

Poremećaji hranjenja kao posljedica poremećaja ličnosti

Dobrović, Nina

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:105:619923>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-22**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nina Dobrović

**Poremećaji hranjenja kao posljedica
poremećaja ličnosti**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2019.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nina Dobrović

**Poremećaji hranjenja kao posljedica
poremećaja ličnosti**

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.

POPIS KRATICA:

AN – anoreksija nervoza

BN – bulimija nervoza

BED – poremećaj s prejedanjem (*binge eating disorder*)

DSM-5 – Diagnostic Statistic Manual-5 (Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja Američkog udruženja psihijatara, 5. izdanje)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija

KBT – kognitivno-bihevioralna terapija

ITP – interpersonalna psihoterapija

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1.	UVOD	1
2.	POREMEĆAJI HRANJENJA.....	2
2.1	ANOREKSIJA NERVOZA.....	3
2.2	BULIMIJA NERVOZA	4
2.3	POREMEĆAJ S PREJEDANJEM.....	6
2.4	DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA ...	7
2.5	NESPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA	7
3.	POREMEĆAJI LIČNOSTI	7
3.1	PARANOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	9
3.2	SHIZOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	9
3.3	SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	10
3.4	ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI	10
3.5	HISTRIONIJSKI POREMEĆAJ LIČNOSTI	10
3.6	NARCISTIČKI POREMEĆAJ LIČNOSTI	10
3.7	IZBJEĞAVAJUĆI POREMEĆAJ LIČNOSTI	11
3.8	OVISNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	11
3.9	OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI.....	11
3.10	GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (BORDERLINE).....	11
4.	PSIHODINAMIKA KAO KORELAT IZMEĐU POREMEĆAJA HRANJENJA I POREMEĆAJA LIČNOSTI.....	12
5.	ULOGA HILDE BRUCH U RAZUMIJEVANJU I PSIHOTERAPIJI OBOLJELIH OD POREMEĆAJA HRANJENJA	13
6.	POVEZANOST POREMEĆAJA HRANJENJA I POREMEĆAJA LIČNOSTI	14

7.	SUVREMENE EMPIRIJSKE SPOZNAJE O ULOZI OSOBINA LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA.....	14
7.1	POTEŠKOĆE ISPITIVANJA OSOBINA LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA.....	15
7.3	EMPIRIJSKE SPOZNAJE O ULOZI OSOBINA LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA	17
8.	TRAUMA U DJETINJSTVU, POREMAĆAJI LIČNOSTI I POREMEĆAJI HRANJENJA	18
9.	NAJVAŽNIJI POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA.....	19
9.1	POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD ANOREKSIJE NERVOZE	19
9.2	POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD BULIMIJE NERVOZE	19
9.3	POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA S PREJEDANJEM	20
10.	MENTALIZACIJA U OKVIRU POREMEĆAJA HRANJENJA I POREMEĆAJA LIČNOSTI	20
10.1	MENTALIZACIJSKI MODEL TERAPIJE	21
10.2	MENTALIZACIJSKA PERSPEKTIVA	22
11.	TERAPIJSKI PRISTUPI.....	23
11.1	TERAPIJSKI PRISTUPI U LIJEČENJU OPSESIVNO-KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA.....	23
11.2	SAMOREGULACIJSKI PRISTUP U LIJEČENJU PACIJENATA S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI I POREMEĆAJEM HRANJENJ	24
11.3	EKLEKTIČAN PRISTUP U LIJEČENJU PACIJENATA S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI I POREMEĆAJEM HRANJENJA	24
12.	ZAKLJUČAK	25

13.	ZAHVALE.....	25
14.	LITERATURA.....	26
15.	ŽIVOTOPIS.....	30

SAŽETAK

Poremećaji hranjenja kao posljedica poremećaja ličnosti

Nina Dobrović

Poremećaji hranjenja psihijatrijski su poremećaji koje karakteriziraju teške smetnje u prehranbenim navikama i ponašanju. Dva glavna oblika poremećaja hranjenja su anoreksija i bulimija nervoza. Oba poremećaja obilježava ekstremna zabrinutost zbog tjelesnog oblika i tjelesne težine. Etiologija je multifaktorijalna, važnu ulogu imaju psihološki, socijalni i biološki čimbenici. Socijalni čimbenici su povezani s obilježljima kulture. Zapadna kultura promiče mršavost kao sinonim za ljepotu ženskog tijela, ona je postala svojevrsni trend, što kod određenih pojedinaca može dovesti do odlaska u ekstrem. Međutim, problem poremećaja hranjenja nije toliko jednostavan te je potrebno tragati za dubljim uzrocima.

Poremećaji ličnosti predstavljaju model unutrašnjeg doživljavanja i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanog s obzirom na kulturalnu pripadnost osobe, trajan je i nefleksibilan, počinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, stabilan je tijekom vremena te dovodi do poremećaja ili oštećenja. Postoji velik broj poremećaja ličnosti, a njihova prevalencija u općoj populaciji iznosi 10 – 15 %.

Veliki dio oboljelih od poremećaja hranjenja ima značajnu patologiju karaktera koja se ubraja u poremećaje ličnosti. Nadalje, smatra se da je jedan od glavnih prognostičkih faktora kod oboljelih od ozbiljnih poremećaja hranjenja tip i ozbiljnost poremećaja ličnosti kod promatranog bolesnika. Također, pravovremeno otkrivanje poremećaja ličnosti u oboljelih od poremećaja hranjenja važno je za primjenu pravilnog terapijskog pristupa i što bolji ishod liječenja.

Ključne riječi: anoreksija, bulimija, karakter, poremećaji ličnosti

SUMMARY

Eating disorders as a result of personality disorders

Nina Dobrović

Eating disorders are psychiatric disorders that are characterized by severe disturbances in eating habits and behavior. The two main types of eating disorders are anorexia and bulimia nervosa. Both disorders are marked by extreme concern for body shape and body weight. Etiology is multifactorial, psychological, social and biological factors play an important role. Social factors are directly related to cultural characteristics. Western culture promotes slimness as a synonym for a beautiful body, it has even become a trend, which in certain individuals can lead to extreme. However, the problem of eating disorders is not that simple and it is necessary to look for deeper causes.

Personality disorders represent a model of inner perception and behavior that significantly deviates from expected, is enduring and inflexible, begins in adolescence or early adulthood, is stable over time, and causes disturbances or damage. There is a large number of personality disorders, and their prevalence in the general population is 10 – 15 %.

A large proportion of patients with eating disorders have a significant pathology of character, that represents a personality disorder. Furthermore, it is considered that one of the major prognostic factors in the case of serious eating disorders is the type and severity of personality disorders. Also, early detection of personality disorders in people suffering from eating disorders is important for the proper therapeutic approach and the better treatment outcome.

Key words: anorexia, bulimia, character, personality disorders

1. UVOD

S pravim značenjem anoreksije i bulimije prvi put sam se susrela krajem osnovne škole kada su roditelji mene i sestru odveli u kazalište Mala scena na predstavu pod nazivom „Ana i Mia“. Predstava na vrlo šokantan i istinit način progovara o problemu anoreksije i bulimije kroz priču oboljele djevojčice i njezine prijateljice. Kako predstava odmiče glavna junakinja doživljava dramatičnu transformaciju od sretno djevojčice do „djevojke koja nestaje“. Bez uljepšavanja prikazuje se teško i mučno iskustvo, kako za oboljelu tako i za njezine bližnje. Nadalje, gledatelj dobiva uvid i u narušene obiteljske odnose, kao mogući okidač ove kompleksne bolesti.

Sjećam se da je predstava ostavila jak dojam na mene, te me istovremeno zainteresirala za temu. Kasnije sam kroz studij imala priliku više čuti i naučiti o ovim poremećajima, a sve se na kraju zaokružilo u pisanju ovoga rada.

S druge strane, poremećaji ličnosti intrigantan su psihijatrijski poremećaj koji često biva neprepoznat, a može biti uzrokom brojnih problema u društvu.

Osim onih lakše vidljivih, socijalno devijantnih ponašanja, postoje suptilniji oblici poremećaja koji, ukoliko se oboljela osoba nalazi na višoj poziciji i ima moć upravljanja, mogu činiti štetu onima koji su u njihovoj blizini.

Iako sam prije pisanja ovog diplomskog rada imala određena znanja o poremećajima hranjenja i poremećajima ličnosti, nisam imala uvid u njihovo međudjelovanje, tako da je ovaj rad ujedno bio dobra prilika da proširim znanje iz psihijatrije, ponovim i utvrdim neka već postojeća znanja, ali i otkrijem puno toga novog o međusobnoj interakciji ova dva složena poremećaja, koja ukoliko se nađu zajedno predstavljaju pravi izazov u liječenju.

2. POREMEĆAJI HRANJENJA

Poremećaji hranjenja spadaju u najčešće psihičke poremećaje i povezani su s brojnim tjelesnim komplikacijama koje nose i rizik ranije smrti. Hranjenje je proces koji uključuje doživljaje kako vanjskoga tako i unutrašnjega svijeta, vezan je uz emocije i iskustva još od najranijega razvoja. Bulimija nervoza i anoreksija nervoza dva su glavna oblika poremećaja hranjenja. Specifična etiologija poremećaja hranjenja je multifaktorijalna, bitnu ulogu imaju psihološki, socijalni i biološki faktori zajedno. Iako ne postoji suglasnost istraživača o relativnom odnosu uloge bioloških faktora, ličnosti, obiteljskih varijabli te socio-kulturalnih faktora u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni značajnim dijelom odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične zadatke adolescencije (1).

Anoreksija i bulimija prvi su se put pojavile 1980. godine u DSM-III kao podvrste psihičkih poremećaja u periodu djetinjstva i adolescencije (2).

U nastanku poremećaja hranjenja primjećuje se veliki utjecaj faktora okoline kao što su aktualno shvaćanje ljepote i pritisak medija u promociji mršavosti kao ideala i osnove za stjecanje divljenja i popularnosti (3).

Također, psihološki faktori igraju važnu ulogu u njihovom nastanku. Pri tome je bitan proces razvoja, odnosi s roditeljima, tip privrženosti, stresni i traumatski događaji te adaptacija na životne faze kroz koje mlada osoba prolazi. Perfekcionizam kao osobina ličnosti veže se uz veću učestalost poremećaja hranjenja. Biologijski faktori važni su zbog određivanja biologijskih oblika terapija (1).

Glavna karakteristika poremećaja hranjenja je to što sekundarne smetnje nastaju ponajprije zbog promjena u hranjenju, a ne zbog bilo koje druge tjelesne ili psihičke bolesti (4).

Liječenje oboljelih od poremećaja prehrane zahtjeva individualan pristup uz odgovarajuću kombinaciju terapijskih metoda. Važno je naglasiti da je psihološka terapija efikasnija u liječenju u odnosu na farmakoterapiju (5), a često se primjenjuje kombinacija tih terapija.

2.1 ANOREKSIJA NERVOZA

Anorexia nervosa (AN) je psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog osjećaja da je predebela te se podvrgava strogom režimu prehrane koji vodi gubitku na težini. Riječ *anorexia* je grčkog podrijetla a označuje odsutnost apetita. Najčešće se javlja u dobi od 14 do 25 godina. Prosječna dob pojavljivanja anoreksije je 17 godina, a prevalencija u mladoj odrasloj dobi za žene iznosi 0,5 – 1 %. Prvi opisi anoreksije potječu iz 19. stoljeća (1).

Dijagnostički kriteriji za AN prema DSM-V klasifikaciji su:

1. Ograničenje unosa energije u odnosu na zahtjeve, što dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Značajno niska tjelesna težina definira se kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, kad je riječ o djeci i adolescentima, koja je manja od minimalno očekivane.
2. Snažan strah od porasta tjelesne težine ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, čak i uz nisku tjelesnu težinu.
3. Smetnje u načinu doživljavanja vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne težine na samovrednovanje ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti trenutno niske tjelesne težine.

Razlikuju se dva tipa AN:

1. Restriktivni tip: Tijekom posljednja tri mjeseca osoba nije imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (tj. samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje). Ovaj podtip uključuje gubitak tjelesne težine koji primarno nastaje pomoću dijete, posta i/ili pretjeranog vježbanja.
2. Prejedajući/purgativni tip: Tijekom posljednja tri mjeseca osoba je imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja (npr. samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje) (6).

Kriteriji za AN prema MKB-10:

- a) Gubitak na težini
- b) Namjerno izbjegavanje hrane „koja deblja”
- c) Strah od debljanja
- d) Endokrini poremećaji - amenoreja
- e) Nema nagona za prejedanjem (1)

Iskrivljena percepcija vlastitog tijela kod anoreksije smatra se temeljem psihopatologije. Oboljeli od anoreksije pokazuju perfekcionizam, opsesivno i nefleksibilno mišljenje, negativnu samoprocjenu, smanjenje seksualnog nagona, socijalnu izolaciju, pojačanu anksioznost i depresivnost. Mogu se naći kliničko-laboratorijski znakovi manjka vitamina i minerala, anemija, leukopenija, hipoalbuminemija, elektrolitna neravnoteža. Najočitiiji tjelesni nalazi su mršavost i amenoreja (7).

Iako većina anoreksičnih bolesnica tvrdi da je povod za pretjerano izgladnjivanje bila prekomjerna tjelesna težina, istraživanja pokazuju da je 20 % bolesnica prije nastupa anoreksije imalo tjelesnu težinu manju od prosjeka, 50 % imalo je normalnu, a tek 30 % prekomjernu tjelesnu težinu (8).

2.2 BULIMIJA NERVOZA

Riječ bulimija je grčkog podrijetla i znači „bikova glad”. Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja/pražnjenja, a sastoji se od epizoda prežderavanja nakon kojega slijedi inducirano povraćanje ili zloporaba laksativa, da bi se iz tijela izbacile goleme količine hrane. Bulimiju također karakterizira želja za mršavosti, no to se postiže drukčijim ritualima od anoreksije. Njihova želja za hranom je prejaka da bi ju svladale te se prejedaju, nakon čega zbog osjećaja krivnje i velikoga straha povraćaju. U medicinskoj je literaturi prvi put opisana 1979. godine kao varijanta anoreksije. Obično započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, a smatra se da je prosječna dob pojavljivanja oko 20. godine života (1).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze BN:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizoda prejedanja ima sljedeća dva obilježja:
 - a) Jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.
 - b) Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom te epizode (npr. osjećaj da nije moguće prestati jesti ili upravljati time što ili koliko netko jede).
2. Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci radi sprečavanja povećanja tjelesne težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje.
3. Ovo prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljuju se, u prosjeku, najmanje jednom tjedno i to tijekom 3 mjeseca.
4. Samoprocjena je neopravdana pod utjecajem oblika vlastita tijela i njegove težine.
5. Ove smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze (6).

Postoje dva tipa BN:

1. PURGATIVNI TIP - nakon epizode prejedanja osoba se "prazni" samoizazvanim povraćanjem ili laksativima i diureticima

2. NEPURGATIVNI TIP - nakon epizode prejedanja osoba pribjegava nekim drugim neprikladnim ponašanjima, npr. postu ili pretjeranom tjelesnom vježbanju, ali ne koristi samoizazvano povraćanje, laksative niti diuretike (1).

Oboljeli od bulimije najčešće nisu upadno mršavi, mogu biti prosječne ili iznadprosječne težine, što dodatno otežava rano uočavanje i sprječavanje daljnega tijeka bolesti. Nepravilnosti menstrualnog ciklusa kod bulimičnih ženskih osoba nisu najčešće jako izražene. Međutim, zbog prejedanja i pražnjenja, kod bulimičnih su osoba česte fiziološke posljedice, poput upala grla i ždrijela, otečenih žlijezda slinovnica, te oštećenih struktura zuba, kao posljedica sadržaja koji se povraća. Također je moguće oštećenje crijevne stijenke, nutritivni deficiti i dehidracija. Smanjena koncentracija kalija i drugi poremećaji elektrolita mogu ugroziti život, jer

osobe s bulimijom mogu doživjeti zastoj srca, što dovodi do iznenadne smrti (2).

2.3 POREMEĆAJ S PREJEDANJEM

Poremećaj s prejedanjem (*Binge eating disorder*), koji je prije bio uključen u neodređeni poremećaj hranjenja, DSM-5 ubraja u samostalan poremećaj hranjenja. Ovaj poremećaj relativno je čest s prevalencijom u općoj populaciji od 1,4 %. Ovaj postotak je veći u skupini pretilih ljudi bez obzira na spol. Klinička važnost ovog poremećaja povezana je s njegovim čestim komorbiditetima kao što je s pretilost te s psihijatrijskim komorbiditetima kao što su anksiozni poremećaji, poremećaji ličnosti, poremećaji raspoloženja i zlouporaba tvari (9).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze BED prema DSM-5:

1. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizoda prejedanja ima sljedeća dva obilježja:
 - a) Jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju ili u sličnim okolnostima.
 - b) Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom ove epizode (npr. osjećaj da nije moguće prestati jesti ili upravljati time što ili koliko netko jede).
2. Ove epizode prejedanja povezane su s tri (ili više) od sljedećih obilježja:
 - a) Jedenje mnogo brže nego što je to uobičajeno.
 - b) Jedenje sve do osjećaja neugodne ispunjenosti.
 - c) Jedenje velikih količina hrane i bez tjelesnog osjećaja gladi.
 - d) Jedenje nasamo zbog osjećaja stida zbog količine pojedene hrane.
 - e) Nakon jedenja, osjećaj gađenja prema samome sebi, depresije ili snažne krivnje.
3. Prisutna je izrazita nelagoda zbog prejedanja.
4. Ovakvo prejedanje u prosjeku se pojavljuje najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca.
5. Ovakvo prejedanje nije povezano s ponavljajućim neprikladnim kompenzacijskim postupcima kao kod bulimije nervoze i ne pojavljuje se isključivo tijekom bulimije nervoze ili anoreksije nervoze (6).

2.4 DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA

Ova se kategorija primjenjuje na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja i jedenja koji uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenja u socijalnim, radnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ti simptomi ne zadovoljavaju sve kriterije ni za jedan poremećaj u dijagnostičkoj skupini poremećaja hranjenja i jedenja. Kategorija drugi specificiran poremećaj hranjenja ili jedenja upotrebljava se kad kliničar odlučuje navesti specifičan razlog zašto klinička slika ne zadovoljava kriterije ni za jedan specifičan poremećaj hranjenja i jedenja. To se čini bilježenjem „drugi specificiran poremećaj hranjenja ili jedenja“, nakon čega slijedi specifičan razlog za to (npr. „bulimija nervoza s rijetkom učestalošću“) (6).

2.5 NESPECIFICIRANI POREMEĆAJ HRANJENJA ILI JEDENJA

Ova se kategorija primjenjuje na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja i jedenja koji uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ti simptomi ne zadovoljavaju sve kriterije ni za jedan poremećaj u dijagnostičkoj skupini poremećaja hranjenja i jedenja. Kategorija nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja upotrebljava se kad kliničar odlučuje ne navesti specifičan razlog zašto nisu zadovoljeni kriteriji ni za jedan specifičan poremećaj hranjenja i jedenja, a uključuje kliničke slike u kojima nema dovoljno podataka za postavljanje specifične dijagnoze (npr. situacije u hitnoj službi) (6).

3. POREMEĆAJI LIČNOSTI

Ličnost je više ili manje stabilna i trajna organizacija karaktera, temperamenta, intelekta i fizičke konstitucije neke osobe, što određuje njezinu osobitu prilagodbu vlastitoj okolini. Onda kada su te crte nefleksibilne, neprilagođene i uzrokuju znatno funkcionalno oštećenje ili subjektivne smetnje, tvore poremećaj ličnosti. Ličnost je sastavljena od temperamenta i karaktera. Temperament je pretežito uvjetovan genetičkim čimbenicima. On označuje način na koji neka ličnost očituje i doživljava svoja raspoloženja i svoju energiju, uključujući i promjene raspoloženja i energije kojima ta osoba reagira. Za razliku od toga, karakter su naučeni obrasci i oblikuje se kroz socijalizaciju, iskustvo i učenje, uključuje svijest i razum (7).

Smatra se da su poremećaji ličnosti rezultat interakcije između genske predispozicije i izloženosti raznim nepovoljnim utjecajima i specifičnim traumatskim događajima (7).

Vezano uz genetičku predispoziciju za razvoj poremećaja ličnosti, tim znanstvenika je identificirao neispravan gen koji može biti čimbenik u razvoju opsesivno-kompulzivnog poremećaja (10).

Nadalje, vezano uz čimbenike okoline, u jednom je istraživanju nađena poveznicu između broja i vrste trauma u djetinjstvu i razvoja poremećaja ličnosti. Prema njoj su osobe s graničnim poremećajem ličnosti često bile izložene seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu. Roditeljsko zanemarivanje i grubost također mogu rezultirati raznim poremećajima ponašanja kasnije u životu (11).

Također, teorije navode fiksaciju u oralnoj fazi kao uzrok razvoja ovisnih crta ličnosti, fiksaciju u analnoj fazi kao uzrok opsesivnih i u genitalnoj fazi kao uzrok histrionskih crta ličnosti (7).

Moguće je obrasce ponašanja sagledavati i s evolucijskog stajališta. Dramatično ponašanje kod histrionskog poremećaja ima korijene u ritualima primata, antisocijalno ponašanje ima podrijetlo u predatorskom ponašanju, a ovisno ponašanje potječe od ponašanja mladunaca životinjskog carstva (12).

Prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznosi 10 – 15 %. Prema DSM-5 poremećaj ličnosti je model unutrašnjeg doživljavanja i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanog s obzirom na kulturalnu pripadnost osobe, trajan je i nefleksibilan, ima početak u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, stabilan je tijekom vremena te dovodi do poremećaja ili oštećenja. Taj se dugotrajni model očituje na dva ili više od sljedećih područja:

- Kognitivnom (načini percipiranja i interpretiranja samog sebe, drugih ljudi i događaja)
- Emocionalnom (raspon, intenzitet, labilnost i prikladnost emotivnog odgovora)
- U interpersonalnom funkcioniranju
- U kontroli nagona (7)

Crte ličnosti kojima se definiraju ovi poremećaji moraju se također razlučiti od karakteristika koje se javljaju kao odgovor na specifične stresore u nekim situacijama ili prolaznih duševnih stanja (npr. anksiozni poremećaji, intoksikacija). Na liječniku je da procijeni stabilnost tih crta tijekom vremena i u različitim situacijama. Ponekad će za postavljanje dijagnoze biti dovoljan jedan razgovor, a ponekad će biti teško i u dužem periodu postaviti dijagnozu jer karakteristike koje definiraju poremećaj ličnosti osoba ne mora smatrati problematičnim (ego-sintone crte) (12).

Na temelju kliničke slike, poremećaji ličnosti se dijele u tri glavne skupine (engl. cluster):

- 1) A skupina: paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti
- 2) B skupina: antisocijalni, histrionični, narcistični i granični poremećaj ličnosti
- 3) C skupina: izbjegavajući, opsesivno kompulzivni i ovisni poremećaj ličnosti

Okolini se osobe s poremećajima iz skupine A mogu činiti čudne ili ekscentrične, one iz skupine B su doživljavane kao dramatične, naglašeno osjećajne ili hirovite, a iz skupine C kao prestrašene ili anksiozne. Kada u kliničkoj slici nisu zadovoljeni kriteriji za jedan, specifičan poremećaj, ali su opći kriteriji zadovoljeni, tada je prikladna dijagnoza neodređeni poremećaj ličnosti. Primijećena je razlika u prevalenciji poremećaja prema spolu, tako da su npr. granični, histrionski i ovisni češći kod žena, a antisocijalni kod muškaraca (12).

3.1 PARANOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Ovaj poremećaj obilježavaju pervazivni osjećaji sumnjičavosti i nepovjerenja. Osobe koje pate od paranoidnog poremećaja ličnosti drugima stalno nešto zamjeraju, nalaze skrivena značenja u njihovim izjavama i ponašanju. Emocionalno su hladni te uvijek nastoje biti objektivni i racionalni. U intimnim relacijama znaju iskazivati patološku ljubomoru praćenu izljevima bijesa. Također, u nekim slučajevima mogu imati nerealne fantazije (7).

3.2 SHIZOIDNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Osobe koje pate od ovog poremećaja su često odvojene od društvenih odnosa i izražavaju malo emocija. Osoba sa shizoidnim poremećajem ličnosti obično ne traži

bliske odnose, bira biti sama (13). Usprkos tome, ove osobe imaju niz prigovora na to kako se ostali odnose prema njima te se lako osjete povrijeđenima. Zbog nemogućnosti ostvarivanja bliskosti, seksualnost često ostvaruju kroz fantaziju (7).

3.3 SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Osobe s ovim poremećajem osjećaju se nelagodno u odnosu s drugima, pretjerano su sramežljive, iskrivljenog su razmišljanja i ekscentričnog ponašanja. Osoba sa shizotipnim poremećajem osobnosti može imati čudna uvjerenja te se neobično ponašati i govoriti, ili imati pretjeranu socijalnu anksioznost (13). Također, dugo je poznato da se ovaj poremećaj javlja češće u osoba u čijoj obitelji ima oboljelih od shizofrenije, što govori u prilog nasljednoj etiologiji (12).

3.4 ANTISOCIJALNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Ovaj poremećaj ličnosti obilježen je impulzivnom agresivnošću, kršenjem pravila ponašanja, nedostatkom osjećaja krivnje, kajanja i empatije te ima ogromne posljedice za društvo. Iako mu je učestalost u općoj populaciji oko 1 %, u populaciji zatvorenika i osoba s kriminalnim ponašanjem disproporcionalno je visoka, čak do 25% (14). Oni nisu osobe snižene inteligencije, naprotiv manipulativnog su ponašanja kako bi zadovoljili isključivo vlastite potrebe, ne štjući etičke standarde ili potrebe drugih ljudi.

3.5 HISTRIONSKI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Osobe s histrionskim poremećajem karakterizira pretjerano izražavanje emocija i stalna potreba za pažnjom. Ove osobe mogu biti neugodne kada nisu u središtu pozornosti, često koriste fizički izgled kako bi privukle pažnju na sebe i pretjerano iskazuju vlastitu emocionalnost iza koje se krije emocionalna plitkost (13). Nadalje, ovaj poremećaj karakterizira zaokupljenost vlastitom seksualnošću, a oboljeli se žale na teškoće u emocionalnim vezama, koje generaliziraju (7).

3.6 NARCISTIČKI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Pojam narcizam ima različito značenje te može, prema mitu o Narcisu, implicirati taštu i uobraženu osobu ili označavati stadij u razvoju ličnosti. Mnoge uspješne osobe pokazuju narcističke crte ličnosti, međutim poremećaj postoji onda kad su te crte nefleksibilne i stalne te uzrokuju značajne teškoće u svakodnevnom funkcioniranju ili izazivaju subjektivnu patnju. Narcistički poremećaj ličnosti označuje osobe koje imaju grandiozan osjećaj vlastite vrijednosti i zahtijevaju divljenje drugih

ljudi. Te osobe nemaju empatije i ne prepoznaju subjektivne osjećaje drugih, ali su u stanju detaljno razlagati vlastite probleme. U ponašanju su oholi i arogantni (15).

3.7 IZBJEĞAVAJUĆI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Za osobe s ovim poremećajem karakteristična je pretjerana stidljivost, osjećaj neadekvatnosti i pretjerana osjetljivost na kritike (13). Zbog straha od kritike i odbacivanja ove osobe često izbjegavaju socijalne i intimne kontakte s drugim ljudima. Također, ove osobe nemaju sposobnost uživanja u stvarima, već stalno osjećaju napetost (7).

3.8 OVISNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Osobe iz ove kategorije poremećaja karakterizira osjećaj bespomoćnosti i stalna potreba za brigom drugih. One mogu imati poteškoće u donošenju svakodnevnih odluka bez uvjeravanja i pomoći drugih ili se mogu osjećati nelagodno i bespomoćno kada su same zbog straha od nemogućnosti da brinu o sebi (13).

3.9 OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Opsesivno kompulzivna ličnost izrazito je zaokupljena time da sve stvari čini ispravno te je pretjerano usredotočena na detalje. Takve osobe su rigidne i teško se prilagođuju promjenama i u svom su ponašanju savjesne, uporne i disciplinirane. U kontaktu s drugim ljudima mogu djelovati dosadno i uskogrudno. Optimalna zastupljenost takvih crta ličnosti rezultira postojanjem visokih moralnih standarda (7).

3.10 GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (BORDERLINE)

Dok se ostali poremećaji ličnosti ponekad smatraju tek ekstremnom varijacijom osobina ličnosti, granični poremećaj ličnosti najbliži je konceptu „pravog” poremećaja (16). Granični poremećaj ličnosti čest je poremećaj, koji karakterizira afektivna labilnost, pogrešno tumačenje ponašanja drugih osoba te posljedično visoki stupanj interpersonalne disfunkcionalnosti i visok suicidalni rizik. Osobe koje pate od ovog poremećaja imaju pojačanu pobudljivost, sklonost izljevima bijesa, te hostilnom i impulzivnom ponašanju (12). Poznata je povezanost graničnog poremećaja ličnosti s traumama u djetinjstvu, posebice zanemarivanjem i/ili zlostavljanjem (17).

4. PSIHODINAMIKA KAO KORELAT IZMEĐU POREĆAJA HRANJENJA I POREMEĆAJA LIČNOSTI

Dominantno obilježje kod oboljelih od poremećaja hranjenja je psihička rigidnost, koja se očituje u sadističkim napadima na vlastito tijelo. Prema Kernbergu i suradnicima, napadi na tijelo imaju četiri simbolička značenja:

- **Napad na princip zadovoljstva**

Zbog problema u ranom odnosu s majkom i agresivnih naboja vezanih uz doživljaj fizičkog kontakta, kod dijela osoba s poremećajem ličnosti može doći do primarne inhibicije kapaciteta za senzualna uživanja kao i seksualni užitak. Na taj način može doći i do izbjegavanja hrane, koja sadržava princip zadovoljstva i simbolički znači unošenje nečega dobrog u tijelo (1).

- **Napad na majku koji je povezan s napadom na princip zadovoljstva**

Dinamika kod oboljelih od anoreksije kao i kod granične organizacije ličnosti uključuje problem na razini separacija - individuacija ili na ranijoj razvojnoj razini, koji se očituje kao patološka povezanost i simbiotski obrasci na razini majka - dijete. Ukoliko se ne promijene psihoterapijom, ti obrasci se kasnije mogu reaktivirati. Hilde Bruch je zaključila da puno bolesnica s anoreksijom ima majke koje zbog vlastitih neriješenih intrapsihičkih konflikata prenose na dijete ljutnju i anksioznost ili preko djeteta rješavaju patološki narcizam. Tako, prema nekim psihodinamskim teorijama, izgladnjivanje predstavlja mazohistički pokušaj obrane od majke i stvaranje autonomije putem samodestrukcije. Pri tome, kod oboljelih postoji s jedne strane identifikacija s primitivnim, sadističkim dijelovima majčinske figure koji često imaju patološki narcizam u podlozi, a drugi dio selfa, lociran u tijelu, simultano simbolizira bespomoćnu žrtvu (1).

- **Napad na vlastitu ženstvenost**

Problem nastaje rano, zbog loših odnosa između majke i djeteta i uključuje iskustva simbioze i zatim separacije - individuacije. Bulimične bolesnice imaju obranu protiv konflikta vezana uz separaciju i individuaciju koje uključuju prejedanje, s ciljem negacije njihove ovisnosti o drugim osobama. Nadalje, Paulina Kernberg pisala je o sindromu Petar Pana kod adolescentica s anoreksijom koji se očituje kroz dječjački

izgled i negaciju ženske identifikacije. Identifikacija ovih djevojaka s majkom blokirana je na zreloj razini i ostaje arhaična (aseksualna), što se povezuje sa strahom i osjećajem odbacivanja (1).

- **Napad na heteroseksualnost**

Otto Kernberg smatra da je spomenuti napad na ženstvenost povezan i s napadom na heteroseksualnost. Loši osjećaji koji postoje prema majci bivaju premješteni i na oca, zbog čega se posljedično i muškarci doživljavaju u negativnom emocionalnom kontekstu (1).

5. ULOGA HILDE BRUCH U RAZUMIJEVANJU I PSIHOTERAPIJI OBOLJELIH OD POREMEĆAJA HRANJENJA

Hilde Bruch (1904 – 1984), psihijatar i psihoanalitičar, jedna je od vodećih ličnosti u području istraživanja poremećaja hranjenja. Njezina antologijska knjiga Zlatni kavez (engl. The golden cage), aktualna je i danas, puno godina nakon njezina objavljivanja (1).

Hilde Bruch definirala je ozbiljne forme poremećaja hranjenja, osobito anoreksiju, kao poremećaje selfa, prema današnjoj psihijatrijskoj terminologiji radi se o poremećajima ličnosti. Površinski vidljiv simptom pothranjenosti kod anoreksije iza sebe krije veće unutrašnje probleme. Bruch je radila na povezivanju simptoma s unutrašnjim svijetom, odnosno davanju značenja simptoma. Zbog toga je naglasak u psihoterapiji rad sa deficitima selfa, a ne sa samim simptomima. Nadalje, istražujući je ustanovila kako psihopatologija anoreksije nije na razini neurotske, već je bliža onome što se danas naziva narcistični, granični i shizoidni poremećaj ličnosti. Ustanovila je da anoreksiju nervozu obilježavaju: nemogućnost prepoznavanja i nedostatak svijesti o unutrašnjim osjećajima; poteškoće u oslanjanju na vlastite osjećaje, misli i tjelesne senzacije te naglašen osjećaj neuspjeha koji se širi na cijeli self i postaje temeljan u samoprocjeni. Simptomi anoreksije postaju pokušaj kompenziranja dubinskog deficita i uspostave barem dijela osjećaja identiteta. Psihoterapija ovakvih bolesnika treba djelovati na stvaranju autonomije i identiteta kroz zajedničko (terapeut i bolesnik) prepoznavanje tjelesnih senzacija, osjećaja i potreba pravog selfa (18).

6. POVEZANOST POREMEĆAJA HRANJENJA I POREMEĆAJA LIČNOSTI

Veliki udio oboljelih od poremećaja hranjenja ima značajnu patologiju karaktera koja se ubraja u poremećaje ličnosti. Prema Kernbergu jedan od glavnih prognostičkih faktora kod oboljelih od ozbiljnih poremećaja hranjenja jest tip i ozbiljnost poremećaja ličnosti kod promatranog bolesnika. Pri tome se procjenjuje više dimenzija: afektivna, histerično-histrionično-borderline, narcistična, opsesivno-kompulzivna i psihotična dimenzija. Također, s obzirom na učestale depresivne simptome kod oboljelih od poremećaja hranjenja, važno je procijeniti radi li se o simptomima u okviru depresivnoga poremećaja ili o tzv. karakterološkoj depresiji. Za poremećaje ličnosti s dominacijom trijasa histerično-histrionično-borderline crta, histerični simptomi smatraju se neurotskim (zdravijim) dijelom spektra, histrionična ličnost srednje teškim stanjem, a borderline simptomi težim dijelom spektra. U bolesnika s poremećajima hranjenja važna je i procjena patološkog narcizma jer se smatra da teži stupnjevi patološkog narcizma, uključujući sindrom malignoga narcizma, značajno smanjuju uspjeh u psihoterapiji. Nadalje, promatraju se opsesivno-kompulzivni simptomi. Ovaj je tip simptoma posebno čest kod restriktivnih oblika anoreksije. Psihotični simptomi mogu biti komorbiditet kod anoreksije. Smatra se da kod dijela oboljelih od kronične anoreksije postoji temeljna psihotična struktura ličnosti, ponekad su prisutne izolirane psihotične epizode, a kod dijela oboljelih postoje kriteriji i za shizofreniju (12).

Radovi autora s Instituta za poremećaje ličnosti iz New Yorka pokazuju kao jedan od glavnih prognostičkih kriterija procjenu dominantne strukture ličnosti kod oboljelih od poremećaja hranjenja. Tako neurotična struktura ličnosti (histerični, depresivno-mazohistični i opsesivno-kompulzivni simptomi) i njoj bliska visoka razina poremećaja ličnosti, imaju značajno bolju prognozu i manje komplikacija u terapiji nego borderline i psihotična struktura ličnosti (19,20).

7. SUVREMENE EMPIRIJSKE SPOZNAJE O ULOZI OSOBINA LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA

Raniji teorijski modeli i kliničke opservacije slučajeva poremećaja hranjenja iz 70-ih godina prošloga stoljeća, implicirale su ulogu premorbidnih osobina ličnosti u etiologiji, simptomatskoj ekspresiji i održavanju simptoma poremećaja hranjenja. U posljednjih dvadeset godina došlo je do procvata istraživanja u otkrivanju uloge ličnosti kod poremećaja hranjenja, djelomično uslijed empirijskih saznanja o

važnosti proučavanja svih oblika psihopatologije u kontekstu dimenzionalno konceptualiziranih i mjerenih osobina ličnosti (21).

Štoviše, govori se o nerazdvojivoj isprepletenosti ličnosti i psihopatologije na način da je “nemoguće razumjeti prirodu psihičkih smetnji, uključujući njihov oblik kod svakog pojedinca, bez znanja o karakteristikama ličnosti iz kojih proizlaze”. Također, istraživačke spoznaja o poremećajima hranjenja i ličnosti mogu imati i praktično kliničko značenje jer poznavanje ličnosti omogućava uspješniju predikciju općeg funkcioniranja, kliničke fenomenologije, tijeka razvoja poremećaja i ishoda različitih tretmanskih opcija (22).

7.1 POTEŠKOĆE ISPITIVANJA OSOBINA LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA

Iako većina kliničara koja dolazi u bliski doticaj s osobama koje pate od poremećaja hranjenja prepoznaje određene obrasce u karakteristikama temperamenta i ličnosti, postoje neka specifična ograničenja prilikom procjene i razumijevanja uloge dimenzionalno definiranih osobina ličnosti kod pacijenata s poremećajem ličnosti (23,24).

Jedna od vodećih poteškoća u ovom području odnosi se na pokušaje razlikovanja premorbidnih osobina ličnosti (engl. “a true trait”) od onih koje su posljedica prijašnjeg (engl. “a scar”) ili trenutnog (engl. “a state effect”) oboljenja od poremećaja hranjenja. Ovaj problem je posebno važan zbog spoznaje da izgladnjivanje i kaotične prehrambene navike mogu imati posljedice na ličnost pojedinca, kao što je pojačana rigidnost, opsesivnosti i iritabilnost (23).

Drugi problem u ovom području predstavlja pristrano izvještavanje o pretpostavljenom premorbidnom funkcioniranju ličnosti, što je posebice izraženo kod poremećaja hranjenja zbog njihovog utjecaja na kognitivno funkcioniranje i sposobnost dosjećanja, budući da se već dugo zna da je gotovo nemoguće dobiti potpuno točnu retrospektivnu procjenu osobina ličnosti prije pojave nekog psihijatrijskog poremećaja (25).

Posljednji problem je u procesu uzorkovanja pacijenata koji pate od poremećaja hranjenja, jer istraživanja pokazuju kako su patološke osobine ličnosti

obično više prisutne kod kliničkih uzoraka u odnosu na uzorke iz opće populacije (26).

7.2 EMPIRIJSKI MODELI I METODOLOGIJA ISPITIVANJA ODNOSA IZMEĐU OSOBINA LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA

Postoje četiri temeljna teorijska modela koja omogućavaju detaljno ispitivanje odnosa između ličnosti i raznih oblika psihopatologije uključujući i poremećaje hranjenja (27).

“Predispozicijski model” (engl. “Predispositional model”) opisuje odnos u kojem osobine ili poremećaji ličnosti prethode i povećavaju rizik za razvoj nekog oblika poremećaja hranjenja. U ovom modelu, pretpostavlja se da su patologije ličnosti i hranjenja neovisne jedna o drugoj i predstavljaju zasebne psihopatološke entitete.

“Model zajedničkog uzroka” (engl. “Common cause model”) pretpostavlja da su patologije ličnosti i hranjenja neovisni entiteti, ali da su u njihovoj podlozi zajednički uzročni faktori koji uključuju zajedničke razvojne, obiteljske, neurobiološke i/ili genetske patološke procese (28).

“Model komplikacije” (engl. “Complication model”) pretpostavlja da su osobine ili poremećaji ličnosti rezultat prethodnog ili trenutnog oboljenja od poremećaja hranjenja. Ovaj model opisuje ličnost kao posljedicu poremećaja hranjenja, iako teoretski premorbidne osobine ličnosti mogu biti egzacerbirane ili promijenjene uslijed prijašnjeg ili aktualnog oboljenja od poremećaja hranjenja.

“Patoplastični model” (engl. “Pathoplasty model”) nije kauzalni model, već sugerira da utvrđene osobine ličnosti i poremećaji hranjenja, mogu modificirati tijek i ekspresiju jedno drugoga.

Prilikom evaluacije prethodno opisanih teorijskih modela korišteni su različiti metodološki nacrti. Najveći broj istraživanja bio je presječnog ili transverzalnog tipa, u kojemu se ispituje povezanost različitih osobina ličnosti i simptoma poremećaja hranjenja kod akutno bolesnih pacijenata. Nažalost, korištenjem ovakvog nacrti nije moguće ustanoviti točan smjer kauzaliteta i etiološkog značaja ličnosti u razvoju poremećaja hranjenja (24).

7.3 EMPIRIJSKE SPOZNAJE O ULOZI OSOBINA LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA

Osobine ličnosti predstavljaju emocionalne, kognitivne i bihevioralne tendencije po kojima se pojedine osobe razlikuju. Istraživački napori u ovom području se uglavnom fokusiraju na klinički opservirane osobine pacijenata s poremećajem hranjenja, ili pak na dimenzije ličnosti izvedene iz opsežnih samoprocjenskih mjernih instrumenata. Najviše pažnje posvećeno je ispitivanju uloge dimenzija Neuroticizma, Izbjegavanja opasnosti, Perfekcionizma, Opsesivnosti/Kompulzivnosti te Impulzivnosti (29,30).

Većina ovih studija koristila je presječni ili transverzalni nacrt, odnosno bila je korelacijskog tipa, što treba uzeti u obzir prilikom interpretacije njihovih nalaza. Istraživanja uloge osobina ličnosti kod poremećaja hranjenja korisna su za bolje razumijevanje etiologije i simptomatologije, ali i za uspješniju predikciju odgovora na liječenje i prognozu same bolesti. Iako još uvijek postoji dosta nedosljednih nalaza u literaturi, s relativno visokom sigurnošću može se zaključiti kako Neuroticizam i određene varijante Perfekcionizma predstavljaju predisponirajuće čimbenike za razvoj poremećaja hranjenja. Slično se može reći i za kombinaciju visokog Izbjegavanja opasnosti i niskog Samousmjeravanja. Također, rezultati o osobini Impulzivnosti još uvijek nisu dovoljno jasni, ali noviji podatci govore o posebnom značaju „impulzivnosti u stresnim situacijama“ za razvoj bulimične simptomatike. Šira temperamentalna dimenzija Traženje novoga pokazala se posebno izražena kod pacijenata s bulimijom. Iako su ranije teorijske konceptualizacije opisivale pojedince s anoreksijom kao opsesivno-kompulzivne, a one s bulimijom kao emocionalno nestabilne, provedena istraživanja su tek djelomično potvrdila ove pretpostavke (primjerice, Opsesivno-kompulzivne osobine su često povišene kod obiju skupina pacijenata) (1).

Iako su potrebna dodatna istraživanja, dosadašnji podatci govore o štetnom utjecaju visokog Perfekcionizma, Impulzivnosti i Traženja novoga, kao i niskog karaktera Samousmjeravanja, na učinkovitost liječenja poremećaja hranjenja (1).

8. TRAUMA U DJETINJSTVU, POREMAĆAJI LIČNOSTI I POREMEĆAJI HRANJENJA

Postoje brojna istraživanja koja se bave ispitivanjem povezanosti između trauma u djetinjstvu i različitih poremećaja ličnosti u odrasloj dobi. Ispitivani uzorci uključuju uzorke iz opće populacije, kao i izvanbolničke i bolničke populacije (31).

Većina studija govori u prilog povezanosti zlostavljanja u djetinjstvu s kasnijim poremećajem funkcioniranja ličnosti. Pojedine studije ističu i povezanost specifičnih oblika zlostavljanja s rezultirajućom patologijom ličnosti. Uzevši u obzir ne toliko rijetku pojavu zlostavljanja u djetinjstvu, manja je vjerojatnost da ona samostalno predstavlja čvrsti prediktivni faktor za razvoj poremećaja ličnosti. Nadalje, ovo predlaže da postoje drugi čimbenici koji doprinose riziku za razvoj poremećaja (trajanje i težina zlostavljanja, specifičnost odnosa između žrtve i počinitelja). Drugim riječima, rana razvojna trauma, u prisutnosti određenih agrvirajućih čimbenika, vjerojatno će nespecifično pridonijeti razvoju patologije ličnosti u odrasloj dobi. Ova međusobna povezanost bi mogla biti jača kod osoba ženskog spola (32).

Nadalje, brojni su znanstvenici pokušali opisati te agrvirajuće čimbenike, pa tako oni predlažu da genetska predispozicija, zajedno sa nestabilnim i nesupportivnim obiteljskim okruženjem, naglašenim s određenim formama zlostavljanja, može voditi prema razvoju određenog poremećaja ličnosti. Prema istraživanjima, među tim potencijalnim poremećajima najčešći su antisocijalni, granični, izbjegavajući, paranoidni i moguće shizotipni poremećaj ličnosti (33).

Vezano uz poremećaje hranjenja, određene studije su pokazale da je seksualno zlostavljanje u djetinjstvu rizični čimbenik za poremećaje hranjenja (34,35).

Također, ovo ne isključuje utjecaj drugih oblika zlostavljanja na razvoj poremećaja hranjenja. Odnos zlostavljanje u djetinjstvu i poremećaja hranjenja mogao bi biti posredovan određenom disfunkcijom ličnosti. Način na koji disfunkcionalna ličnost povećava rizik za poremećaj hranjenja može biti prikazan na primjeru purgativnog tipa bulimije nervoze. Primjerice, ako pojedinac ima naglašenu impulzivnost i manjak samoregulacije, kao što je to slučaj kod graničnog poremećaja, postoji povećan rizik za lošu regulaciju unosa hrane. To potencijalno vodi ka porastu tjelesne težine. Porast tjelesne težine povećava rizik za posljedičnim razvojem

kontraregulacijskih ponašanja (gladovanje, korištenje laksativa) kako bi osoba izgubila težinu (33).

Kao što je navedeno, slijed trauma - disfunkcija ličnosti - poremećaj hranjenja posebno je primjenjiv kod poremećaja hranjenja koji su karakterizirani impulzivnošću (anoreksija nervoza/purgativni tip, bulimija nervoza/purgativni tip, poremećaj s prejedanjem). Prema istraživanjima, više od četvrtine ovih pojedinaca pati od graničnog poremećaja ličnosti (36).

S druge strane, kod pojedinaca s restriktivnim tipom anoreksije nervoze česte su opsesivno-kompulzivne crte ličnosti (36), no postoji malo čvrstih znanstvenih dokaza koji bi doveli u vezu traumu u djetinjstvu s opsesivno-kompulzivnim poremećajem ličnosti (33).

9. NAJVAŽNIJI POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA

9.1 POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD ANOREKSIJE NERVOZE

Dosadašnje studije su pokazale da je najučestaliji poremećaj ličnosti kod restriktivnog tipa anoreksije nervoze opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti s prevalencijom od približno 22 %. Ovo se čini i intuitivno logičnim, uzevši u obzir da je potrebna visoka razina kontinuiranog suzdržavanja i samokontrole kod ovog poremećaja. Također, čini se da je opsesivan model neophodan da bi se održala psihološka izdržljivost potrebna za postupno i dosljedno gladovanje. Slijedeći je izbjegavajući poremećaj ličnosti (oko 19 %), a približno 11 % osoba s restriktivnim tipom anoreksije nervoze ima granični ili ovisni poremećaj ličnosti. Među pacijentima koji pate od purgativnog oblika anoreksije nervoze najučestaliji je granični poremećaj ličnosti s prevalencijom od oko 25 %. Otprilike 15 % ima izbjegavajući ili ovisni poremećaj ličnosti, a 10 % histrionski poremećaj ličnosti (33).

9.2 POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD BULIMIJE NERVOZE

Većina studija vezanih uz poremećaje hranjenja i poremećaje ličnosti provedena je na osobama s bulimijom nervozom i to pretežito purgativnim tipom bulimije nervoze. Među osobama s ovim poremećajem najučestaliji je granični poremećaj ličnosti, s prevalencijom višom od 28 %. Slijedeći su ovisni, histrionski i izbjegavajući poremećaj ličnosti, s prevalencijom od približno 20 %. Granični poremećaj ličnosti je najučestaliji poremećaj ličnosti kod purgativnog tipa i bulimije i

anoreksije nervoze. Kod ovih oblika poremećaja prisutna je visoka razina impulzivnosti. Nadalje, važno je napomenuti da impulzivna patologija hranjenja nije definitivna indikacija za granični poremećaj ličnosti, već da on može obuhvaćati impulzivnost i na drugim područjima (uporaba psihoaktivnih tvari, promiskuitet, trošenje novca...), kao i dugotrajna samounakazujuća ili suicidalna ponašanja (33).

9.3 POREMEĆAJI LIČNOSTI KOD POREMEĆAJA S PREJEDANJEM

Među pojedincima koji pate od ovog oblika poremećaja hranjenja najučestaliji su opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti i poremećaji skupine A (prevalencija od 15 %). Slijedeći su izbjegavajući i granični, s prevalencijom od 12 % (33).

10. MENTALIZACIJA U OKVIRU POREMEĆAJA HRANJENJA I POREMEĆAJA LIČNOSTI

Termin mentalizacija uveden je i razrađen kao koncept u psihoterapiji od grupe psihoanalitički orijentiranih terapeuta i istraživača Batemana, Fonagyija, Target i Allena, najprije s ciljem liječenja osoba s graničnim poremećajem ličnosti (37–40).

Mentalizacija je proces s pomoću kojega osoba implicitno (nesvjesno) ili eksplicitno (svjesno) interpretira svoja i tuđa ponašanja i postupke kao smisljena na temelju mentalnih stanja kao što su želje, potrebe, osjećaji, vjerovanja, razlozi (37).

Mentaliziranje se najvećim dijelom odvija nesvjesno ili predsvjesno. Mentalizirati, odnosno u umu davati značenje ponašanju drugih ljudi i sebe, možemo provoditi u svakoj interakciji. Taj proces podrazumijeva subjektivnost i može voditi do krivih zaključaka. Svatko od nas razumije i interpretira ponašanja sebe i drugih na temelju svog odgoja, povijesti i prijašnjih iskustava. Razlike u shvaćanjima najviše dolaze do izražaja u emocionalno nabijenim i stresnim situacijama. Dobar kapacitet za mentaliziranje podrazumijeva fleksibilnost u razmišljanju, prihvatanje promjenjivosti, uzimanje u obzir razvojne perspektive, predsvjesnih i nesvjesnih motiva i doživljaj kontinuiteta vlastitog života. Dobro mentaliziranje nam pomaže da se bolje nosimo s teškim emocionalnim stanjima. Loše mentaliziranje je karakterizirano nefleksibilnošću, rigidnošću, nemogućnošću sagledavanja različitih perspektiva, sklonošću impulzivnim reakcijama, slabom regulacijom afekta. Loše mentaliziranje povezano je s razvojem simptoma psihičkih poremećaja (1).

Psihoterapija utječe na um pružajući nove neverbalne i verbalne odgovore o mislima i osjećajima te nove procjene i prorade prošlih iskustava. Svaki psihoterapijski pravac do određene razine poboljšava kapacitet za mentalizaciju kroz odnos s terapeutom i aktivaciju sustava privrženosti. U mentalizacijski baziranoj psihoterapiji naglask je na intervencijama koje su fokusirane na afekt. Terapeut pokušava razumijeti um bolesnika i pri tome zauzima stav neznanja (engl. naive stance) (1).

10.1 MENTALIZACIJSKI MODEL TERAPIJE

Mentalizacijski pristup poremećajima hranjenja shvaća ih kao poremećaj selfa i regulacije afekta. Naglašava se uloga ličnosti u izraženosti pojedinih simptoma. Poznati teoretičari i kliničari iz ovog područja razmatraju hipotezu da se u nekih teških oblika poremećaja hranjenja radi o specifičnom fenotipu poremećaja ličnosti (a ne o komorbiditetu koji također može biti prisutan) (41).

Osobe s poremećajima hranjenja imaju velike deficite u mentaliziranju. U mentalizacijskom modelu simptomi su, kao i kod psihoanalitičkog modela prenositelji simboličkog i dinamičkog značenja, ali se smatra da se pojavljuju kao pokušaji zatrpavanja bolnih stanja selfa. Osobe s poremećajima hranjenja različitim aktivnostima i ponašanjima (pojačano vježbanje, povraćanje, prejedanje) pokušavaju regulirati i organizirati unutrašnje emocije. To predstavlja prementalizacijski model funkcioniranja, točnije teleološki model (1).

Postoje tri prementalizacijska modela. U modelu psihičke ekvivalencije nema razlike između mentalnih reprezentacija i vanjske stvarnosti koje one predstavljaju; osjećaji su prestvarni i zbog toga zastrašujući. Ovaj se model mentaliziranja prezentira kao konkretno, rigidno mišljenje, ustrajanje pojedinaca u tome da su u pravu i da znaju što drugi misle. Može se javiti i paranoidna hostilnost i grandiozne ideje. U modelu pretvaranja mentalna stanja su odvojena od vanjske stvarnosti, ali zadržavaju osjećaj nerealnosti baš zbog toga što nemaju podlogu u vanjskom svijetu. Afekt ne prati sadržaj pričanja, nema pravog razumijevanja stvarnosti i povezanosti stvarnog svijeta s osjećajima. Takvo mentaliziranje naziva se pseudomentaliziranje. U teleološkom modelu mentalna stanja su stvarna samo ako su praćena ili pobuđuju konkretno ponašanje i akciju. Pokušaji suicida, samoozljeđivanje i druga dramatična ponašanja izazivaju jake reakcije drugih ljudi. Kroz reakcije drugih, osobe s psihičkim

poremećajem (najčešće granični poremećaj ličnosti) dobivaju potvrdu da su voljene (1).

Osobe s poremećajem hranjenja mogu mentalizirati prema sva tri prementalizacijska modela. Neke od njih su pretjerano fokusirane na tijelo, mentaliziraju na razini psihičke ekvivalencije. Osjećaje doživljavaju prestvarnim, pretjelesnim – hiperutjelovljenim. Istovremeno se može pojaviti de-utjelovljenje, odnosno funkcioniranje u modelu pretvaranja u kojemu su tijelo i njegove senzacije previše nestvarni i ne postoji svjesnost o tjelesnim potrebama (1).

10.2 MENTALIZACIJSKA PERSPEKTIVA

Osobe koje pate od poremećaja hranjenja imaju iskrivljen doživljaj vlastita tijela. Doživljaj je usko povezan s negativnim afektima. Bolesnice često opisuju vlastito tijelo s osjećajem srama i ljutnje. Istovremeno, teško verbaliziraju vlastite osjećaje (1).

Bolesnice nemaju jasan osjećaj o sebi iznutra, te ga pokušavaju pronaći kroz reakciju drugih ljudi na njihovu vanjštinu. Self postaje isključivo fizičko biće bez psihološkog značenja (42). Stvaranje selfa proizlazi iz odnosa privrženosti (attachmenta) kroz proces usklađenog zrcaljenja (43). Deficiti u nastanku selfa u odrasloj dobi, u bolesnica s poremećajima hranjenja, mogu se prezentirati kao osjećaj umrtvljenosti i praznine (1).

Mentalizacijska terapija ima za cilj osloboditi um bolesnice od mentaliziranja koje je usko vezano uz tijelo. Nastoji se potaknuti bolesnicu da istraži vlastita tjelesna iskustva, iskustva s hranom i potaknuti je da ih poveže s osjećajima, mislima i stavi ih u kontekst odnosa s drugima. Nastoje se identificirati promjene u emocionalnim stanjima koja izazivaju tjelesni nemir. Kako bi terapija bila uspješna terapeut se treba prilagoditi načinu mentaliziranja bolesnice te kasnije poticati i razvijati fleksibilnost u percepciji (1).

11. TERAPIJSKI PRISTUPI

11.1 TERAPIJSKI PRISTUPI U LIJEČENJU OPSESIVNO-KOMPULZIVNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA

Odnos između opsesivno-kompulzivnog poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenje je veoma složen. Postoji više terapijskih pristupa koji su pokazali uspjeh kod ovakvih pacijenata (33).

Terapijske strategije, bilo da su simptomatske, bihevioralne, psihodinamske ili farmakološke trebaju ciljati opsesivno-kompulzivne simptome, što će pridonijeti cjelokupnom liječenju poremećaja hranjenja (44,45).

Kod ovakvih pojedinaca važan je psihoedukacijski pristup. Nadalje, postoje opće i specifične bihevioralne strategije koje se mogu primijeniti (33).

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) i interpersonalna psihoterapija (IPT) su se pokazale učinkovitima kod bulimije nervoze (46). KBT se preporuča kao „zlatni standard“ liječenja utemeljenog na dokazima (47). Fokus KBT-a je na identificiranju i mijenjanju pogrešnih spoznaja koje leže u osnovi ponašanja kod poremećaja hranjenja.

Nadalje, postoje psihoterapijski i psihodinamski pristupi koji mogu biti učinkoviti. U liječenju poremećaja hranjenja važna je prisustnost poticajne i ne osuđujuće okoline.

Istraživanja su pokazala da je korištenje antidepresiva, selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) imalo svoj doprinos u liječenju poremećaja hranjenja (48,49). Osim toga, korištenje tih lijekova može pomoći u liječenju maladaptivnog perfekcionizma, anksioznosti, opsesivno kompulzivnih simptoma i depresije. Nadalje, iako i SSRI i SNRI antidepresivi mogu biti korisni u liječenju anoreksije nervoze, čini se da SSRI poboljšavaju opsesivne simptome i sprječavaju relaps.

Iako je postojanje poremećaja ličnosti, kao komorbidnog poremećaju hranjenja povezano s dužim liječenjem, češćim hospitalizacijama i negativnim iskustvom liječenja (50), postoji zanimljivo istraživanje koje je pokazalo da opsesivno - kompulzive osobine mogu biti i prednost u liječenju poremećaja hranjenja (51).

11.2 SAMOREGULACIJSKI PRISTUP U LIJEČENJU PACIJENATA S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI I POREMEĆAJEM HRANJENJA

Liječenje poremećaja hranjenja je dug i složen proces, a kada te osobe u komorbiditetu imaju i granični poremećaj ličnosti, liječenje može postati iznimno teško (52).

Da bi ono bilo uspješno potrebno je koristiti više terapijskih pristupa. Dvojica psihijatra su identificirali i opisali specifične stadije liječenja koji su im se pokazali učinkovitima (52,53).

Koristivši primarno psihodinamski pristup, u paru s kognitivno-bihevioralnim tehnikama osmišljenim za jačanje samopouzdanja i susprezanje auto-destruktivnih ponašanja, opisali su četiri stadija liječenja pacijenata s graničnim poremećajem ličnosti i poremećajem hranjenja. Prvi stadij je „uspostavljanje terapijskog miljea“, zatim slijedi „stabilizacija transfera“, potom „rješavanje unutarnjih tema“ i na posljetku „priprema za završetak“ (52,53).

Iako su pacijenti koji pate od graničnog poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja izuzetno zahtjevni, pokazalo se da, ako je terapija pomno osmišljena te ako se pozornost usmjeri na izgradnju organizirane strukture ličnosti, pacijent ima šanse za oporavak (33).

11.3 EKLEKTIČAN PRISTUP U LIJEČENJU PACIJENATA S GRANIČNIM POREMEĆAJEM LIČNOSTI I POREMEĆAJEM HRANJENJA

Liječenje pacijenta s poremećajem hranjenja i graničnim poremećajem se može učinkovito provesti kroz individualnu psihoterapiju. Nakon međusobnog dogovora na samom početku, dosljedna terapijska struktura je ključna za daljnje uspješno djelovanje. Postoji niz dostupnih terapijskih tehnika, a najbolja se izabire na individualnoj osnovi. Početni stadij uključuje stabiliziranje samopovređujućih ponašanja i uspostavljanje terapijskog odnosa. Drugi stadij uključuje razumno poimanje odvajanja, jačanje samoregulacije i poticanje interpersonalne povezanosti, a treći stadij završetak liječenja (33).

12. ZAKLJUČAK

Odnos između poremećaja hranjenja i poremećaja ličnosti je vrlo složen. Liječenje poremećaja hranjenja je dugotrajan i intenzivan proces, a onda kada se javi u komorbiditetu s poremećajem ličnosti, postaje još teži i izazovniji.

Nije jednostavno kronološki razlučiti slijed događaja, odnosno odrediti koji se poremećaj prije javio te tako potencijalno predisponirao razvoju drugog, što ne isključuje mogućnost da su se razvili na neovisnoj osnovi. Empirijski modeli su razvijeni kako bi se pokušalo odgovoriti na ovo pitanje.

Rano prepoznavanje patologije ličnosti kod osoba koje pate od poremećaja hranjenja izuzetno je bitno za pravilan terapijski pristup i prognozu liječenja. Iz tog razloga potrebno je provoditi probir na najčešće poremećaje ličnosti kod osoba s poremećajem hranjenja.

13. ZAHVALE

Zahvaljujem se svom mentoru, prof. dr. sc Darku Marčinku na stručnoj pomoći i ustupljenim materijalima koji su mi olakšali pisanje diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji koja mi je bila velika podrška za vrijeme studija. Posebno hvala mojoj mami Karolini na motivacijskim savjetima.

Zahvaljujem se svojim prijateljima, što su uveseljavali moje studentske dane.

Hvala Ivanu, jer je tu.

14. LITERATURA

1. Marčinko D i sur. Poremećaji hranjenja- od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
2. Davidson GC i Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
3. Vidović V, Majić G, Begovac I. Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Paediatr Croat Suppl.* 2008;52(1):106–10.
4. Warrel DA, Cox TM, Firth JD, Benz EJ. *Oxford Textbook of Medicine (4th Edition)*. 4. izd. Oxford University Press; 2003.
5. Treasure J, Schmidt U, Van Furth E. *The Handbook of Eating disorders*. 2. izd. John Wiley and Sons; 2003.
6. Američka Psihijatrijska Udruga. *DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Zagreb: Naklada Slap; 2014.
7. Begić D, Jukić V, Medved V. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
8. Vidović V. *Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*. Zagreb: Biblioteka časopisa „Psiha”; 1998.
9. Amianto F, Ottone L, Abbate Daga G, Fassino S. Binge-eating disorder diagnosis and treatment: A recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1).
10. Ozaki N, Goldman D, Kaye WH, Plotnicov K, Greenberg BD, Lappalainen J, et al. Serotonin transporter missense mutation associated with a complex neuropsychiatric phenotype. *Mol Psychiatry.* 2003;8(11):933–6.
11. Yen S, Shea M, Battle C. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190(8):510–8.
12. Marčinko D i sur. *Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi stvarni problemi*. Zagreb; 2015.
13. [Internet]. [citirano 25.05.2019]. Dostupno na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/personality-disorders/what-are-personality-disorders>
14. Koenigs M. The role of prefrontal cortex in psychopathy. *Rev Neurosci.* 2012;23(3):253–62.
15. Marčinko D, Rudan V. *Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička*

- opravdanost - doprinos međunarodnoj raspravi. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
16. Paton C, Okocha C. Pharmacological treatment of borderline personality disorder. *J Psychiatr Intensive Care*. 2006;1(2):105–16.
 17. Bertsch K, Schmidinger I, Neumann I, Herpertz S. Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Horm Behav*. 2013;63(3):424–9.
 18. Bruch H. *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
 19. Kernberg OF. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
 20. Kernberg OF. The Suicidal Risk In Severe Personality Disorders: Differential Diagnosis And Treatment. *J Pers Disord*. 2001;15(3):195–208.
 21. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychol Bull*. 2010;136(5):768–821.
 22. Claridge G, Davis C. *Personality and psychological disorders*. London: Arnold; 2003.
 23. Vitousek KM, Stumpf RE. Difficulties in the assessment of personality traits and disorders in eating-disordered individuals. *Eat Disord*. 2005;13:37–60.
 24. Lilienfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(3):299–320.
 25. Zimmerman M. Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:225–245.
 26. Perkins PS, Klump KL, Lacono WG, McGue M. Personality traits in women with anorexia nervosa: Evidence for a treatment seeking bias? *Int J Eat Disord*. 2005;37(1):32–7.
 27. Widiger TA. *Personality and psychopathology*. *World Psychiatry*. 2011;10(2):103–6.
 28. Steiger H, Bruce KR. Personality traits and disorders associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Clinical handbook of eating disorders*. U: Brewerton TD, ur. New York: Marcel Dekker; 2004.str. 209–230

29. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(7):895–916.
30. Lilienfeld LR. Personality and temperament. *Curr Top Behav Neurosci.* 2011;6:3–16.
31. Sansone RA, Wiederman MW, & Sansone LA. The prevalence of borderline personality disorder among individuals with obesity: A critical review of the literature. *Eat Behav.* 2000;1(1):93–104.
32. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E i sur. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry.* 2001;158(11):1878–1883.
33. Sansone RA, Levitt JL. *Personality disorders and eating disorders.* New York: Routledge Taylor and Francis Group; 2006.
34. De Groot J, Rodin GM. The relationship between eating disorders and childhood trauma. *Psychiatr Ann.* 1999;29(4):225–229.
35. Everill JT, Waller G. Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *Int J Eat Disord.* 1995;18(1):1–11.
36. Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eat Disord J Treat Prev.* 2005;13(1):7–21.
37. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.
38. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization- based treatment for borderline personality disorder: A practical guide.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.
39. Allen J, Fonagy P. *Handbook of mentalisation-based treatment.* Chichester, UK: Wiley; 2006.
40. Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in Clinical Practice.* New York: American Psychiatric Publishing Co; 2008.
41. Skarderud, F Fonagy P. *Eating Disorders.* U: Batemaan A, Fonagy P, ur. *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice.* American Psychiatric Publishing, Inc; 2012. str. 347–85.
42. Skarderud F. Eating one’s words – I: „concretised metaphors” and reflective functioning in anorexia nervosa – an in terview study. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15:163–74.
43. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalisation and the development of the self.* New York: Other Press; 2002.

44. AuBuchon PG, Malatesta VJ. Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: Associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(10):448–53.
45. Bruce KR, Steiger H. Treatment implications of Axis-II comorbidity in eating disorders. *Eat Disord J Treat Prev*. 2005;13(1):93–108.
46. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(6):419–28.
47. Palmer R. Bulimia nervosa: 25 years on. *Br J Psychiatry*. 2004;185(6):447–8.
48. Attia E, Schroeder L. Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: Where do we go from here? *Int J Eat Disord*. 2005;37(Suppl.):S60–S63.
49. Halmi KA. Biological basis for treatment of anorexia nervosa. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1997;7(Suppl. 2):115–6.
50. Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Crameri A. Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychother Psychosom*. 2003;72(5):276–285.
51. Halmi KA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson SW i sur. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: Implications for future study designs. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(7):776–781.
52. Dennis AB, Sansone RA. The clinical stages of treatment for the eating disorder patient with borderline personality disorder. U: Johnson IC, ur. *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford; 1991. str. 128–64.
53. Dennis AB, Sansone RA. Treatment of patients with personality disorders. U: Garner DM, Garfinkel PE, ur. *Handbook of treatment for eating disorders*. 2. izd. New York: Guilford; 1997. str. 437–49.

15. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 27.11.1994 u Zagrebu. Nakon završene XV. Gimnazije 2013. godine upisala sam Medicinski fakultet u Zagrebu. Četvrtu godinu studija provela sam u Francuskoj, u Grenoble-u u sklopu Erasmus+ studentske razmjene. Provodila sam edukaciju o mentalnom zdravlju u srednjim školama u sklopu CroMSIC-ovog projekta „Pogled u sebe“. Sudjelovala sam na stručnom simpoziju „Mladi i mentalno zdravlje: Slušam te“ te na simpoziju „Bioetika i aporije psihe“ na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Aktivno se služim engleskim i francuskim jezikom.