od socijalnog uspoređivanja, internalizacije sociokulturnog ideala mršavosti, restriktivnog jedenja, depresije i sniženog samopoštovanja. Veća učestalost negativnih vršnjačkih komentara, kao i ismijavanje i zadirkivanje na temu tjelesnog izgleda povećava diskrepanciju između idealnog i percipiranog izgleda, kao i vjerojatnost razvoja poremećaja hranjenja (Janssen i sur., 2004; prema Mustapić, 2016).

Postoje određene rizične skupine u kojima je anoreksija nervoza češća nego u općoj populaciji. To se ponajprije odnosi na profesije kao što su manekenke, balerine i sportašice. Okruženje u kojem se te djevojke kreću izuzetno je zaokupljeno izgledom, strahom od debljanja i dijetama, a kada se tome doda natjecateljska atmosfera među članovima, čini se da postoji

veliki društveni pritisak na zadržavanje što vitkije linije (Vidović, 1998). U profesionalnom sportu rijetko se govori o poremećajima hranjenja te je ova tema obavijena veom tajne, no učestalost poremećaja prehrane kod muških sportaša varira od 0 do 19% te kod žena od 6 do 45% (Bratland-Sanda i Sundgot-Borgen, 2013). Najugroženije su djevojke koje se bave sportovima u kojima je bitna estetika, kao što su gimnastika, umjetničko klizanje i plivanje. U toj skupini sportašica spominje se pojam poznat kao atletska anoreksija, kada djevojkesmanjuju unos hrane, ali ne do te mjere da bi zadovoljile kriterije za anoreksiju nervozu. Unatoč niskom energetsom unosu i niskom Indeksu tjelesne mase, njihova fizička izvedba ipak je izvrsna. Poremećeno jedenje također je i dio „ženske atletske trijade“, zajedno s amenorejom i demineralizacijom kostiju (Coelho, 2014).

3.4. Dijeta

Istraživanja na hrvatskim adolescenticama pokazuju da njih gotovo polovica u dobi od 13-15 godina provodi neki oblik dijete (Vidović i sur., 1996; prema Mustapić, 2016), što je posebno zabrinjavajuće u kontekstu zaključaka da provođenje dijete nosi pet puta veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja u usporedbi sneprovođenjem dijete (Patton i sur., 1999). Rukavina (2002; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2006) navodi da je prevalencija provođenja dijeta u svrhu reduciranja tjelesne težine u osnovnim školama u Hrvatskoj 8,2 % u 5.razredu, a 28,6% u 8.razredu, dok je u srednjim školama ta brojka znatno veća.

Dijeta se u literaturi često spominje kao značajan čimbenik rizika, no, isto tako, ona ne mora nužno voditi u razvoj poremećaja hranjenja. Dalle Grave (1996; prema Ambrosi-Randić, 2004) predlaže model koji objašnjava odnos sociokulturnih faktora čimbenika, dijete te drugih rizičnih čimbenika pri čemu socijalni pritisci prema mršavosti dovode do držanja dijete kao sredstva korištenog za smanjivanje težine. Ako kod osobe postoji biološka i psihološka ranjivost (naslijeđe, konstitucija, depresivnost, anksioznost, poremećaji ličnosti, traumatska iskustva, perfekcionizam, nisko samopoštovanje..), ona će u kombinaciji s dijetom dovesti do nastanka anoreksije nervoze. Ako takva ranjivost ne postoji, unatoč provođenju dijete, neće doći do nastanka anoreksije nervoze. S druge strane Rodin i suradnici (1985; prema Ambrosi-Randić, 2004) smatraju da se dijeta i poremećaji hranjenja nalaze na kontinuumu te da su razlike samo kvantitativne, a ne kvalitativne što sugerira da poremećaji hranjenja u adolescenciji postoje u širokom spektru od normalnog držanja dijete pa sve do kliničkih oblika poremećaja hranjenja.

3.5. Zaštitni čimbenici

Zaštitni čimbenici remete procese kojima čimbenici rizika pridonose nastanku ili intenzitetu negativnog ishoda. Zaštitni čimbenik prethodi i značajno smanjuje vjerojatnost neželjenog ishoda, odnosno povećava vjerojatnost poželjnog, pozitivnog ishoda (Smolak, 2012; prema Levine&Smolak, 2015)

Iako se većina istraživanja vezana uz poremećaje hranjenja bavi rizičnim čimbenicima, svakako je važno uzeti u obzir i moguće zaštitne čimbenike, a koji se mogu adresirati unutar preventivnih intervencija. U literaturi se kao mogući zaštitni čimbenici spominju redovni zajednički obiteljski obroci (Neumark-Sztainer i sur., 2008), unapređenje vještina medijske pismenosti (Levine i Smolak, 2006) te jačanje samopouzdanja (O'Dea, 2004; sve prema Neumark-Sztainer, 2011). Argyrides i sur. (2020) navode da globalno samopoštovanje služi kao zaštitni i preventivni čimbenik protiv poremećaja hranjenja, međutim njihovo istraživanje također ističe važnost uvažavanja tijela kao vitalnog zaštitnog čimbenika protiv razvoja poremećaja hranjenja kodadolescenata oba spola i svih skupina indeksa tjelesne mase. Utvrđeno je da je uvažavanje tijela moćniji zaštitni faktor od globalnog samopoštovanja. Tolić (2009) kao zaštitne čimbenike spominje medijsku kompetenciju, koja se odnosi na sposobnost kritičke analize medijskih poruka, te medijsku pismenost, koja se odnosi na razinu stjecanja vještina vezanih uz neki konkretan medij. Medijska kompetencija je važna kada je riječ o poremećajima hranjenja usmislis ispravnog razumijevanja medijskih poruka o idealima ljepote, idealnog tjelesnog izgleda i sl.

Na individualnoj razini, zaštitni čimbenici uključuju uvažavanje tijela, svjesnu brigu o sebi kao odgovor na unutarnje znakove (npr. glad, seksualna želja), doživljaj funkcionalnosti tijela, pozitivnu percepciju sebe, samosuosjećanje, percipirana iskustva autonomije i slobode (uključujući slobodu da se otvoreno odbaci ideal vitkosti ljepote) (Smolak, 2012; prema Levine&Smolak, 2015). Zaštitni čimbenici na individualnoj sociokulturnoj razini uključuju tople obiteljske odnose pune podrške, medijsku pismenost i feminističke utjecaje (Tylka i Kroon Van Diest, 2015; prema Levine&Smolak, 2015).

Langdon-Daly i Serpel (2017) dali su pregled aktualne literature o zaštitnim čimbenicima za razvoj poremećaja hranjenja unutar obiteljskog sistema te izvještavaju o sljedećem:

- Rođena braća i sestre igraju važnu ulogu kao zaštitni čimbenik kod djevojaka (Ahrén i sur., 2013)
- Zadovoljstvo djece obiteljskim životom i osjećaj obiteljske povezanosti' također su se pokazali kao zaštitni čimbenici (Allen i sur., 2014; Neumark-Sztainer, 2007), dok s druge strane socijalna podrška, uključujući podršku obitelji, se pokazala kao zaštitni čimbenik za dječake, dok nije bilo povezanosti između podrške obitelji i razvoja poremećaja hranjenja kod djevojčica. Razlozi ove spolne razlike nisu jasni, ali ako uzmemo u obzir da su žene općenito u većem riziku od razvoja poremećaja hranjenja moguće je u tom kontekstu da zaštitni utjecaj podrške nije dovoljan za prevladavanje širih socio-kulturnih pritisaka koji promiču poremećaj hranjenja.
- Niz drugih kvaliteta obiteljskih odnosa identificiran je kao prosječno povezan sa smanjenom vjerojatnošću pojave poremećaja hranjenja: jasne obiteljske granice, dobro obiteljsko funkcioniranje, kvalitetan odnos s roditeljima i bezuvjetna podrška (npr. French i sur., 2001; Berge i sur., 2014; Croll i sur., 2002.). Treba imati na umu da su mnogi od ovih čimbenika povezani sa širokim rasponom pozitivnih razvojnih ishoda općenito, a ne samo sa izostankom poremećaja hranjenja.
- Iako su obroci općenito povezani sa smanjenim izgledima za pojavu poremećaja hranjenja, u slučajevima kada obitelji prijavljuju visoke razine razgovora o težini zadirivanja i lošeg obiteljskog funkcioniranja (za djevojčice) ili slabo uživanje u obiteljskim obrocima (za dječake) ovaj učinak je obrnut (Loth i sur., 2015).

3.6. Modeli nastanka poremećaja hranjenja

U cilju razumijevanja nastanka poremećaja hranjenja, osim gore opisanih rizičnih čimbenika, postoji i veći broj modela nastanka, a ovdje ćemo spomenuti nekoliko važnijih (Ambrosi-Randić, 2004):

- Psihodinamski model prema kojemu važan element predstavlja obitelj i konflikti unutar nje, a osnovni problem je u procesima separacije-individualizacije. Odbijanje hrane može označavati negaciju sebe, a nastaje zbog težnje da se udovolji roditeljima ili majci (Masterson, 1977; prema Faccio, 1999).

- Obiteljski modeli poremećaja hranjenja predstavljaju negativnu sliku zatvorene i pretjerano uključene obitelji sa visokim očekivanjima u odnosu na djecu i koja ustvari ne podržava njihovo prirodno odvajanje u adolescenciji (Bruch, 1973; prema Dalle i Grave, 1996; Selvini-Pallazzoli, 1974; prema Dalle i Grave, 1996; Crisp, 1980). Minuchin i sur. (1975; prema Watkins, 2011, 31) opisali su „psihosomatsku obitelj“ tvrdeći da psihosomatski simptomi kod djeteta igraju važnu ulogu u održavanju obiteljskog statusa quo i blokiraju promjenu. Sugerirali su četiri karakteristike takvih obitelji: uplitanje, prezaštićivanje, rigidnost i izbjegavanje konflikata. Više autora je testiralo ovu teoriju (Strober i Humphrey, 1987; Kog i sur., 1987; prema Watkins, 2011, 31), ali je nisu jasno potvrdili.
- Prema kognitivno-bihevioralnim modelima glavna ideja je da se osnovni psihopatološki poremećaj nalazi u iskrivljenim idejama o tjelesnoj težini, obliku tijela i prehrani, a držanje djeteta je izvor pozitivnog potkrjepljenja.
- Sociokulturni modeli obilježeni su kulturnim standardima koji ljepotu vezuju uz mršavost.
- Multifaktorski model Thompsona i suradnika (1995) koji tvrdi da razvojni status, stupanj gojaznosti i percipirana težina izravno utječu na dvije medijacijske varijable: zadirkivanje tijekom razvoja i predodžbu o vlastitom tijelu. Negativni verbalni komentar izravno utječe na poremećaje hranjenja i predodžbu o vlastitom tijelu, dok poremećaji hranjenja i opće psihološko funkcioniranje recipročno utječu jedni na druge. Provjera funkcioniranja ovog modela bio je jedan od važnih ciljeva koje je provela Ambrosi-Randić (2004) u svom istraživanju o ulozi bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u nastanku poremećaja u navikama hranjenja koje je provedeno među adolescenticama. Autorica je utvrdila da u osnovnoj školi biološki, psihološki i socijalni čimbenici izravno utječu na držanje djeteta i poremećaje u navikama hranjenja, a djeteta kao medijacijska varijabla izravno utječe na te poremećaje. U srednjoj školi biološki, psihološki i socijalni čimbenici nemaju izravnog efekta na poremećaje u navikama hranjenja, a vrlo malo putem djeteta kao medijacijske varijable. Među starijim djevojkama značajan je neposredan i samostalan efekt djeteta na poremećaje hranjenja. Ovakvi nalazi podržavaju zaključak prema kojem biološki, psihološki i socijalni čimbenici dovode do držanja djeteta, a jednom kada se ono ustali, predstavlja najznačajniji faktor čimbenik u razvoju poremećaja u navikama hranjenja.

Brytek-Matera&Czeczor (2017) u svom pregledu modela poremećaja hranjenja spominju još neke modele:

- Višedimenzionalni model poremećaja hranjenja koji je predložio Garner (1993), prikazuje vezu između predisponirajućih, precipitirajućih i perpetuirajućih čimbenika. Obrazac simptoma poremećaja hranjenja predstavlja zajednički put koji proizlazi iz individualnih, obiteljskih i kulturnih predispozicija. Nezadovoljstvo tjelesnom težinom i oblikom tijela te restriktivne dijeta kao precipitirajući čimbenici pojačavaju osjećaj vlastite vrijednosti i samokontrole. Perpetuirajući čimbenici uključuju psihološke, emocionalne i fizičke učinke gladovanja. Gladovanje izaziva pogoršanje raspoloženja, povećava preokupacije hranom i čini hranu (i kontrolu nad jedenjem) još važnijom.
- Sticeov model dvostrukog puta poremećaja hranjenja (1994; 2001) smatra da nezadovoljstvo tijelom dovodi do poremećaja hranjenja preko dva različita posrednika (dva puta). Prvi put je put nezdravog ponašanja i držanja dijeta, a drugi put je put negativnog utjecaja (s obzirom na važnost izgleda u zapadnoj kulturi). Oba čimbenika posljedično povećavaju rizik od poremećaja hranjenja. Smatra se da dijeta potiče negativan učinak zbog neuspjeha koji se često povezuju sa prolaznim ograničenjima u hrani te utjecaj nedostatka kalorija na raspoloženje. Negativan utjecaj pak može navesti ljude na prejedanje kako bi si osigurali utjehu i odvratili pozornost od negativnih emocija. Stoga, model dvostrukog puta poremećaja hranjenja pretpostavlja da pojedinci mogu potaknuti ponašanja povezana s poremećajem hranjenja zbog ekstremne dijeta ili kroničnog utjecaja ili kombinacije ovih čimbenika.
- Model razvoja usmjeren na nagradu i održavanje anoreksije nervoze ističe da proces razvoja i održavanja anoreksije nervoze obuhvaća nekoliko skupina čimbenika (O'Hara i sur., 2015). Prva skupina su: okidači (npr. potiskivanje emocija), socio-emocionalni čimbenici (npr. društveni dio osnaživanja), fiziološki čimbenici (npr. dopamin). Ovaj je element povezan s vezom između ranjivosti (npr. osobnost) i promjena u ponašanju (npr. kompenzacijsko ponašanje), te promjena u ponašanju i nagrade (npr. sklonost povećanoj osjetljivosti na patološka ponašanja). Tri od gore navedenih čimbenika potiču formiranje negativnog stava prema hrani i debljanju. Ponašanja povezana sa anoreksijom podupiru povećanje aktivnosti dopamina što održava negativne kognitivne predrasude povezane s anoreksijom nervozom (povezane s prehranom, težinom i oblikom). Stoga trajni simptomi anoreksije nervoze dovode do stvaranja potpunog sindroma.

Hilde Bruch (1978, prema Marčinko i sur., 2013) definirala je poremećaje hranjenja, osobito anoreksiju, kao poremećaje selfa, iz pozicije današnje psihijatrijske terminologije, radi se o poremećajima ličnosti. Zastoj u razvoju, očituje se kao poremećaj percepcije i kontrole tjelesnih senzacija, konfuzije emocionalnog stanja uz veliki strah od socijalnog neprihvatanja. Bruch je pokušala uskladiti psihoanalitičke teorije razvoja s terapijom u kojoj je naglašavala da sama psihoanalitička teorija treba biti nadopunjena drugim teorijama, jer je učinkovitost veća. Kognitivno-bihevioralni modeli imaju jasne modele disfunkcionalnih shema, ali nemaju sveobuhvatnu sliku deficita u razvoju selfa. Bruch je ustanovila kako psihopatologija anoreksije nije na razini neurotske, već je bliža narcističkom, graničnom i shizoidnom poremećaju ličnosti. Ustanovila je također postojanje aleksitimije, prekida veze između fizioloških znakova i subjektivne emocionalne komponente. S obzirom da je iskustvo vlatitog tijela promijenjeno, Bruch smatra da se radi dijelom i o kognitivnom te perceptualnom poremećaju. U novije vrijeme, Skarderud (2007, prema Marčinko i sur., 2013), je uvažavajući istraživanja Bruch, primijenio koncept oštećene mentalizacije kako bi objasnio deficite mentalnih procesa kod oboljelih od poremećaja hranjenja. U situaciji kada je psihička realnost slabo integrirana, tijelo preuzima pretjeranu centralnu ulogu osjećaja selfa, a simptomi anoreksije u tom smislu predstavljaju pokušaj održavanja ravnoteže.

Istraživanja poremećaja hranjenja baziraju se na tradiciji psihodinamskih istraživanja (individualna i obiteljska dinamika), a uključuju i kognitivne i bihevioralne modele, razvojnu psihologiju, istraživanja traume i teorije privrženosti, socijalne teorije kao i nove koncepte u psihoterapiji i neuroznanosti. Pitanje koje se postavlja u kontekstu nastanka poremećaja je da li se radi o primarnim promjenama mozga koje reguliraju apetit ili su promjene u apetitu uvjetovane psihološkim čimbenicima. Gubitak tjelesne težine ima značajan učinak na mozak i druge organske sustave (reduciran volumen mozga, promjenjen metabolizam moždanih regija koje moduliraju emocije i smanjenja razine ženskih hormona pa tako odrasle djevojke imaju hormonalni status sličan kao djevojčice u pubertetu). Oboljeli od anoreksije ignoriraju, zbog pada inzulina i leptina, signalne poruke iz regija tzv. nižeg mozga kao što je hipotalamus koji je centralan u procesu slanja poruka vezanih uz glad i potrebu za hranom. S obzirom da se ove biološke promjene većinom normaliziraju nakon što se bolest stabilizira, one bi bile više posljedica nego uzrok anoreksije. S druge strane, postoji sve više znanstvenih spoznaja da su promjene u biološkim i psihološkim čimbenicima isprepletene i paralelno se odvijaju tako da bi

se moglo reći da suporemećaji hranjenja istovremeno i poremećaji funkcije mozga kao i psihološki poremećaji (Marčinko i sur., 2013).

4. LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA

Ono što se danas sigurno zna je da liječenje poremećaja hranjenja mora biti sveobuhvatno i multidisciplinarno, što znači uključenost više specijalista: psihijatar, pedijatar, psiholog, gastroenterolog, ginekolog, grupni terapeut, psihoterapeut, nutricionist..)sa naglaskom napsihološkupodlogu i uvažavanje razvojnih specifičnostiovog poremećaja.U većini visoko razvijenih zemalja poremećaji hranjenja liječe se u specijaliziranim, najčešće privatnim ustanovama, koje nude liječenju svim etapama, od akutne hospitalizacije, parcijalne hospitalizacije, van bolničkog liječenja te kontrolnog praćenja (Korotaj i sur., 2008).

4.1. Bolničko liječenje

Prvi cilj svakog liječenja je tjelesni oporavak i to najčešće kroz neki oblik bolničkog liječenja: stacionarno ili na osnovi dnevne bolnice. Indikacije za bolničko liječenje uključuju ozbiljne fizičke komplikacije ili rizik od suicida, vrlo nisku tjelesnu težinu s medicinskim komplikacijama, slab učinak ili nemogućnost izvanbolničkog liječenja, ozbiljne poremećaje u ponašanju i potrebu da se pacijent/ica odvoji od obitelji(Fichter, 1995; prema Vidović, 2004).

Kada govorimo o bolničkom liječenju, najčešće se hospitaliziraju oboljeli od anoreksije. Bolničko liječenje treba uključivati medicinski oporavak, uspostavu „normalnog“ hranjenja, psihoterapijski tretman, obiteljski tretman i psihosocijalni oporavak, a u kojoj mjeri će točno svaki od ovih elemenata biti zastupljen, ovisi o dobi i individualnoj situaciji pojedinog pacijenta (Mahnik-Miloš, 2004).

Bolničko liječenje ima dva glavna cilja koja zahtjevaju različite terapijske protokole: stabilizirati medicinsko-psihijatrijske simptome kako bi se rješavale akutne komplikacije poremećaja kod pacijenata koji nisu nužno motivirani da poduzmu liječenje s ciljem ozdravljenja, te početi ili nastaviti liječenje s ciljem da se prekinu čimbenici razvoja ili održavanja poremećaja. Prvi cilj ne predviđa nužno uključenost pacijenta u tijek liječenja, dok drugi predviđa izravnu uključenost pacijenta u tijek liječenja (Dalle Grave, 2015). Pregled podataka o prisilnoj hospitalizaciji pokazuje da se terapijski ishod između bolesnikakoji su

prisilno hospitalizirane one koji ulaze svojevremeno u proces liječenja, bitno ne razlikuje. Među pacijentima koji su prisilno hospitalizirani zabilježeno je duže trajanje bolesti, veći broj prethodnih hospitalizacija, češći psihijatrijski komorbiditet i veća incidencija samoozljeđivanja. Navedeno ukazuje da potreba za hospitalizacijom pacijenta protiv njegove volje ne proizlazi isključivo iz težine simptoma vezanih za jedenje, već iz cjelokupne psihopatologije pojedinca (Clausen i Jones, 2014). Nakon hospitalizacije često slijedi Dnevna bolnica koja može biti korisna u smanjenju recidiva koji se često javlja odmah nakon otpuštanja kada je pacijent opet izložen podražajima iz okoline koji održavaju njegov poremećaj. U ovoj fazi postupno se priprema prelazak na ambulantno liječenje (Dalle Grave, 2015,101).

Pojedini autori navode pet faza liječenja anoreksije nervoze (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; prema Begovac i sur., 2021). Prva faza se odnosi na somatske kontrole i stvaranje povjerenja koje je temelj za daljnje liječenje. Tijekom druge faze najvažnije je dobivanje na tjelesnoj masi. U trećoj fazi pacijenti trebaju sami naučiti kontrolirati uzimanje dovoljne količine hrane. U četvrtoj fazi težište je na obiteljskim odnosima i socijalnoj okolini. Peta se faza odnosi na daljnje ambulantno praćenje i nastavak psihoterapijskog liječenja. Prve četiri faze zajedno traju od 3 do 6 mjeseci, a peta faza traje najmanje dvije godine. Kod bulimije nervoze možemo se koristiti algoritmom liječenja (Mattejat i Schulte-Markwort, 2013; prema Begovac i sur., 2021) u četiri faze. Prva se faza odnosi na dijagnostiku i stvaranje povjerenja, druga nastabilizaciju ponašanja, u trećoj je fokus na obiteljskim i socijalnim odnosima, dok se četvrta faza odnosi na ambulantno praćenje. Možemo zaključiti da se liječenje generalno provodi na tri razine: somatska rehabilitacija i terapija, psihoterapija te rad s obitelji (AWMF 2011; Yager i sur. 2006; Yager i sur. 2012).

4.2. Motivacija za liječenje i prognoze

Pacijenti prema liječenju najčešće pokazuju ambivalentan stav, kako na početku, tako i tijekom terapije. Zbog toga se prioritet stavlja na uspostavljanje dobrog terapijskog saveza i na motiviranje za liječenje (Clausen i sur. 2013; Knowles i sur. 2013, prema Begovac i sur., 2021, 824). Ono što je specifično za osobe sa anoreksijom je da su one zadovoljne vlastitim trenutnim stanjem na određeni patološki način pri čemu, unatoč poteškoćama s kojima se susreću, ustvari ne teže oporavku. Umjesto toga, mnogi pacijenti s anoreksijom smatraju svoje ponašanje pozitivnim, često kao jedini način da se pronađe određeni stupanj zadovoljstva, što time razlikuje anoreksiju od većine drugih mentalnih poremećaja (Sjogren, 2019). Tan i sur.

(2003, prema Starzomska &Tadeusiewicz, 2016) navode pojam egosintoničnosti koji se odnosi na pacijentovo uvjerenje da je bolest dio njega ili njegovog identiteta te sljedom toga pacijenti smatraju liječenje jednakim kao napuštanje svog identiteta. Slabija motivacija za liječenjem povezana je sa nepovoljnim ishodima tretmana i visokim stopama odustajanja od istog, a istraživanja upućuju na podatak da se motivacija za uključivanjem u tretman mijenja za vrijeme trajanja bolesti, povećavajući se s godinama, trajanjem bolesti i trajanjem samog tretmana (Denison-Day, 2018; Green i sur., 2017, prema Atlaga, 2021).

Transteorijski model promjene, autora Prochaska i DiClementea (1983; 1986, prema Ratkajec i sur., 2016), objašnjava spremnost na prihvaćanje novijeg, zdravijeg načina ponašanja koji se temelji na prosudbi prednosti i nedostataka koje određeno ponašanje donosi. Radi se o namjernoj promjeni, u kojoj osoba pristaje sudjelovati u intervenciji koja može voditi ka promjeni, a uključuje 5 stadija: predkontemplacija, kontemplacija, priprema, akcija, održavanje. Postoji i šesti stadij terminacije koji, iako nije primjenjiv na sva ponašanja, postoje podaci da je adekvatan za područja ovisnosti (Ratkajec i sur., 2016). Kod anoreksije je, za razliku od bulimije, zamijećena značajno veća prevalencija oboljelih koji se nisu samostalno odlučili na traženje pomoći, onih koji pokazuju značajan otpor prema promjeni kao i one skupine pojedinaca koji iskazuju izraženu ambivalenciju glede promjene (Garner i sur., 1984; Miller i Rollnick, 2002, prema Atlaga, 2021). Vitousek i sur. (1991, prema Starzomska &Tadeusiewicz, 2016) navode da osobe s anoreksijom nervozom poriču bolest jer se osjećaju posebno, dok bulimični pacijenti prikrivaju simptomatologiju zbog osjećaja srama. U prilog navedenim konstatacijama ide podatak da, prilikom prijema u tretman, oboljeli od bulimije manifestiraju stadij akcije, dok oboljeli od anoreksije negiraju postojanje vlastitog zdravstvenog problema ili tek o njemu počinju razmišljati (Blake i sur., 1997; Sansfacon, 2017, prema Atlaga, 2021), a što odgovara stadiju predkontemplacije. U prilog tome idu i nalazi istraživanja koje je provela Atlaga (2021) koja je našla da sudionice sa višom motivacijom za promjenom percipiraju više nedostataka, a manje prednosti anoreksije te doživljavaju manje izražene simptome poremećaja hranjenja. Jednako tako, sudionice koje percipiraju više prednosti anoreksije i manje njenih nedostataka, doživljavaju više izražene simptome poremećaja hranjenja. Značajnim u procesu donošenja odluke pokazala se i „korist“ koju osoba percipira da ima od vlastite anoreksije, a ona podrazumijeva da anoreksija ima instrumentalnu svrhu za pojedinca, odnosno da pridonosi postizanju nekog cilja, primjerice, izbjegavanja nelagodnih emocija (Cockell i sur., 2003; Hasler i sur., 2004; prema Atlaga, 2021).

Rezultati istraživanja Rowsell i sur. (2016; prema Batista, 2019) potvrđuju da simptomi poremećaja hranjenja služe kao funkcija regulacije emocija u anoreksiji te poboljšanje u emocionalnoj regulaciji ima veći utjecaj na simptomatologiju anoreksije nego li dobivanje na tjelesnoj težini. Uspješan tretman na području regulacije emocija povezan je s poboljšanjem u psihopatologiji poremećaja hranjenja, Stoga, razvijanje intervencija za poboljšanje regulacije emocija može biti važna komponenta za poboljšanje ishoda liječenja anoreksije.

U istraživanjima se govori o stopi izlječenja od oko 70 do 80 % (Herpetz-Dahlmann i sur. 2001, prema Begovac i sur., 2021). Ipak, u samo 50 % slučajeva riječ je o potpunom, „psihološko/psihijatrijskom izlječenju“, dok u ostalih uz somatski oporavak perzistira poseban način jedenja ili zabrinutost oko tjelesne mase. U oko 30 % oboljelih postiže se minimalno poboljšanje, dok se u oko 20 % njih bolest kronificira (Mattejat i Schulte-Markwort 2013, prema Begovac i sur., 2021, 827). Rani početak (prije 16. godine života) povezan je s boljom prognozom, dok su kroničnost, izrazite obiteljske teškoće i niže obrazovanje povezani s lošim ishodom (Laks & Bryant-Waugh, 1992; prema Batista, 2019). Općenito, pokazalo se kako su učinci liječenja adolescenata oboljelih od anoreksije bolji od učinaka liječenja mladih odraslih osoba. Jedno od mogućih objašnjenja takvih rezultata jest to što adolescenti boluju od anoreksije vrlo kratko vrijeme (oko godinu dana), dok mlade osobe nešto duže (u prosjeku pet ili šest godina; Fairburn, 2005).

Nalazi longitudinalnih praćenja pokazuju da, iako kod 75% bolesnica sa anoreksijom nervozom dolazi do povećanja tjelesne težine, više od 2/3 njih vodi i dalje borbu sa strahom od debljanja i poremećajem percepcije vlastitog tijela (Hsu, 1990). Juarascio i sur. (2015) također navode da, iako su, pri završetku tretmana neki aspekti kvalitete života umjereno poboljšani, rezultati na skalama kvalitete života biti će uvijek ispodprosječni. Moguće objašnjenje je promjena u kognitivnim procesima, kao i u afektivnim iskustvima, koji su rezultat dugogodišnje simbioze s poremećajem. Prilikom tretmana, daje se velika važnost smanjenju simptoma samog poremećaja što je važno pri početku liječenja u svrhu oporavka fizičkog stanja organizma, ali bez daljnjeg psihoterapijskog tretmana vodi do jednako loših rezultata u skalama kvalitete života. Stoga svakako psihoterapija treba biti osnovna metoda liječenja poremećaja hranjenja, a mogu je provoditi stručnjaci pomagačkih zanimanja posebno educirani iz nekog od psihoterapijskih pravaca, i to individualno ili grupno. Ipak, posebna se pažnja pridaje intrapsihičkoj dinamici, odnosno individualnim psihoterapijama (Mattejat i Schulte-Markwort 2013; Begovac i sur., 2021). Danas se često primjenjuje i multimodalna terapija, koja uključuje niz stručnjaka (npr. kombiniranje individualne i grupne psihoterapije, kombiniranje

individualne i obiteljskih terapija itd.), uz kombiniranje kognitivno-bihevioralnih psihodinamskih pristupa (Herpetz-Dahlmann 2011; prema Begovac i sur., 2021).

4.3. Najčešći psihoterapijski pravci u liječenju poremećaja hranjenja

4.3.1. Psihodinamska psihoterapija

Psihodinamska ili psihoanalitička psihoterapija potječe iz psihoanalize te se spominje kao najčešće korištena metoda ambulantnog liječenja poremećaja hranjenja. Moguće je da je navedeno povezano sa tradicionalnom psihijatrizacijom zdravstvenog sustava unutar kojega psihijatri mahom imaju edukacije iz psihodinamske psihoterapije. Primjenjuje se primarno kao liječenje za anoreksične osobe, a teži stvaranju promjena u ličnosti koje će onemogućiti ponovno javljanje simptoma. Oslanja se na specifičan odnos koji se razvija između pacijenta i terapeuta, odnosno koristi fenomene prijenosa (transfera) i protuprijenosa. Transfer je situacija kada bolesnik svoje osjećaje, porive, fantazije i obrane usmjerene prema značajnim osobama iz djetinjstva prenosi na terapeuta. Prijenos je u početku pozitivan, a poslije postaje negativan u smislu izražavanja negativnih manifestacija prema psihoterapeutu. Na početku terapije može biti prenijeta potreba za idealizacijom kakva je kod pacijenta postojala prema roditeljima u vrijeme djetinjstva, a s vremenom se, u usporedbi s idealiziranim terapeutom, javlja strah od kritike i nesposobnosti da zadovolji terapeuta, kao što nije mogao zadovoljiti niti roditelje. Ponovno doživljeni osjećaji omogućavaju terapeutu da ih prepozna, suoči pacijenta s njima i protumači ih tako da pacijent postane svjestan potisnutih osjećaja i razloga zbog kojih su potisnuti. Kontratransfer ili protuprijenos je suprotan proces, što znači da terapeut svoje osjećaje i doživlja prema njemu važnim osobama iz prošlosti prenosi na pacijenta. S ovakvim pacijentima vjerojatno ima najviše kontratransfernih problema jer terapeut teško ostaje neutralan pred izgledom anoreksične osobe. Ovaj proces treba biti prepoznat i kontroliran (Vidović, 2004).

4.3.2. Kognitivno-bihevioralna psihoterapija

Temelji se na kognitivnim i bihevioralnim postupcima u cilju regulacije obrazaca jedenja te modifikaciji negativnog razmišljanja i disfunkcionalnih pretpostavki u odnosu na jedenje, oblik tijela i težinu. Opće je prihvaćena kao terapija izbora za bulimiju nervozu (Vidović, 2004). Prema ovom modelu preuveličavanje oblika i težine tijela osnova je za

održavanje poremećaja (temeljna psihopatologija), dok ostale sastavnice poremećaja proizlaze upravo iz ove temeljne psihopatologije, a to su suzdržavanje od hrane i gladovanje, ostali oblici ponašanja kojima se kontrolira tjelesna težina, neprekidno provjeravanje oblika tijela i preokupacija mislima o hrani, obliku i težini tijela. Značajno je da se za prejedanje ne smatra da proizlazi iz ove temeljne psihopatologije već se tumači kao posljedica suzdržavanja od hrane i gladovanja. Oboljeli uporno žele slijediti nerealna pravila prehrane koja su si postavili, a i najmanje kršenje tih pravila dovodi do potpunog gubitka kontrole i privremenog napuštanja zadanih pravila. Na taj način nastaje karakterističan obrazac jedenja u bulimiji nervozni u kojem su periodi restrikcije prekinuti ponavljanim epizodama prejedanja. Pogleda li se u obratnom smjeru, prejedanje podržava temeljnu psihopatologiju tako da pojačava zabrinutost oboljelog za njegovu sposobnost kontrole jedenja, oblika i težine tijela. Osoba si zbog toga nameće još strožavila vezana za hranu i hranjenje, a time ustvari povećava rizik za još češće epizode prejedanja. Epizode prejedanja mogu biti potaknute i vanjskim događajima te negativnim raspoloženjem, s jedne strane zato što je u takvim okolnostima teško provoditi restrikciju, a s druge strane zato što prejedanje privremeno skreće misli od poteškoća s kojima se susreću te ublažava negativne emocije.

S vremenom se pokazalo da, iako u literaturi postoje brojni dokazi o uspješnosti kognitivno- bihevioralne terapije, potpuni oporavak zabilježen je uotprilike polovice liječenih bolesnika. Došlo se do zaključka da, uz temeljnu psihopatologiju poremećenog hranjenja, ovakav model teorije nije uzeo u obzir četiri dodatna čimbenika koji kod pojedinih osoba pridonose održavanju bolesti, a to su perfekcionizam, loše podnošenje promjena raspoloženja, nisko samopouzdanje i interpersonalne teškoće. Navedeni čimbenici uvršteni su u novu, proširenu verziju kognitivno-bihevioralne teorije (Cooper i Fairburn, 2011). Enhanced Cognitive Behavior Therapy (KBT-E) izvedena je iz transdijagnostičke teorije za liječenje svih poremećaja hranjenja. U ovoj novoj terapiji dijagnoza poremećaja hranjenja nije relevantna za liječenje, već njezin sadržaj diktira psihopatologija i mehanizmi održavanja prisutni kod pojedinog pacijenta. Između ostalog, također je prilagođena za adolescente koji se liječe bilo na ambulantnoj, bilo na bolničkoj razini. Može se primjenjivati u dvije varijante. Fokusrana verzija (KBT-Ef) suočava se isključivo s mehanizmima održavanja koji su specifični za poremećaje hranjenja, dok se Proširena verzija (KBT-Ea) suočava sa svladavanjem dodatnih čimbenika koji kod pojedinih osoba podržavaju temeljnu psihopatologiju (Dalle Grave, 2015). Terapijski ishod primjene ovih oblika terapije u liječenju bulimije nervoze pokazao se uspješnijim u odnosu na klasičnu Kognitivno-bihevioralnu terapiju (Fairburn, 2009).

4.3.3. *Interpersonalna terapija*

Interpersonalna terapija prvotno je osmišljena kao kratka terapija za liječenje depresije, ali je posljednjih godina njezina primjena proširena na druge poremećaje, među kojima je bulimija nervoza. Cilj je pomoći pojedincu da prepozna i riješi svoje interpersonalne probleme kroz nedirektivnu i neinterpretativnu intervenciju (Dalle Grave, 2015). Teškoće u interpersonalnom funkcioniranju česte su među osobama koje iskazuju simptome poremećaja hranjenja, a one mogu biti čimbenik koji pridonosi održavanju bolesti, ali i uzročni čimbenik poremećaja ukoliko se jave neposredno prije njega ili su prisutni već u ranoj dobi. Razvoj poremećaja hranjenja u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, kada u pravilu osobe ulaze u ozbiljnije veze, može uskratiti pojedincima iskustvo ostvarivanja intimnih odnosa, budući da su poremećaji hranjenja najčešće povezani sa socijalnim povlačenjem, ali i niskim samopouzdanjem. Interpersonalne teškoće stoga podržavaju opstanak poremećaja hranjenja različitim mehanizmima. U usporedbi s kognitivno-bihevioralnom terapijom, Interpersonalna terapija je imala sporiji učinak, ali je zato pokazala bolje rezultate tijekom dugoročnog praćenja, u konačnici se izjednačivši s kognitivno-bihevioralnom. Obje terapije pokazale su podjednake rezultate u dugoročnom smanjenju općih psihopatoloških značajki te u poboljšanju samopouzdanja i socijalnog funkcioniranja (Murphy i sur., 2012).

4.3.4. *Obiteljska terapija*

Obiteljska terapija je za razliku od većine psihijatrijskih pravaca u kojima je pojedinac u fokusu, usmjerena na cijelu obitelj. Obiteljski odnosi važni su ne samo u nastanku poremećaja, već i poremećaj postaje uzrokom brojnih patoloških odnosa među članovima obitelji. Obiteljska kohezija, emocionalne veze unutar obitelji, obiteljska fleksibilnost i komunikacija važne su za rješavanje zadataka koji se pred obitelj postavljaju (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Obiteljska terapija temelji se na različitim teorijskim pristupima s ciljem razumijevanja obiteljskih odnosa. Procjena obiteljskih odnosa može imati svoje ishodište u teoriji sistema koja polazi od pretpostavke da psihološke, sociološke i ekonomske varijable utječu na međusobnu interakciju članova obitelji kao i na njihov odnos prema vanjskom svijetu. Prema teoriji sistema, važno mjesto zauzimaju granice i pravila među članovima obitelji kao i obitelji prema okruženju. Multidimenzionalni pristup obitelji naglašava važnost obiteljske kompetentnosti, da

je obitelj sposobna riješiti zadatke koji se pred nju postavljaju, a za što je od velike važnosti gore spomenuta obiteljska kohezija te emocionalne veze koje postoje među članovima, obiteljska fleksibilnost i komunikacija (Kocijan-Hercigonja, 2004).

Family-Based Treatment (FBT) obiteljska terapija

Kada govorimo o obiteljskoj psihoterapiji značajno mjesto zauzima Maudsleyev model obiteljske psihoterapije koji je osmišljen u Londonu, u bolnici Maudsley. Preporučuje se za liječenje adolescenata kod kojih poremećaj traje manje od tri godine i to najviše za liječenje anoreksije, iako se sve više koristi i u liječenju bulimije. Provodi se u tri jasno definirana stadija kroz 15-20 seansi tijekom 12 mjeseci. Stadiji tretmana su: uspostava hranjenja, vraćanje kontrole adolescentu i povratak u normalnu adolescenciju (<https://www.eatingdisorderhope.com>). Cilj ovog modela je na neki način eksternalizirati anoreksiju, odnosno konceptualizirati bolest kao entitet koji postoji izvan obitelji kako bi se ublažio osjećaj krivnje i srama među članovima obitelji te istaknuti roditeljsku snagu. Na primjer, dodjeljivanjem imena bolesti, roditelje se potiče da rade zajedno kao tim protiv poremećaja prehrane, a ne protiv svog djeteta. Model se pokazao vrlo uspješnim, međutim, s vremenom se ukazala potreba za njegovom prilagodbom u dobi između 16 i 25 godine života. U tim godinama mladi doživljavaju velike životne promjene, kao što su individualizacija i udaljavanje od obitelji prijelaz iz srednje škole na fakultet. U takvim okolnostima, kada mlada osoba sve više važnosti pridaje autonomiji, roditelji imaju poteškoća u provođenju kontrole nad prehranom svog djeteta. U modificiranom modelu cilj je postizanje veće suradnje između roditelja i adolescenata u tom periodu njihova odrastanja. Terapeuti koji su u svojoj praksi već napravili određene prilagodbe u radu s navedenom dobnom skupinom potvrdili su pretpostavku da je klasičan model terapije u ovom slučaju razvojno neprimjeren, a to su potvrdili i roditelji koji bi zbog toga prebrzo prelazili u drugu fazu terapije. U primjeni terapije pokazalo se da bi interakcija sa starijim adolescentima trebala biti veća, budući da su oni svjesniji ozbiljnosti samog poremećaja (Dimitropoulos, 2015).

Kasnije je razvijena i New Maudsley metoda, koja je prvenstveno usmjerena poučavanju roditelja i zdravstvenih djelatnika o načinima pravilne komunikacije s oboljelima. Temelji se na terapijskom pristupu nazvanom motivacijski intervju (MI), koji je usmjeren na uvećavanje osobne motivacije za promjenu samog oboljelog. Također, MI omogućava roditeljima i bližnjima da razviju korisnije načine komunikacije s oboljelim članom obitelji, te da svoje ponašanje sagledaju u jasnijem konceptualnom okviru čime pomažu da se razbije

začarani krug nekorisnih reakcija na poremećaje hranjenja (<https://www.centarbea.hr/prof-Treasure-New-Maudsley>).

4.3.5. *Ostali oblici terapija*

Neke od ostalih obećavajućih područja tretmana koja se spominju u literaturi su terapija individualne podrške, koja se koristi za anoreksiju nervozu koja ima duži period trajanja bolesti (>18 godina), a dokazana je kao učinkovita u follow up studiji nakon jedne i nakon pet godina (Eisler, Dare, Russell, Szukler, Le Grange i Dodge, 1997; prema Kurtov, 2017).

Još jedna terapija koja pokazuje dobre rezultate u smanjenju simptoma poremećaja hranjenja je terapija DBT (eng. Dialectical Bihevioral Therapy) (Cook-Cottone i Beck, Kane, 2008; prema McMahon, 2014; prema Kurtov, 2017). Ovaj model polazi iz primarne povezanosti između disregulacije emocija i kompulzivnog prejedanja, tako da je prikladan za klijente koji većinom opisuju neugodne emocije kao okidače za epizode kompulzivnog prejedanja. Evaluacija ovog tretmana pokazuje poboljšanje primarnih simptoma čak i kada su simptomi poremećaja hranjenja bili su komorbiditetu s depresijom, anksioznošću, zloupotrebom sredstava ovisnosti i poremećajima osobnosti (Safer, Telch i Chen, 2009; prema Kurtov, 2017).

U tretmanu poremećaja hranjenja sve više se otkrivaju i koriste razni inovativni oblici tretmana koji će djelovati na cijelu osobu, odnosno na tijelo, um i duh. Jedna od njih je i primjena prakse usredotočene svjesnosti, odnosno engl. Mindfulness metoda, čije intervencije se usmjeravaju prema tome kako ublažiti patnju koja nastaje stresnom reakcijom na događaje koji realno nisu stresni, kada se naši biološki adaptivni odgovori na stresne situacije u suvremenom životu pokazuju neadekvatnima. Glavne tretmanske tehnike uklopljene u model mindfulness psihoterapije su svjesnost iskustva u sadašnjem trenutku s prihvaćanjem (Germer, Siegel i Fulton, 2005; prema Kurtov, 2017). Kurtov (2017) je ispitala učinkovitost novokreiranog mindfulness programa u liječenju poremećaja hranjenja, te dobiveni rezultati pokazuju kako program može biti značajan za liječenje poremećaja hranjenja. Učinkovitost je statistički značajno dokazana kod porasta samopoštovanja, smanjenja nezadovoljstva tjelesnim izgledom, povećanja izražavanja i imenovanja emocija, povećanja regulacije i upravljanja emocijama te kod pojedinih mindfulness vještina opserviranja, opisivanja, neprocjenjivanja i nereaktivnosti. Program nije značajno utjecao na ispitivane varijable svjesnog postupanja i sposobnosti uočavanja i razumijevanja emocija.

4.4. Liječenje u Hrvatskoj

U Hrvatskoj možemo reći da se još uvijek općenito malo govori o poremećajima hranjenja te je utom smislu prisutno nerazumijevanje opće populacije, ali u nedostatku edukacija i rada na osvješćivanju ove teme, ponekad je prisutno i nerazumijevanje pojedinih stručnjaka. U Hrvatskoj kronično nedostaju posebne ustanove za liječenje te nedovoljan broj educiranih stručnjaka. Neophodno je otvaranje specijalizirane Ustanove za liječenje poremećaja hranjenja u kojima bi se mogli provesti preporučeni programi liječenja (Korotaj i sur., 2008).

Jurčić (2004) opisuje da je u Hrvatskoj prisutan multidisciplinarni pristup koji uzima u obzir fizičke, ali i psihičke procese i to kada se radi o adolescentima idealno u specijaliziranim jedinicama za poremećaje hranjenja, koji i ne moraju uvijek biti u sklopu dječjih odjela. Ovisno o težini poremećaja hranjenja, somatskom stanju, motivaciji i raspoloživim mogućnostima, način provođenja liječenja može biti (Meštrović, 2014):

- vanjsko liječenje (npr. psihoterapija)
- dnevna bolnica (svakodnevno se dio dana, najčešće nekoliko sati, provodi u ustanovi za pružanje pomoći)
- rezidencijalno liječenje (osoba je na duže vremena smještena u ustanovi za pružanje pomoći, npr. 3 mjeseca)
- hospitalizacija uslijed akutnog somatskog stanja.

Spomenuti ćemo ustanove u Hrvatskoj u kojima se provodi liječenje poremećaja hranjenja, a to su:

- KBC Rebro

Pri KBC Rebro djeluje Specijalistički zavod za personologiju i poremećaje hranjenja za osobe starije od 18 godina. Zavod je osnovan početkom 2012.g., a uključuje bolničku skrb, Dnevnu bolnicu te ambulantnu skrb. U radu Zavoda sudjeluje skupina stručnjaka različitih profila: psihijatri, psiholozi, pedijatri, internisti, nutricionisti, farmaceuti i liječnici obiteljske medicine (Sambol i Cikač, 2015). Osim Zavoda u sklopu bolnice je i Klinika za psihološku medicinu pri Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju za djecu i mlade do 18 godina. (<https://www.kbc-zagreb.hr/zavod-za-personologiju-poremecaje-licnosti-i-poremecaje-hranjenja>)

- H(RANA) – dnevna bolnica za poremećaje prehrane pri psihijatrijskoj bolnici Sveti Ivan, Zagreb

Dnevna bolnica djeluje od 2014.g., poluotvorenog je tipa, a uključeno je do 15 punoljetnih pacijenata. Odvija se svakim radnim danom od 8:00 do 14:00, a zasniva se na grupnom radu od nekoliko vrsta psihoterapije, radne terapije, nutricionističke edukacije, psihodrame, terapije plesom i pokretom, kognitivno-bihevioralne terapije, obiteljske terapije i psihofarmakoterapije. (<https://www.pbsvi.hr/dnevne-bolnice/dnevna-bolnica-za-poremećaje-prehrane-hrana/>)

- KBC Sestre milosrdnice, Klinika za pedijatriju

Za oboljele do 18./21. godine. Na Klinici djeluje Hitna ambulanta koja vrši hitni prijem pacijenata 0-24 sata; u poliklinici se odvija ambulantno praćenje pacijenata, a u stacionaru se hospitaliziraju teži slučajevi. 2016.g. na Klinici je osnovan prvi Centar za poremećaje u jedenju kod djece i adolescenata koji provodi sustavno liječenje djece oboljele od poremećaja hranjenja uz višegodišnje praćenje kroz sve razine tercijarne zdravstvene skrbi (stacionar, dnevna bolnica i poliklinika). (<https://www.kbcm.hr/zavod-za-gastroenterologiju-hepatologiju-poremećaje-prehrane-neurologiju-s-epileptologijom-i-hematologiju/>)

Osim navedenih ustanova pri Zavodu za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar, Služba za školsku i adolescentnu medicinu, djeluje Savjetovalište namijenjeno učenicima i studentima područja grada Zagreba u koje se mogu javiti bez uputnice. (<https://www.stampar.hr/hr/sluzbe/sluzba-za-skolsku-i-adolescentnu-medicinu>)

Osim navedenih ustanova, savjetovališta i udruga, pomoć oboljelima od poremećaja hranjenja pružaju sve više i psihoterapeuti koji rade u privatnoj praksi kroz psihoterapijsku školu kojoj pripadaju (realitetna psihoterapija, geštalt psihoterapija, transakcijska psihoterapija, psihodrama, tjelesno-orijentirana psihoterapija, i dr.).

4.5. Primjeri liječenja u Europi i svijetu

Balabanić Mavrović (2018) istražila je i prikazala različite načine liječenja poremećaja hranjenja u SAD-u i Europi, iz kojih je vidljiva multidisciplinarnost te različitost terapijskih pristupa koji se koriste.

U Austriji se tako u Općoj bolnici liječe pacijenti od 10 do 17 godina, a trajanje programa je do 4 godine. U ambulanti se vrši dijagnostika, individualne terapije, medicinske terapije, psihoterapije, savjetovanja i konzultacije te postoji i stacionarna te grupna terapija. Posebnost je što se liječenje vrši kroz ukupno 5 faza, od kojih su prve 4 bolničke te traju 3-6 mjeseci, dok je 5. faza ambulatna te traje najmanje 2 godine. Postoji i Institut za osobe s poremećajima hranjenja, namijenjen mladima od 10 do 18 godina, a trajanje terapije je u prosjeku oko 2 godine. Provode se individualna i grupna psihoterapija, sistemska obiteljska terapija, integrativna terapija, logoterapija, psihodrama, terapija ponašanja i dr. U Institutu su oformljene grupa samopomoći za žene, grupa samopomoći za muškarce, grupa za članove obitelji, nutricionističko savjetovanje, informacijske stručne grupe, informacijske grupe za školarce, informacijske grupe za roditelje te telefonska i e-mail savjetovanja.

U Engleskoj, London, osnovan je Centar za liječenje poremećaja hranjenja The Maudsley Hospital, u koji mogu dolaziti stariji od 18 godina. Liječenje traje od 1 do 6 mjeseci. Unutar centra postoje rezidencijalni programi, dnevna bolnica i stambena jedinica.

U Italiji se izdvaja privatna klinika u kojoj nema dobnog ograničenja, a namijenjena je težim oblicima poremećaja hranjenja. Program se temelji na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, a traje 20 tjedana, od čega 13 tjedana u bolnici te 7 tjedana u dnevnoj bolnici.

U Norveškoj postoji udruga grupa žena s poremećajima u hranjenju kao potpora i pomoć ženama koje imaju ili su imale poremećaj hranjenja, te njihovih bližnjih. Također, postoje Regionalni odjeli za poremećaje hranjenja za sve dobne skupine u kojima se odvija tretman, dijagnostika, savjetovanje i edukacija. Na Odjelu za djecu i omladinu pacijenti se liječe i dobrovoljno i pod zakonskom prisilom. Osim bolničkog odjela, djeluje dnevna bolnica i Poliklinika.

U Njemačkoj se ističe AN AD e.V udruga i stacionarna ustanova koja se bavi prevencijom poremećaja hranjenja kod školske djece, osvještavanjem javnosti uz podršku sponzora, terapijskim stambenim grupama za žene i za muškarce, individualnom i grupnom psihoterapijom, sportskim aktivnostima, art terapijom, i dr. Postoji i Terapeutsko savjetovalište za djevojke u dobi od 12 do 18 godina koje nudi stacionarna stambena mjesta, terapiju, obrazovanje te rad s članovima obitelji, uz 24 satno dežurstvo. Nakon uspješno procijenjenog boravka u stambenoj grupi djevojke se ambulantno prati u njihovom vlastitom domu. Također postoji i privatno poduzeće u Bavarskoj koje pruža 24-satnu intenzivnu skrb za pacijente od 14-18 godina.

U SAD-u (Kalifornija) postoji privatna organizacija Monte Nido specijalizirana za poremećaje prehrane za žene od 16 do 65 godina. Sastoji se od 3 rezidencijalna centra za liječenje i uslugu dnevnog liječenja, gdje se njeguje holistički pristup prehrani, vježbanju i problemima sa slikom o vlastitom tijelu.

U Sloveniji na Psihijatrijskoj klinici djeluje odjel za poremećaje hranjenja namijenjen ženama i muškarcima od 17 godine. To je rezidencijalni program koji traje do 6 mjeseci, a liječenje se vrši kroz 3 faze, simptomsku, psihodinamsku i reintegracijsku, nakon čega slijedi nastavak rada kroz grupe podrške i individualni tretman koji traje i do 6 godina.

U Švedskoj u sklopu državnog centra za poremećaje hranjenja djeluje mobilna jedinica koja radi kućne posjete u trajanju 6-8 tjedana, klinika, dnevna bolnica (za starije adolescente u trajanju 20 tjedana), jedinica za dnevni boravak, obiteljski apartmani (za mlađe od 16 godina čitava obitelj boravi 6-8 tjedana), rezidencijalni program (za teške oblike poremećaja).

U Irskoj djeluje Udruga za poremećaje hranjenja koja nudi savjetodavnu liniju pomoći, grupe podrške zadjecu i adolescente.

5. PREVENCIJA POREMEĆAJA HRANJENJA

Prevenција poremećaja hranjenja prije svega se bavi rizičnim i zaštitnim čimbenicima za razvoj poremećaja, nego samim poremećajem. Kao što smo ranije i prikazali, glavni čimbenici koji su identificirani kao rizični za razvoj poremećaja hranjenja svakako su nezadovoljstvo tijelo, briga oko težine, internalizacija ideala mršavosti, dijeta, utjecaj medija, vršnjačko zadirkivanje te nezdrava ponašanja u cilju kontrole težine (Levine i Smolak, 2006.; prema Neumark-Sztainer, 2011), dok se kao zaštitni čimbenici spominju redovni zajednički obiteljski obroci, unapređenje vještina medijske pismenosti, jačanje samopouzdanja i drugi (Neumark-Sztainer, 2011). Prepoznavanje rizičnih osoba i rana prevencija mogu spriječiti razvoj poremećaja hranjenja dok su još početnoj fazi. Kao odgovor na sve učestalija odstupajuća ponašanja u odnosu na hranu i jedenje u adolescenata, nastaje sve više preventivnih programa. Postoji snažna potreba provođenja preventivnih programa u što ranijoj dobi s ciljem jačanja zaštitnih mehanizama kojima bi se adolescenti lakše suprotstavljali brojnim i snažnim medijskim pritiscima na dostizanje ideala mršavosti (Pokrajac-Bulian i sur., 2005).

Kad govorimo o preventivnim intervencijama, razlikujemo: univerzalne- primijenjene na cijelu populaciju bez obzira na rizik; selektivne-odnose se na podskupinu koja ima veći rizik

od prosjeka; te indicirane intervencije- ciljaju pojedince koji već pokazuju simptome bez ispunjavanja dijagnostičkih kriterija (Bašić, 2009).

Programi univerzalne prevencije većinom uključuju školske preventivne programe koji su jednostavniji u odnosu na organizaciju i provedbu, te vrlo učinkoviti u smislu kontaktiranja ciljnih skupina. Činjenica da je u adolescentnoj dobi vršnjačka skupina vrlo značajna, može biti iskorištena u prilog ostvarenja ovih programa (Palčevski i sur., 2016). Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević (2004) provele su program za prevenciju poremećaja hranjenja koji je temeljen na iskustvu Talijanskog udruženja za poremećaje hranjenja i pretilost, a uključivao je dječake i djevojčice između 12 i 14 godina. Ova skupina se smatra najpogodnijom jer se mogu oblikovati određene vještine, modificirati ponašanja i stavovi prije nego li se oni stabiliziraju u pubertetu. Cilj ovog programa, koji se temelji na kognitivno–bihevioralnoj teoriji, je prevencija razvoja poremećaja hranjenja kroz smanjenje učestalosti provođenja dijeta i razine zabrinutosti za izgled i težinu tijela, a specifični ciljevi su porast informiranosti učenika o socio – kulturalnom pritisku na mršavost i ljepotu, pogrešnim uvjerenjima i tjelesnim i psihološkim efektima dijete te pomaganje učenicima u smanjivanju rizika od nastanka poremećaja prehrane. Rezultati ovog programa za učenike 7. razreda osnovne škole su obećavajući i potiču na nastavak provođenja programa i sa učenicima viših razreda osnovnih škola.

Većina školskih preventivnih programa usmjerena je na učenike, odnosno razred. S druge strane, obzirom na vrijeme koje profesori provode sa učenicima i mogućnosti škola da dopru do većeg broja mladih ljudi, potrebno je više se posvetiti i implementaciji programa koji ciljaju i učitelje i profesore. Važno je kako profesori gledaju na svoje vlastito tijelo i kako diskutiraju sa učenicima o temama jedenja, dijete, zadovoljstva tijelom te fizičke aktivnosti, a posebno sa profesorima koji se bave područjima zdravlja, tjelesnog odgoja, trenerima i sl. (Neumark-Sztainer, 2011).

Kao što smo ranije i naveli, roditelji mogu predstavljati kako rizični, tako i i zaštitni čimbenik, pa ih je u tom smislu korisno uključiti i u preventivne programe. Ulogaroditelja može se gledati kao „filter“ negativnih poruka iz okoline i „pojačivača“ pozitivnih poruka. Osim toga, „posao“ roditelja je usmjeren prema tome da manje govore o temama koje se tiču težine i izgleda, a da više rade na tome da pomognu djeci da se osjećaju bolje u odnosu na sebe, da im olakšaju sudjelovanje u zdravom jedenju i fizičkoj aktivnosti (Neumark-Sztainer, 2011).

U novije vrijeme počinju se koristiti i on-line preventivni programi. Adolescenti koriste internet više od ijedne druge skupine, tako da je razumljivo da se sve više programa okreće on-line formatu. Internet programi su dostupni velikim grupama ljudi, isplativi i manje intenzivni

nego intervencije uživo. Prednosti također uključuju multisenzorno iskustvo, anonimnost, mogućnosti korištenja različitih modela programa te dostupnost bez obzira na vrijeme i lokaciju (Celio i sur., 2011).

U selektivnoj prevenciji fokus je na pojedincima ili skupinama koji se nalaze u povećanom riziku od prosjeka. Tu su od velike važnosti liječnici primarne zdravstvene zaštite koji mogu prepoznati poremećaj hranjenja u vrlo ranoj fazi razvoja kada su preventivna djelovanja lakša, sa boljom prognozom za uspjeh (Palčevski i sur., 2016). Važno je skratiti vrijeme od nastupa bolesti do traženja pomoći, za što treba poznavati čimbenike koji otežavaju ili olakšavaju traženje pomoći. Otežavajući čimbenici kod traženja pomoći su nedostatak uvida u problem, uvjerenje da će sam od sebe proći te zavaravanje da problem nije dovoljno ozbiljan. Također je prisutan strah od liječenja koji se povezuje s dobitkom na težini (Vidović, 2009). Preventivni programi koji su usmjereni na osobe u visokom riziku od razvijanja simptoma poremećaja hranjenja pokazuju značajno veće učinke nego univerzalni programi (Stice, Shaw i Marti, 2007; prema Mačković, 2017).

Sveobuhvatan program za prevenciju poremećaja hranjenja trebao bi uključivati (Neumark-Sztainer, 2009; prema Palčevski i sur, 2016):

- Edukaciju osoblja,
- Programe prevencije poremećaja hranjenja za više razrede osnovne škole i srednjoškolce,
- Službena i neslužbena integracija edukativnih materijala u postojeći školski program,
- Pojedinačna savjetovanja i rad u malim skupinama za rizične skupine adolescenata,
- Sustav učinkovite suradnje i razmjene informacija kako unutar škole tako i između škole i zdravstvenog sustava,
- Omogućavanje što kvalitetnije prehrane u školama,
- Promjene u nastavi tjelesno zdravstvene kulture u školama kojima bi se omogućavala odgovarajuća tjelesna aktivnost za sve učenike.

Na indiciranoj razini u fokusu su oni kod kojih su uočeni neki simptomi poremećaja hranjenja, ali nisu razvijeni do kliničke slike te je glavni cilj što ranija intervencija (Balabanić-Mavrović, 2018).

Stice, Shaw i Marti (2007; prema Mačković, 2017) napravili su metaanalizu različitih programa prevencije poremećaja hranjenja te su dobiveni slijedeći rezultati:

- 51% preventivnih programa smanjili su rizične čimbenike, a 29% programa reduciralo je trenutne ili razvoj budućih poremećaja.
- Selektivni preventivni programi uspješniji su od univerzalnih.
- Preventivni programi fokusirani samo na žene uspješniji su od onih koji uključuju i žene i muškarce.
- Učinkovitiji preventivni programi uključuju sudionike iznad 15 godina starosti.
- Učinkovitiji su preventivni programi koji su interaktivni, tj. programi koji uključuju sudionike i uče ih novim vještinama.
- Uspješniji su programi čiji provoditelji su prošli edukativne treninge.
- Uspješniji su programi koji se odvijaju u više sesija od onih oni koji se odvijaju u jednoj.
- Uspješniji su programi koji se fokusiraju na prihvaćanju tjelesnog izgleda te na redukciju internalizacije ideala mršavosti– „disonance induction“.

U najnovijoj analizi studija prevencije i rane intervencije kod poremećaja hranjenja koju su proveli Koreshe i sur. (2023) navode brojne dokaze koji se odnose na učinkovitost programa prevencije poremećaja hranjenja, posebno onih temeljenih na kognitivnoj disonanci, zatim univerzalnih programa prevencije višestrukih čimbenika rizika (kao što su preventivni programi u školi), programa temeljenih na medijskoj pismenosti, preventivnih programa temeljenih na svjesnosti i drugih novih preventivnih programa. Autori navode npr. da su selektivni preventivni programi usmjereni na visokorizične skupine (uključujući žene i adolescente starije od 15 godina) pokazali najjače dokaze za smanjenje simptomatologije poremećaja hranjenja. Programi temeljeni na kognitivnoj disonanci rezultirali su smanjenjem od gotovo 60% buduće pojave poremećaja hranjenja kod rizičnih mladih žena s nezadovoljstvom tijelom i mršavom idealnom internalizacijom u usporedbi s kontrolnom skupinom, značajno smanjujući simptome poremećaja hranjenja i čimbenike rizika kao što su dijete, idealizacija mršavosti, nezadovoljstvo tijelom i negativni afekt. Preventivni program temeljen na medijskoj pismenosti 'Media Smart' koji se provodi među adolescentima i mladim odraslim osobama u Australiji i Novom Zelandu daje povoljne rezultate koji se prije svega odnose na smanjenje oblika/zabrinutosti zbog težine i značajno smanjenje vršnjačkog zadirivanja povezanog s težinom.

6. PRIMJER DOBRE PRAKSE: BEA – Centar za poremećaje hranjenja

Centar za poremećaje hranjenja BEA osnovan je 2012.godine sa ciljem pružanja podrške osobama koje pokazuju simptome poremećaja hranjenja te njihovim obiteljima, provođenja preventivnih programa, educiranja javnost, te povezivanja stručnjaka iz Hrvatske i inozemstva u stvaranju što kvalitetnijeg sustava prevencije i liječenja oboljelih od anoreksije, bulimije i nespecifičnog poremećaja hranjenja. Jedini je Centar u državi specifično usmjeren liječenju i prevenciji poremećaja hranjenja.

Centar obuhvaća:

- a) Savjetovalište: uključuje ulazni intervju sa psihologinjom čiji cilj je steći uvid u teškoće s kojima se osoba suočava kako bi mogli procijeniti oblik pomoći koji je osobi potreban te ju usmjeriti prema daljnjim koracima oporavka. Nakon ulaznog intervju osoba dobiva usmenu i pismenu preporuku o daljnjim koracima oporavka koji najčešće uključuju uključivanje u određeni oblik individualnog i/ili grupnog rada, psihijatrijsko praćenje i/ili pedijatrijsko praćenje, psihološku podršku, savjetovanje i psihoterapiju. Za osobe slabijeg imovinskog stanja organiziraju besplatnu psihološku podršku koju provode volonteri - psihoterapeuti na završnim godinama edukacije.
- b) Grupe podrške: za roditelje, za punoljetne (19+), za mlađe oboljele (do 18 god.), nutricionističke grupe.
- c) Prevencija - programi prevencije koji se provode u školama:
 - Program prevencije poremećaja hranjenja "Tko je to u ogledalu?" za srednje škole autorice Jelene Balabanić Mavrović. Sastoji se od 10 radionica koje rade na sadržajima kao što su oblikovanje ženskog identiteta, stjecanje samopouzdanja, razbijanje medijskih stereotipa o ženskoj ljepoti, razvijanju zdravih prehrambenih navika, razvijanju pozitivnog odnosa prema svome tijelu i dr. Rezultati provođenja pokazali su visoku učinkovitost programa „Tko je to u ogledalu?“. Nakon radionica polaznice pokazuju statistički značajno više samopouzdanja, pridaju manje važnosti mršavosti za kvalitetan život te značajno manje upražnjavaju ponašanja rizična za razvoj poremećaja hranjenja (samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, držanje drastičnih dijeta, opsesivno vježbanje, svakodnevno vaganje).
 - Volonterski projekt za osnaživanje učenica srednjih škola "Dozvola za nesavršenost" sastoji se od psiho-edukacijske radionice u trajanju od 2 školska

sata usmjerenu osnaživanju djevojaka u srednjim školama, jačanju emocionalnog zdravlja, razvoju pozitivne slike o sebi te izgradnji kritičkog stava prema utjecaju medija. Nije dostupna evaluacija ovog projekta te bi ju svakako bilo vrijedno učiniti.

- Program prevencije za osnovne škole "Baš je dobro biti JA!" usmjeren učenicama osmih razreda osnovnih škola. Sastoji se od 6 interaktivnih radionica koje obrađuju teme poput osnaživanja samopoštovanja i zdravog odnosa prema prehrani i svom tijelu te razvoja kritičkog odnosa prema sadržajima u medijima. Također nije dostupna evaluacija ovog programa, te bi ju u budućnosti bilo korisno napraviti.

Osim navedenog Centar organizira i provodi edukacije roditelja o New Maudsley metodi te različita stručna predavanja, organizira različite tribine, edukacije i stručne skupove te povezuje stručnjake koji se bave poremećajima hranjenja. Na svojim mrežnim stranicama također nude posebnu stranicu namijenjenu liječnicima obiteljske medicine gdje pružaju osnovne informacije kao vodič za pravovremeno prepoznavanje poremećaja hranjenja kod pacijenata. Time prepoznaju liječnike obiteljske medicine kao važan dio multidisciplinarnog tima potrebnog za adekvatno praćenje i pomoć osobama koje boluju od anoreksije, bulimije i nespecifičnih poremećaja hranjenja.

Centar BEA unazad nekoliko godina potiče i okuplja grupu stručnjaka (predstavnicima Zavoda za personologiju, poremećaje ličnosti i poremećaje hranjenja KBC Zagreb, Dnevne bolnice za poremećaje prehrane PB Sveti Ivan, Klinika za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice i Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju KBC Zagreb) koji rade na Strategijskim smjernicama za unapređenje prevencije i liječenje poremećaja prehrane u Hrvatskoj te je u sklopu toga napisano i objavljeno i nekoliko brošura – Edukativna brošura Poremećaji hranjenja - vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći“, Liječenje poremećaja hranjenja i Sažeti referentni vodič za poremećaje hranjenja. (<https://www.centarbea.hr/>)

Kao što vidimo Centra BEA jedini je u Hrvatskoj koji se bavi poremećajima hranjenja na svim razinama, od edukacije, prevencije, liječenja, a posebno se ističe važnost okupljanja i povezivanja stručnjaka i ustanova koji se bave poremećajima hranjenja.

7. KRITIČKI OSVRT NA MJERE KOJE SE PODUZIMAJU U HRVATSKOJ

Kao što smo prikazali, u Hrvatskoj postoji nedostatak ustanova za poremećaje hranjenja, i to na svim razinama, od ustanova za liječenje, psihosocijalnu podršku, prevenciju, i sl.; nedovoljna edukacija stručnjaka te nedostatak sustavnih istraživanja pojavnosti poremećaja hranjenja na nacionalnoj razini. Korotaj i sur. (2008) navode da je način liječenja ovih poremećaja u Hrvatskoj još uvijek daleko od liječenja kakvo se provodi u zapadnim zemljama. Kako bi liječenje u Hrvatskoj bilo uspješnije, potrebna je uključenost i suradnja više specijalista koji bi bili dodatno educirani za rad s poremećajima hranjenja, dovoljno dugo liječenje te primjereni prostorni uvjeti. Uz navedeno, dodali bi, da nedostaje i dovoljne motivacije stručnjaka za rad sa poremećajima hranjenja te specijaliziranih edukacija za rad s poremećajima hranjenja. Iako hrvatsko društvo slovi kao konzervativno i sporo prihvaća promjene, u zadnje vrijeme sve više svjedočimo promjeni na sceni mentalnog zdravlja u smislu sve jačeg psihoterapeutskog tržišta i sve veće potražnje i prihvaćanja psihoterapije bez zadržki. Nažalost, navedeno je i dalje većinom u privatnoj praksi te kao takvo nije dostupno cijeloj populaciji, dok je redovni zdravstveni sustav još uvijek u velikoj mjeri psihijatriziran te nije moguće u sklopu istoga dobiti cjelovitu psihoterapijsku podršku.

Kao što spominju Korotaj i sur. (2008) u Hrvatskoj nije usuglašeno gdje pacijenti s poremećajem prehrane trebaju biti liječeni. Autorica smatra da ovo pitanje ostaje često otvoreno i izrazloga što se poremećaji hranjenja javljaju u sve ranijoj dobi pa imamo pacijente u dobi od 8 godina starosti sve do kasnije adolescencije, a nerijetko se dijagnoza postavlja u kasnijim dvadesetim godinama. S obzirom na navedeno, jedan postotak oboljelih liječi se na pedijatrijskim klinikama, jedan unutar psihijatrijskih odjela, jedan unutar endokrinoloških ili internističkih odjela. Ista autorica također problematizira kako se često kasno kreće u cjeloviti tretman poremećaja zbog toga što se kod pacijenta liječi samo jedan od simptoma bolesti (amenoreja, bolovi utrbuhu, depresivni simptomi i sl.) što onda produžuje vrijeme do postavljanja pravilne i potpune dijagnoze poremećaja hranjenja.

Rana intervencija je važna kako poremećaj hranjenja u začetku ne bi napredovao u potpuno dijagnosticiran poremećaj. U Hrvatskoj se malo ulaže u prevenciju bilo kakvih poremećaja u ponašanju ili u jačanje mentalnog zdravlja, pa u je u tom kontekstu jasno da je i u odnosu na poremećaje hranjenja veliki problem nedostatak preventivnih mjera. Postojeće preventivne mjere su rijetke te ovise o inicijativama pojedinaca i Udruga te se ne provode sustavno i planski.

S druge strane, vidljivo je da u Hrvatskoj ipak postoji jasan fokus na pretilima. Pri Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo djeluje Služba za promicanje zdravlja sa Odjelom za promicanje tjelesnog zdravlja. Na internetskim stranicama navedene Službe spominje se debljina kao jedan od najvećih javnozdravstvenih problema i izazova današnjeg društva te važan zdravstveni rizik za kronične bolesti. Debljina je shvaćena kao posljedica loših prehrambenih navika i nedovoljnog kretanja. U sklopu Odjela djeluje Savjetovalište za pravilnu prehranu i tjelesnu aktivnost koje pruža usluge savjetovanja o pravilnoj prehrani i tjelesnoj aktivnosti te pomoć pri regulaciji tjelesne mase (www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/odjel-za-prevenciju-debljine/). Svake godine se raznim akcijama obilježava Svjetski dan debljine te postoji i Akcijski plan za prevenciju debljine. Međutim, uopće se ne spominju poremećaji hranjenja što ukazuje na činjenicu da isti nisu prepoznati kao javnozdravstveni problem, iako, kao i debljina, nose rizike za život i zdravlje bolesnika. Za pretpostaviti je da razlozi za to dijelom idu iz nerazumijevanja samih poremećaja hranjenja, ali dijelom iz postojanja različitih stereotipa koje debljinu povezuju sa lijenošću i nebrigom za sebe, dok se mršavost povezuje sa ljepotom i samokontrolom.

Pregledom dostupnih mjera liječenja i prevencije poremećaja hranjenja u Hrvatskoj naglasili bismo sljedeće:

- Postoji potreba za sveobuhvatnijom edukacijom javnosti, posebno mladih, o poremećajima hranjenja i njihovim posljedicama. Edukacija bi trebala biti dostupna ne samo u školama, već i putem medija i interneta kako bi se povećala svijest o važnosti mentalnog zdravlja i rizicima poremećaja hranjenja.
- Nedostatak rane intervencije može produbiti probleme poremećaja hranjenja te je važno razviti sustav za rano prepoznavanje simptoma poremećaja te osigurati brz pristup stručnjacima poput psihijataru, psihoterapeuta, nutricionista i ostalih stručnjaka specijaliziranih za poremećaje hranjenja.
- Dostupnost specijaliziranih tretmana za osobe s poremećajima hranjenja često može biti ograničena, posebno izvan većih urbanih područja. Potrebno je osigurati da ljudi u svim dijelovima zemlje imaju pristup odgovarajućim tretmanima i stručnjacima.
- Potrebna je dodatna edukacija stručnjaka koji rade na ovom području.
- Poremećaji hranjenja zahtijevaju multidisciplinarni pristup, uključujući terapeute, nutricioniste, liječnike i druge stručnjake. Važno je osigurati dobru komunikaciju i suradnju među članovima tima.

- Društvena stigmatizacija vezana uz poremećaje hranjenja može otežati osobama traženje pomoći i podrške. Važno je raditi na destigmatizaciji i promicanju otvorenog razgovora o mentalnom zdravlju.
- Udruge igraju važnu ulogu u pružanju podrške osobama s poremećajima hranjenja, ali je potrebna njihova suradnja sa redovnim zdravstvenim sustavom.
- Nedostatak sustava praćenja i evaluacije učinkovitosti provedenih mjera može otežati procjenu uspješnosti preventivnih i terapijskih pristupa. Važno je uspostaviti mehanizme praćenja kako bi se kontinuirano analizirala učinkovitost i pravovremeno prilagodile strategije.

8. POREMEĆAJI HRANJENJA U KONTEKSTU SUSTAVA SOCIJALNE SKRBI I SOCIJALNE PEDAGOGIJE

Pregledom dostupne literature proizlazi da se na poremećaje hranjenja gleda prvenstveno kao na zdravstveni problem te se njima primarno i bavi zdravstveni sustav. Navedeno je s jedne strane razumljivo, uzimajući u obzir brojne zdravstvene, odnosno tjelesne posljedice poremećaja hranjenja, međutim, uzimajući u obzir kompleksnost etiologije, te različitih rizičnih, ali i zaštitnih čimbenika koji se dovode u vezu sa poremećajima hranjenja, moguće je poremećaje hranjenja sagledati i kroz prizmu poremećaja u ponašanju. Koller-Trbović, Žižaki Bašić (2001) definiraju poremećaje u ponašanju kao sva ona ponašanja koja na neki način ometaju samog pojedinca, odnosno djeteta ili mladog čovjeka u redovitom funkcioniranju, i mogu biti štetna i opasna po samog pojedinca i/ili njegovookruženje. Slično prethodnoj definiciji, Bašić i Kranželić-Tavra (2004) govore o poremećajima u ponašanju kao svim odstupanjima od zdravog i pozitivnog razvoja, a koja imaju višestruke prethodnike, te višestruke nepovoljne posljedice, kako za pojedinca, tako i za njegovu užu i širu zajednicu. Autorica Koller-Trbović (2003) objedinjujući definicije više autora navodi da poremećaji u ponašanju: 1. predstavljaju značajnije odstupanje od uobičajenog, društvenog prihvatljivog ponašanjaodređenesredine za specifičnu dob i spol djeteta, i situaciju; 2.predstavljaju neposredno ili posredno ugrožavajuću, štetnu, opasnu situaciju za samo djeteta; 3.ukazuju na jasne pokazatelje budućeg nepovoljnog razvoja djeteta ukoliko se ne intervenira; 4. zahtijevaju dodatnu stručnu ili širu pomoć bez koje sama osoba nemože prevladati teškoće. Ako sagledamo poremećaje hranjenja kroz navedene definicije jasno je da kao takvi ulaze u domenu socijalne pedagogije. Znači, u kontekstu socijalne pedagogije, poremećaji hranjenja su važna tema, jer

ovi poremećaji često imaju duboko ukorijenjene socijalne i emocionalne uzroke, a njihov utjecaj se proteže na sve aspekte života pojedinca, uključujući i područje obrazovanja.

Kao što smo opisali ranije, adolescencija je iznimno rizično razdoblje za razvoj poremećaja hranjenja. U razdoblju adolescencije se općenito povećava stopa prevalencije internaliziranih teškoća (npr. tjeskoba, depresija) i eksternaliziranih problema (npr. agresivno ponašanje i poremećaj ophođenja) (Silk, Steinberg & Morris, 2003; prema Batista, 2019). Područje rada socijalnog pedagoga obuhvaća kako internalizirane, tako i eksternalizirane teškoće, a većina njih se, kako smo vidjeli prije, dovodi u vezu sa poremećajima hranjenja. Nadalje, socijalni pedagozi unutar različitih sustava (sustav socijalne skrbi, odgojno-obrazovni sustav, zdravstveni sustav) dio su interdisciplinarnog tima koji pruža podršku onima koji su već razvili poremećaj hranjenja, a također se imaju prilike baviti i prevencijom poremećaja hranjenja. No, svakako je potrebno dodatno usavršavanje i edukacija socijalnih pedagoga na području poremećaja hranjenja.

Socijalni pedagog bavi se adolescentima sa poremećajima u ponašanju te on posredno uključuje rad na svim područjima od značaja za pojedinog adolescenta ili na područjima u kojima adolescent pokazuje deficit ili poteškoće, npr. samopoštovanje, samoprihvatanje, anksioznost, samokritičnost, i sl. Socijalni pedagog pomaže adolescentima da se na efikasan i zdrav način nose sa izazovima odrastanja, pa tako posredno djeluje i na moguću pojavu simptoma poremećaja hranjenja. Može imati važnu ulogu u prevenciji poremećaja hranjenja putem sociopedagoškog rada sa adolescentima, s osobama u riziku, onima kojima je već dijagnosticiran poremećaj, edukacijom i radom s roditeljima, kao i putem provođenja različitih edukacija i preventivnih programa. U području odgojno-obrazovnog sustava kronično nedostaju preventivni programi, kako za učenike, tako i za stručne suradnike i profesore. U smislu prevencije socijalni pedagog može se baviti promocijom mentalnog zdravlja kroz različite akcije te projekte i to na sve tri razine preventivnog djelovanja.

Konkretno, u sustavu socijalne skrbi, u slučaju saznanja o problemima u ponašanju, stručni tim Zavoda za socijalni rad obavlja razgovor s djetetom i roditeljima u kojem uzima potrebne informacije o djetetu, njegovim poteškoćama, odnosima i prilikama u obitelji; obavlja se terenski izvid te druge radnje potrebne da se stvori cjelovita slika o problemima, ali i mogućnostima djeteta i njegovih roditelja za prevladavanje nastalih problema. Može se provesti i dodatna obrada djeteta u specijaliziranim ustanovama, a djeca i roditelji mogu biti obuhvaćeni savjetodavnim radom stručnjaka Zavoda ili se mogu uputiti u druge specijalizirane ustanove. U sklopu mjera Obiteljsko-pravne zaštite roditelje se može obvezati, ukoliko to sami

ne učine, da uključe dijete, ili obitelj, u odgovarajuće zdravstvene tretmane. Da bi to mogao, socijalni pedagog, i drugi stručnjaci u okviru socijalne skrbi, trebaju biti educirani i informirani o postojanju različitih oblika skrbi i mogućnostima tretmana za adolescente s poremećajima hranjenja. U praksi se pokazuje korisnom dobra suradnja sa Centrom BEA, gdje se može savjetovati o konkretnom adolescentu, u cilju pronalaženja odgovarajućeg oblika tretmana. U sklopu ustanova socijalne skrbi socijalni pedagog se može više uključiti u tretmanski rad obzirom je u svakodnevnom kontaktu sa adolescentom te jedan dio njegovih zadataka uključuje i brigu o zdravstvenom stanju korisnika.

Kao što vidimo, socijalni pedagog u sustavu socijalne skrbi može u odnosu na poremećaje hranjenja djelovati preventivno, tretmanski posredno radeći na drugim važnim temama za adolescenta, a koje su prepoznate kao rizične za razvoj poremećaja hranjenje, ali i represivno, obvezujući roditelje na uključivanje u potrebne tretmane.

Socijalni pedagozi mogu imati ključnu ulogu urazumijevanju i pružanju podrške osobama koje pokazuju simptome poremećaja hranjenja. Navesti ćemo nekoliko područja rada u kojima se socijalni pedagog može baviti područjem poremećaja hranjenja:

1. Edukacija: Socijalni pedagozi mogu raditi na povećanju svijesti o poremećajima hranjenja među mladima i u zajednici. Edukacija o znakovima, simptomima i posljedicama ovih poremećaja može pomoći u ranom prepoznavanju i interveniranju.
2. Prevencija i rana intervencija: Socijalni pedagozi mogu doprinijeti razvoju programa prevencije koji se fokusiraju na razvijanje zdravog odnosa prema tijelu i hrani, a rana intervencija može spriječiti pogoršavanje stanja kod osoba koje su već počele razvijati negativan odnos prema hrani i tijelu.
3. Socijalni utjecaji: Poremećaji hranjenja često su povezani sa socijalnim pritiscima, idealima ljepote i niskim samopouzdanjem. Socijalni pedagozi mogu raditi na razumijevanju ovih čimbenika i pružiti podršku adolescentima u razvoju pozitivnog samopouzdanja i samoprihvatanja.
4. Podrška u školama: Osobe koje pate od poremećaja hranjenja često se suočavaju s izazovima u školskom okruženju, uključujući problematiku socijalizacije i koncentracije. Socijalni pedagozi mogu surađivati sa školama kako bi se omogućila odgovarajuća podrška i razumijevanje za ove osobe.
5. Savjetovanje i terapija: Socijalni pedagozi mogu raditi u timovima sa drugim stručnjacima kao što su psiholozi, psihijatri i nutricionisti kako bi pružili sveobuhvatnu podršku osobama koje pate od poremećaja hranjenja.

6. Uloga obitelji: Socijalni pedagozi mogu pružiti podršku obiteljima adolescenata koji pokazuju simptome poremećaja hranjenja, bilo kroz savjetodavne razgovore ili kroz edukaciju.

9. ZAKLJUČAK

Poremećaji hranjenja kod adolescenata karakterizirani su smetnjama u navikama hranjenja i ponašanjima, a osnovno obilježje jest preokupacija tjelesnom težinom, odnosno trajna i pretjerana briga o tjelesnom izgledu. Obzirom na specifičnost adolescentne dobi kada još traje razvoj mlade osobe, posljedice poremećaja hranjenja mogu biti izrazito pogubne te je posebno važno posvetiti se području prevencije.

Postojeća literatura o poremećajima hranjenja nudi zaista puno različitih informacija o etiologiji poremećaja, no odgovor na pitanje što uzrokuje poremećaja hranjenja i dalje je vrlo kompleksan te obuhvaća brojne genetske, biološke, socijalne i psihološke čimbenike. Čini se kako je područje poremećaja hranjenja zaista kompleksno kada se radi o tretmanskim intervencijama pa tako poremećaje hranjenja prati stigma „teško“ izlječivih, a oboljele kao „teške“ pacijente ili klijente, tako da se mali broj stručnjaka uopće odlučuje na rad s ovom populacijom. Centar BEA svakako je svijetla točka na ovom području te bi mogao i trebao poslužiti kao model djelovanja i u ostalim dijelovima Hrvatske. S obzirom da psihološki i socijalni čimbenici imaju presudnu ulogu u razvoju poremećaja prehrane, psihoterapija je izrazito važan, ako ne i najvažniji, dio liječenja osoba s poremećajem hranjenja. Najvažniji ciljevi psihoterapije su promijeniti negativne stavove o hrani, promijeniti negativne stavove naspram vlastitog tijela te potaknuti fizički i psihički oporavak. U dostupnoj literaturi malo je istraživanja samog tretmana poremećaja hranjenja što ukazuje da se više pažnje pridaje teorijskim načelima.

Poremećaji hranjenja se, prije svega, svrstavaju u područje zdravstvenog sustava, no kako smo prikazali, ako na njih gledamo kroz prizmu poremećaja u ponašanju, a posebno uzimajući i obzir brojne psihosocijalne čimbenike razvoja, svakako ih možemo sagledati i u kontekstu sustava socijalne skrbi, odnosno jednog od područja interesa socijalne pedagogije. U suštini, socijalna pedagogija se fokusira na cjelokupni razvoj osobe i podržava je u raznim aspektima njenog života. Kada je riječ o poremećajima hranjenja, socijalni pedagozi mogu imati veliku ulogu u području prevencije, podrške, edukacije i tretmana adolescenata s poremećajima hranjenja.

10. LITERATURA

1. Argyrides, M., Anastasiades, E., & Alexiou, E. (2020). Risk and protective factors of disordered eating in adolescents based on gender and body mass index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9238. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249238>.
2. Ata, R. N., Ludden, A. B. & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 1024-1037
3. Atлга, M. (2021). Motivacija za promjenom kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze: diplomski rad. Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju.
4. Ambrosi-Randić, N. (2001). Biološki, psihološki i socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja: doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
5. Ambrosi-Randić, N. (2004). Razvoj poremećaja hranjenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
6. Ambrosi-Randić, N. I sur. (2008). Poremećaji hranjenja i internet: analiza sadržaja hrvatskih web stranica. *Psihologijske teme* 17 (1), 37-55.
7. Ambrosi-Randić, N. (2001). Učestalost i korelati provođenja dijete u adolescenciji, *Društvena istraživanja*. 10 (1), 415-430.
8. Balabanić Mavrović, J. (2018). Liječenje poremećaja hranjenja. III izmijenjeno izdanje, Zagreb.
9. Balabanić Mavrović, J. (2022). Sociološki aspekti tijela, prehrane i očekivanja rodnih uloga kod žena oboljelih od poremećaja hranjenja: doktorski rad. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet
10. Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. i sur. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405.
11. Bašić, J. (2009). Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih. Zagreb, Školska knjiga.
12. Bašić, J. i Kranželić-Tavra, V. (2004). O ponašanju učenika i njihovoj pojavnosti u školskom okruženju. U: J. Bašić, N. Koller-Trbović i S. Uzelac (Ur). Poremećaji u ponašanju i rizična ponašanja: pristup i pojmovna određenja. Zagreb. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
13. Batista, M. (2019). Psihološka prilagodba i sociokulturni stavovi u adolescentica s anoreksijom nervozom, disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

14. BEA, Centar za poremećaje hranjenja - <http://www.centarbea.hr/>, Pristupljeno: 17.5.2023.
15. Becker, A. E.; Fay, K. E.; Agnew-Blais, J.; Khan, A. N.; Striegel-Moore, R. H.; Gilman, S. E. (2011). Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *The British journal of psychiatry :the journal of mental science*, 198 (1): 43–50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078675>
16. Begovac, I. i sur. (2021). Dječja i adolescentna psihijatrija. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
17. Božić, D. i Macuka, I. (2017). Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53 (2), 1-16.
18. Bratland-Sanda S. & Sundgot-Borgen J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci.*, 13(5), 499-508.
19. Brytek-Matera, A. & Czepczo, K. (2017). Models of eating disorders: a theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 1, 16–26.
20. Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. & Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10 (1), 1-7.
21. Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M. i Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 421–433.
22. Celio Doyle, A., Binford Hopf, R. & Franko, D.L. (2011). Innovative Approaches to Prevention and Intervention: The Internet. U: *Eating disorders in children and adolescents: a clinical handbook*, edited by Le Grange, D. & Lock, J. New York, London: The Guilford Press.
23. Clausen L, Jones A. (2014). A systematic review of the frequency, duration, type and effect of involuntary treatment for people with anorexia nervosa, and an analysis of patient characteristics. *Journal of Eating Disorders*, 2, 29.
24. Coelho G.M., Gomes A.I., Ribeiro B.G., Soares Ede A. (2014). Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access J Sports Med*, 5, 105-113.

25. Cooper Z., Fairburn C.G. (2011). The Evolution of "Enhanced" Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cogn Behav Pract*, 18 (3), 394-402.
26. Dallos, R.&Denford, S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2008;13(2):305–322.
27. Dalle Grave, R. (2015). Kako pobijediti poremećaje hranjenja: program temeljen na kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Zagreb, Veble commerce.
28. Davison, G.C.&Neale, J.M. (1999). Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko, Naklada Slap.
29. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. (2013). American Psychiatric Association Arlington, VA, Washington, DC London, England.
30. Dimitropoulos, G., Freeman, V.E., Allemang, B. i sur. (2015). Family-based treatment with transition age youth with anorexia nervosa: a qualitative summary of application in clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1.
31. Dzielska, A., Kelly, C., Ojala, K. i dr. (2020). Weight reduction behaviors among european adolescents—Changes from 2001/2002 to 2017/2018. *Journal of Adolescent Health*, 66 (6), 70–80. Eating disorder Hope, <https://www.eatingdisorderhope.com>, Pristupljeno: 27.4.2023.
32. Erceg Jugović, I. (2015). Sociokulturalni čimbenici nezadovoljstva tijelom. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (3), 465-488.
33. Fairburn, C.G. (2005). Evidence Based Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-30.
34. Fairburn, C.G. i sur. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*, 166 (3), 311-319.
35. Frieiro, P., González-Rodríguez, R., & Domínguez-Alonso, J. (2022). Self-esteem and socialisation in social networks as determinants in adolescents' eating disorders. *Health & Social Care in the Community*, 30, 4416–4424.
36. Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109 (5), 1402–1413.
37. Graell, M., Morón-Nozaleda, M. G., Camarneiro, R., Villaseñor, Á., Yáñez, S., Muñoz, R., Martínez-Núñez, B., Miguélez-Fernández, C., & Faya, M. (2020). Children and

- adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 864–870.
38. Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339.
39. HRANA, Dnevna bolnica za poremećaje prehrane, <https://www.pbsvi.hr/dnevne-bolnice/dnevna-bolnica-za-poremecaje-prehrane-hrana/>, Pristupljeno: 18.5.2023.
40. HZZJZ, <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/odjel-za-prevenciju-debljine/>
41. Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York, London: The Guilford Press.
42. Juli, MR. (2017). Perception of body image in early adolescence: an investigation in secondary schools. *Psychiatria Danubina*, 29 (3), 409-415.
43. Juarascio, A. S., Schumacher, L. M., Shaw, J., Forman, E. M. i Herbert, J. D. (2015). Acceptance-based treatment and quality of life among patients with an eating disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 42–47.
44. Jurčić, Z. (2004). Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*, 52, 40-45.
45. Jones, D.C. & Crawford, J.K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*. 35 (2), 243-255.
46. Kakhi, S.; McCann, J. (2016). Anorexia nervosa: diagnosis, risk factors and evidence-based treatments. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 24-29.
47. Knez, R. i sur. (2008). Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 111-115.
48. Kocijan-Hercigonja D. (2004). Obiteljska terapija anoreksije nervoze. *Medix*, 52, 56-57
49. Koller-Trbović, N., Žižak, A., Bašić, J. (2001). Određenje, prevencija i tretman poremećaja u ponašanju djece i mladih. *Dijete i društvo*. III (3), 319-343.
50. Koller-Trbović, N. (2003). Poremećaji u ponašanju. *Dijete i društvo*. V (2-3). str. 291-305.
51. Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D.; National Eating Disorder Research Consortium; Touyz, S., Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 38.
52. Korotaj, Z., Vlašić-Cicvarić, I., Knez, R. i Peršić, M. (2008). Potreba za osnivanjem specijalnog centra za poremećaje hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 130-133.

53. Kraljević, M. (2017). Utjecaj fotografije u vizualnoj komunikaciji na poremećaje u prehrani. Diplomski rad, Sveučilišni centar Varaždin.
54. Kurtov, I. (2017). Utjecaj primjene mindfulness tehnika na tretman osoba s poremećajem hranjenja, Diplomski rad. Sveučilišteu Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
55. Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. i Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(2), 99–107.
56. Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017). Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research. *Journal of Eating Disorders*, 5(12).
57. Leonidas, C., & Dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 10, 915–927.
58. Levine, M.P.; Murnen, S.K. (2009). "Everybody Knows That Mass Media are/are not (pick one) a Cause of Eating Disorders": A Critical Review of Evidence for a Causal Link Between Media, Negative Body Image, and Disordered Eating in Females; *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42.
59. Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders*, 24, 39–46.
60. Mačković, S. (2017). Prevenirica poremećaja prehrane u Hrvatskoj. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
61. Mahnik-Miloš, M. (2004). Bolničko liječenje anoreksije i bulimije. *Medix*, 10, 52, 59-60.
62. Marčinko, D. i sur. (2013). Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb, Medicinska naklada.
63. Marčinko, D., Šeparović Lisak, M., Skočić, M. i Božičević, M. (2013). Poremećaji hranjenja: dijagnoza, klinička slika, etiopatogeneza i terapijska obilježja. U: Poremećaji hranjenja u psihijatriji, ur. Bradaš, Z; Božičević, M. i Marčinko, D. (2013). Zagreb, HUMS.
64. McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression, and eating disorders in woman. *Behavioral Research and Therapy*, 28, 205-215.
65. Mehler, P. S. & Brown, C. (2015). Anorexia nervosa - medical complications. *Journal of eating disorders*, 3(11).

66. Meštrović, A. (2014): Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zagreb, Zavod za javno zdravstvo, „Dr. Andrija Štampar“.
67. Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z., Fairburn, C.G. (2012). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19 (2), 150-158.
68. Mustapić, J. (2016). Povezanost srama, vršnjačkog pritiska i nezadovoljstva tijelom s navikama hranjenja adolescenata: disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
69. Neumark-Sztainer, D. (2011). Prevention od Eating Disorders in Children and Adolescents. U: *Eating disorders in children and adolescents: a clinical handbook*, edited by Le Grange, D. & Lock, J. New York, London: The Guilford Press.
70. Palčevski, G. (2016). Prevencija poremećaja hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 60 (1), 183-192.
71. Palčevski, G. i Peršić, M. (2008). Tjelesne komplikacije poremećaja hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 121-125.
72. Patton, G.C.; Selzer, R.; Coffey, C.; Carlin, J.B. i Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), 756-768.
73. Pehar, I.A. (2016): Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentnoj dobi. Završni rad. Split. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.
74. Pokrajac-Bulian, A. (2000). Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja, disertacija. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
75. Pokrajac-Bulian, A. i sur. (2021). Zabrinutost za oblik i tjelesnu težinu, suzdržavanje u prehrani i kognitivni obrasci hranjenja hrvatskih adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, 49 (3), 202-213.
76. Pokrajac-Bulian, A. & Živčić-Bećirević, I. (2004). Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Medix*. 10 (52), 67-68.
77. Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Calugi, S. i Grave, R.D. (2006). School prevention program for eating disorders in Croatia: a controlled study with six months of follow-up. *Eating Weight Disorder*. 11(4), 1-8.

78. Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Vukmanović, S. i Forbes, G. (2005). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, 14(1), 57-70.
79. Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T., Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, 16 (1), 27-46.
80. Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, 27, 415–428
81. Ratkajec Gašević G., Dodig Hundrić D., i Mihić J. (2016). Spremnost na promjenu ponašanja –od individualne prema obiteljskog paradigmi. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24 (1), 50-83.
82. Sander, J., Moessner, M. & Bauer, S. (2021). Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18, 2779, <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>
83. Sambol, K. & Cikač, T. (2015). Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*, 24 (2), 165-171.
84. Sjogren, M. (2019). On motivation as a target for intervention in anorexia nervosa. *Archives in Neurology & Neuroscience*, 5(5), <https://irispublishers.com/ann/pdf/ANN.MS.ID.000624.pdf>
85. Smink, F. E., van Hoeken, D., Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14 (4), 406-414.
86. Smink, F.E., van Hoeken, D., Oldehinkel, A.J., Hoek, H.W. (2014). Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-9.
87. Starzomska, M. & Tadeusiewicz, R. (2016). Pitfalls in anorexia nervosa research: The risk of artifacts linked to denial of illness and methods of preventing them. *Psychiatria Danubina*, 28 (3), 202-210.
88. Talbot, C. V., Gavin, J., Van Steen, T., & Morey, Y. (2017). A content analysis of thinspiration, fitspiration, and bonespiration imagery on social media. *Journal of eating disorders*, 5(1), 1-8.

89. Talić, L. (2013). Povezanost odnosa s roditeljima, samopoimanja i simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata, diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
90. Tantillo, M. i Kreipe, R. (2011). Improving Connections for Adolescents across High-Intensity Settings for the Treatment of Eating Disorders. U: Eating disorders in children and adolescents: a clinical handbook, edited by Le Grange, D. & Lock, J. New York, London: The Guilford Press.
91. Tolić, M. (2009): Medijska kompetencija kao prevencija pri sprječavanju medijske manipulacije u osnovnim školama. *Medinala*. 3(6), 195-212.
92. van Eeden, A.E., van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*. 34(6), 515-524.
93. Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, 18 (2), 185-191.
94. Vidović, V. (2008). Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Paediatrica Croatica*, 52 (1), 106-110.
95. Vidović, V. (2004). Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix*, 10, 52, 50-54.
96. Vidović, V. (2004). Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*, 10, 52, 69-74.
97. Vidović V. (1998). Anoreksija i bulimija. Zagreb, 4P.
98. Watkins, B. (2011). Eating disorders: an overview. U: Eating Disorders and the Brain. Ed. Lask, B. & Frampton, I., Oxford, Wiley-Blackwell.
99. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA i sur. (2012). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3 izdanje. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/eating_disorders-watch.pdf