

Utjecaj perfekcionizma na ishod liječenja

Lovrić, Daria

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:622776>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-06**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Daria Lovrić

Utjecaj perfekcionizma na ishod liječenja

Diplomski rad



Zagreb, 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Daria Lovrić

Utjecaj perfekcionizma na ishod liječenja

Diplomski rad



Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC-a Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

SADRŽAJ

SAŽETAK	
SUMMARY	
1. UVOD	1
2. PERFEKCIONIZAM	2
2.1. POVIJESNI RAZVOJ DEFINICIJE	2
2.2. TEORIJE PERFEKCIONIZMA	3
2.2.1. PERFEKCIONIZAM U OKVIRU RACIONALNO-EMOCIONALNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE	4
2.2.2. PERFEKCIONIZAM KAO IRACIONALNO VJEROVANJE	7
2.3. UTJECAJ PERFEKCIONIZMA NA NAVIKE U PREHRANI	8
3. POREMEĆAJI PREHRANE	11
3.1. EPIDEMIOLOGIJA	12
3.2. VRSTE POREMEĆAJA HRANJENJA	12
3.2.1. ANOREXIA NERVOSA	12
3.2.2. BULIMIJA NERVOSA	18
3.2.3. KOMPULZIVNO PREJEDANJE	23
3.2.4. NEODREĐEN POREMEĆAJ HRANJENJA	26
3.3. ETIOLOGIJA	27
3.3.1. BIOLOŠKI FAKTORI	30
3.3.2. PSIHOLOŠKI FAKTORI	33
3.3.3. SOCIJALNI FAKTORI	35
3.4. TEŠKOĆE PRI LIJEČENJU OBOLJELIH OD POREMEĆAJA U PREHRANI	36
36	
3.5. PSIHOTERAPIJA OBOLJELIH OD POREMEĆAJA U PREHRANI	39
4. ZAKLJUČAK	41
5. ZAHVALE	43
6. LITERATURA	44
7. ŽIVOTOPIS	52

SAŽETAK

Poremećaji hranjenja su skupina poremećaja koje karakterizira zabrinutost zbog oblika vlastitog tijela, nezadovoljstvo tijelom, usmjerenost na kontrolu tjelesne mase i izgleda, te neprilagođen unos hrane. Poremećaji hranjenja: anoreksija nervosa, bulimia nervosa i kompulzivno prejedanje. Oni se uglavnom javljaju u mlađoj životnoj dobi i adolescenciji. Opisuju se kao bolesti koju karakteriziraju nepravilne prehrambene navike, teške tjeskobe kao i zabrinutost vezana uz tjelesnu težinu te oblik i veličinu tijela. U današnje vrijeme velika pozornost se pridaje fizičkom izgledu; tj. postavljeni su standardi idealne ljepote (perfekcionizam) i poželjnih atributa. Za nastanak bolesti odgovoran odnos brojnih čimbenika, od kojih su najvažniji biološki, psihološki i sociološki. Prema današnjoj psihijatrijskoj klasifikaciji anoreksija i bulimija nervosa te kompulzivno prejedanje svrstavamo u poremećaje hranjenja. Naglašena je učestala pojava bolesti u mladoj životnoj dobi, naglasak na društvo koje ima veliki utjecaj na pojavu bolesti, želja za velikim znanjem i razumijevanjem specifičnosti oboljenja, te načina na koji oboljeli žele „sakriti“ bolest i dugo odbijaju pomoć obitelji. Iako se različiti poremećaji hranjenja različito manifestiraju, svima je zajedničko da zahtijevaju stručnu pomoć i liječenje.

Ključne riječi: perfekcionizam, poremećaj hranjenja, liječenje

Effects of perfectionism on treatment outcomes

SUMMARY

Eating disorder is a group of disorders characterized by concerns about the shape of your body, body dissatisfaction, focus on body weight control and appearance, and inadequate food intake. Nutrition disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and compulsive overuse. They mostly occur in younger ages and adolescents. They are characterized by a problematic relationship with food, a negative image of their body and weight, and disrupted self-esteem. At present, great attention is paid to the physical appearance; ie the standards of ideal beauty (perfectionism) and desirable attributes are set. The cause of the disease is responsible for a number of factors, most important of which are biological, psychological and sociological. According to today's psychiatric classification, anorexia and bulimia nervosa and compulsive overeating are classified as eating disorders. The frequent occurrence of illness in young age, the emphasis on society that has a major influence on the illness, the desire for great knowledge and understanding of the specificity of the illness, and the way in which the sufferers want to "hide" the disease and long refuse the help of the family is emphasized. Although different eating disorders manifest differently, everyone is in common that they require professional help and treatment.

Key words: perfectionism, eating disorder, treatment

1. UVOD

Perfekcionizam je kao riječ u uporabi već stotinama godina. Perfekcionizam je karakteristika koja je odavno privukla pažnju znanstvenika zato što je shvaćena kao rizični te održavajući faktor pri razvijanju raznih mentalnih oboljenja, uostalom i poremećaje prehrane. Poremećaji u prehrani nisu novost u medicinskom svijetu, ali porastom broja oboljelih od poremećaja prehrane u prošlom desetljeću, postali su jedni od visokorizičnih poremećaja s najvećom stopom smrtnosti u odnosu na druge psihičke poremećaje. Kod poremećaja prehrane važno je zapamtiti kako su fizički simptomi, posljedice koje samoizgladnjivanje, prejedanje i čišćenje izazivaju. Pravi razlozi su dublji te su mnogo problematičnije mentalne slike nego one fizičke unatoč tome što se čini kako u poremećajima prehrane izgled i vanjšina su centar zabrinutosti oboljelih. U ovom radu obradit će se glavni poremećaji prehrane: anoreksija nervosa, bulimija nervosa i kompulzivno prejedanje. Anoreksija i bulimija nervosa su dva najčešća poremećaja prehrane, pogotovo u zapadnoj civilizaciji gdje je mnoštvo mladih opsjednuto idealima ljepote koje „postavljaju“ mediji ili modna industrija, no imaju i dublje psihološke korijene gdje mogu biti samo način kompenziranja za neke životne situacije ili obiteljske probleme. Kod kompulzivnog prejedanja u kojima određene dijete koje su najčešće nezdrave, a postavljaju nerealna očekivanja, upravljaju životom pojedinca radi velike psihološke potrebe za hranom što čini jedan začarani krug između perioda izgladnjivanja i perioda prejedanja. Poremećaji prehrane definiraju se kao mentalne bolesti koje proizlaze iz kombinacije dugotrajnih bihevioralnih, bioloških, emotivnih, psiholoških, osobnih te socijalnih faktora. Iako se poremećaji prehrane ponekad povezuju samo s hranom te okupiranošću oko tjelesne težine zapravo su to kompleksne bolesti sa različitim uzrocima. Osobe koje boluju od poremećaja prehrane koriste hranu i kontroliranje hrane kao način kako bi se nosili s osjećajima i emocijama koje za njih mogu biti nadmoćne. Za neke, biti na dijeti, prejedati se, a potom koristiti razne metode čišćenja može biti početni način nošenja s bolnim emocijama te jedino na taj način imaju osjećaj da drže kontrolu nad vlastitim životom. Takvo ponašanje je štetno za tjelesno i emocionalno zdravlje, samopoštovanje, osjećaj kompetentnosti i kontrole.

2. PERFEKCIONIZAM

Razna istraživanja perfekcionizma učesatlija su u proteklih četrdeset godina, što je pomoglo shvaćanju koncepta perfekcionizma, tj. što ta riječ obuhvaća i kako djeluje na mentalne bolesti odnosno na psihičko zdravlje.

Koncept perfekcionizma jako se promijenio. Shvaćanje perfekcionizma krenulo je tako da je ta karakteristika u početku percipirana kao iznimno loša, potom se razvio jednodimenzionalni koncept, a perfekcionizam je bio shvaćen kao neželjena, neadaptivna karakteristika. U današnje vrijeme velik broj autora priznaje višedimenzionalni koncept perfekcionizma, u kojem se smatra da ima vlastite neadaptivne, ali i adaptivne, željene osobine u obliku težnje za vlastitim rastom i razvojem (1).

2.1. POVIJESNI RAZVOJ DEFINICIJE

Prijašnji filozofi i terapeuti imali su pogled na perfekcionizam kao na bitan aspekt čovjekova ponašanja, a prvi koji je govorio o perfekcionizmu bio je Janet (1898) koji je mislio kako perfekcionista razvijaju rigidne ideje (2). Nakon toga, Adler (1956) je isticao bitnost perfekcionizma i želje za savršenim kao osnovnim odgovorom na osjećaj neadekvatnosti i podčinjenosti (3) i mislio je da je to uobičajena i urođena čovjekova osobina (4). Freud (1926) je smatrao kako je perfekcionizam tegoba neurotičnosti koji proizlazi iz surovog i kaznenog super ega koji želi savršeno ponašanje i postignuće u svim aspektima življenja (5). Horney (1950) u istraživanjima tvrdi da je perfekcionizam „tiranija moranja“ i misli da se perfekcionista svojim željama za postizanje visokih standarda i ciljeva žele uključiti u nemoguću i idealiziranu sliku sebe koju su oni sami sebi stvorili, kako bi na takav način zaštitili vlastito samopoštovanje (6).

Schweitzer i Hamilton smatraju da je podrijetlo samog perfekcionizma na dubokoj razini psihe i obuhvaća ne samo medij da bi se postigla nadmoć, već i način pomoću kojeg pojedinac pokušava ostvariti kontrolu nad vlastitim životom (7). U stvari, perfekcionizam reprezentira neurotičnu potrebu koja dovodi da se i minimalno loša povratna informacija, shvaća kao totalni neuspjeh (8,9).

Iz ovoga je vidljivo kako su rane kliničke konceptualizacije gledale na perfekcionizam kao eksplicitno lošu osobinu, a prvi koje je diferencirao 2 vrste bio je Hamachek (1978) koji je stvorio razliku između uobičajenog i neurotičnog perfekcionizma (10). Uobičajeni perfekcionista su pojedinci koji uživaju u dobro napravljenom zadatku čak i kada dođu do određenog cilja, a neurotični perfekcionista sebi zadaju nemoguće ciljeve, nikada ne uživaju u dobro obavljenom poslu, preispituju svoje postupke, smatraju sami sebe nekompetentnima (11). Konkretnije, premda je standardno konceptualiziran kao jednodimenzionalni konstrukt, u zadnje vrijeme interes ispitivača za taj konstrukt strmovito se povisio, te se perfekcionizam drži multidimenzionalnom karakteristikom (12-14).

Boone i Soenens navode da postoji velik broj definicija perfekcionizma, a najpraktičnija je ona koju su sugerirali Flett i Hewitt (2002) u kojoj se naglašuje kako je perfekcionizam težnja za nepogrešivošću, a perfekcionista su pojedinci koji žele u svakom području vlastitoga života biti savršeni (15).

2.2. TEORIJE PERFEKCIONIZMA

Najpopularniji teorijski modeli za multidimenzionalni perfekcionistački pristup su model Frosta i sur. (1990), model Hewitta i Fletta (1991) i model koji su iznijeli Slaney i sur. (16). Nezavisno su Frost i sur. (1990) i Hewitt i Flett (1991) u istom naslovu uspostavili multidimenzionalne skale za računanje perfekcionista. Multidimenzionalne su zato što se drži da u temelju perfekcionista postoji više različitih čimbenika, pojedini čimbenici označuju pozitivne, a drugi negativne elemente perfekcionista.

Frost je u svojem modelu (12), koji ističe interpersonalnu komponentu, imenovao 6 karakteristika perfekcionista: visoki životni standardi, sumnja u vlastitu kvalitetu izvršenja zadatka, briga oko pogrešaka u izvršenju, organiziranost, očekivanja roditelja te roditeljska prigovaranja.

Isto tako, Flett i Hewitt su isticali i interpersonalne i intrapersonalne čimbenike perfekcionista te su u skladu s time zamislili perfekcionista u 3 dimenzije:

1. perfekcionista fokusiran prema samome sebi – dimenzija koja sadrži zacrtavanje izvanredno visokih i nedostižnih ciljeva s naglaskom na cjelovremeno samopromatranje i rigoroznu analizu svoga ponašanja;

2. perfekcionizam usmjeren prema drugima – ova dimenzija se očitava u zacrtavanju nerealnih standarda za druge osobe od važnosti te veoma rigoroznu analizu njihovog ponašanja;
3. društveno propisan perfekcionizam – dimenzija koja se reflektira na mišljenje da određenoj osobi drugi postavljaju nerealno visoke standarde. Ovakve osobe pokušavaju zadovoljiti takve abnormalne standarde za koje vjeruju da im ih drugi postavljaju, naime, oni osjećaju da će tek kada zadovolje te standarde njihovi bliski biti sretni. Ovu dimenziju opisuje jaka zabrinutost oko stjecanja odobrenja i prihvatanja od drugih pojedinaca, naglasak ove dimenzije je nastojanje da se bude idealan pred drugima, kako bi se zadovoljila potreba za pripadanjem. Ova vrsta perfekcionizma je fokusirana prema sebi samome, ali na osnovi principa drugih ljudi (17).

Kao adaptivni faktori navedeni u ova 2 modela, ističu se faktori osobnih standarda i angažiranost (12), sebi usmjeren perfekcionizam i perfekcionizam prema drugima (13), a neadaptivni faktori su briga oko grešaka, podijeljenost između osobnih postupanja, roditeljska prigovaranja i očekivanja (12) te društveno propisan perfekcionizam (13).

2.2.1. PERFEKCIONIZAM U OKVIRU RACIONALNO-EMOCIONALNO-BIHEVIORALNE TERAPIJE

Prvi kognitivno znanstvenik i terapeut koji je definirao te liječio perfekcionizam kao dio terapije bio je Albert Ellis. 1956., Ellis je na konvenciji psihologa u SAD-u, reprezentirajući 12 temeljnih neracionalnih uvjerenja, skrenuo pažnju da je perfekcionizam neracionalno i štetno uvjerenje (2).

Kao neracionalno uvjerenje, perfekcionizam je definiran kao podložnost čovjeka da teži maksimalnoj kompetentnosti, adekvatnosti, inteligenciji i produktivnosti (18). Nakon toga, kada se povećala razina neracionalnih uvjerenja u sklopu REBT-a, temeljna definicija o perfekcionizmu kao neracionalnom uvjerenju je osmišljena da bi se pojasnilo da izuzev sklonosti čovjeka kompetentnosti, adekvatnosti i uspjehu integrira i samovrednovanje čovjeka (18).

Na temelju takvog opisa perfekcionizma, primarni cilj i suština života je postignuće i uspješnost, a neuspjeh u bilo čemu znači da je pojedinac u potpunosti neadekvatan i beskoristan (2). Abnormalna težnja k savršenosti u svakoj životnoj situaciji dovest će do potištenosti, vlastite mržnje i razočaranja (2). To jest, perfekciju još nitko nikada nije postignuo, niti ju je moguće postići, prema Horneyu, nastojati za perfektnim je isto što i biti izgubljenim slučajem (19). Isto tako, kako bi se perfekcionizam bolje shvatio, Ellis (2002) je odredio 3 hipoteze o podložnosti osobe zahtijevanju, a ne preferiranju, usprkos tome što takvo zahtijevanje može narušiti životnu kvalitetu:

- Pojedinac imaju minimalnih teškoća u razlikovanju težnja koje su slabe ili umjerene jačine od zahtjeva, no nailaze na popriličan broj teškoća u razlikovanju težnja koje su velikog intenziteta od zahtjeva. Ako pojedinac ima slabe ili umjerene težnje, rijetko će vjerovati da te težnje moraju nužno biti ispunjene. No, ako ima težnje visokog intenziteta, nerijetko vjeruje i ima ih potrebu ispuniti.
- Ako pojedinac ima težnju srednjeg intenziteta, onda je velika vjerojatnost da će se, ako dođe do neuspjeha, prebaciti na neku drugu težnju sličnu prvoj. Međutim, pri visokim intenzitetima težnji pojedinac je uvjeren da druga rješenja ne postoji, u cijelosti je usmjeren na prvu i jedinu želju.
- Težnje jakog intenziteta potiču i motiviraju osobu da se usredotoči na jedan izbor, zanemarujući svaku alternativnu opciju. Ako je težnja jakog intenziteta, pojedinac će se snažno usredotočiti na dobar ishod, ali i na negativne posljedice ako se dogodi loš ishod (osjećaj smanjene vrijednosti), zbog straha od takvih negativnih posljedica druge opcije bit će shvaćene kao krajnje neželjene.

Slično spomenutim modelima, skala razvijena od Slaneya i sur. (2001), imenovana je Skoro savršena skala (eng. The Almost Perfect Scale).

Ovu skalu čine 3 čimbenika, od kojih adaptivni perfekcionizam predstavljaju: visoka očekivanja i urednost, zbog razlika koje postoje između visokih očekivanja i osjećaja da takvi standardi nisu u potpunosti ispunjeni predstavlja maladaptivni perfekcionizam (16).

Uspoređujući ovu kategorizaciju perfekcionizma sa onom Hewitta i Fletta (1991), dokazano je da se u velikom djelu slučajeva društveno propisan perfekcionizam može tumačiti kao čimbenik maladaptivnog perfekcionizma, pritom je sebi usmjeren perfekcionizam adaptivan (20). S obzirom na to da se pozitivnost ili negativnost perfekcionizma za određenu osobu zasniva na tome u kojoj količini ima nazočnosti pojedinih psihopatoloških simptoma, smatra se opravdanim upotrebljavati ovaj konstrukt kao multidimenzionalni (14). Dakle, i mnoga dosadašnja ispitivanja koja su bavila ovom tematikom usmjeruju na bitnost razdvojenog ispitivanja pozitivnih i negativnih aspekata perfekcionizma (12,21-23).

Adaptivni perfekcionizam je koristan zato što pojedinac ima racionalna i razumna uvjerenja o svojim težnjama i ciljevima, povezan je s pozitivnim rezultatima kao što su: povećano životno zadovoljstvo, ustrajnost, produktivnost te ekstraverzija (24,25).

Međutim, maladaptivni perfekcionizam koreliran je s brojnim emocionalnim i psihopatološkim simptomima poput potištenosti, neuroticizma, depresije (26-28), anksioznosti, poremećaja ličnosti te suicidalnih tendencija (6,24,29). To jest, kod adaptivnog perfekcionizma pojedinac je nakon uspješnog ishoda zadovoljan, a na neuspjeh ne gleda kao na indikator nekompetentnosti, nego jedino kao činjenicu da se mora više potruditi (30). Kod maladaptivnog perfekcionizma pojedinac svoju vrijednost analizira na osnovi dostignuća, te će biti sklon samokritici ako iskusi neuspješnost što može završiti velikim brojem negativnih rezultata (31). Dakle, temeljna razlika između adaptivnih i maladaptivnih perfekcionista se najčešće reflektira u njihovim reakcijama na loš rezultat.

Usprkos očitom prisustvu dobrih i loših dimenzija perfekcionizma, iz kliničkog kuta gledanja ipak je veća koncentracija na loše karakteristike perfekcionizma. Uzrok tome je to da se terapeuti i doktori sve više susreću s pojedincima kod kojih je vidljiv baš taj negativni perfekcionizam, koji ih je nekako i usmjerio da potraže terapijsko liječenje (14). Premda se perfekcionizam u posljednje doba sve više istražuje, znanstvenici i dalje ispituju što se to skriva u samoj etiologiji perfekcionizma (32) da bi bili sposobni ispitati efektivne strategije terapije koje bi bile od pomoći onim pojedincima koje negativni perfekcionizam zaustavlja u radu, zadovoljnom životu, međuljudskim odnosima, pa čak i dovodi do većih psihičkih rizika (33). Radi toga, u sljedećem će dijelu biti rastumačen perfekcionizam kao dio REBT teorije, kakvim ga je tumačio Ellis.

2.2.2. PERFEKCIONIZAM KAO IRACIONALNO VJEROVANJE

Perfekcionističko uvjerenje, kao dio neracionalnog uvjerenja je ono kakvo terapeuti nerijetko čuju u svojim terapijskim seansama, ono korelira s velikim strahom od lošeg rezultata i može se reći da postoji u sadašnjem natjecateljskom društvu koje je većim dijelom usredotočeno samo na uspjeh (34). Ellis (2002) paradoksalno tvrdi da se bitnost perfekcionizma očituje jer djeluje da osoba postane tjeskobna, potištena ili mentalno uzrujana. Dakle, perfekcionistička uvjerenja su otežavajući čimbenik u velikom broju aktivnosti u kojima pojedinci namjeravaju dostići dobre rezultate, zato što pojedinci s ovakvim uvjerenjima ne toleriraju svoje greške (34). U skladu s time, perfekcionizam je neracionalno uvjerenje zbog podosta razloga (35):

- Kao prvo, nema pojedinca koji može biti uspješan, kvalificiran, i vješt u svakoj mogućoj situaciji i velika je šansa da ćemo doživljavati loše rezultate (zato što je život takav). To jest, biti prvi i najbolji u pojedinom području je veoma zahtjevno, zato što puno drugih želi isto to, stoga nema smisla fokusirati se na to.
- Fraze kao što su „ja moram“ ili „ja trebam“ često sugeriraju na neracionalnu čežnju za uspjehom i perfekcijom. Premda uspjeh daje pojedine pogodnosti, uvjerenje da je uspjeh nužan u svakoj situaciji, često donosi nepotrebnu frustraciju, stres i brojne nepogodnosti. Ovakvi pojedinci pritišću sami sebe izvan granica svojih sposobnosti, oni slabo dolaze do vremena za opuštanje i uživanje u svome radu, a to na kraju može rezultirati velikim brojem psihosomatskih i emocionalnih tegoba.
- To uvjerenje može dovesti do toga da ne ispitamo samo svoje sposobnosti i potencijale, nego rezultira s poredbama s drugim ljudima i povećava našu želju da budemo bolji od njih u našem poslu.
To je neracionalno uvjerenje zato što nije važno što smo sposobni ili vješti u nečemu jer često ima nekoga tko efektivnije radi ono što mi radimo. To jest, neracionalno je komparirati se s drugima jer mi ne posjedujemo kontrolu nad njima, nego samo nad nama samima.
- Koristeći ovakav pristup uspjehu nemamo ništa osim ekstrinzične vrijednosti, a intrinzična je zaboravljena. Dakle, prema toj definiciji, bez dobrih rezultata, mi smo bezvrijedni.

Ako pojedinac misli da je bolji ili superiorniji od drugih ljudi zato što je dostigao neki rezultat, vjerojatno će se samo na kratko osjećati vrijedno, ali s tim rezultatom unutarnja vrijednost pojedinog čovjeka ostaje nepromijenjena.

- Razmatranja i vlastita uvjerenja da pojedinac treba biti kvalificiran i efikasan, nerijetko skreću pojedinca s temeljnog cilja, da bude sretan.
- Ako pojedinac nekontrolirano teži za uspješnošću i boji se neuspjeha, to će završiti strahom od riskiranja, strahom od griješenja te strahom od bavljenja pojedinim aktivnostima koje bi inače bile dobre za njega, ali zbog straha odustaje. Dakle, žudnja pojedinca za velikim i savršenim dostignućima dovodi do toga da pojedinac ima samo 2 izbora: a) da radi greške i bude devastiran radi toga; b) da izbjegava aktivnosti kako ne bi napravio pogrešku, i zbog toga odustaje i mrzi sebe sama. To jest, takav neracionalan pristup ne samo da pojedinca osuđuje na neuspjeh, nego i na strah od sljedećeg neuspjeha, a to itekako može imati dugoročnije posljedice.

2.3. UTJECAJ PERFEKCIONIZMA NA NAVIKE U PREHRANI

Perfekcionizam ima bitan udio u shvaćanju poremećaja prehrane. Smatra ga se rizičnim čimbenikom za nastanak poremećaja hranjenja (36), podržavajućim čimbenikom tegobe i bitnim prediktorom ishoda bolesti, to jest odgovora na terapiju. Ima i onih koji misle da ima zajedničkih uzročnih postupaka u stvaranju perfekcionizma i poremećaja prehrane. Anoreksični pacijenti često pokazuju znakove jakog nivoa perfekcionizma (37,38).

MSP-F – Multidimenzionalna skala perfekcionizma-Frost (Multidimensional perfectionism scale-Frost) mjerenja pokazuju abnormalne rezultate na skalama „Osobni standardi“, „Zabrinutost zbog pogrešaka“ te „Roditeljska prigovaranja“, a MPS-H – Multidimenzionalna skala perfekcionizma-Hewitt (Multidimensional perfectionism scale-Hewitt) mjerenja pokazuju abnormalne razine SOP-a (sebi-usmjeren perfekcionizam - Self-Oriented perfectionism) i SPP-a (društveno propisan perfekcionizam - Socially prescribed perfectionism).

U kontekstu prije spomenutih informacija, abnormalna razina SOP-a govori kako se radi o pojedincima koji si zacrtavaju neracionalno visoke ciljeve, te tvrdoglavo teže nemogućemu. Ne odustaju ni kada shvate loše rezultate vlastitih težnji. Od ovakvog ponašanja cijelovremeno proizlazi i osnova za samokritiku zato što ovakvi pojedinci u svojim mislima ne ostvaruju ciljeve koje su si postavili (39,40). Ovakva sekvenca ponašanja mogla bi igrati ulogu u simptomatologiji anoreksije. Pojedinac ima nerealne ciljeve savršenosti svoga fizičkog izgleda, oblika, i tjelesne mase.

Zacrtava si rigorozan put za dostizanje neracionalnih težnji i ne odustaje od svoje namjere. Rigorozna samoanaliza svoga fizičkoga izgleda i svojih postupaka kod dostizanja gubitka tjelesne mase ohrabruje prema još gorem zakinuću od hrane i regularnijem vježbanju. Pojavljuje se začarani krug, ništa nije dostatno, nestaje svaka konekcija s realizmom. Povišeni nivoi SPP-a moguća su podloga senzitivnosti na komentare i savjete drugih ljudi. Brojne anoreksične, izglednije djevojke tvrde kako je poremećaj hranjenja pokrenuo nečiji nasumični usputni loš komentar o njihovom fizičkom izgledu. Takvi komentari su u osobi vjerojatno pokrenuli neugodne emocije radi neispunjavanja onoga što ta osoba misli da drugi ljudi žele od nje (41).

Isto tako, SPP će možda imati utjecaj u posvećenosti idealu fizičke ljepote zapadne civilizacije, a to je neuhranjenost. Umjereno povišena mjerenja na skalama MPS-H i MPS-F pokazuju da pojedinci s poremećajima prehrane imaju povišene razine neadaptivnog i adaptivnog perfekcionizma.

Pojedina ispitivanja tvrde da su, s obzirom na zdrave kontrolne skupine, neadaptivni elementi u bitno većoj mjeri zastupljeni kod pacijenata s poremećajem prehrane, dok su adaptivni skoro ravnomjerno prisutni u obje grupe (42). Izuzev spomenuta 2 međuljudska elementa perfekcionizma (OOP - Other-Oriented Perfectionism i SPP - Socially prescribed perfectionism), Hewitt i sur. su naknadno uočili još jedan veoma bitan međuljudski element perfekcionizma koji se može mjeriti sa Skalom perfekcionističke samoprezentacije (eng. Perfectionistic Self-Presentation Scale – PSPS), a to je težnja da se pokažemo optimalnima pred drugim pojedincima (43).

Perfekcionizam se u tom obličju karakterizira stalnim trudom i neprestanim radom na samopromociji i prikazivanju samoga sebe kao perfektnog. Pojedinačnik nikome ne otkriva ili priznaje svoje mane, nesavršenosti. Takav obrazac ponašanja karakterističan je za oboljele od poremećaja hranjenja tj. perfekcionizam usmjeren prema sebi rizični je čimbenik u razvoju poremećaja hranjenja (36,44). Kod ovakvih ljudi djeluju snažne preokupacijske brige oko svoga fizičkog izgleda, a to im dodaje velik stres.

Kao dio perfekcionističke samoprezentacije često se događa jako suzbijanje u iskazivanju gnjeva i ostalih afekata, a na vidjelo se pokazuje samo ono što se želi da drugi vide. Dapače, iznimno je moguće da pri potiskivanju emocija i afekata ulogu ima i njihova reducirana vještina raspoznavanja svojih emocija, odnosno aleksitimija. Isto tako, cjelokupna atmosfera u domu i djelovanje u društvu je posvećeno kako bi se stvorila javna slika obitelji kao perfektno i psihološki stabilne.

3. POREMEĆAJI PREHRANE

Poremećaji prehrane definiraju se kao mentalne bolesti koje proizlaze iz kombinacije dugotrajnih bihevioralnih, bioloških, emotivnih, psiholoških, osobnih te socijalnih faktora. Glavna karakteristika poremećaja hranjenja je to što sekundarne smetnje nastaju prvenstveno zbog promjena u hranjenju, a ne zbog bilo koje druge tjelesne ili psihičke bolesti (42).

Poremećaji prehrane izvor su mnogih predrasuda i nerazumijevanja baš zato što se o njihovim uzrocima još uvijek vrlo malo govori. Pojedini misle da nastaju zbog uzora u mršavim modelima koje nameće modna industrija, zbog nekog bunta ili razmaženosti, često takve predrasude imaju i najbliži oboljelih. Osim kulturoloških faktora, na razvoj poremećaja prehrane mogu utjecati i odnosi s roditeljima, te stresni i traumatski događaji. Kada dođe do poremećaja u prehrani i ona postignu kronični oblik, liječenje je vrlo zahtjevno i dugotrajno, te zahtjeva multidisciplinarni pristup. Zbog toga je vrlo bitno rano prepoznavanje i liječenje.

Poremećaji prehrane povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose rizik prijevremene smrti. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje vanjskog i unutarnjeg svijeta te je na poseban način povezano s emocijama i iskustvima još od najranije dobi. Mnogi zdravstveni poremećaji odražavaju se na hranu, jedenje i težinu, no termin "poremećaji prehrane" u svakodnevnom razgovoru označava anoreksiju, bulimiju i kompulzivno prejedanja. Anorexia nervosa i bulimia nervosa su najčešći oblici poremećaja prehrane, kao zajedničku karakteristiku nose ekstremnu zabrinutost zbog tjelesnog oblika i tjelesne težine, te različita ponašanja usmjerena kontroliranju tjelesne težine. Poremećaji prehrane su danas sve češći, posebno u razvijenim zemljama. Od 0,5 do 1 % opće populacije ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog poremećaja hranjenja. Pri tome najčešće obolijevaju mlade žene, a čak do 4 % adolescentica pokazuje neki poremećaj prehrane (45).

3.1. EPIDEMIOLOGIJA

Posljednjeg desetljeća anoreksija nervoza pojavljuje se sve češće, s tendencijom rasta kao poremećaj kod djevojčica adolescentne dobi. Češća je 20 puta u djevojčica nego u dječaka. Prevalencija u mladih žena je 5%. U početku se izvještavalo kao o poremećaju pripadnika više klase, što novija istraživanja ne potvrđuju (46). Češće se pojavljuje u razvijenim zemljama, posebice u žena koje su manekenke, balerine. Anoreksija se uglavnom pojavljuje između 10. i 30. godine života. Nakon 13-te godine frekvencija pojavljivanja rapidno raste s maksimumom između 17-te i 18-te godine (47). Osamdeset pet posto bolesnica staro je između 13 i 20 godina (48).

3.2. VRSTE POREMEĆAJA HRANJENJA

Najčešći poremećaji hranjenja su anoreksija nervosa, bulimija nervosa, kompulzivno prejedanje i neodređeni poremećaj hranjenja.

3.2.1. ANOREXIA NERVOSA

Riječ anorexia je grčkog podrijetla a označuje odsutnost apetita. Anoreksija nervoza je psihički poremećaj u kojem osoba pati jer ima osjećaj da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane i oblicima ponašanja koji vode gubitku na tjelesnoj težini (42). Osobe koje boluju od anoreksije pokušavaju održati tjelesnu težinu koja je ispod normalne granice za njihovu dob i visinu. Kako bi spriječili dobitak na težini ili još dodatno izgubili kilograme, osoba s anoreksijom će gladovati i/ili pretjerano vježbati (49). Najčešće se javlja u dobi između 14 i 25 godina, a prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih bolesti Američkog psihijatrijskog društva (DSM-IV, 1996).

U početku poremećaj, poput anoreksije, je ponekad teško razlikovati od uobičajenog provođenja dijete, ali ubrzo postaje očigledno da je ponašanje preokupirano oko hrane i tjelovježbe. Drugim riječima hrana i gubitak kilograma postaje njihova opsesija.

Postoje dvije vrste anoreksije:

1. Restriktivni tip anoreksije (tijekom epizoda anoreksije nema redovitog prejedanja ili čišćenja).
2. Tip anoreksije s prejedanjem/čišćenjem (tijekom epizoda anoreksije javlja se redovito prejedanje ili čišćenje tj. namjerno povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).

Unatoč mnogim mitovima vezanim uz anoreksiju kao npr. kako osobe koje boluju od nje uopće ne jedu, istina je da unatoč negiranju hrane i kontroliranju unosa koliko i što jedu, osoba može zadržati apetit za hranu, ali je u nemogućnosti dopustiti samoj sebi da konzumira hranu bez osjećaja gubitka kontrole. To je čest psihološki obrazac koji vidimo kod osoba koje boluju od anoreksije. Najčešće drže sve pod kontrolom dok upravljaju hranom, izbirljivo probiru „sigurne“ namirnice, ne dovrše jelo do kraja, pretjerano vježbaju nakon obroka kako bi izgubili kalorije koje su unijeli (50). Postoje i osobe koje odbijaju jelo u potpunosti te čak dolazi do stanja gdje osoba odbija i vodu.

Kod poremećaja poput anoreksije iznimno je važno rano otkrivanje i liječenje. Osobe koje boluju od anoreksije često imaju tjelesnu težinu 15% ili više ispod granice očekivane za njihovu dob, spol te visinu (51).

Simptomi anoreksije

Simptomi anoreksije mogu biti fizički, psihološki te bihevioralni odnosno vezani uz ponašanje. Fizički simptomi anoreksije očituju se kroz (52):

- nagli gubitak na težini ili često variranje tjelesne težine,
- vrtoglavica,
- nesvjestica,
- konstipacija, nadutost,
- osjećaj umora, nesanica,
- čest osjećaj hladnoće čak i tijekom toplijih mjeseci u godini (uzrokovano slabom cirkulacijom),
- manjak energije,
- amenoreja/neregularne menstruacije kod žena te smanjen libido kod muškaraca,
- promjene na koži (blijeda, suha koža, pojava laguno dlačica).

Psihološki simptomi anoreksije (53):

- nisko samopouzdanje,
- preokupacija hranom za gubitak kilograma i oblik tijela te kako bi ono „trebalo“ izgledati,
- izražen strah od debljanja,
- anksioznost tijekom obroka,
- depresija,
- odbijanje ideje dolaska do normalne težine za svoju dob, visinu,
- problemi sa koncentracijom,
- dijeljenje hrane na „dobru i lošu“, što utječe na njihovu percepciju samih sebe (ako su pojeli „lošu“ hranu, osjećaju se kao da su i oni loši, izvan kontrole, „neuspješni“),
- iskrivljena slika tijela (sebe vide kao pretilo osobe dok su zapravo pothranjeni),
- preosjetljivost na komentare vezane uz dijete, tjelovježbu, hranu, tjelesnu težinu, oblik tijela.

Bihevioralni simptomi anoreksije su (52):

- računanje kalorija,
- izbjegavanje određene vrste hrane poput npr. jednostavnih ugljikohidrata i masti,
- usitnjavanje hrane na sitne komadiće,
- „preskakanje“ obroka, post,
- uzimanje tableta za smanjenje apetita i/ili laksativa,
- često mjerenje tjelesne težine, preokupiranost izgledom i traženjem mana na svome tijelu,
- izbjegavanje društva,
- izbjegavanje situacija gdje moraju jesti pred ljudima,
- skrivanje hrane koju su trebali pojesti, govore kako su jeli iako zapravo nisu, skrivanje mjesta gdje odbacuju nepojedeni obrok,
- pretjerana i česta tjelovježba koju provode unatoč bolesti, ozljedama,
- opsesivni rituali oko pripreme hrane, preferiraju pripremati hranu za druge,
- samoozljeđivanje, suicidalne misli i suicidalni pokušaji,

- osobe koje pate od tipa anoreksije sa prejedanjem-čišćenjem, često skrivaju tragove hrane koje su pojeli te metode čišćenja odnosno bočice laksativa ili drugih načina kojima provode čišćenje.

Osobe koje boluju od anoreksije velikim brojem jesu osobe ženskog spola, iako su 5% do 10% oboljelih muškarci (54). Broj muškaraca oboljelih od anoreksije je sve veći (52), isto kao što se ovaj poremećaj počeo pojavljivati i kod osoba različite životne dobi, rase te socioekonomskog statusa. Ne postoji jedan razlog zašto osoba razvije poremećaj poput anoreksije. Rizični faktori koji mogu kod pojedinca razviti poremećaj prehrane su: socio-kulturološki čimbenici, genetika, osobine pojedinca, pritisak obitelji, traume, stresovi i sl. (55). Važno je napomenuti da anoreksija često nije jedina psihološka bolest već je udružena s drugim psihičkim bolestima poput depresije, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, suicidalnih misli, samoozljeđivanja.

Česta osobina koju osobe koje boluju od anoreksije imaju jest perfekcionizam upravo zbog težnje da budu savršeni te da imaju sve pod svojom kontrolom. U zdravstvenoj njezi bolesnika sa poremećajem u prehrani poput anoreksije mjeri se BMI (engl. body mass index) ili ITM (indeks tjelesne mase). To je pokazatelj stupnja uhranjenosti tijela, a izračunava se omjerom tjelesne težine u kilogramima i kvadrata tjelesne visine u metrima ($TM \text{ kg}/TV \text{ m}^2$).

Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (engl. World Health Organisation, WHO) indeks tjelesne mase klasificira se na slijedeći način:

Pothranjenost: < 18,5
 Normalna uhranjenost: 18,5-24,9
 Pretilost: 25,0-29,9
 Pretilost I stupnja: 30,0-34,9
 Pretilost II stupnja: 35,0-39,9
 Pretilost III stupnja: > 40,0.

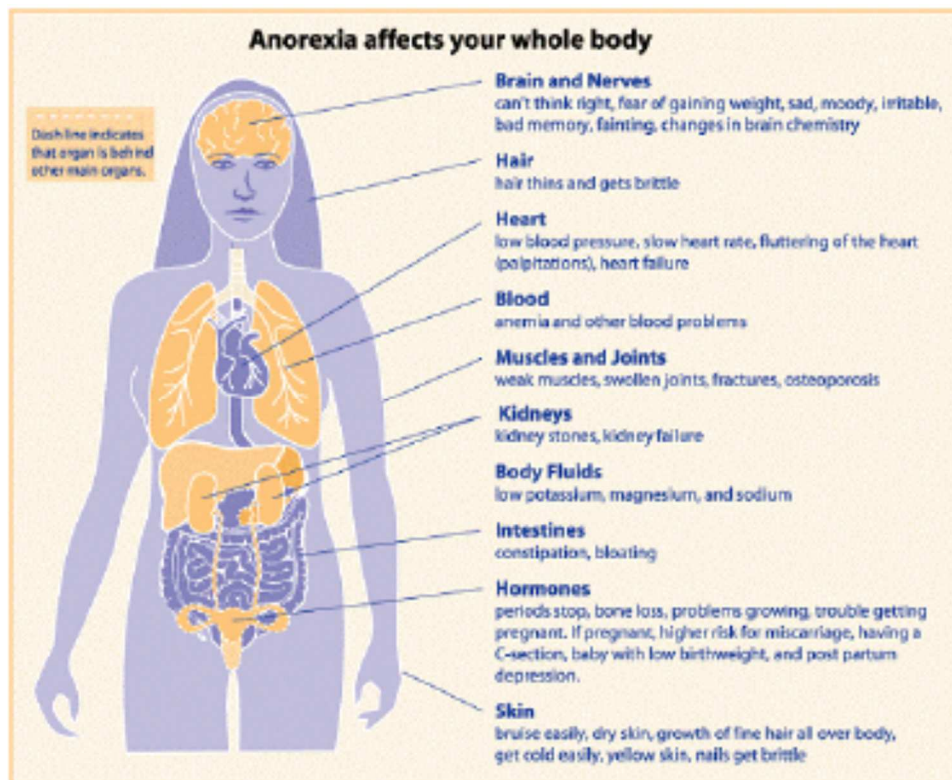
Osobe koje boluju od anoreksije ne moraju automatski imati ITM manji od 18,5.

Poremećaj često počne prije nego što osoba počne naglo gubiti na težini, što je jedan od razloga kasnog otkrivanja poremećaja koji može biti dugotrajan te dovesti do teško psihofizičkog stanja bolesnika prije nego što se otkrije uzrok svih simptoma koje anoreksija uzrokuje.

Američka Psihijatrijska Asocijacija je 2013. godine izdala tablicu za ITM koji se koristi za kategoriziranje anoreksije:

- Blaga anoreksija: $\geq 17,0$
- Umjerenjena anoreksija: 16,9-16,0
- Teška anoreksija: 15,9-15,0
- Ekstremna anoreksija: $< 15,0$

Prema dijagnostičkim parametrima osoba koja izražava strah od dobitka na tjelesnoj težini, ponašanjem pokušava spriječiti dobitak na tjelesnoj težini, ima iskrivljenu sliku o svome tijelu, tjelesna težina je ispod granice normalne vrijednosti za dob i visinu, imala bi anoreksiju. Osobe koje boluju od anoreksije mogu biti u potencijalno životno ugroženom stanju zbog odbijanja tretmana, dugog prikrivanja bolesti te neshvaćanja ozbiljnosti posljedica. Anoreksija nervosa ima najveći mortalitet od svih mentalnih bolesti, oko 5% osoba koje su oboljele od anoreksije umiru od komplikacija uzrokovanih anoreksijom (56). Često je njihov strah od povećanja tjelesne težine mnogo veći nego strah od smrti zbog komplikacija svoje bolesti.



Slika 1. Prikaz sustava na koje utječe anoreksija

Izvor: National Women's Health Information Center

Posljedice dugogodišnje anoreksije

Prema National Institute of Mental Health, Eating Disorders (2014) najčešće posljedice su:

- smanjenje koštane mase (osteopenija, osteoporoza),
- slaba kosa i nokti,
- suha i žućkasta koža,
- pojava laganih dlačica po cijelom tijelu,
- anemija, atrofija mišića, slabost,
- teška opstipacija,
- nizak krvni tlak, usporeno disanje,
- bradikardija,
- oštećenja strukture i funkcije srčanog mišića,
- oštećenje mozga,
- otkazivanje rada više organa,
- smanjenje unutarnje tjelesne temperature,
- letargija, osjećaj umora tijekom cijelog dana,
- neplodnost.

Manoreksija

Povremeni slučajevi anoreksije uočavali su se kod muškaraca od 1689. kada je Morton opisao slučaj jednog mladića (57).

U međunarodnoj literaturi postoji vrlo malo istraživanja o poremećajima hranjenja kod muškaraca (52,58). U općoj populaciji ova vrsta poremećaja je još uvijek jedna velika nepoznanica. Dostupne studije zabilježile su da u prosjeku na deset osoba pogođenih anoreksijom nervozom samo jedna pripada muškom spolu s rasponom koji se kreće, po nekim autorima od 5% do 15% od ukupnog broja slučajeva. Što se tiče incidencije anoreksije kod muškaraca, misli se da je ona godišnje ispod jednog slučaja na 100.000 stanovnika. Malobrojni podaci kojima se raspolaže pokazuju da je među muškarcima pogođenima poremećajima hranjenja povećana prevalencija onih

homoseksualne orijentacije (20%) i velika prevalencija premorbidne pretilosti (50%), depresije i zlouporabe psihoaktivnih tvari (57).

Stručnjaci upozoravaju da manoreksija pogađa sve veći broj dječaka, najčešće u dobi između 10 i 14 godina. Osim što se izgledaju, da bi imali što bolje tijelo posežu za drogom i dodacima ishrani koji povećavaju mišićnu masu. Na iskrivljenu sliku svakako utječu mediji koji stvaraju prividnu sliku savršenog tijela. Sve to dovodi do razvoja manoreksije koja zahtijeva dugotrajno liječenje.

Izgladnjivanje, doživljaj sebe kao debeloga iako vaga pokazuje kilažu nižu od prosječne u odnosu na visinu, mržnja prema svom tijelu, niska razina samopouzdanja, korištenje sredstava za mršavljenje, pretjerano razmišljanje o svom tijelu i njegovu izgledu, nedostatak seksualne želje, depresija, uzimanje laksativa i diuretika, izoliranje od društva, glavni su znakovi manoreksije (58).

3.2.2. BULIMIJA NERVOSA

Bulimija je ozbiljan poremećaj prehrane koji potencijalno može biti opasan po život. Karakteriziraju ga dva ciklusa, prejedanje te kompenzacijsko ponašanje kao što je samostalno isprovocirano povraćanje kako bi poništili učinke prejedanja (59). Kod bulimije čišćenje može biti samoinducirano povraćanje, korištenje laksativa ili diuretika, emetika, pretjerana tjelovježba kako bi osoba izbacila što veću količinu hrane ili tekućine koja je unesena tijekom ciklusa prejedanja. ITM u pojedinca koji boluje od bulimije općenito je u granicama normale ili u visoko normalnim granicama (60). Osjećaj gubitka kontrole se pojavljuje nakon ciklusa prejedanja, ujedno osjećaj krivnje i srama su jedni od katalizatora koji će potaknuti osobu da provede čišćenje. Dijagnostički kriteriji za bulimiju prema Dijagnostičko–statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5 klasifikacija, 2013) opisuju ponavljajuće epizode prejedanja koje su karakterizirane sljedećim (59):

- U kraćem vremenskom razdoblju (npr. 2 sata) osoba unose količinu hrane koja je zamjetno veća od količine koju bi većina ljudi pojela tijekom sličnog vremenskog razdoblja i tijekom sličnih okolnosti.
- Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom trajanja epizode prejedanja (npr. osoba osjeća da ne može prestati jesti ili kontrolirati koliko jede).

- Ponavljajuća neprikladna kompenzacijska ponašanja (tzv. „čišćenja“) s ciljem sprječavanja dobivanja na težini (samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, gladovanje ili prekomjerna tjelovježba)
- I prejedanje i neprikladna kompenzacijska ponašanja (tzv. „čišćenja“) javljaju se prosječno jednom tjedno kroz tri mjeseca.
- Tjelesna težina i oblik tijela pretjerano utječu na procjenjivanje samog/same sebe.
- Smetnje se ne javljaju isključivo tijekom epizoda anoreksije

Popularno je mišljenje manje informiranih ljudi kako samo osobe koje povraćaju boluju od bulimije; iako veliki broj oboljelih od bulimije upravo koristi samoinducirano povraćanje kako bi „poništili“ ono što su napravili tijekom procesa prejedanja.

Oboljeli od bulimije osim samoinduciranog povraćanja koriste i druge metode „pražnjenja“, tipa mogu gladovati ili uvesti težak režim tjelovježbe, koristiti diuretike, laksative te emetike kako bi se „pročistila“ od hrane koju su pojeli.

Klinička slika bulimije ima dvije kategorije: prejedanje s čišćenjem i prejedanje bez uporabe laksativa, diuretika i emetika gdje bolesnici koriste kompenzatorsko ponašanje radi regulacije tjelesne težine. Pojedinaac može u ciklusu prejedanja unijeti u sebe između 1000 do 6000 kalorija u tijeku od jednog do dva sata (61). Takvi ciklusi prejedanja najčešće uzrokuju širenje želudca. Osoba može imati problema s opstipacijom ili regurgitacijom hrane (62).

Simptomi bulimije

Najčešći simptomi uočeni kod osoba koje boluju od bulimije su:

- dokazi o prejedanju, npr. nestanci velikih količina hrana u kratkom vremenskom razdoblju, pronalasci omota koji indiciraju na konzumaciju velike količine hrane,
- česti odlasci na toalet nakon obroka, znakovi i mirisi povraćanja, omoti ili pakiranja kutijica laksativa, diuretika, emetika,
- natečeni obrazi, upaljene žlijezde slinovnice,
- žuljevi na prednjoj strani ruku ili na zglovcima prstiju od samo induciranja povraćanja,
- promjena pigmentacije zubi,

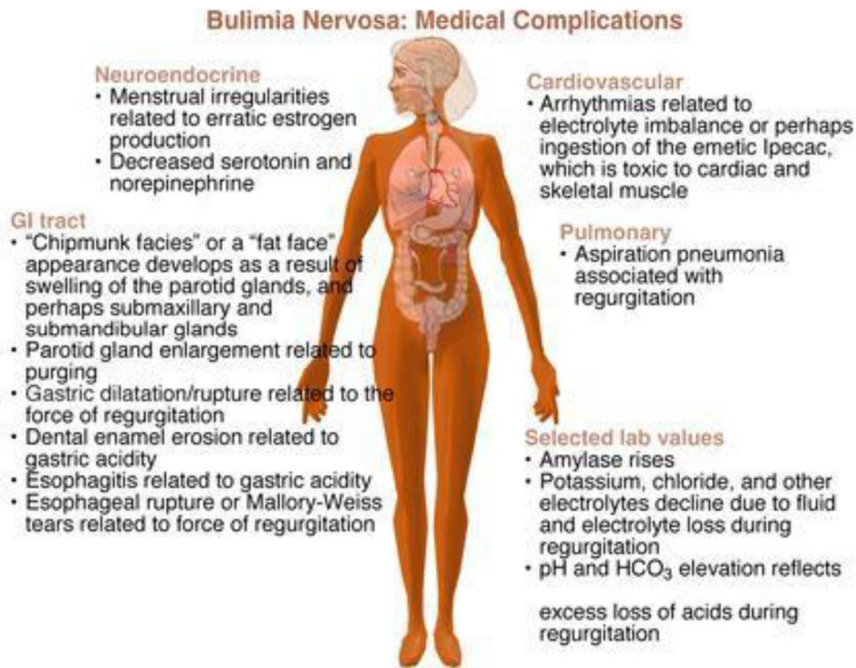
- socijalna izoliranost,
- preokupiranost tjelesnom težinom, gubitkom na tjelesnoj težini, kontroliranjem prehrane,
- rigidne tjelovježbe bez obzira na vrijeme, ozljede ili bolesti,
- kreiranje planova ili rituala kada će se odviti ciklus prejedanja – čišćenja,
- nisko samopouzdanje.

Bulimija može djelovati iznimno štetno na tijelo oboljele osobe. Kada se ciklus prejedanja i čišćenja odvija neko vrijeme, cijeli gastrointestinalni sustav može biti oštećen. Zbog ciklusa čišćenja može doći do neravnoteže elektrolita u tijelu koji mogu uzrokovati oštećenje srca ili drugih vitalnih organa.

Posljedice bulimije

Najčešće posljedice koje može uzrokovati bulimija su:

- poremećaji ravnoteže elektrolita mogu dovesti do neodgovarajućeg srčanog ritma, mogućeg zastoja srca te smrti, uzrokovano dehidracijom te manjkom kalija, natrija kao rezultata ciklusa čišćenja,
- upala te moguća ruptura jednjaka zbog čestog samoinduciranog povraćanja,
- karijes te mrlje po zubima zbog želučane kiseline koja nagriza caklinu zubi te ih čini slabijima, a nastaje zbog samoinduciranog povraćanja,
- kronično nepravilna peristaltika crijeva te opstipacija zbog zlouporabe laksativa, diuretika,
- ruptura želuca je rijetka pojava, ali je moguća kod bulimije zbog ciklusa prejedanja (slika 2).



Slika 2. Prikaz medicinskih komplikacija koje može izazvati bulimija nervosa

Izvor: Medscape

Postotak ženskih osoba oboljelih od bulimije je u porastu, oko 80% bolesnika oboljelih su žene (59).

Veliki broj osoba s bulimijom pokazuju simptome depresije te poremećaja prilagodbe koji je izazvan novonastalim životnim situacijama poput preseljenja, promjene škole, okruženja, odlaskom na fakultetsko obrazovanje u drugi grad, odnosno promjena koje zahtijevaju socijalnu prilagodbu. Uobičajeni tijek bolesti je kroničan i traje mnogo godina s povremenim remisijama (63).

Razina ozbiljnosti poremećaja poput bulimije, temelji se na učestalosti neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja (59):

- a) **Blaga bulimija:** prosjek od 1-3 epizode neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.
- b) **Umjerena bulimija:** 4-7 epizoda neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.
- c) **Teška bulimija:** 8-13 epizoda neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.

- d) **Ekstremna bulimija:** 14 ili više epizoda neprimjerenih kompenzacijskih ponašanja tjedno.

Pojam „prejedanje“ u današnjem društvu se često koristi te većina ljudi točno može opisati taj osjećaj i povezati ga sa ciklusom prejedanja koji se događa u osoba koje boluju od bulimije. No, za osobe koje boluju od bulimije taj pojam je primarno povezan s osjećajem da su izvan kontrole te nemogućnosti zaustavljanja. Vrsta hrane tijekom prejedanja je različita kod svakog pojedinca, ali može se i mijenjati od jednog ciklusa do drugog. Većina oboljelih će ipak posegnuti za visoko kalorijskim namirnicama, primjerice brzom hranom, slatkišima, kolačima.

Prejedanje često započne tako da pojedinac pojede jedan dio „zabranjene“ hrane kao što je na primjer jedan komad kolača i odmah se pojavi osjećaj krivnje koji kod većine dovede do odluke da pošto su ionako upropastili svoju „dobru“ prehranu ili dijetu, nastaviti će sa prejedanjem.

Kod nekih bolesnika prejedanje uzrokuje iznimna želja za prejedanjem. Oni osjećaju kako njihovo tijelo žudi za tim, osjećaji postaju sve intenzivniji, a jedini način da ga se riješe je da započnu novu epizodu prejedanja (64).

Na početku epizoda prejedanja može se i pojaviti osjećaj zadovoljstva i olakšanja, no ubrzo te emocije zamjenjuje osjećaj krivnje, gađenja prema samome sebi, ljutnje pogotovo nakon što epizoda završi.

Nakon završetka prejedanja, jedini način umirivanja tih emocija te straha od debljanja jest neki oblik čišćenja (65). I tako se ciklus između epizoda prejedanja i čišćenja nastavlja u začaranom krugu. Osjećaj srama oko svojih navika hranjenja je jako izražen te će se osoba potruditi sakriti ih. Radi tajnovitosti, straha od osuđivanja, krivice te kritiziranja, osobe koje boluju od bulimije neće podijeliti niti sa najbližima svoj problem te su sposobni mnogo godina čuvati tu tajnu prije nego što potraže pomoć (66).

Za osobe koje boluju od bulimije je manje vjerojatno da će biti hospitalizirane u svrhu liječenja. Kod pojedinca čija krvna slika prikazuje poremećaj elektrolita, nedostatak hranjivih tvari ili koji su depresivni i suicidalni, hospitalizacija je nužna (67).

3.2.3. KOMPULZIVNO PREJEDANJE

Kompulzivno prejedanje je poremećaj prehrane kojeg obilježava unos velike količine hrane kao odgovor na stresove, emocije, probleme s kojima osoba nije u mogućnosti ispravno upravljati ili ih riješiti. Razlika između kompulzivnog prejedanja te bulimije je u tome što osobe koje boluju od kompulzivnog prejedanja ne koriste nikakve metode čišćenja nakon što završi ciklus prejedanja. Isto tako oni ne moraju nužno pojesti velike količine hrane u kratkom periodu kao što je to tipično za osobe koje boluju od bulimije. Jednako kao i kod anoreksije te bulimije, kompulzivno prejedanje može dovesti do ozbiljnih psihofizičkih oštećenja. Takve osobe imaju povećani rizik za nastanak komorbiditeta kao što su šećerna bolest tipa 2, hipertenzija, moždani udar, određene vrste karcinoma, neplodnost i druga stanja.

Otpriblike 2% opće populacije pokazuje ta ponašanja, a 8% stanovništva se bori sa pretilošću radi kompulzivnog prejedanja.

Uzroci kompulzivnog prejedanja mogu biti genetski, traumatski događaji koje je osoba proživjela, ako je bila žrtva nasilja te zanemarivanja, nisko samopouzdanje, već postojeće dijagnoze psihičkih bolesti ili činjenica da netko u obitelji ima psihičku bolest ili poremećaj prehrane.

Simptomi kompulzivnog prejedanja

Simptomi kompulzivnog prejedanja mogu se očitovati kao fizički, bihevioralni, psihološki, emotivni i socijalni. Fizički simptomi kompulzivnog prejedanja prepoznaju se kroz:

- pretilost
- visoke razine kolesterola
- kratke udisaje
- šećernu bolest
- povećanje tjelesne težine
- varikozne vene
- otežanu mobilnost
- hipertenziju
- deprivaciju spavanja

- umor
- bolesti srca
- mogućnost infarkta srca, te smrti
- artritis.

Simptomi bihevioralnog ponašanja kod kompulzivnog prejedanja su:

- prejedanje čak i kada glad nije prisutna, osoba bez kontrole unosi velike količine hrane,
- jedenje hrane brže nego što je to uobičajeno,
- stalno isprobavanje različitih dijeta.

Psihički simptomi kompulzivnog prejedanja karakteriziraju se sljedećim ponašanjem i navikama:

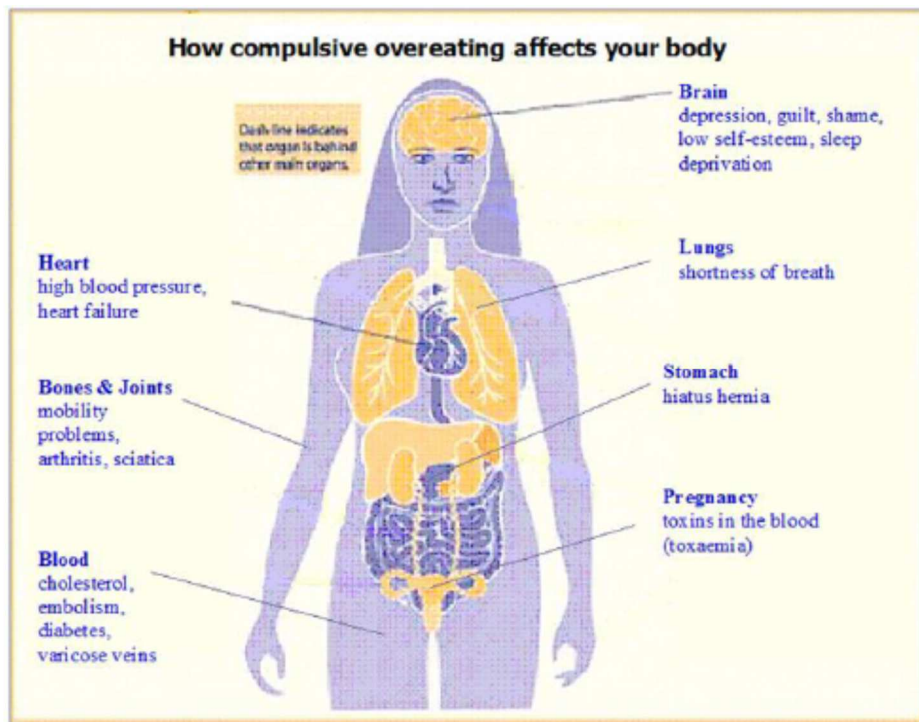
- osoba je svjesna svojih prehrambenih navika te koliko su one abnormalne,
- preokupacija hranom i tjelesnom težinom,
- depresija i anksioznost,
- samopercepcija svojeg oblika tijela.

Simptomi emotivnog kompulzivnog prejedanja karakteriziraju se:

- promjenom raspoloženja,
- iznimnom samokritičnošću,
- strahom o nemogućnosti prestanka jedenja,
- ponižavajućim mislima o samome sebi nakon prejedanja.

Simptomi socijalnog ponašanja kod kompulzivnog prejedanja su:

- u društvu osoba jede manje količine hrane,
- svoje socijalne te profesionalne neuspjehe pripisuje tjelesnoj težini,
- povlači se iz aktivnosti zbog srama oko svog izgleda.



Slika 3. Prikaz medicinskih komplikacija koje može uzrokovati kompulzivno prejedanja
Izvor: MMSA.org

Osobe koje boluju od kompulzivnog prejedanja često započnu različite dijetete nakon što i izgube kilograme ostanu preokupirane svojim izgledom te im je dovoljan jedan negativan događaj kako bi ponovno krenuli s prejedanjem. Često čujemo termin „emotivno prejedanje“ što kod osoba koji boluju od kompulzivnog prejedanja opisuje njihov odnos s hranom. Njima je hrana poput droge koja im pruža trenutni „ispušni ventil“ za sve emocije koje imaju, međutim, uskoro nakon što završi prejedanje, osoba osjeća veliki sram te grižnju savjesti zbog svega što je pojela.

Kompulzivno prejedanje može biti rezultat obiteljskih prehrambenih navika. Sve češće je zabilježen porast u broju pretile djece zbog nezdravog pristupa prehrani. Mnogi temeljni čimbenici vežu se uz povećanje porcija serviranja, hranjenje u restoranima brze hrane, sve veću upotrebu elektronike, gledanje televizije za vrijeme obroka, a sve manje provođenje tjelesne aktivnosti na otvorenim prostorima. Pretilo dijete često postaje pretilo adolescent te na kraju i pretila odrasla osoba. Dijete dobiva navike prehrane od svojeg okruženja. Ako roditelji sami konzumiraju velike i nezdrave porcije hrane, velika je mogućnost da dijete nikada nije razvilo normalan stav prema hrani. Mogu imati jednake simptome kompulzivnog prejedanja, a često i kad ne osjećaju glad imaju potrebu za hranom. Hranu koriste kao „utjehu“ zbog socijalne izoliranosti, neshvaćanja ili drugih problema sa kojima se susreću. Djeca i adolescenti

su sve manje tjelesno aktivni te imaju loše prehrabene navike koje mogu rezultirati razvojem poremećaja prehrane tipa kompulzivnog prejedanja. Zato je bitno rano uočavanje problema, poticanje na promjene te razvijanje zdravih prehrabnenih navika (68). Jedan od problema koji se susreće kod kompulzivnog prejedanja je neshvaćanje ozbiljnosti tog poremećaja te da je on jednako štetan kao što su to takozvani „popularni“ poremećaji prehrane poput anoreksije te bulimije.

Diljem svijeta prekomjerna tjelesna težina kod djece je u porastu te se predviđa da će do 2020. godine već oko 9% predškolske djece (60 milijuna) biti prekomjerne tjelesne težine ili pretilo te je razvijanje učinkovite strategije za liječenje ovog problema od iznimne važnosti (69-71). Zato je bitno podići svijest ne samo roditeljima već i cijeloj zajednici o ozbiljnosti poremećaja kompulzivnog prejedanja, posljedice koje se razvijaju ako se on ne detektira u ranijim stadijima.

3.2.4. NEODREĐEN POREMEĆAJ HRANJENJA

Pod neodređenim poremećajem hranjenja podrazumijevaju se svi slučajevi u kojima osoba iskazuje neka ponašanja tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije i bulimije nervoze. Ova se dijagnoza postavlja relativno često te, uključuje i poremećaj nekontroliranog hranjenja (BED) koji se sve češće pojavljuje kao zaseban poremećaj. Učestalost poremećaja nekontroliranog hranjenja kreće se u rasponu od 0,7 do 4% u općoj populaciji.

Prema DSM-5 klasifikaciji, poremećaj hranjenja, neodređen, odnosi se na sljedeće primjere: (A) Kod žena su zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim što osoba ima redovite menstrualne cikluse. (B) Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim što usprkos gubitku na težini osoba ima normalnu težinu. (C) Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju tijekom najmanje tri mjeseca, manje od dva puta tjedno. (D) Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane. (E) Ponavljano žvakanje te pljuvanje, ali ne i gutanje velikih količina hrane. (F) Ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju nervozu.

Poremećaj nekontroliranog jedenja (engl. binge eating disorder BED) je poremećaj u kojem pacijenti imaju epizode prejedanja, ali ne upotrebljavaju kompenzatorna ponašanja za regulaciju tjelesne težine koja su karakteristična za bulimiju nervozu. Da bi se moglo govoriti o poremećaju nekontroliranog jedenja, napadaji jedenja se moraju pojaviti najmanje dva dana tjedno u razdoblju od šest mjeseci. Poremećaj nastaje u ranoj odrasloj dobi i to najčešće nakon značajnog smanjenja tjelesne težine zbog provođenja dijete. Glavna obilježja nekontroliranog poremećaja jedenja: česta prejedanja, nemogućnost kontrole tijekom epizode, velika tjelesna težina, često na neuspjelim dijetama, prisutan osjećaj krivnje i srama.

3.3. ETIOLOGIJA

Uzrok poremećaja hranjenja je nepoznat, međutim činjenice podupiru ulogu biopsihosocijalnih čimbenika (72). Od bioloških faktora najznačajniji su dob, spol i tjelesna težina. Kod psiholoških faktora značajnu ulogu imaju samopoštovanje, perfekcionizam te zadovoljstvo slikom tijela (73). Kada je riječ o socijalnim faktorima najčešći su utjecaj medija, vršnjaka i roditelja na sliku tijela. Funkcija hipotalamo-hipofizno-gonadalne osi je poremećena. Kortizol u plazmi je povišen, njegov metabolizam smanjen, povišen kortikotropni oslobađajući hormon, povišeni endogeni opijati, a serotonin je snižen kao posljedica malnutricije. Funkcija štitne žlijezde je također „prigušena“. Dijeta u mladih osoba može biti uvod u poremećaj hranjenja ako je udružena s niskim samopouzdanjem, negativnim doživljajem tijela te kada u obitelji već postoje osobe sa poremećajem hranjenja.

Psihološki čimbenici najviše utječu na nastanak poremećaja hranjenja uvažavanjem aktualnog shvaćanja ljepote i promocijom mršavosti kao ideala (74). Poremećaj hranjenja je jedna od čestih tema koja zaokuplja pažnju roditelja djece mlađeg uzrasta. Često članovi uže i šire obitelji zajednički sudjeluju u pronalaženju postupaka koji bi donijeli željenu promjenu bilo da se kod djeteta radi o konzumiranju premalo ili previše hrane. Najčešće se radi ipak o tome da su roditelji često bezrazložno opterećeni količinom hrane koju dijete uzima, iako ono nije premršavo. Osobe s poremećajima hranjenja usvajaju ekstremna i rigidna dijetna pravila. Ta pravila uključuju vrijeme (npr. nikada prije večere), vrstu hrane (npr. samo voće i povrće) te količinu (npr. jako malene porcije). Ostala tipična pravila uključuju: brojanje kalorija prije, za vrijeme i nakon jela, stalno čitanje etiketa s kalorijskim sastavom

namirnica, nikada ne jesti s drugima, uvijek jesti manje od drugih, ne jesti kada se ne osjeća glad, ne nadoknađivati preskočeni obrok, jesti što kasnije, nikada ne ići u restoran ili pizzeriju.

Istraživanja pokazuju da tijekom adolescencije 80% osoba drži dijetu. Dijeta je potencijalno učinkovita strategija kojom se kontrolira tjelesna težina te tako sprječavaju poremećaji kao što su kardiovaskularne bolesti i dijabetes, koji se vezuju uz prekomjernu težinu.

S druge strane, dijeta u adolescenciji se učestalo javlja kod poremećaja prehrane. Osobe na dijeti su posebno rizična skupina za razvoj ovih poremećaja.

Postoje tri osnovne vrste dijete, a osobe koje se prejedaju, posebno one s bulimijom nervozom, koriste sva tri načina kako bi postigle željeni cilj.

Prva vrsta je izbjegavanje jela. Osobe ne jedu apsolutno ništa između jedne i druge epizode prejedanja. Ponekad ne jedu danima. Trude se da tijekom dana izdrže što duže bez jela, najčešće do večere. Ovo ponašanje je tipično za četvrtinu bulimičnih osoba dok u općoj populaciji samo 1% osoba ne jede tokom cijelog dana.

Druga vrsta je ograničavanje količine. Obično uključuje kontrolu nad količinom hrane koja mora biti ispod neke kalorijske vrijednosti. Mnogim osobama s bulimijom nervozom ta je granica 1000 ili 1200 kalorija što je znatno ispod neophodne dnevne količine. Manji broj osoba određuje još ekstremnije granice. Programi posta uz uzimanje tekućine što iznosi samo 450-800 kalorija na dan.

Treća vrsta je izbjegavanje hrane. Osobe koje izbjegavaju određenu vrstu hrane smatraju da ih takva hrana deblja ili im je u prošlosti njezino uzimanje potaknulo bulimičnu epizodu.

Često takvu vrstu hrane opisuju kao lošu, zabranjenu ili opasnu. Istraživanja pokazuju da jedna od pet žena drži takvu vrstu dijete. Suprotno tome, ovu metodu koriste tri od četiri bulimične osobe i pedeset posto osoba s poremećajem kompulzivnog prejedanja.

Efekti držanja dijete manifestiraju se na tjelesnom i psihološkom stanju. Tjelesni efekti držanja dijete su mnogobrojni, a uz to neki i vrlo štetni. Ponavljani ciklusi gubitka na težini koji se ponekad nazivaju „jo-jo dijetom“, mogu djelovati na sastav i metabolizam tijela tako da svaki sljedeći pokušaj gubitka težine postaje sve teži.

U tjelesne efekte ubrajamo bolove u mišićima, hipotermiju, preosjetljivost na buku i svjetlost, smetnje u glasu, gastrointestinalne smetnje (75), parestezije, smanjeni bazalni metabolizam, opću slabost te smanjenu količinu energije. Uz to se javljaju

poremećaji spavanja te pad seksualnog interesa. Ekstremne dijetete mogu utjecati na hormone koji uzrokuju neredovite menstruacije i njihov nestanak.

Obzirom na to da redoviti menstrualni ciklusi zahtijevaju izvjesnu minimalnu razinu masnoća u tijelu razumljivo je zašto žene oboljele od anoreksije gube menstruaciju. Iako je količina masnoće dovoljna, dijeteta može utjecati na menstruaciju (76). Hormonski poremećaj je utvrđen kod polovine bulimičnih i četvrtine osoba s poremećajem kompulzivnog prejedanja.

Psihološki efekti držanja dijetete uključuju promjene u ponašanju i stavovima u odnosu na hranu te niz emotivnih, kognitivnih i socijalnih promjena. U području stavova se javlja povećana zabrinutost za izgled i prehranu. Javljaju se neke neobične navike hranjenja te se povećava potrošnja čaja, kave i začina. Na emotivnom se planu javlja euforija koja je karakteristična za početnu fazu držanja dijetete, a nakon toga ju mijenjaju negativne emocije, apatija, razdražljivost, ljutnja, depresija, anksioznost te emotivna labilnost. Također su moguće psihotične epizode, opsesivni simptomi, promjene ličnosti i socijalna izolacija.

Na kognitivnom se planu javlja pad koncentracije te smanjena sposobnost apstraktnog razmišljanja (77,78). Neke su osobe potpuno zaokupljene upravo onime što pokušavaju izbjegavati te su nesposobne razmišljati o bilo kojim drugim stvarima osim o hrani.

Iako se trude zaokupiti svakodnevnim aktivnostima koje zahtijevaju pozornost poput čitanja, razgovaranja, gledanja televizije, obavljanje takvih aktivnosti je gotovo nemoguće. Zanimljivo je navesti da se u populacijama gdje je učestalije provođenje dijetete javlja više slučajeva anoreksije nervoze.

Naravno svaka osoba koja je na dijeti neće razviti anoreksiju, međutim, činjenica je da taj broj raste s porastom broja osoba koje su na dijeti.

3.3.1. BIOLOŠKI FAKTORI

Postoji cijeli niz istraživanja o utjecaju bioloških faktora na razvoj poremećaja hranjenja, također i niz pokušaja da se nastanak poremećaja hranjenja objasni genetskim uzročnicima, ali još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi koji se nalaze u osnovi poremećaja hranjenja. Usprkos tome, sa sigurnošću se može tvrditi da biološka predispozicija djelomično jest genetska što objašnjavaju nalazi u kojima je zapažen povećan rizik kod bliskih srodnika i monozigotnih blizanaca.

Istraživanja su pokazala da postoji obiteljska sklonost anoreksiji gdje povećan rizik imaju osobe kojima srodnik prvog reda boluje od tog poremećaja. Također rizik za razvoj anoreksije može stvoriti i rani pubertetski razvoj.

Dob

Poremećaji hranjenja predstavljaju poremećaje tipične za mlade žene, iako se neki pojavljuju već u djetinjstvu, to jest prije 14. godine. Najčešći je poremećaj hranjenja u dječjoj dobi anoreksija, dok se pravi sindrom bulimije vrlo rijetko viđa prije 14. godine. Anoreksija nervoza vrlo rijetko počinje prije puberteta, a isto tako rijetko počinje u žena starijih od 40. godina. Prosječna dob u kojoj se pojavljuje je 17 godina. Klinička i znanstvena istraživanja dokazuju da u sredini kasne adolescencije poremećaj postiže svoj maksimalan nastup. U kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi obično započinje bulimija nervoza, a prosječno se pojavljuje oko 20 godina.

Istraživanja poremećaja djece u *školskoj dobi* pokazuju da djeca već u osnovnoj školi žele biti mršavija nego što jesu: oko 45% djece želi biti mršavije, 37% djece na neki način pokušava smanjiti svoju tjelesnu težinu, a 6,9% djece postiže na adaptiranoj verziji Upitnika navike hranjenja rezultat u rangu patološkog.

U skupini djece čiji je rezultat upućivao na to da postoji patologija hranjenja, iskrivljena predodžba o tijelu bila je povezana s dijetom i brigom zbog težine. Kod djece školske dobi je prisutno odbijanje hrane, rituali tijekom obroka te fobična ponašanja (79).

U srednjoškolskoj dobi djevojke su rizična skupina za razvoj poremećaja hranjenja. Poremećaji hranjenja koji se javljaju u tom razdoblju mogu se kretati od nezadovoljstva vlastitim tijelom preko nepatološkog držanja dijete, pa sve do čistih poremećaja hranjenja (anoreksija i bulimija). I dok samo 3,5% svih adolescentnih

djevojaka pati od nesumnjivih, „čistih“ poremećaja hranjenja, većina ih drži dijetu. Držanje dijete se može smatrati problematičnim ponašanjem jer može dovesti do fluktuacije u težini i prejedanja, a oba ponašanja oštećuju zdravlje.

Prvi model usmjeren je na relativni trenutak pubertetskog sazrijevanja. S obzirom na taj trenutak djevojke mogu biti razvijene rano, pravovremeno ili kasno. Istraživanjem je potvrđeno da djevojke koje rano sazrijevaju iskazuju negativnije stavove o vlastitom tijelu i drže dijetu u većem stupnju nego što to čine njihove vršnjakinje koje su u trenutku dostizanja puberteta bile starije. Učinci ranog sazrijevanja su dugotrajni te je vidljivo da nezadovoljstvo tijelom i učestalost držanja dijete rastu upravo tijekom puberteta.

Drugi model ukazuje da kumulativni stres djeluje negativno na psihosocijalno funkcioniranje. Simmons i Blyth (1987) su dokazali da djevojke imaju veće šanse nego dječaci da dožive prijelaz iz osnovne u srednju školu paralelno s nastupom puberteta i početkom izlaženja, dok su Levine i Smolak (1996) potvrdili da pojava prve menstruacije i sastanaka unutar iste godine predstavlja jedinstveni stres za mlade djevojke u odnosu na predodžbu o vlastitom tijelu, dijetu i poremećene navike hranjenja. Attie i Brooks-Gunn (1989) u svojoj su longitudinalnoj studiji potvrdile da se poremećaji hranjenja javljaju kao odgovor na pubertetske promjene. Djevojke koje su se odnosile negativno prema svom tijelu u pubertetu bile su pod većim rizikom za razvoj problema u hranjenju.

Spol

Poremećaji hranjenja su primjer poremećaja u kojima je prevalencija za muškarce mnogo niža nego za žene.

Iako je prvi slučaj muškarca s poremećajem hranjenja zabilježen još davne 1689. godine, muškarci s poremećajem hranjenja uglavnom su bili ignorirani, zanemareni i izostavljani iz istraživanja zbog toga što su u statističkom smislu predstavljali rijetkost. Podaci govore da otprilike 5% do 15% od ukupnog broja oboljelih čine muškarci.

Pretpostavlja se da je taj broj u realnosti i veći jer su muškarci manje skloni traženju pomoći. Kada je riječ o adolescentskoj dobi puno je veći broj oboljelih djevojaka. Istraživanja provedena na adolescentima pokazuju da su zabrinutost tjelesnim izgledom i težinom od većeg značenja za djevojke nego za dječake. Kod djevojaka u adolescenciji dolazi do prosječnog povećanja tjelesne težine što većinu

djevojaka udaljava od dominantnog, nametnutog ideala tjelesne težine (76,80). Adolescencija je i vrijeme kada se formiraju odnosi s vršnjacima te vlastiti identitet što uz navedeno predstavlja značajne životne stresore.

Tjelesna težina

Tjelesna težina predstavlja glavni problem kod poremećaja hranjenja. Kod osoba s poremećajem hranjenja prisutna je izrazita zabrinutost zbog težine koja se često pokušava smanjiti i kontrolirati, no težina, odnosno debljina i mršavost su rezultat složenih bioloških, psiholoških i socijalnih procesa (65). Gubitak na težini uglavnom je uzrokovan smanjenjem ukupnog unosa hrane u organizam. Pojedinci mogu početi isključujući iz prehrane visokokaloričnu hranu, ali najčešće završavaju s vrlo restriktivnom dijetom koja je često ograničena na svega nekoliko namirnica. Dodatne metode za gubitak težine uključuju „čišćenje“ (samoinducirano povraćanje, zlouporabu laksativa ili diuretika) i intenzivno ili prekomjerno vježbanje.

Proporcionalnost tjelesne visine i težine poznata je pod nazivom Indeks tjelesne mase (ITM), odnosno Quetletov indeks. Izračunava se tako da se tjelesna težina izražena u kilogramima podijeli s kvadratom tjelesne visine izražene u metrima. Indeks tjelesne mase može se kretati u rasponu od 10 do 50, a prema Fairburnu (1996) se vrijednosti interpretiraju na sljedeći način:

- ispod 16 – ekstremno ispodprosječna težina
- 16-18 – umjereno ispodprosječna
- 18-20 – blago ispodprosječna
- 20-25 – prosječna težina
- 25-27 – blago iznadprosječna
- 27-30 – iznadprosječna
- 30-40 – umjereno iznadprosječna
- Iznad 40 – ekstremno iznadprosječna težina.

Vaganje je jednostavan postupak kojim ljudi određuju svoju tjelesnu težinu. Osobe s poremećajima hranjenja u usporedbi s drugim osobama se razlikuju po čestoći kojom se važu. Istraživanja su pokazala da se 60% žena u općoj populaciji važe 1-4 puta mjesečno, 20% se uopće ne važe, a preostalih 20% se važe više od 4 puta mjesečno.

Kod osoba s poremećajima hranjenja broj onih koji se važu od 1 do 4 puta mjesečno nešto je manji i iznosi 35-45%, ali 25% se važe od 9 do 27 puta mjesečno, dok se skupina bulimičnih važe čak više od 28 puta mjesečno. Istraživanja su također pokazala da su osobe koje su se vagale svaki dan tijekom dva tjedna pokazivali pad raspoloženja (povećana anksioznost i depresivnost) u usporedbi s ispitanicima koji se nisu vagali. Također su ispitanici koji su se vagali razvili manjak samopoštovanja.

Posebno je važno napomenuti da se prilikom dijagnosticiranja poremećaja prehrane obrati pozornost osim na vrijednost indeksa tjelesne mase, na tjelesnu građu osobe, dosadašnju tjelesnu težinu te očekivani prosjek indeksa tjelesne mase u pojedinoj populaciji za pojedinu dob kojoj osoba pripada.

3.3.2. PSIHOLŠKI FAKTORI

Psiholški faktori u nastanku poremećaja hranjenja do danas su najbrojnija i najbolje istražena skupina faktora. Najčešći psihološki faktori su depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam, poremećaji ličnosti i anksioznost (31).

Samopoštovanje je termin koji se najčešće koristi za označavanje globalnog vrednovanja samog sebe. Coopersmith pod tim pojmom podrazumijeva evaluaciju kojom pojedinac odražava stav prihvatanja ili ne prihvatanja samoga sebe. Samopoštovanje često ovisi o vanjskim faktorima poput tjelesnog izgleda.

Zapadni stereotipi ljepote i mršavosti podržavaju upotrebu raznih dijeta među djevojkama koje su nesigurne u vlastiti identitet i zabrinute zbog osuđivanja okoline te mnogim djevojkama ostaje nedostižan, čime njihovo samopoštovanje može biti ozbiljno narušeno. Samopoštovanje djevojaka prije puberteta te u adolescenciji važan je faktor u njihovoj predispoziciji za razvoj poremećaja hranjenja. Žene s poremećajima hranjenja imaju ekstremno nisko samopoštovanje, posebno kod anoreksije i bulimije nerveze.

Istraživanja su pokazala da su djevojke sa sniženim samopoštovanjem u dobi 11-12 godina značajno rizičnije za razvoj simptoma poremećaja hranjenja kao i drugih psiholoških problema.

Depresivnost je jedan od najčešćih psiholoških čimbenika kod osoba sa poremećajem hranjenja. Depresivan čovjek je „bezvoljan“ čovjek i „muče ga crne misli“

što znači da ima mračan, negativan pogled na svijet te da pesimistično i dramatično doživljava život, prošlost, budućnost i sadašnjost.

Smatra se da je razina depresije u osoba s poremećajima hranjenja prvi put ispitana u istraživanja Morgana i Russella (1975). To je istraživalo uključivalo 41 anoreksičnu osobu ispitanu 4 do 10 godina nakon prvog nastupa bolesti. U vrijeme istraživanja 55% ispitanika nije više imalo poremećaj hranjenja, 20% potpuno anoreksično, dok su ostali iznosili neke simptome anoreksičnog tipa. Zanimljivo je da je razina depresivnosti ostala gotovo nepromijenjena: 42% pri nastupu bolesti i 45% kasnije.

Oko 50% pacijenata s poremećajima hranjenja je izjavilo da su u povijesti imali veliki depresivni poremećaj. Među epidemiološkim nalazima najuočljivija je činjenica da se i depresija i poremećaji hranjenja javljaju uglavnom među ženama te da pokazuju veliki porast incidencije u vrijeme adolescencije. Nezadovoljstvo sobom i loše raspoloženje potiču držanje dijete koja predstavlja pokušaj uspostavljanja kontrole nad svojim tjelesnim izgledom kao i pokušaj suzbijanja depresivnog raspoloženja. Razlikovati poremećaje hranjenja i depresiju vrlo je teško zbog sličnih znakova i simptoma, obiteljskih tendencija (81) i odgovorima na liječenje. Usprkos sličnostima, malo je dokaza koji će podržati shvaćanje poremećaja hranjenja kao oblika depresivnog poremećaja. Prihvaćeno je da depresivni simptomi koji se javljaju među osobama s poremećajima hranjenja predstavljaju sekundarne posljedice poremećaja hranjenja.

Predodžba o vlastitom tijelu odražava mišljenja i osjećaje osobe u vezi s tijelom i tjelesnim iskustvima. Poremećaj predodžbe o vlastitom tijelu jedan je od tri neophodna faktora u razvoju anoreksije nervoze te je najvažnije psihopatološko obilježje anoreksije. Istraživanjem je utvrđeno da osobe s anoreksijom nervozom usprkos svom iscrpljenom stanju precjenjuju veličinu svojih tjelesnih sposobnosti u usporedbi s osobama bez poremećaja hranjenja. Nezadovoljstvo vlastitim tijelom jedan je od poremećaja predodžbe o tijelu koji se može kretati od laganog nezadovoljstva specifičnim dijelovima tijela pa sve do ekstremnog omalovažavanja izgleda pri čemu osobe smatraju svoje tijelo odbojnim i odvratnim (82).

Nezadovoljstvo tijelom i pokušaji gubitka na težini su česti među adolescentnim djevojkama u zapadnoj kulturi. Istraživanja pokazuju da više od 50% djevojaka priznaje da su držale dijetu, a još veći postotak izjavljuje da žele biti mršavije. Zabrinutost za tijelo i pokušaji držanja dijete u adolescenata uznemirujuće su pojave jer su to rizični

faktori za kasniji razvoj poremećaja hranjenja i uvijek su na subkliničkoj razini povezani s depresijom, niskim samopoštovanjem i anksioznošću. Postoje evidentni podaci prema kojima je negativna predodžba o tijelu prediktor ozbiljnosti u patologiji hranjenja i držanju dijeta (83).

Negativni verbalni komentar (zadirkivanje) je razvojni faktor koji u posljednje vrijeme privlači sve veću pažnju istraživača. Zadirkivanje je značajno povezano s nezadovoljstvom vlastitim tijelom, poremećajima hranjenja i samopoštovanjem. Žene koje su za vrijeme adolescencije bile zadirkivane su razvile manjak samopoštovanja te uvelike povećale rizik od nastanka poremećaja hranjenja.

3.3.3. SOCIJALNI FAKTORI

Mediji, naročito televizija i časopisi su najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala. Lakoff i Scherr (1984) tvrde da je utjecaj televizije i časopisa posebno negativan zbog toga što se modeli u tim medijima shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Budući da je adolescencija razdoblje intenzivnog razvoja identiteta i istraživanja spolne uloge, utjecaj medija je neporeciv te ga ne možemo i ne smijemo zanemariti. Socijalni faktori koji posebno utječu na razvoj poremećaja hranjenja su socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žena, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema gojaznima te tendencija socijalnog uspoređivanja.

Suvremeni ideal ljepote „mršavost jednako privlačnost“ propisuje takvu tjelesnu težinu koja je za mnoge žene nestvarno niska zbog bioloških i fizioloških čimbenika. Činjenica je da se tijelo ne može mijenjati po želji i nije beskonačno promjenjivo.

Prema istraživanjima, broj poremećaja prehrane tijekom godina je rastao proporcionalno s porastom članaka o dijetama.

Doduše, mediji sami po sebi ne potiču anoreksiju, bulimiju ili prejedanje. U protivnom, bilo bi puno više pacijenata. To su različiti čimbenici rizika koji zajedno izazivaju poremećaje prehrane. Oni su psihološke, genetičke, biološke i kulturološke prirode. Ipak, mediji promiču dijete, a dijete su čimbenik rizika (59).

3.4. TEŠKOĆE PRI LIJEČENJU OBOLJELIH OD POREMEĆAJA U PREHRANI

Liječenje zahtijeva multidisciplinarni pristup te tim stručnjaka (gastroenterologa, psihijatra, psihologa, endokrinologa, ginekologa i dijabetologa) koji će pružiti kompletan tretman oboljelima. Uloga liječnika vrlo je bitna, osobito u ranim fazama bolesti kada se bolest može zaustaviti i izliječiti. Važno je naglasiti da je prognoza bolja ako se oboljeli u ranoj fazi javi liječniku i surađuje u procesu liječenja u kontinuitetu. Iznimno je značajan odnos povjerenja između liječnika i bolesnika (84).

Liječenje ima dvostruki cilj: vraćanje u režim normalne prehrane i navika hranjenja te liječenje psiholoških i obiteljskih problema povezanih s poremećajem hranjenja (85,86). Liječnik i tim stručnjaka moraju pružiti potrebnu potporu bolesniku kao i njegovoj obitelji te bližnjima. Kroz razgovor s obitelji savjetovati izbjegavanje negativnog komentiranja bolesnikovog tijela ili tijela bilo koje druge osobe. Obitelj treba imati na umu da liječenje poremećaja prehrane nije kratkotrajan proces. Jednako je važno da osoba koja boluje od poremećaja prehrane kao i obitelj oboljelog, ne krivi sebe ili nekoga za nastanak bolesti.

Terapijske opcije su farmakoterapija, hospitalizacija, centri za liječenje te psihoterapija.

Farmakološke studije nisu još identificirale standardnu terapiju anoreksije nervoze dok je terapija za bulimiju nervozu za sada registriran samo fluoksetin. Neka izvješća govore o korištenju ciproheptadina, lijeka s antihistaminskim i antiserotoninergičkim svojstvima u restriktivnih oblika anoreksije nervoze.

Najviše se koriste antidepresivi iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, a smatra se da su učinkoviti u prevenciji relapsa anoreksije.

Ako u komorbiditetu postoji depresija ili obuzeto-prisilni poremećaj, takva stanja se trebaju adekvatno liječiti (87). Često se primjenjuju i antipsihotici druge generacije, npr. olanzapin, budući da je poremećaj doživljaja izgleda vlastitog tijela na psihotičnoj razini.

Pri tome se koristi i ono što se u drugim terapijama označava nuspojavom olanzapina, a to je pojačanje teka što u slučaju anoreksije predstavlja specifičan terapijski učinak.

Psihoterapijsko liječenje je individualno ili grupno. U psihoterapiji se preferira kognitivno-bihevioralni pristup kod praćenja i održavanja tjelesne mase (88,89). Glavni

je problem što u grupnom tretmanu postoji velik broj osoba koje odustaju. Čini se da te pacijentice ne podnose dobro grupnu terapiju. Međutim, nisu rađene usporedbe istog programa u grupnoj i individualnoj primjeni (90). Bolest često prate neriješeni obiteljski konflikti pa je indicirana i obiteljska psihoterapija, osobito u bolesnika mlađe životne dobi.

Psihoedukacija se također može koristiti u terapiji poremećaja hranjenja. Pacijentica saznaje sve potrebne činjenice o poremećaju, educira se o psihičkim i medicinskim učincima ponašanja u vezi s hranjenjem. Pri tome se izbjegava moralistički pristup prema kojemu su pacijentica i njezina okolina „krivi“ za poremećaj hranjenja (42).

Kod liječenja anoreksije važno je istaknuti bitnost razumijevanja prirode poremećaja, pozadine simptoma bolesti te podršku bližnjih i cijelog tima koji je uključen u liječenje ovog tipa poremećaja. Uz psihoterapiju često se potiče bolesnike na grupne terapije kako bi se smanjila socijalna izoliranost te povećala svijest da nisu sami u svojim problemima. Potrebno je bolesniku promijeniti osjećaj kontrole koji povezuju sa hranom te pronaći uzrok koji je kod pojedinca izazvao ili potaknuo poremećaj prehrane. Načini na koji se osoba može liječiti od anoreksije (91):

- vanjsko liječenje što bi značilo dolazak na psihoterapiju jednom tjedno,
- odlazak u dnevnu bolnicu gdje se svaki dan dolazi na pružanje pomoći,
- rezidencijalno liječenje u kojem je pacijent smješten određen period u ustanovi za pružanje pomoći, približno tri mjeseca,
- hospitalizacija koja slijedi kada je osoba životno ugrožena zbog posljedica anoreksije.

Ponekad tijekom liječenja u bolnici kada bolesnici i dalje odbijaju hranu ili ne dobivaju na tjelesnoj težini potrebno je uvesti nazogastričnu sondu. Medicinsko osoblje mora odrediti veličinu nazogastrične sonde, ispravno je unijeti i provjeriti poziciju sonde kako bi se klonio mogući rizik od pojave aspiracije.

Liječenje bulimije provodi se uz psihoterapiju, a ako je osoba depresivna ili ima još neku psihijatrijsku dijagnozu i farmakoterapijom. Osobi koja boluje od bulimije je važna podrška bližnjih te zdravstvenog tima koji sudjeluju u oporavku. Liječenje bulimije kao i kod anoreksije započinje s time da osoba razvije normalan odnos prema prehrani. Ujedino se radi na liječenju problema koji su uzrokovali poremećaj prehrane, kao na primjer disfunkcionalna obitelj, odnos između majke-kćeri. Majčin utjecaj na kćer postaje važan u razumijevanju poremećaja prehrane te tjelesnog nezadovoljstva.

Izravno majčinsko poticanje kćeri da izgubi na tjelesnoj težini može biti povezano s razvojem simptoma. Dodatni rezultati ukazuju da kod kćeri čije su majke samo govorile o dijetama te su imale negativan stav o vlastitom tijelu imale su i veći postotak vjerojatnosti da će im biti dijagnosticirana dijagnoza poremećaja prehrane.

Mnogi programi liječenja kompulzivnog prejedanja fokusiraju se isključivo na liječenje simptoma poremećaja prehrane. Potrebno je gledati osobu u cijelini. Otkriveno je da velik postotak žena koji boluje od poremećaja kompulzivnog prejedanja ima i druge neidentificirane prateće psihijatrijske probleme ili ovisnosti. Ti ponekad neshvatljivi uvjeti mogu pridonjeti ili aktivirati prejedanje, a postoji mogućnost da se razviju kako se osoba pokušava nositi sa nuspojavama poremećaja prehrane (92).

Liječenje protiv volje oboljelog je ponekad potrebno iz razloga što poremećaj ugrožava vitalno stanje. To se obično događa kada je bolesnik ozbiljno bolestan, a ne želi pristati na liječenje ili praćenje akutnih medicinskih problema. Uvjeti hospitalizacije protiv svoje volje su različiti. Ne samo da su točne indikacije zbog kojih bi oboljeli trebao biti hospitaliziran protiv svoje volje različite, nego je različito i trajanje liječenja i mjera koje se poduzimaju.

Veliki rizik smrti zbog niske težine, bradikardije, aritmije s tahikardijom, hipokalijemija, bol u prsištu i teška ortostatska hipotenzija najčešći su razlozi zbog kojih su oboljeli prisilno hospitalizirani.

Treba upotrebljavati najmanje nametljiv pristup, no ako je bolesnikova težina prihvatljiva, a razina kalija niska, primjeren odgovor trebala bi biti administracija kalija, a ne pokušaj vraćanja na normalnu tjelesnu težinu. Intervencija za prisilnu hospitalizaciju trebala bi biti što kraća iako bi cilj hospitalizacije bolesnika trebao biti razjašnjen na samom početku liječenja. Kada bolesnika treba hraniti protiv njegove volje, treba ga također informirati o količini kilograma kako bi bio otpušten te ponuditi izbor da jede samostalno ili da bude hranjen na silu. Ako ne želi samostalno jesti, tada treba primijeniti hranjenje putem nazogastrične sonde.

To zahtjeva konzultaciju s liječnikom i pažljivo medicinsko promatranje. Medicinski problemi koji se također javljaju su hipofosfatemija i preopterećenje tekućinom. Parenteralno hranjenje je mnogo složenije i ima veliki rizik od infekcije. Parenteralna prehrana trebala bi biti sačuvana samo za krajnje situacije. U svakom slučaju hranjenje protiv bolesnikove volje trebalo bi izvesti što kraće i nježnije moguće. Nikada se ne smije upotrebljavati kao kazna (93).

3.5. PSIHOTERAPIJA OBOLJELIH OD POREMEĆAJA U PREHRANI

Psihoterapija ima za cilj da oboljeli nadvlada nedostatke svog razvoja, osjećaja nemoći i teškoća socijalnog kontakta (94).

Lewis Wolberg (2013) definira psihoterapiju kao: tretman (i) psihološkim sredstvima (ii), problema (iii) emocionalne prirode u kojemu (iv) educirana osoba uspostavlja (v) dobrovoljni odnos (vi) s pacijentom s ciljem (vii) otklanjanja, mijenjanja, zaustavljanja simptoma (viii) posredstvom ponašanja koja izazivaju poteškoće i (ix) promoviranjem pozitivnog osobnog rasta i razvoj (95).

Svrhe psihoterapije su vrlo ekspanzirane, od limitirajuće ideje eliminiranja simptoma do oslobađanja vrijednosti personalnih vještina oboljelih u tretmanu, a uz njih još uvijek dolaze eliminacija simptoma ili tegoba, stoga psihoterapija oboljelima pomaže da iskuse misli, djelovanja ili emocije manje depresivnog, odnosno anksioznog karaktera (96).

Oboljelima sve veće razumijevanje samog sebe, veća sposobnost rješavanja problema iz svoje okoline, mogućnost da se osjeća bolje te više slobodno, oblikovanje zdravih međuljudskih odnosa te porast kvalitete života su konsekvence do kojih dolazi nakon djelovanja psihoterapije.

U procesu tretmana oboljeli može bolje razumjeti svoja raspoloženja, emocije, stavove i djelovanja te na sebe gledati iz drugačijeg kuta, što rezultira ostvarenjem mogućnosti da izmjeni mišljenje o nekoj poteškoći te samim time i osjećaje koje ima vezane uz nju.

Do danas još nije nađen učinkovit način medikamentnog liječenja anoreksije i bulimije, stoga je dugotrajna psihodinamska psihoterapija najčešće korištena metoda ambulantnog liječenja.

Herzog (1995) smatra da se psihodinamska psihoterapija nudi kao primarno liječenje za one anorektične osobe koje pokazuju značajnu karakternu patologiju ili one osobe koje imaju kronične tegobe ili rezidualne tegobe nakon liječenja drugim metodama (97).

Psihoanalitički psihoterapeuti će se u radu s oboljelim od anoreksije usredotočiti na simbiotsku fazu razvoja, self-psiholozi na empatiju, a oni koji se oslanjaju na škole objektnih odnosa govoriti će o ranim obranama. U liječenju osoba s poremećajima kao što su anoreksija ili bulimija oni će biti jednako fleksibilni i aktivni u kontaktima s

oboljelim. Priroda bolesti i njezin opasan tijek nalažu da terapeut ponekad podržava propisivanje medikamenta, zanima se za tjelesno stanje oboljelog, bavi očekivanjima i pregovaranjima u pogledu minimalnih zahtjeva za održavanjem težine, koordinira kontakte oboljelog s ostalim kliničarima, po čemu se psihoterapija anorektičnih i bulimičnih osoba razlikuje od psihoterapije u drugim poremećajima.

Istraživanja koja procjenjuju učinkovitost psihoterapijskih postupaka suočavaju se s brojnim metodološkim problemima. Na transferu osnovane psihoterapijske tehnike primjenjuju se u liječenju već više od sedamdeset godina, pojedini oboljeli i njihovo liječenje su detaljno opisani, međutim, ipak kao da ne postoje „čvrsti dokazi“ da su ove terapije učinkovite.

To upravo tako izgleda kad se usporedi sa suvremenim, preciznim, knjiški primijenjenim tehnikama u kojima je svaka seansa detaljno opisana i odrađena kod svakog poboljelog na isti način (što je nezamislivo u psihodinamskim terapijama), i kada se kao mjera učinkovitosti uzima samo učestalost pojave određenih ponašanja nakon ciklusa terapije.

4. ZAKLJUČAK

Poremećaji prehrane zadnjih desetljeća pojavljuju se u sve većem broju, bez obzira na rasu, ekonomske čimbenike, spol ili dob. Važno je što prije primijetiti promjene u ponašanju te reagirati jer ove bolesti ako traju dugo ostavljaju velike posljedice na život pojedinca. Osim što zapadnjačka ideja ljepote može pridonijeti iskrivljenom pogledu na ljepotu i ideal, ovi poremećaji su najčešće ukorijenjeni dubljim emocionalnim i mentalnim problemima. Kod poremećaja u prehrani izgled te vanjština su samo simptomi bolesti, pravi razlozi se pronalaze u reagiranju na stresove, traume, promjene okoline i socijalni pritisak.

Nijedan poremećaj prehrane nije neizlječiv (98) te je za liječnika i njegov tim bitno da ne osuđuju, pruže podršku u svakom koraku oporavka i pokažu empatiju. Razgovarati s osobom koja boluje od poremećaja prehrane nije ponekad jednostavno, većina se oboljelih izolira te povlači u sebe ili negira postojanje problema. Važno je ostati uporan u poticanju oboljelih, kako bi pronašli odgovor na svoje probleme u liječenju, a ne dublje ulazili u bolest te kontrolu hrane.

Poremećaji prehrane mogu utjecati na sve aspekte života oboljelog, od fizičkog, socijalnog te emotivnog. Oporavak može trajati duže ukoliko je bolest dugotrajna. Osoba može jedno razdoblje života i uspostaviti normalan, zdrav odnos što se tiče prehrane pa se nakon nekog vremena bolest može ponovno pojaviti. Bitno je oboljelom koji boluje od poremećaja u prehrani, kognitivno bihevioralnom terapijom promijeniti način na koji povezuje kontrolu nad hranom ili u slučaju kompulzivnog prejedanja gubitak kontrole s drugim problemima u životu. Kako se ovi poremećaji često pojavljuju udruženi sa drugim mentalnim bolestima poput depresije, važno je ukomponirati i liječenje te bolesti u skladu s liječenjem poremećaja prehrane. Najčešća pojava u promjeni ponašanja prema prehrani događa se u adolescentskoj dobi zbog velikih promjena koju tada adolescenti proživljavaju. Osim životnih promjena, na razvoj poremećaja prehrane može utjecati uveliko i obitelj, prehrambene navike naučene od roditelja, starije braće ili sestara.

Perfekcionizam može također biti temelj za razvoj poremećaja prehrane. Stoga je potrebno osvijestiti roditelje i cijelu zajednicu o ovim poremećajima kako bi što prije primjetili moguće simptome te potražili odgovarajuću pomoć.

Liječnik/terapeut i tim stručnjaka koji pružaju pomoć oboljelima od poremećaja prehrane, može pripomoći u prihvaćanju novih promjena koje će se događati u procesu oporavka. Za njihov oporavak potrebno je posvetiti mnogo vremena kako bi dopustili prilagodbu novim promjenama, novim planovima prehrane i iskorijenili razloge zbog kojih je došlo do poremećaja hranjenja. Liječnik/terapeut i tim stručnjaka mogu značajno pomoći pri savjetovanju obitelji kako se ponašati prema oboljelom s poremećajem prehrane. Oboljeli koji boluju od bulimije ili anoreksije mogu često imati slične simptome socijalne izolacije, dok sve poremećaje u prehrani najčešće povezuje niska razina samopoštovanja. Zato je bitno da liječnik/terapeut i stručni tim potiču pozitivne misli kod oboljelih s poremećajem prehrane, kako bi ih motivirali za oporavak.

Strpljenje, briga i empatija su važne komponente koje liječnik/terapeut i stručni tim moraju pokazati prema oboljelima od poremećaja prehrane. Stoga je bitno savjetovati obitelj i bližnje oboljelih da ne okrivljuju nikoga za nastanke poremećaja prehrane te da se fokusiraju na dobrobit oboljelih, pruže dovoljno vremena i ljubavi prema osobi koja boluje od poremećaja prehrane. Ako je potrebno savjetovati obitelj da potraže osobno pomoć stručnjaka i pripomognu u oporavku oboljele osobe.

5. ZAHVALE

Zahvaljujem se mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinko na savjetima i stručnom vođenju bez čijih smjernica ovaj rad ne bi imao smisla. Hvala prof. dr. sc. Draženu Begiću na tehničkoj pomoći i savjetima, te doc.dr.sc. Skočić Hanžek na podršci i potpori. Veliko hvala mojoj dragoj kolegici mag. med. techn. Mariji Božičević na vremenu koje je izdvojila za mene, na utješnim riječima i potpori koju mi je pružala za vrijeme mog studiranja i izrade ovog rada.

Posebno hvala mojoj maloj princezi koja me vjerno i strpljivo čekala kod kuće, hvala mom malom anđelu u truhu čiji mi je svaki udarac bio poticaj da izdržim još malo do kraja, i naravno hvala mom životnom suputniku na podršci i razumijevanju, te cijeloj obitelji koja mi je bila moralna podrška.

6. LITERATURA

- (1) Stoeber, J. The psychology of perfectionism: An introduction. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 3-16). London: Routledge, 2018.
- (2) Ellis A, Dryden W. *Primjena Racionalno-emocionalne bihevioralne terapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2002.
- (3) Rice KG, Preusser KJ. The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2002; 34: 210-222.
- (4) Hall CS. And Lindzey, G. *Teorije ličnosti*, Beograd: Nolit, 1983.
- (5) Blankstein KR, Dunkley DM. Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. In G. L. Flett i P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 285-315). Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- (6) Ashby JS, Rice KG (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling & Development*. 2002; 80: 197-203.
- (7) Schweizer RD. and Hamilton TK. Perfectionism and mental health in Australian university students: Is there a relationship?. *Journal of College Student Development*. 2002; 43(5): 684-695.
- (8) Shafran R. and Mansell W. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21:876-906.
- (9) Davis C. *Normal and Neurotic Perfectionism in Eating Disorders: An Interactive Model*. John Wiley & Sons, Inc.1996.
- (10) Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*. 1978;15(1):27-33.
- (11) Ulu IP. and Tezer E. Adaptive and maladaptive perfectionism, adult attachment, and big five personality traits. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*. 2010; 144: 327-340.
- (12) Frost RO, Marten P, Lahart C and Rosenblate R. et al. The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990; 14(5): 449-468.

- (13) Hewitt PL. and Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60: 456-470.
- (14) Terry-Short LA, Owens GR., Slade PD and Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 1995; 18(5):663-668.
- (15) Boone L, Soenens B, Vansteenkiste M and Braet C. Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. Elsevier. 2012; 59: 531–540.
- (16) Slaney RB, Rice KG, Mobley M, et al. The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2001; 34:130-145.
- (17) Flett GL, Hewitt PL, Oliver JM. And Macdonald S. Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In G. L. Flett i P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89-132). Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
- (18) Hill A. *The psychology of perfectionism in sport, dance and exercise*. Routledge, 2016.
- (19) Hall CS. And Lindzey, G. *Teorije ličnosti*, Nolit, Beograd, 1983.
- (20) Klibert JJ, Langhinrichsen-Rohling J. and Saito, M. Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *Journal of College Student Development*. 2005; 46:141-157.
- (21) Frost RO, Novara C and Rheaume J. Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*. Pergamon. 2002; 6: 91-105.
- (22) Frost RO. and DiBartolo PM. Perfectionism, Anxiety, and Obsessive - Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2008; 46(6):757-65.
- (23) Flett GL, Besser A, Davis R.A and Hewitt PL. Dimensions of perfectionism, unconditional selfacceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive&Cognitive-Behavior Therapy*. 2003; 21(2): 119 -138.
- (24) Bieling PJ, Israeli A. i sur. Making the grade: The behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35:163-178.
- (25) Chang EC, Watkins AF. and Banks KH. How adaptive and maladaptive perfectionism relate to positive and negative psychological functioning: Testing a

- stress-mediation model in black and white female college students. *Journal of Counseling Psychology*. 2004; 51: 93-102.
- (26) Sassarolia S, Romero Lauro LJ., Ruggiero GM et al. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46: 757-765.
- (27) Steele AL, O'Shea A, Murdock A and Wade TD. Perfectionism and its Relation to Overevaluation of Weight and Shape and Depression in an Eating Disorder Sample. *International Journal of Eating Disorders*. 2011; 44:5 459-464.
- (28) Ferreira C, Pinto-Gouveia J, Duarte C. Self-criticism, Perfectionism and Eating Disorders: The Effect of Depression and Body. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2014; 14 (3): 409-420.
- (29) Enns MW, Cox BJ. i sur. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: A longitudinal investigation. *Medical Education*. 2001;35: 1034-1042.
- (30) Slade PD, Owens RG. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*. 1998; 22:372-390.
- (31) Antony MM, Purdona CL, Hutad V and Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36:1143-1154.
- (32) Maloney GK, Egan SJ, Kane RT et al. An Etiological Model of Perfectionism. *PLoS ONE*, 2014; 9: 947-57.
- (33) Lessin DS, Pardo NT. The impact of perfectionism on anxiety and depression. *Journal of Psychology and Cognition*. 2017; 2(1).
- (34) Walen DiGiuseppe, Dryden. REBT: Terapijski vodič za racionalno-emozivno bihevioralnu terapiju. Novi Sad: Psihopolis, 2014.
- (35) Ellis A, Harper RA. Vodič u razuman život. Beograd: RET Centar, 1996.
- (36) Marčinko D, Rudan V. i sur. Nelagoda u kulturi 21. stoljeća. Psihodinamska rasprava. Zagreb: Medicinska naklada, 2018.
- (37) Rheaume J, Freeston MH., Dugas MJ et al. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33(7):785-794.
- (38) Pearson CA. and Gleaves DH. The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*. 2006; 41:225-235.
- (39) Bulik CM, Tozzi F, Anderson C et al. The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160:366-368.

- (40) Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*. 2005; 25:895-916.
- (41) Bastiani AM, Rao R, Weltzin T and Kaye WH. Perfectionism in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 17 (2): 147-152.
- (42) Marčinko D. i sur. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
- (43) Hewitt PL, Flett GL and Ediger E. Perfectionism Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 18(4):317-326.
- (44) Lloyd S, Yiend J, Schmidt U, and Tchanturia K. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Novel Performance Based Evidence. *Plos One*. 2014; 9(10):1-7.
- (45) Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2014.
- (46) Waller G. Treatment Protocols for Eating Disorders: Clinicians' Attitudes, Concerns, Adherence and Difficulties Delivering Evidence-Based Psychological Interventions. *Current Psychiatry Reports*. 2016; 18: 36.
- (47) Wade TD, Keski-Rahkonen A and Hudson JI. Epidemiology of eating disorders. *Textbook of Psychiatric Epidemiology, Third Edition*. 2011; 343-360.
- (48) Vidović V. Poremećaji hranjenja. U: Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.
- (49) Gianini LM, Klein DA, Call C et al. Physical activity and post-treatment weight trajectory in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(5): 482-489.
- (50) Shiha PB, Morisseaub C, Lea T, Woodsidec B. and German JB. Personalized polyunsaturated fatty acids as a potential adjunctive treatment for anorexia nervosa. *Prostaglandins Other Lipid Mediat*. 2017; 133: 11-19.
- (51) Niamh Mental Wellbeing, A guide to Anorexia Nervosa. NIAMH Association for Mental Health, 2010., 4-5. Dostupno na <http://niamhwellbeing.org/Leaflets/Leaflets-8386-79186.html>
- (52) de Sousa Fortes L, Cipriani FM, de Sousa Almeida S and Caputo Ferreira ME. Eating disorder symptoms: association with perfectionism traits in male adolescents. *Arch Clin Psychiatry*. 2014; 41(5):117-20.
Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/148323>,

- (53) Zoletić E and Duraković-Belko E. Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students. *Psychiatria Danubina*, 2009; 21(3): 302-309.
- (54) Vera M. 7 Eating Disorders: Anorexia & Bulimia Nervosa Nursing Care Plans, Nurses Labs, 2013, Dostupno na <http://nurseslabs.com/category/nursing-care-plans/>,
- (55) Striegel-Moore RH. And Bulik CM. Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*. 2007; 62(3): 181-199.
- (56) Eating Disorders Coalition, Eating Disorders Fact Sheet, EDC For Research, Policy & Action, 2016., 1. Dostupno na: http://www.eatingdisorderscoalition.org/inner_template/facts_and_info/facts-about-eating-disorders.html,
- (57) Balabanić Mavrović J. Kako pobijediti poremećaje hranjenja. Zagreb: Veble commerce, 2015.
- (58) Baum A. Eating Disorders in the Male Athlete. Department of Psychiatry, USA. 2006; 36 (1): 1-6.
- (59) National Eating Disorders Association, dostupno na: <http://www.nationaleatingdisorders.org/bulimia-nervosa>
- (60) Bulik CM, Marcus MD, Zerwas S et al. The Changing “Weightscape” of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 2014; 169:1031-1036.
- (61) Stegeman CA. and Slim LH. Recognizing and Managing Eating Disorders in Dental Patients. CERP, 2011.
- (62) Fairburn CG, Welch SL, Doll HA. et al. Risk Factors for Bulimia Nervosa. A Community-Based Case-Control Study. *General Psychiatry*. 1997;54(6):509-517.
- (63) Frančišković T, Moro i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
- (64) Peterson CB, Thurasb P, Ackard D. et al. Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive Psychiatry*. 2010; 51:31-36.
- (65) Marcus MD. Obesity and eating disorders: Articles from the *International Journal of Eating Disorders*. 2018; 51:1296-1299.
- (66) Walsh BT and Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems. *Science*. 1998; 280: 1387-1390.
- (67) Levinson CA, Brosol LC, Vanzhula IA. et al. Perfectionism Group Treatment for Eating Disorders in an Inpatient, Partial Hospitalization, and Outpatient Setting. *Eur Eat Disord Rev*. 2017; 25(6): 579-585.

- (68) Reiter CS and Graves L. Nutrition Therapy for Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Practice*. 2010; 25 (2):122-136.
- (69) De Onis M, Blossner M, Borghi E. Global Prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92: 1257-1264.
- (70) Fagundo AB, de la Torre R, Jimé'nez-Murcia S, Agu' era Z, Granero R, et al. Executive Functions Profile in Extreme Eating/Weight Conditions: From Anorexia Nervosa to Obesity. *PLOS ONE*. 2012; 7(8): 1-9.
- (71) Harrington BC, Haxton C, Jimerson DC. Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Family Physician*. 2015; 91(1):46-53.
- (72) Williamson DA, Zucker NL, Martin CK and Smeets Monique A. M. Etiology and Management of Eating Disorders. *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. Third Edition. Plenum Publishers. New York. 2001; 23: 641- 670.
- (73) Keel PK and Forney KJ. Psychosocial Risk Factors for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2013; 46:433-439.
- (74) Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza- rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. 2015; 24: 165-171.
- (75) Malczyk Ź, Oświęcimska J. Gastrointestinal complications and refeeding guidelines in patients with anorexia nervosa. *Psychiatr. Pol*. 2017; 51(2): 219-229.
- (76) Lavendera JM, Masona TB, Utzinger LM. et al. Examining Affect and Perfectionism in Relation to Eating Disorder Symptoms among Women with Anorexia Nervosa. *Psychiatry Res*. 2016; 241: 267-272.
- (77) Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41:509-528.
- (78) Wayne A, Bowers, PhD, Arnold E and Andersen MD. Cognitive-Behavior Therapy With Eating Disorders: The Role of Medications in Treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2007; 21(1): 16-27.
- (79) Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T, Belmonte-Llario A and Martínez-Delgado C. Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2004; 13:287-2.
- (80) Burrows A, Cooper M. Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity*. 2002; 26:1268-1273.

- (81) Canals J, Sancho C, Arijia M.V. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.2009; 18:353-359.
- (82) Davis C, Claridge G and Fox J. Not Just a Pretty Face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 27(1):67-73.
- (83) Roux H, Ali A, Lambert S. et al. Predictive factors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. Roux et al. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:339.
- (84) Milovilović M. Anoreksija težina ljepote, Zagreb: Profil, 2014.
- (85) Stein RI. Treatment of Eating Disorders in Women. *The counseling psychologist*. 2001; 29(5):695-732.
- (86) Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište; 2006
- (87) Kaye WH, Bulik CM, Thornton L. Comorbidity of Anxiety Disorders With Anorexia and Bulimia Nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2215-2221.
- (88) de Groot J and Rodin G. Coming Alive: The Psychotherapeutic Treatment of Patients With Eating Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1998; 43:359-366.
- (89) Murphy R, Straebler S, Cooper Z and G. Fairburn C. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 ; 33(3): 611-627.
- (90) Matešić K. Razvoj poremećaja hranjenja, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2004.
- (91) Garber AK, Sawyer SM, Golden NH et al. A systematic review of approaches to refeeding hospitalized patients with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(3): 293-310.
- (92) Timberline Knolls Residential Treatment Center, dostupno na: <http://www.timberlineknolls.com/eating-disorder/compulsive-over-eating/>
- (93) Vidović V. Anoreksija i Bulimija. Zagreb: Biblioteka časopisa PSIHA, 1998.
- (94) Kocijan-Hercigonja D. Obiteljska terapija anoreksije nervoze. *Medix [Internet]*. 2004[pristupljeno 20.04.2019.];10(52):56-57.Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20246>
- (95) Wolber L. *The Technique of Psychotherapy*, 4th ed. USA: International Psychotherapy Institute E-Books, 2013.
- (96) Vanderlinden J, Buis H, Pieters G. and Probs M. Which Elements in the Treatment of Eating Disorders Are Necessary 'Ingredients' in the Recovery Process? A

Comparison between the Patient's and Therapist's View. *European Eating Disorders Review*. 2007; 15: 357-365.

- (97) Herzog D. Psychodynamic psychotherapy for anorexia nervosa. U: Brownell KD & Fairburn CG. *Eating Disorder and Obesity*. London: The Guilford Press, 1995.
- (98) Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2007; 27: 384-405.

7. ŽIVOTOPIS

Daria Lovrić, rođena 18.12.1988. u Sisku, osnovnu školu sam završila u Hrvatskoj Dubici, nakon čega dolazim u Zagreb na školovanje. 2007. godine završavam Školu za medicinske sestre Mlinarska, nakon koje odrađujem pripravnički staž u KBC Sestre Milosrdnice. 2008. godine upisujem Studij sestrinstva na Zdravstvenom Veleučilištu, te 2011. godine branim završni rad i stječem naziv prvostupnice sestrinstva.

2012. godine se zapošljava na KBC Zagreb na klinici za psihijatriju, gdje radim i danas.

Volim timski rad, otvorena sam za daljnju edukaciju i promjene koje su nužno potrebne našoj struci.

Svoje slobodno vrijeme volim provoditi s prijateljima i obitelji, velik sam zaljubljenik prirode, putovanja i avantura te svaku priliku koristim upoznati i iskusiti nešto novo.