

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET

Klara Katarina Lihtar

# **Novi oblici poremećaja hranjenja u 21. stoljeću**



DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022./2023.

## **Popis kratica:**

AN – anoreksija nervoza

ARFID – izbjegavajući /restriktivni poremećaj unosa hrane (*avoidant/restrictive food intake disorder*)

AVPD – izbjegavajući poremećaj ličnosti (*avoidant personality disorder*)

BED – poremećaj kompulzivnog prejedanja (*binge eating disorder*)

BN – bulimija nervoza

BPD – granični poremećaj ličnosti (*borderline personality disorder*)

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edition*)

FBT – Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (*Family-Based Treatment*)

FDA – Američka uprava za hranu i lijekove (*U.S. Food and Drug Administration*)

IPT – interpersonalna terapija

ITM – indeks tjelesne mase

KBT-E – „Poboljšana“ kognitivno-bihevioralna terapija (*Enhanced Cognitive Behaviour Therapy*)

LDX – lisdeksamfetamin dimezilat

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

NSSI – samoozljeđivanje bez suicidalnih namjera (*nonsuicidal self-injury*)

OKPL – opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti

OSFED – drugi specificirani poremećaji hranjenja (*other specified feeding and eating disorders*)

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

SIPPS – selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina

TCA – triciklički antidepresivi

# SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

UVOD

1. Poremećaji hranjenja .....	2
1.1 Klasifikacija .....	2
1.2 Epidemiologija.....	7
1.3 Etiologija.....	7
2. Poremećaji ličnosti-novi oblici psihopatologije.....	10
2.1 Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti i poremećaji hranjenja .....	10
2.2 Izbjegavajući poremećaj ličnosti i poremećaj hranjenja. ....	11
2.3 Granični poremećaj ličnosti i poremećaji hranjenja .....	12
3. Suicidalnost i samoozljeđivanje.....	16
4. Hilde Bruch-Zlatni kavez.....	19
5. Uloga mentalizacije u poremećajima hranjenja .....	22
6. Liječenje .....	24
6.1 Farmakoterapija .....	24
6.2 Psihoterapija.....	27
7. Zaključak.....	29
8. Zahvale .....	30
9. Popis literature .....	31
10. Životopis .....	35

## SAŽETAK

Naslov rada: Novi oblici poremećaja hranjenja u 21. stoljeću

Autor: Klara Katarina Lihtar

Poremećaji hranjenja su složeni mentalni poremećaji koji su doživjeli značajne promjene i evoluciju tijekom 21. stoljeća. Nova istraživanja naglašavaju povezanost tih poremećaja s drugim mentalnim stanjima kao što su poremećaji ličnosti, suicidalnost, samoozljeđivanje, deficit mentalizacije i poremećaj *selfa*. Razumijevanje ove povezanosti ključno je za pružanje adekvatne podrške pacijentima s poremećajima hranjenja i postizanje uspješnih rezultata u njihovom liječenju.

Vrlo često pacijenti s poremećajima hranjenja pokazuju deficit mentalizacije, što se odnosi na teškoće u razumijevanju vlastitih i tuđih misli, emocija i namjera. To može otežati razvoj zdravih interpersonalnih odnosa i izgradnju pozitivnog samopoimanja. Uz to, poremećaj *selfa* igra ključnu ulogu u ovom kontekstu, jer pacijenti s poremećajima hranjenja često doživljavaju poremećaje u percipiranju vlastitog tijela, identiteta i vrijednosti.

Liječenje pacijenata s poremećajima hranjenja predstavlja velik izazov. Također, otpor pacijenata prema promjenama i teškoće u razumijevanju vlastite bolesti otežavaju terapijski rad. Terapija je dugotrajna i zahtijeva strpljenje, kontinuiranu podršku i ponavljanje ključnih koncepata. Individualizirani pristup, uspostavljanje radnog saveza s pacijentom i razvoj zdravih mehanizama suočavanja s emocijama ključni su za postizanje održivih rezultata.

**Ključne riječi: poremećaji hranjenja, poremećaji ličnosti, samoozljeđivanje, mentalizacija**

## **SUMMARY**

Title: New types of eating disorders in the 21st century

Author: Klara Katarina Lihtar

Eating disorders are complex mental disorders that have undergone significant changes and evolution during the 21st century. Recent research emphasizes the association of these disorders with other mental conditions such as personality disorders, suicidality, self-harm, mentalization deficits, and self-disorder. Understanding this interconnectedness is crucial for providing adequate support to patients with eating disorders and achieving successful outcomes in their treatment.

Frequently, patients with eating disorders demonstrate deficits in mentalization, which refers to difficulties in understanding their own and others' thoughts, emotions, and intentions. This can hinder the development of healthy interpersonal relationships and the formation of a positive self-perception. Moreover, self-disorder plays a pivotal role in this context, as patients with eating disorders often experience disturbances in perceiving their own body, identity, and values.

Treating patients with eating disorders presents significant challenges. Additionally, patient resistance to change and difficulties in understanding their own illness impede therapeutic progress. Therapy is a long-term process that requires patience, continuous support, and the repetition of key concepts. An individualized approach, establishing a therapeutic alliance with the patient, and developing healthy coping mechanisms for emotions are essential in achieving sustainable results.

**Keywords: eating disorders, personality disorders, self-harm, mentalization**

## UVOD

Poremećaji hranjenja već duže vrijeme izazivaju velik interes u znanstvenoj i medicinskoj zajednici. Međutim, moje osobno zanimanje za ovu temu intenziviralo se posebno nakon što sam imala priliku saznati više o njoj kroz kolegij psihijatrije na Medicinskom fakultetu. Tada sam stekla uvid u kompleksnost i ozbiljnost poremećaja hranjenja te sam osjetila želju da produbim svoje znanje o ovoj tematici. Svoj interes za poremećaje hranjenja proširila sam volontiranjem u Klinici za psihijatriju „Sveti Ivan“. Tijekom volontiranja, imala sam jedinstvenu priliku sudjelovati u grupnim terapijama s pacijentima koji su patili od poremećaja kompulzivnog prejedanja. Ovo iskustvo bilo je iznimno važno za mene, jer mi je pružilo uvid u stvarnost pacijenata s poremećajima hranjenja i omogućilo mi da bolje razumijem njihove izazove i potrebe. Također, imala sam priliku svjedočiti i sudjelovati u psihoterapijskom procesu, što je dodatno produbilo moje znanje o poremećajima hranjenja.

Poremećaji hranjenja imaju značajne implikacije na pojedince i društvo u cjelini. Oni predstavljaju ozbiljan izazov za zdravstvene stručnjake, a također imaju i veliki utjecaj na psihološko, fizičko i emocionalno stanje oboljelih. Razumijevanje i istraživanje ovih poremećaja iznimno je važno kako bi se pružila adekvatna podrška pacijentima i razvile učinkovite terapijske metode. Također, sve veći broj slučajeva poremećaja hranjenja u posljednjim desetljećima ukazuje na potrebu za daljnjim istraživanjem i podizanjem svijesti o ovoj temi u svijetu općenito.

Ovaj diplomski rad prikazat će aktualno stanje poremećaja hranjenja u 21. stoljeću, s posebnim naglaskom na njihovu složenost, utjecaj na pacijente i terapijske pristupe koji se koriste u njihovom liječenju.

# 1. POREMEĆAJI HRANJENJA

Poremećaji hranjenja su ozbiljni mentalni poremećaji koji uzrokuju oštećenja u tjelesnom zdravlju, razvoju, kogniciji i psihosocijalnoj funkciji te mogu proći nezapaženo mjesecima ili godinama. Karakteriziraju ih poremećeni obrasci prehrane povezani s brigom o tjelesnoj težini i obliku ili nedostatak interesa za hranu, izbjegavanje hrane iz straha ili izbjegavanje zbog senzornih aspekata hrane (1). Nažalost, ove navike mogu dovesti do opasnih prehrambenih ponašanja i ozbiljno narušiti sposobnost da tijelo dobije potrebne hranjive tvari. Poremećaji hranjenja mogu imati štetne učinke na srce, probavni sustav, kosti, zube i usnu šupljinu. Osim toga, povezani su s depresijom, anksioznošću, samoozljeđivanjem te suicidalnim mislima i ponašanjem (2).

Spadaju u najčešće psihičke poremećaje, dovode do brojnih tjelesnih komplikacija i povećavaju rizik od prerane smrti (3).

## 1.1 KLASIFIKACIJA

Prema DSM-5 klasifikaciji (2013.) u poremećaje hranjenja uključeni su:

- anoreksija nervoza (AN)
- bulimija nervoza (BN)
- poremećaj kompulzivnog prejedanja (*binge eating disorder*, BED)
- izbjegavajući /restriktivni poremećaj unosa hrane (*avoidant/restrictive food intake disorder*, ARFID)
- drugi specificirani poremećaji hranjenja (*other specified feeding and eating disorders*, OSFED)
- pika
- ruminacijski poremećaj ili poremećaj regurgitacije hrane
- nespecificirani poremećaji hranjenja i jedenja (4)

Najveći broj poremećaja hranjenja, koji su prema novim klasifikacijama ujedno i glavni poremećaji hranjenja, otpada upravo na prva tri navedena.



Njihove glavne karakteristike navedene su u tablici 1.

Tablica 1. Ključne dijagnostičke značajke glavnih poremećaja hranjenja (5)

	<b>ANOREKSIJA NERVOZA</b>	<b>BULIMIJA NERVOZA</b>	<b>POREMEĆAJ KOMPULZIVNOG PREJEDANJA</b>
<b>hranjenje</b>	ozbiljna restrikcija	iregularno, često preskakanje obroka kao i restrikcija	iregularno, ali bez ekstremnih restrikcija
<b>težina</b>	pothranjenost	normalna ili prekomjerna tjelesna težina	normalna ili prekomjerna tjelesna težina
<b>“body image”</b>	prekomjerno vrednovanje s ili bez straha od debljanja	prekomjerno vrednovanje	prekomjerno vrednovanje, ali nije obavezno
<b>prejedanje</b>	moгуće	regularno i s kompenzacijom	regularno bez kompenzacije
<b>povraćanje, post, intenzivna tjelovježba</b>	jedno ili više takvih oblika ponašanja je prisutno	javljaju se regularno kao kompenzatorna ponašanja	nije regularno

Sveukupno, poremećaji hranjenja zahvaćaju do 5 % populacije, većinom osobe ženskog spola. Svi poremećaji hranjenja mogu se pojaviti u bilo kojoj dobi, iako se anoreksija nervoza i ARFID češće pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji, dok su bulimija nervoza i poremećaj kompulzivnog prejedanja rijetki kod djece (5). Čimbenici rizika za sve poremećaje hranjenja uključuju niz bioloških, psiholoških i sociokulturnih faktora koji mogu različito djelovati kod različitih ljudi, tako da dvije osobe s istim poremećajem hranjenja mogu imati vrlo različite perspektive, iskustva i simptome (6).

## **DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI**

### **ANOREKSIJA NERVOZA**

Esencijalna karakteristika AN-a je stalan i neobjašnjiv strah od debljanja ili jedenja koji se povećava s gubitkom tjelesne težine i ne može se racionalizirati. AN je egosintona, što znači da oboljela osoba vjeruje da su njezine brige o težini i obliku normalne, ne smatra da s njom nešto nije u redu i stoga nije zainteresirana za liječenje. Gubitak tjelesne težine kod anoreksije nervoze postiže se nedovoljnim unosom hrane, obično uz povećanje potrošnje energije uzrokovano kompulzivnom aktivnošću, a kod određenog broja pacijenata koji pate od AN-a

pojavljaju se epizode prejedanja pa se gubitak tjelesne težine ostvaruje povraćanjem ili uporabom laksativa (7).

**DSM-5 klasifikacija daje sljedeće dijagnostičke kriterije za AN:**

A. Ograničenje unosa energije u odnosu na potrebe, što rezultira značajno niskom tjelesnom težinom s obzirom na dob, spol, razvojni put i tjelesno zdravlje. Značajno niska težina se definira kao težina koja je manja od minimalno normalne ili, kod djece i adolescenata, manja od minimalno očekivane

B. Intenzivan strah od dobivanja težine ili postojanje upornih ponašanja koja ometaju dobivanje težine, iako je već prisutna značajno niska težina

C. Poremećaj u načinu na koji se doživljava vlastita tjelesna težina ili oblik, neprimjereno snažan utjecaj tjelesne težine ili oblika na samoprocjenu ili uporno neprepoznavanje ozbiljnosti trenutno niske tjelesne težine (8).

Razlikuju se 2 tipa :

**Restriktivni tip:** tijekom posljednja 3 mjeseca osoba nije imala ponavljajuće epizode prejedanja ili namjerno izazvanog povraćanja ( ili zloupotrebe laksativa, diuretika ili klistira). Gubitak težine, u ovom podtipu, uglavnom se postiže dijetom, postom i/ili prekomjernom tjelovježbom

**Prežderavajuće/purgativni tip:** Tijekom posljednja 3 mjeseca, osoba je imala ponavljajuće epizode prejedanja ili namjerno izazvanog povraćanja (ili zloupotrebe laksativa, diuretika ili klistira) (8).

MKB-10 klasifikacija (1992.) opisuje dva tipa, tipičnu i atipičnu AN. Dok tipična AN zapravo obuhvaća kriterije koji su uključeni i u DSM-5 klasifikaciji, atipičan tip AN opisuje se kao poremećaj koji ima neka obilježja AN, ali opća klinička slika ne potvrđuje dijagnozu. Primjerice ključni simptomi, kao što je amenoreja (koja je prema DSM-IV klasifikaciji bila jedan od kriterija) ili izraženi strah od debljine mogu biti odsutni uz znatan gubitak težine i ponašanje usmjereno smanjenju težine (9).

## BULIMIJA NERVOZA

BN uključuje ponavljano prejedanje nakon kojeg slijedi povraćanje ili osoba koristi neku drugu metodu čišćenja organizma. Pacijenti s BN-om obično imaju normalnu tjelesnu težinu, i dalje su aktivni u školi ili na poslu, te se tajno prejedaju i vrše sve druge aktivnosti koje im omogućuju

da izbace tu količinu hrane koje su unijele u sebe. No, za razliku od AN-a, BN je egodistoni poremećaj, odnosno, pacijenti žele biti izliječeni, iako, možda ne po cijenu dobivanja tjelesne težine (10).

### **DSM-5 klasifikacija daje sljedeće dijagnostičke kriterije za bulimiju nervozu:**

A. Ponavljajuće epizode prejedanja koje karakteriziraju sljedeća dva obilježja:

1. Unos hrane u vremenskom periodu (npr. unutar bilo koja 2 sata) u količini koja je definitivno veća od one koju bi većina ljudi pojela u sličnom vremenskom periodu i sličnim okolnostima
2. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom epizode (npr. osjećaj da se ne može prestati jesti ili kontrolirati što i koliko se jede)

B. Ponavljajuće neprikladno ponašanje s ciljem sprječavanja dobivanja na težini, poput samoizazvanog povraćanja, zloupotrebe laksativa, diuretika ili drugih lijekova, posta ili prekomjerne tjelovježbe

C. Epizode prejedanja i neprikladnih kompenzacijskih ponašanja događaju se, u prosjeku, barem jednom tjedno tijekom 3 mjeseca

D. Samoprocjena je neopravdano pod utjecajem oblika tijela i težinom

E. Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze (11).

MKB-10 klasifikacija spominje i atipični tip BN koji opisuje kao poremećaj koji ispunjava neke od karakteristika BN-a, ali čiji ukupni klinički nalaz ne opravdava tu dijagnozu. U atipičnom tipu poremećaja mogu se pojaviti ponavljajuće epizode prejedanja i pretjerana upotreba sredstava za čišćenje bez značajne promjene tjelesne težine, a isto tako, tipična prevelika briga o obliku tijela i težini može izostati (12).

### **POREMEĆAJ KOMPULZIVNOG PREJEDANJA (BED)**

BED obilježavaju epizode prejedanja koje su vrlo često potaknute emocionalno stresnim događajem. Kompulzija za prejedanjem često je povezana s okusom i kvalitetom hrane za razliku od BN-a, gdje su epizode prejedanja češće ritualne i uključuju hranu koju je lako povratiti nakon toga. Kod BED-a nema ekstremnih kompenzacijskih ponašanja poput povraćanja ili korištenja laksativa te je preokupacija tjelesnom težinom i oblikom tijela manje izražena u usporedbi s BN-om, iako se i kod ovih pacijenata pojavljuje osjećaj srama i krivnje zbog količine pojedene hrane (13).

## **DSM-5 klasifikacija daje sljedeće dijagnostičke kriterije za BED:**

A. Ponavljajuće epizode prejedanja koje imaju sljedeća dva obilježja:

1. Unošenje hrane u vremenskom periodu (npr. unutar bilo koja 2 sata) u količini koja je definitivno veća od one koju bi većina ljudi pojela u sličnom vremenskom periodu i sličnim okolnostima
2. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom epizode (npr. osjećaj da se ne može prestati jesti ili kontrolirati što i koliko se jede)

B. Epizode prejedanja su povezane s tri (ili više) od sljedećih kriterija:

1. Jedenje puno brže nego uobičajeno
2. Jedenje sve do osjećaja neugodne ispunjenosti
3. Jedenje velike količine hrane kada i nema fizičkog osjećaja gladi
4. Jedenje nasamo zbog osjećaja srama zbog velike količine hrane koja se pojede
5. Osjećaj gađenja prema samome sebi, snažne krivnje ili depresije nakon jedenja

C. Prisutan je izražen osjećaj neugode zbog prejedanja

D. Prejedanje se događa, u prosjeku, barem jednom tjedno tijekom 3 mjeseca

E. Epizode prejedanja nisu povezane s ponavljanim korištenjem neprikladnih kompenzacijskih ponašanja kao kod bulimije nervoze i ne javljaju se isključivo tijekom BN ili AN (14).

Iako ortoreksija nije formalno priznata u DSM-5 klasifikaciji, primjećuje se sve veća svijest o ovoj pojavi. Ortoreksija predstavlja nezdravu opsesiju zdravim načinom prehrane, pri čemu se pojedinac prekomjerno fokusira na pravilnu ishranu. Termin "ortoreksija" doslovno znači "opčinjenost ispravnom prehranom". Osobe koje pate od ortoreksije često odbijaju razne vrste hrane zbog percepcije da nisu "dovoljno čiste" ili "ispravne". Vremenom, takvi pojedinci počinju izbjegavati obroke koji ne zadovoljavaju njihove visoke standarde ili koje sami nisu pripremili. Iako još uvijek ne postoji kao službena dijagnoza, brojni medicinski stručnjaci prihvaćaju ovaj koncept i smatraju da postoje sličnosti između ortoreksije i poremećaja hranjenja poput BN-a i AN-a. Svi ovi poremećaji povezani su s hranom i kontrolom (15).

## **1.2 EPIDEMIOLOGIJA**

AN je češća kod žena nego kod muškaraca, pri čemu kliničke populacije obično pokazuju omjer od otprilike 10 žena na 1 muškarca. Ukupna prevalencija AN-a među mladim ženama iznosi otprilike 1,4 %, dok je za muškarce ta brojka 0,2 % (5,16).

BN se obično javlja kasnije u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi u usporedbi s AN-om. Oba spola su zastupljena u većem broju slučajeva u odnosu na AN. Ukupna prevalencija BN-a kod žena iznosi 1,9 %, dok je kod muškaraca 0,6 % (5,16).

BED sve više dobiva na prepoznatljivosti i ima najveću incidenciju u usporedbi s AN-om i BN-om. Prevalencija BED-a iznosi 2,8 % kod žena i 1,0 % kod muškaraca. Omjer žena prema muškarcima manje je izražen kod BED-a nego kod BN-a. Poremećaj se češće javlja kod osoba koje pokušavaju izgubiti na tjelesnoj težini putem raznih dijeta, u usporedbi s općom populacijom (5,16).

Točna incidencija poremećaja hranjenja nije poznata, ali više istraživanja ukazuje na povećanje BN-a i BED-a. Također se bilježi povećanje AN-a, posebno među mladim ženama. Sva tri glavna poremećaja povezana su s umjerenim do visokim razinama psihosocijalnih i radnih ometanja. Prevalencija poremećaja hranjenja veća je kod žena i mladih ljudi, iako je poremećaj kompulzivnog prejedanja češći kod muškaraca (5,16).

## **1.3 ETIOLOGIJA**

Nijedan pojedinačni uzrok poremećaja hranjenja nije dokazan. Iako je opsesija tjelesnom težinom i oblikom tijela važna kod svih poremećaja hranjenja, istraživanja su do sada pokazala da su poremećaji hranjenja povezani s različitim čimbenicima, ali ne i da su njima uzrokovani. Čimbenici rizika koji povećavaju vjerojatnost razvoja poremećaja hranjenja uključuju genetske faktore, utjecaje kod kuće ili u školi, ličnost pojedinca, prisutnost određenih psiholoških stanja, sociokulturološke pritiske ili niz bioloških čimbenika. Stoga se etiologija poremećaja hranjenja može smatrati multifaktorijalnom i složenom (17).

### **GENETSKI FAKTORI**

Istraživanja sugeriraju da genetski faktori mogu povećati vjerojatnost razvoja poremećaja hranjenja kod pojedinca. Osobe s bliskim srodnicima koji su imali poremećaj hranjenja imaju

veću vjerojatnost razvoja poremećaja u usporedbi s osobama koje nemaju takvog bliskog srodnika. Osim toga, istraživači su identificirali određene gene koji utječu na hormone poput leptina i grelina. Stručnjaci vjeruju da ovi hormoni, osim reguliranja prehrane, mogu utjecati na osobne karakteristike i ponašanja koja su povezana s AN-om i BN-om (17).

## **BIOLOŠKI FAKTORI**

Tjelesni sustav poznat kao hipotalamičko-hipofizno-nadbubrežna os (HPA os) ima važnu ulogu u poremećajima hranjenja. HPA os oslobađa regulatore apetita, stresa i raspoloženja poput serotonina, noradrenalina i dopamina. Postoje naznake da su abnormalnosti ovih kemijskih prijenosnika važne u razumijevanju poremećaja hranjenja. Serotonin ima važnu ulogu u reguliranju tjeskobe i apetita, dok noradrenalin regulira stres, a dopamin je uključen u sustav nagrađivanja. Neravnoteža serotonina i dopamina može objasniti zašto osobe s AN-om ne osjećaju užitak od hrane i drugih uobičajenih izvora zadovoljstva (17).

## **PSIHOLOŠKI FAKTORI**

Psihološka stanja, poput posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), paničnog poremećaja, fobija i depresije, povezana su s poremećenim prehrambenim navikama. Također, životni stresori poput gubitka posla, razvoda, gubitka voljene osobe ili suočavanja s vršnjačkim nasiljem ili teškoćama u učenju mogu imati utjecaj na razvoj poremećaja hranjenja (17).

## **UTJECAJ MEDIJA**

Mediji, zbog svoje velike uloge i utjecaja, nisu uvijek nositelji pozitivnih poruka, već često promoviraju ono što je društveno poželjno, posebno kada je u pitanju fizički izgled. Društveni ideali ljepote, mršavosti i tjelesne slike koji se prikazuju u medijima, modi i oglašavanju mogu vršiti ogroman pritisak na pojedince da se usklade s tim „standardima“. Pod utjecajem tih ideala, mnogi ljudi poduzimaju različite mjere kako bi postigli te ideale, uključujući dijetu, vježbanje, pa čak i ekstremne metode poput gladovanja ili namjernog izbacivanja hrane iz organizma. Ovo povećava rizik od razvoja poremećaja hranjenja (18).

Zanimljivo je da genetski čimbenici, čini se, imaju veću ulogu u adolescenciji nego u djetinjstvu kod pojave AN-a, što ukazuje na to da pubertet pokreće epigenetske fenomene, posebno kod djevojčica. Što se tiče AN-a, psihološki i okolišni faktori međusobno djeluju i utječu na izražavanje genetskog rizika i tako „izazvali“ poremećaje hranjenja. BN dijeli neke karakteristike s AN-om i BED-om, zbog čega neki tvrde da nije opravdano kategorizirati ih odvojeno. Ipak, postoje različiti faktori rizika i karakteristike BN-a koje se razlikuju od

restriktivnog tipa AN-a, uključujući impulzivnost i osjetljivost na sustav nagrađivanja, dok se neki faktori preklapaju, poput visoke nasljednosti i temperamentnih osobina kao što je perfekcionizam (1).

## **LIČNOST**

U proučavanju etiologije poremećaja hranjenja, ličnost se ističe kao iznimno važan faktor u razumijevanju tih poremećaja. Smatra se da ličnost može značajno utjecati na način na koji se simptomi manifestiraju i održavaju. Niz istraživanja je identificiralo tri podtipa ličnosti koji su povezani s poremećajima hranjenja: jedan karakteriziran prevelikom kontrolom, drugi emocionalnom disregulacijom, i treći visokofunkcionalan s naglaskom na perfekcionizmu. Najčešće, karakteristike ličnosti povezane s prekomjernom kontrolom ili visokom samokontrolom, poput introvertnosti i suzdržanosti, povezane su s AN-om i podtipovima poremećaja hranjenja s restrikcijom. S druge strane, karakteristike ličnosti povezane s manjkom kontrole i niskom samokontrolom, poput impulzivnosti, povezane su s BN-om ili podtipovima poremećaja hranjenja koji uključuju prejedanje i povraćanje (19).

## **2. POREMEĆAJI LIČNOSTI – NOVI OBLICI PSIHOPATOLOGIJE**

Poremećaj ličnosti je dugotrajan obrazac unutarnjeg doživljaja i ponašanja koji se značajno razlikuje od očekivanja u kulturi pojedinca. On je prisutan u različitim područjima života, teško se mijenja i obično se javlja u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Ovaj poremećaj je stabilan tijekom vremena i može uzrokovati emocionalnu nelagodu ili ometanje u svakodnevnom funkcioniranju (20). Na temelju dosadašnjih saznanja, utvrđeno je da su najčešće specifične dijagnoze poremećaja ličnosti kod odraslih i adolescenata s poremećajima hranjenja, opsesivno-kompulzivni, izbjegavajući i granični poremećaji ličnosti.

### **2.1 OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ LIČNOSTI (OKPL) I POREMEĆAJI HRANJENJA**

U opisima ličnosti kod pacijenata s AN-om, često se spominju tvrdoglavost, nemogućnost praštanja, nepopustljivost i krutost. Različita istraživanja ukazuju na to da osobe s AN-om mogu pokazivati karakterne crte ličnosti kao što su perfekcionizam, rigidnost i infleksibilnost koje su često povezane s OKPL-om (21).

OKPL karakterizira intenzivna usmjerenost prema redovitosti, perfekcionizmu i temeljitoj kontroli vlastitih misli i interpersonalnih interakcija. Međutim, ova prekomjerna posvećenost može rezultirati smanjenom prilagodljivošću, spontanošću i učinkovitošću u određenim situacijama. Pojavljuje se već u ranoj odrasloj dobi i prisutan je u različitim kontekstima (22). To se očituje u ispunjavanju četiri ili više sljedećih kriterija:

- 1) Preokupiranost detaljima, pravilima, listama, redom, organizacijom ili rasporedima do te mjere da se izgubi glavni cilj aktivnosti
- 2) Perfekcionizam koji ometa dovršavanje zadataka (npr. nemogućnost dovršenja projekta jer vlastiti iznimno strogi standardi nisu ispunjeni)
- 3) Pretjerana posvećenost poslu i produktivnosti na štetu slobodnih aktivnosti i prijateljstava (koja se ne može opravdati očitom ekonomskom nužnošću)
- 4) Izrazita savjesnost, točnost i neprilagodljivost u pitanjima moralnosti, etike ili vrijednosti (koja se ne može opravdati kulturnim ili religijskim identifikacijama)
- 5) Nesposobnost odbacivanja istrošenih ili beskorisnih predmeta čak i kada nemaju sentimentalnu vrijednost



- 6) Nesklonost delegiranju zadataka ili suradnji s drugima osim ako se točno ne pridržavaju njihovog načina rada
- 7) Usvajanje škrtog načina trošenja prema sebi i drugima; novac se smatra nečim što se čuva za buduće katastrofe
- 8) Pokazivanje krutosti i tvrdoglavosti (22).

Učestalost OKPL-a iznosi otprilike 1 % u općoj populaciji, 3 do 10 % u psihijatrijskim populacijama te varira od 3 do 60 % kod pacijenata s poremećajima hranjenja, iako je stvarna prevalencija OKPL-a kod pacijenata s poremećajima hranjima zapravo niska. Najveća učestalost je zamijećena kod pacijenta s AN-om, posebno u prežderavajuće/purgativnom tipu AN-a, a također i kod pacijenata s BN-om, što je iznenađujuće budući da pacijenti koji se prejedaju i povraćaju često pokazuju veću impulzivnost (21). Iako OKPL ima skup karakteristika, perfekcionizam je aspekt koji je najtemeljitiše proučavan u poremećajima hranjenja. Perfekcionizam je višedimenzionalna osobina ličnosti ili temperament koja se karakterizira postavljanjem izuzetno visokih i zahtjevnih standarda u izvedbi, kojima osoba teži i na kojima temelji svoju samoprocjenu. Perfekcionizam u AN-u može se manifestirati u različitim područjima, uključujući prehrambene navike, vježbanje te akademski ili profesionalni uspjeh, te je povezan s rizikom i održavanjem AN-a (21,23).

## **2.2 IZBJEGAVAJUĆI POREMEĆAJ LIČNOSTI I POREMEĆAJI HRANJENJA**

Poremećaji ličnosti se grupiraju u tri skupine na temelju opisnih sličnosti. Skupina A uključuje paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. Osobe s tim poremećajima često djeluju čudno ili ekscentrično. Skupina B uključuje antisocijalni, granični, histrionski i narcistički poremećaj ličnosti. Osobe s tim poremećajima često djeluju dramatično, emocionalno ili nestabilno. Skupina C uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Osobe s tim poremećajima često djeluju anksiozno ili plašljivo (24).

Prema DSM-5 klasifikaciji, za postavljanje dijagnoze izbjegavajućeg poremećaja ličnosti, bolesnici moraju imati perzistentni obrazac izbjegavanja društvenih kontakata, osjećaj neadekvatnosti, preosjetljivost na kritike i odbacivanja.

Ovaj uzorak je karakteriziran s 4 ili više od sljedećeg:

- 1) Izbjegavanje aktivnosti vezanih uz posao koji uključuje međuljudske kontakte jer se boje da će biti kritizirani ili odbačeni ili da ih drugi ljudi neće odobravati
- 2) Nespremnost da se uključe u interakcije s drugim ljudima, osim ako nisu sigurni da će biti prihvaćeni
- 3) Rezerviranost u bliskim odnosima jer se boje da će biti ismijani ili poniženi
- 4) Preokupiranost strahom od kritike ili odbacivanja u društvenim situacijama
- 5) Inhibiranost u novim socijalnim situacijama uz osjećaj neadekvatnosti
- 6) Pogled na same sebe kao društveno nekompetentne, neprihvatljive ili inferiorne drugima
- 7) Nesklonost preuzimanja rizika oko sudjelovanja u novim aktivnostima jer bi se mogli osjećati posramljeno (25).

Poremećaji ličnosti iz skupine C pokazuju povezanost sa svim dijagnozama poremećaja hranjenja, pri čemu se OKPL i izbjegavajući poremećaj ličnosti (*avoidant personality disorder*, AVPD) ističu kao najčešće dijagnoze unutar te skupine. Značajno je istaknuti da AVPD predstavlja jednu od četiri najučestalije dijagnoze u svakoj kategoriji poremećaja hranjenja. Uočava se česta prisutnost AVPD-a kod pacijenata s AN-om, koji su općenito obilježeni anksioznim, prestrašenim i izbjegavajućim obrascima ponašanja. Osjećaj krivnje, strahovi od otkrivanja i nedjelotvornost u interpersonalnim odnosima često se pojavljuju kao uobičajene karakteristike i kod osoba s BN-om, što sugerira da strah, anksioznost i izbjegavajući obrasci ponašanja često postoje kod osoba s bulimijom što su karakteristike koje su povezane s AVPD-om. Iako precizan odnos između AVPD-a i poremećaja hranjenja nije potpuno poznat, postoji snažna indikacija da strah, tjeskoba i izbjegavanje igraju važnu ulogu u oba stanja – poremećajima hranjenja i AVPD-u (26).

### **2.3 GRANIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I POREMEĆAJI HRANJENJA**

Granični poremećaj ličnosti (*borderline personality disorder*, BPD) karakteriziran je prožimajućim obrascem nestabilnosti i preosjetljivosti u međuljudskim odnosima, nestabilnošću slike o samom sebi, ekstremnim fluktuacijama raspoloženja te impulzivnošću (27).

Za dijagnozu BPD-a kod bolesnika mora biti prisutan perzistentni obrazac nestabilnih odnosa, vlastite slike i emocija te naglašena impulzivnost.

Ovakav postojan uzorak je karakteriziran s 5 ili više od sljedećeg:

- 1) očajničkim naporima kako bi se izbjeglo napuštanje (stvarno ili zamišljeno)
- 2) nestabilnim, intenzivnim odnosima koji variraju od idealiziranja do obezvrjeđivanja druge osobe
- 3) nestabilnoj slici ili osjećaju o samom sebi
- 4) impulzivnošću u  $\geq 2$  područja koja im potencijalno može naškoditi (npr. nesiguran seks, kompulzivno prejedanje, neoprezna vožnja)
- 5) ponavljanim suicidalnim ponašanjem, gestama ili prijetnjama samoozljeđivanjem
- 6) brzim promjenama raspoloženja koje traju obično od samo nekoliko sati do rijetko, više od nekoliko dana
- 7) perzistentnim osjećajem praznine
- 8) neprimjereno intenzivnom bijesu ili teškoćama u kontroli ljutnje
- 9) privremenim paranoidnim mislima ili težim disocijativnim simptomima uzrokovanim stresom (28).

Među osobama s poremećajima hranjenja, točna prevalencija BPD-a ostaje nepoznata. Ona varira ovisno o dijagnozi, a najčešće se javlja u onim tipovima koji su karakterizirani prejedanjem i povraćanjem. U različitim istraživanjima stopa ove komorbiditetnosti prijavljena je u rasponu od 14 do 53 % (29,30).

Postoji nekoliko teorijskih modela koji pružaju moguća objašnjenja za sukladnost BPD-a i poremećaja hranjenja:

#### MODEL NEOVISNOSTI

Pretpostavlja da BPD i poremećaji hranjenja nemaju stvaran odnos jedan prema drugome osim koincidencije. Ovaj pristup pretpostavlja da je koincidencija uglavnom rezultat slučaja i da poremećaji ne dijele etiologiju, tijek bolesti ili simptomatologiju (31).

#### MODEL ZAJEDNIČKOG UZROKA

Pretpostavlja da poremećaji hranjenja i BPD dijele zajednički uzrok, ali imaju različite manifestacije i tijek bolesti. Iz ove perspektive, poremećaji hranjenja i BPD potječu od istog uzroka, ali kasnije mogu postati vrlo različite bolesti s različitim mehanizmima djelovanja (31).

## MODEL SPEKTRA/SUBKLINIČKI MODEL

Pretpostavlja da poremećaji hranjenja i BPD dijele slične uzroke i mehanizme djelovanja. Prema ovom modelu, ta dva poremećaja zapravo nisu potpuno različiti jedan od drugog. Jedan je zapravo blaža verzija drugoga. U tom slučaju, poremećaj hranjenja vjerojatno predstavlja subkliničku varijantu ili umanjenu verziju BPD-a (31).

## MODEL PREDISPOZICIJE/OSJETLJIVOSTI

Pretpostavlja da se jedan od poremećaja pojavljuje prije drugog poremećaja i povećava vjerojatnost, odnosno rizik, da će se pojaviti drugi poremećaj. Prema ovom modelu, uzroci su općenito prilično različiti, ali mehanizam djelovanja ili procesi bolesti jednog poremećaja povećavaju rizik od pojave drugog poremećaja. Također, drugi poremećaj (u ovom slučaju poremećaj hranjenja) nije nužno ovisan o prisutnosti prvog (tj. BPD-a) (31).

## MODEL KOMPLIKACIJA/OŽILJKA

Pretpostavlja da su ta dva poremećaja različiti entiteti. Drugi poremećaj se razvija u okolini uzrokovanoj prvim poremećajem, ali se potom drugi poremećaj nastavlja nakon što se prvi poremećaj povuče. Drugi poremećaj se može smatrati ožiljkom ili čak ostavštinom prvog stanja bolesti. Ovaj model sugerira da BPD i poremećaji hranjenja imaju različite uzroke, ali da su njihovi procesi bolesti povezani. Ovaj model tvrdi da poremećaji hranjenja nastaju u okolini koju je uzrokovao BPD, ali se nastavljaju kao posljedica ili ožiljak BPD-a dok se neki, mnogi ili svi simptomi povuku (31).

## MODEL ADICIJE/SINERGIZMA

U ovom modelu, dva poremećaja se pojavljuju slučajno, ali jedan od poremećaja utječe na prisutnost i tijek bolesti drugog, ili aditivno ili sinergistički. Ovaj model sugerira da prisutnost poremećaja hranjenja utječe na tijek BPD-a ili da prisutnost BPD-a utječe na tijek poremećaja hranjenja, ili oboje. Dakle, prisutnost i BPD-a i poremećaja u prehrani zajedno mogu imati vrlo ozbiljne interaktivne učinke na pacijenta (31).

## PSIHOBIOLOŠKI MODEL

Usredotočuje se na biologiju i genetiku i pretpostavlja da one imaju značajnu ulogu u razvoju i interakciji između poremećaja. U ovom slučaju, BPD i poremećaji hranjenja su manifestacije ovih temeljnih bioloških sustava. Pojam etiologije je relativno nejasan u ovom pristupu, jer umjesto da se poremećaji hranjenja i BPD gledaju kao generirani iz istog uzroka, ovi poremećaji

se smatraju predstavljanjem bioloških i/ili genetskih predispozicija. Njihovi su procesi bolesti, međutim, zajednički rezultat bioloških i genetskih čimbenika (31).

Mnoge osobe koje pate od ovih poremećaja imaju teškoće u suočavanju s vlastitim emocijama. Teško im je prepoznati i izraziti svoje emocije, što se naziva aleksitimija, te adekvatno regulirati svoje emocije. Uobičajeni komorbiditet i zajednička psihopatologija kod BPD-a i poremećaja hranjenja konceptualiziraju vezu između poremećenih prehrambenih ponašanja, aleksitimije, depresije i anksioznosti. Rezultati nekoliko istraživanja također sugeriraju da su anksioznost i depresija značajno češći kod pacijenata s komorbiditetom BPD-a i poremećajima hranjenja u usporedbi s općom populacijom. To se uglavnom može pripisati visokim razinama aleksitimije kod ovih pacijenata (29).

Trenutna istraživanja ukazuju da su poremećaji ličnosti visoko komorbiditetni u poremećajima hranjenja te sugeriraju da se značajna varijabilnost u razvoju, kliničkom tijeku, simptomatskom profilu i ishodu terapije poremećaja hranjenja može objasniti karakteristikama ličnosti i poremećajima (19).

### 3. SUICIDALNOST I SAMOOZLJEĐIVANJE

Poremećaji hranjenja imaju jednu od najviših standardiziranih stopa smrtnosti od samoubojstva među svim mentalnim poremećajima (32). Procjene učestalosti pokušaja samoubojstva u životu kod osoba s poremećajima hranjenja variraju od 3 do 40 %, a simptomi poremećaja hranjenja povezani su s povećanim rizikom za kasnije pokušaje samoubojstva. Pokazalo se da je ta učestalost najviša kod prežderavajuće/purgativnog tipa AN-a, zatim kod BN-a, BED-a te je najmanja brojka zabilježena kod restriktivnog tipa AN-a. Među osobama koje pate od BN-a, učestalost pokušaja samoubojstva varira od 22 % kod pacijenata koji se liječe ambulantno do 39 % kod pacijenata koji su hospitalizirani, pa možemo zaključiti da vrsta tretmana, do određene mjere, predviđa učestalost pokušaja samoubojstva, pri čemu hospitalizirani pacijenti pokazuju mnogo veću učestalostu takvog ponašanja nego pacijenti koji se liječe ambulantno. Učestalost pokušaja samoubojstva među pacijentima s AN-om koji se liječe ambulantno je 11 %. Taj postotak je znatno niži u usporedbi s prevalencijom koja se nalazi među pacijentima s BN-om koji se liječe ambulantno ili koji su hospitalizirani, što se može objasniti visokom prevalencijom poremećaja ličnosti iz skupine C. Smatra se da karakteristike te skupine poremećaja ličnosti poput straha, anksioznosti i inhibiranosti djeluju protektivno u kontekstu samoozljeđivanja i pokušaja samoubojstva. Sukladno tome, kod osoba s BN-om ili prežderavajuće/purgativnim tipom AN-a čini se da postoji visoka prevalencija poremećaja ličnosti iz skupine B koje obilježava impulzivnost. Među poremećajima ličnosti iz skupine B, BPD je najčešći. Prisutnost poremećaja ličnosti vjerojatno predstavlja samo jedan od nekoliko čimbenika koji doprinose većoj sklonosti pokušaju samoubojstva i samoozljeđivanju kod osoba s poremećajima hranjenja (33).

Razdoblje adolescencije i mlađa odrasla dob kritična su razdoblja za samoozljeđivanje, pri čemu otprilike 20 % osoba izvješćuje o početku takvog ponašanja prije 25. godine života, a osobito često se javlja kod osoba s poremećajima hranjenja. S kliničkog stajališta, ono je povezano s ranom poviješću zlostavljanja, disocijacijom, impulzivnošću, poremećajima ličnosti, teže izraženim psihičkim poremećajima i većom otpornošću na liječenje poremećaja hranjenja (33). U nedavno provedenoj meta-analizi, utvrđeno je da 27,3 % osoba s dijagnozom poremećaja hranjenja prijavljuje komorbiditetno samoozljeđivanje bez suicidalnih namjera (*nonsuicidal self-injury*, NSSI), pri čemu su više procjene prevalencije NSSI-a tijekom života

zabilježene kod pacijenata s dijagnozom BN-a (32,7 %) u usporedbi s AN-om (21,8 %). Kod pacijenata s dijagnozom BED-a, uočene su prevalencije NSSI-a tijekom života blizu 20 %. Samoozljeđivanje bez suicidalnih namjera odnosi se na namjerno i izravno nanošenje štete vlastitom tijelu bez suicidalnih namjera. Iako definicija NSSI ne uključuje ponašanja vezana uz poremećaje hranjenja (npr. prejedanje, povraćanje i restrikciju), postoji snažna povezanost između NSSI-a i poremećaja hranjenja (34).

NSSI se može podijeliti na dva podtipa.

### **Kompulzivno samoozljeđivanje**

Kompulzivno samoozljeđivanje obično je naviknuto, ponavljajuće i „automatsko“. Takva ponašanja nisu povezana sa svjesnom namjerom ili emocionalnim iskustvom i imaju tipične karakteristike kompulzija, tj. rastuću napetost kada pojedinac pokušava odoljeti tome i olakšanje anksioznosti kada se takvo ponašanje izvede. Primjeri ovog tipa samoozljeđujućeg ponašanja uključuju povlačenje kose, čupanje kože i intenzivno grickanje noktiju (35).

### **Impulzivno samoozljeđivanje**

Obično je epizodično, uključuje malo svjesnog odupiranja i pruža određenu vrstu zadovoljstva uz smanjenje napetosti ili anksioznosti. Osobe koje izvode ove vrste samoozljeđivanja navode da im takvo ponašanje pomaže kontrolirati negativne emocije poput depresije, usamljenosti ili depersonalizacije. Najčešća ponašanja impulzivnog tipa su rezanje kože i opekotine (35).

Veza između poremećaja hranjenja i NSSI-a nadilazi jednostavnu statističku povezanost. Zapravo, klinička slika poremećaja hranjenja dijeli važne sličnosti s fenomenom samoozljeđivanja. Oba stanja su češća kod žena i često se javljaju tijekom adolescencije. Svojtveni su im osjećaj nezadovoljstva tijelom, asketizam ili duboko ukorijenjen osjećaj neefikasnosti koji često podrazumijeva element samokažnjavanja poput samoizgladnjivanja ili drugih oblika tjelesnog kažnjavanja, poput samokažnjavanja bičevanjem (35). Pri tome, od svih zajedničkih karakteristika koje dijele poremećaji hranjenja i NSSI, izuzetno je bitno istaknuti nezadovoljstvo tijelom. Ono se očituje kroz negativne stavove prema vlastitom tijelu i slici o sebi te kroz percepciju tijela kao objekta prezira, što može dovesti do pojave samoozljeđivanja. Pored toga, postoje i druge karakteristike prisutne u poremećajima hranjenja, poput naglašenog perfekcionizma, aleksitimije, niskog samopoštovanja, opsesije i rigidnosti koje se mogu smatrati predisponirajućim, poticajnim i/ili održavajućim čimbenicima poremećaja hranjenja. Tu je bitno naglasiti značaj aleksitimije, kao potencijalnog objašnjenja

visoke prevalencije misli o samoozljeđivanju, pa tako i njihovoj realizaciji u ovoj skupini, što na kraju i može dovesti do NSSI-a (36).

Komorbiditet NSSI-a i poremećaja hranjenja nastoji se objasniti teorijskim modelima koji su identificirali ključne čimbenike kritične za odnos između oba ponašanja. Na primjer, u konceptualnom modelu interaktivnih faktora rizika za NSSI i poremećaje hranjenja, aspekti povezani s obiteljskim okruženjem (npr. nedostatak emocionalne podrške) vjerojatno su odgovorni za ovaj komorbiditet. Sukladno tome, empirijski dokazi ukazuju da je nepodržavajuće okruženje u kojem dijete odrasta, osjećajući da su njihove emocionalne reakcije nevažne ili neispravne, povezano s pojavom NSSI-a i s prehrambenim brigama u odrasloj dobi (37).

Također, brojna su istraživanja pokazala povezanost između poremećaja hranjenja, NSSI-a i emocionalne regulacije. Prema modelu Gratz i Roemer, emocionalna regulacija obuhvaća različite dimenzije, uključujući sposobnost korištenja učinkovitih strategija za upravljanje emocijama, kontrolu impulzivnih ponašanja, usmjerenost prema ciljevima, prihvatanje emocija te svijest o njima i razumijevanje. Teškoće u tim dimenzijama ukazuju na disfunkciju emocionalne regulacije, koja je povezana s ozbiljnošću poremećaja hranjenja. Višestruki modeli sugeriraju da je disfunkcija emocionalne regulacije čimbenik rizika za istovremeno pojavljivanje NSSI-a i poremećaja hranjenja. Konkretno, AN i BN povezani su s upotrebom neprikladnih strategija emocionalne regulacije, nesposobnošću podnošenja emocionalne tjeskobe, neprihvatanjem emocija te povećanom osjetljivošću na kažnjavanje. Sveukupno, osobe koje doživljavaju neugodne emocije i negativne misli, uz manju kontrolu i sklonost impulzivnom ponašanju u stresnim situacijama, mogu biti osjetljive na pojavu i samoozljeđivanja i poremećaja hranjenja. Faktori kao što su obiteljsko okruženje, emocionalna podrška i nepodržavanje roditelja imaju ključnu ulogu u povezanosti između ovih poremećaja (37).



#### 4. HILDE BRUCH – ZLATNI KAVEZ

*„U njoj se javila slika, da je poput vrapca u zlatnom kavezu, previše jednostavna i obična za luksuze svog doma, ali istovremeno lišena slobode da radi ono što zaista želi. Razvila je tu sliku, da se kavezi prave za velike šarene ptice koje se hvale svojim perjem i zadovoljne su samo skakanjem po kavezu. Osjećala je da je potpuno drugačija, poput vrapca, nenametljiva i energična, koja želi letjeti i samostalno poletjeti, koja nije stvorena za kavez (38).“*

Svi smo upoznati s konceptom dijete, početnim entuzijazmom, naporom odricanja od hrane i konačnim olakšanjem kad odustanemo. Osobe s anoreksijom su drugačije. One nastavljaju dalje. I što dulje izdrže, to abnormalnije postaje njihovo razmišljanje i reakcije. Svako kršenje samonametnutih strogih pravila uzrokuje osjećaj krivnje jer se posustalo pred grubim i vulgarnim zahtjevima svog tijela, te se osuđuje na još rigidnije izgladnjivanje. Relativno malo se zna o tome kako se događa taj prijelaz, od onoga što izgleda kao obično držanje dijete do ove neumoljive samouništavajuće, ali snažno branjene fiksacije na težinu i hranu. Takve osobe ne dolaze liječniku tijekom početne faze. Čak su i relativno novi pacijenti već izgubili sedam do devet kilograma i bili uključeni u strogu dijetu tri ili četiri mjeseca, što je dovoljno dugo da se prijelaz dogodi. Iako naravno, oni su manje rigidni u svom stavu od onih koji su se držali toga godinama i integrirali anoreksično ponašanje u svoje razmišljanje i način života. Na početku, održavanje dijete za te osobe nije ništa više od polušaljivog truda, čak iako oni nisu stvarno pretili. Prva stvar koja služi kao poticaj da se s dijetom i dalje nastavi je to što drugi ljudi postaju zabrinuti zbog toga. Laskavo je odjednom dobiti pažnju koja je prije bila propuštena. Prava razlika leži u izvanrednom ponosu i zadovoljstvu koje oni osjećaju zbog sposobnosti da nešto tako teško ostvare. Iznenada je to lako i stvara se uvjerenje da to može trajati zauvijek, što se brzo pretvara u osjećaj uživanja u gladi i izgladnjivanju. Sada to više nije obična dijeta, počinju se događati sekundarni biološki učinci gladi i tjelesne senzacije se transformiraju (39).

Hilde Bruch (1904-1984) bila je istaknuta psihijatrica i psihoanalitičarka koja je izuzetno doprinijela razumijevanju i teoriji ozbiljnih oblika poremećaja hranjenja, posebno AN-a. Ona je prepoznala te poremećaje kao probleme vezane za identitet i ličnost, što odražava suvremenu psihijatrijsku terminologiju koja ih klasificira kao poremećaje ličnosti. Bruch je produbljeno istraživala veze između simptoma pothranjenosti koji su površinski vidljivi kao dio AN-a i

unutarnjih problema. Shvatila je da su ti simptomi zapravo pokušaji prikrivanja dubljih emocionalnih teškoća. Njezin pristup se usredotočuje na povezivanje simptoma s unutarnjim svijetom pacijenta, dajući im značenje i razumijevanje (40).

Njezina antologijska knjiga „Zlatni kavez“ i dalje se smatra klasičnim djelom u području poremećaja hranjenja i daje nam uvid u različite aspekte anoreksije, uključujući poremećaje u doživljavanju tijela, problematiku obiteljskih interakcija te nedostatak mentalizacije i izražavanja emocija kod oboljelih (41).

Pacijenti su opisani kao pojedinci koji su uvijek bili dobri, nikada ne stvarajući probleme, predani i gotovo savršeni. Oni žive ispunjavajući očekivanja svojih obitelji, strahujući da nisu dovoljno dobri. Postoji prekomjerna briga za osjećaje roditelja, kao da imaju posebnu odgovornost prema njima, što im oduzima pravo izražavanja vlastitih želja i djelovanja prema njima. Obitelji idealiziraju sreću i savršenstvo svojih domova prije nego se bolest pojavi, te je AN smatrana jedinim problemom. Važno je naglasiti da se negativni osjećaji rijetko izražavaju. U takvim okolnostima, djeca su izrazito poslušna i predana svojim obiteljima do te mjere da im je uskraćena mogućnost življenja vlastitog života, budući da su usmjereni u svakom pogledu. Pacijenti odrastaju zbunjeni u vezi sa svojim osjećajem identiteta, autonomije i kontrole, dok istovremeno imaju teškoće u izgradnji samopouzdanja i nisu prepoznati kao pojedinci. Oni se nalaze zarobljeni u „zlatnom kavezu“ svoje bolesti (41).

Žive u obiteljima koje izgledaju harmonično, gdje su često najcjenjenije djetete, ali istovremeno su strogo kontrolirani. Osjećaju strah prema autonomiji i odrastanju, te se boje oslobođenja i promjena koje dolaze s normalnim razvojem. Bolest predstavlja pokušaj zaustavljanja vremena, povratak u djetinjstvo u smislu veličine i funkcionalnosti. Ono što pojačava dijete je reakcija drugih ljudi koji izražavaju zabrinutost, pružajući pacijentima pažnju koju su ranije propustili. To im daje osjećaj vrijednosti, važnosti i izvanrednosti. S vremenom, pacijenti postaju sve više samozauzeti, usredotočeni samo na težinu i hranu. Slika tijela također je iskrivljena i opterećena samozavaravanjem. Međutim, te „opsesije“ služe kao zaštita od dublje anksioznosti, straha da nisu vrijedni postati integrirani pojedinac koji je sposoban suočiti se sa životom. AN se tako održava, tvoreći začarani krug (41).

*"Jednom kada uspostaviš obrazac za sebe, težiš živjeti u skladu s onim što misliš da drugi očekuju od tebe. Upravo to postaje tvoj zlatni kavez, nešto čime želiš impresionirati ljude oko sebe. Sada bih mogla reći, da sam taj prekrasni zlatni kavez obložen draguljima stvorila ja sama. Stvorila sam ga da blista jer sam željela ostaviti dojam (42)."*

## 5. ULOGA MENTALIZACIJE U POREMEĆAJIMA HRANJENJA

Bateman i Fonagy (2004) definiraju mentalizaciju kao mentalni proces kojim pojedinac implicitno (nesvjesno) i eksplicitno (svjesno) tumači svoje i tuđe postupke kao značajne na temelju namjernih mentalnih stanja poput osobnih želja, potreba, osjećaja, uvjerenja i razloga. Britanski psihijatar i psihoanalitički terapeut Jeremy Holmes (2005), sažimajući fenomenologiju mentalizacije, navodi da ona:

- uključuje sposobnost empatije, odnosno mogućnost stavljanja sebe u tuđe cipele,
- obuhvaća sposobnost sagledavanja i procjene sebe i svojih osjećaja izvana,
- označava kapacitet razlikovanja osjećaja o stvarnosti od same stvarnosti,
- je pojava koja se javlja u različitim stupnjevima, a ne samo kao sve ili ništa,
- povezana je s uzbuđenjem
- pojačava se prisutnošću sigurnog umirujućeg partnera ili drugih bliskih osoba (43).

Mentalizacija se većinom odvija nesvjesno ili polusvjesno. Ako bismo stalno svjesno obrađivali sve informacije, naš um bi bio preplavljen i preopterećen. Stoga se ono obično događa automatski, bez da tome pridajemo posebnu pažnju. Svaki put kad stupimo u interakciju s drugima (razgovorom, promatranjem, slušanjem), imamo mogućnost mentalizacije, tj. imamo mogućnost davanja značenja ponašanju drugih, kao i vlastitom ponašanju. Mentalizacija uključuje subjektivnost i zamišljanje mentalnih stanja drugih, stoga nas može dovesti i do potpuno pogrešnih tumačenja i zaključaka (44).

Svaka osoba nosi sa sobom svoju jedinstvenu priču, oblikovanu kroz prošlost, odgoj i životna iskustva. Ti faktori oblikuju naš način razmišljanja i našu sposobnost razumijevanja samih sebe i drugih. Posebno se razlike u shvaćanjima najviše ističu u emocionalno stresnim i nabijenim situacijama (44). Mentalizacijski pristup poremećajima hranjenja shvaća ih kao poremećaj *selfa* i regulacije afekta. Osobe s poremećajima hranjenja imaju teške deficite u mentaliziranju (45).

Hilde Bruch posvetila je svoj život i klinički rad pacijenticama s poremećajima hranjenja te je bila prva koja je prepoznala postojanje poremećaja u doživljavanju vlastitog tijela. U svojim istraživanjima, donijela je nove koncepte koji pomažu u opisivanju uzroka tih poremećaja u prehrani. Jedan od tih pojmova je interoceptivna konfuzija, koja opisuje zbunjenost koja se

javlja kod pacijenata u vezi signala koje tijelo šalje putem osjetila. Oni imaju teškoća u točnom opisivanju osjećaja gladi, sitosti i drugih senzacija koje dolaze iz tijela (46).

Osim toga, opisuje mnoge pacijentice s poremećajem hranjenja koje se suočavaju s nemogućnošću izražavanja i opisivanja vlastitih osjećaja. Koncept aleksitimije koristi se za opisivanje stanja u kojem nedostaju riječi za izražavanje osjećaja. Ovaj nedostatak riječi za osjećaje ukazuje na nedostatke u primarnom odnosu privrženosti. Pacijentica koja nikada nije iskusila prepoznavanje i razlikovanje osjećaja kroz interakciju s primarnom figurom privrženosti, neće biti u stanju prepoznati ih kasnije, kako sa sobom tako ni s drugima. Ovi nedostaci u mentalizaciji preklapaju se s pojmom aleksitimije, ali također uključuju i povezanost s oštećenjem u razmišljanju i izražavanju emocionalnih stanja. Kada se pacijentica pita o svojim osjećajima, ona može odgovoriti „ne znam“, jer nema sposobnost simboliziranja unutarnjih stanja. To dovodi do već prisutnog osjećaja kaosa koji dodatno ometa mentalizaciju i potiče daljnje okretanje prema tijelu kao izvoru regulacije osjećaja (46).

Kombinacija interoceptivne konfuzije i aleksitimije otežava pacijenticama da razumiju i izraze svoje osjećaje. To može imati ozbiljne posljedice na njihovu sposobnost mentalizacije i emocionalnu regulaciju. Mentalizacija je u suštini vrijednost koja nosi sa sobom poštovanje prema tuđim mišljenjima i perspektivama, kao i prema vlastitim. Svi mi smo jedinstvena bića s različitim umovima, a sposobnost mentalizacije nam pruža slobodu i fleksibilnost da istražujemo, igramo se i razumijemo svijet oko nas. Međutim, kod pacijentica s poremećajem hranjenja, ta sposobnost je često usmjerena na oslobađanje njihovih uma od vezanosti za tijelo i fizičku realnost. To znači da se njihova pažnja i fokus pretežito usmjeravaju na tjelesni oklop, dok se mentalizacija, koja je inače korisna za razumijevanje i povezivanje s drugima, sputava ili potiskuje (46).

Kada se radi o anoreksičnim pacijentima, ključno je koristiti mentalizaciju, što podrazumijeva razumijevanje pacijenta izvan fizičkih simptoma i ponašanja. Na taj način možemo otkriti skrivenu anksioznost, strah i emocionalne borbe koje osoba doživljava. Pogrešno je smatrati pacijenta „jakim“ ili da posjeduje čvrstu volju. U stvarnosti, simptomi su potaknuti osjećajem slabosti, straha i očaja. Stoga bi terapijski pristup trebao prioritetno stvarati osjećaj sigurnosti, uvjerenja i zaštite za pacijenta (47).

## **6. LIJEČENJE**

Poremećaji hranjenja stekli su reputaciju teških, ako ne i nemogućih za liječenje, kako među općom javnosti, tako i među medicinskom i psihijatrijskom zajednicom. Valjanost ove tvrdnje najvidljivija je kada se primijeni na AN. Sama bit ovog poremećaja je strastveno odbijanje promjene uz duboko negiranje bolesti. Međutim, informirani pogled zahtijeva priznanje relativno širokog spektra simptoma kao i varijacija u ozbiljnosti koje predstavljaju osobe s poremećajima hranjenja. Liječenje i njegov uspjeh čini se da prate takve razlike u samim poremećajima. Liječenje može biti izazovno, ali je moguće postići uspjeh s pravilnim pristupom i podrškom stručnjaka. Važno je razumjeti da se poremećaji prehrane razlikuju od osobe do osobe, pa je individualizirani pristup ključan. Stručnjaci za mentalno zdravlje, uključujući psihijatre i psihologe, i nutricionisti, mogu pružiti potrebnu podršku i terapiju kako bi se osoba oporavila od poremećaja hranjenja. Važno je također imati na umu da je svaki pojedinac jedinstven i da će se oporavak odvijati drugačijom brzinom i intenzitetom. Bitno je da osoba ima podršku i razumijevanje okoline kako bi se osjećala sigurno i podržano tijekom procesa oporavka (48).

### **6.1 FARMAKOTERAPIJA**

Iako lijekovi često nisu primarni način liječenja poremećaja hranjenja, često se propisuju kao dodatak drugim terapijskim intervencijama. Budući da postoje preklapanja simptoma između poremećaja hranjenja i drugih psihijatrijskih stanja, znanstvenici i medicinski stručnjaci su dugo bili zainteresirani za moguću učinkovitost različitih psihotropnih lijekova kod osoba s poremećajima hranjenja. Utvrđeno je da su lijekovi najkorisniji u liječenju BN-a i BED-a dok su u liječenju AN-a dali razočaravajuće rezultate (49).

#### **ANOREKSIIJA NERVOZA**

Farmakoterapija obično nije primarni način liječenja AN-a. Međutim, mnogi pojedinci s AN-om primaju lijekove kao dio svog liječenja, posebno oni koji ne pokazuju odgovor na psihoterapiju ili nutritivnu rehabilitaciju. Nedostatak odgovora na lijekove može proizaći iz složenog fiziološkog stanja nedovoljnog unosa hrane kod ove kliničke populacije. Trenutna istraživanja nastavljaju tražiti lijekove koji mogu koristiti pojedincima s AN-om u obnovi tjelesne težine, kao i za prevenciju recidiva (49).

Antipsihotici bili su među prvima lijekovima koji su se empirijski koristili za liječenje AN-a. Činjenica da tradicionalni antipsihotici imaju značajne nuspojave i ograničen uspjeh čini ih neželjenom prvom opcijom u liječenju AN-a. Međutim, neumoljiva i preplavljujuća panika koju osjećaju anoreksični pacijenti suočeni s povećanjem tjelesne težine i duboko iskrivljeno razmišljanje svojstveno bolesti, čine antipsihotične lijekove privlačnim intervencijama koje treba uzeti u obzir. Rana istraživanja o antipsihotičnim lijekovima prve generacije nisu pokazala značajne kliničke koristi. Međutim, razvoj antipsihotika druge generacije pokazao je više koristi. Među njima, najznačajniji je olanzapin koji je povezan s malom, ali značajnom razlikom u stopi dobivanja tjelesne težine. Općenito se dobro podnosi, a najčešća nuspojava je pospanost (49,50).

Pacijenti s AN-om često pate od pridružene depresije (25–80 % pacijenata s poremećajem prehrane) ili anksioznog poremećaja (20–65 %). Prisutnost ovih drugih poremećaja usmjerila je većinu istraživanja lijekova u kojima su pozitivni odgovori najčešće umjereni. Antidepresivi su se prvotno smatrali obećavajućom terapijskom opcijom za AN. Međutim, ovi lijekovi su dosljedno pokazali da nisu puno bolji od placeba u postizanju promjena u tjelesnoj težini ili povezanim psihološkim simptomima. Izvješća navode da su fluoksetin i klomipramin poboljšali povećanje tjelesne težine i smanjili simptome depresije, međutim ovi selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) ne čine se jednako učinkovitim kod teško neuhranjenih pacijenata s AN-om i najbolje ih je izbjegavati tijekom faze niske tjelesne težine (49,50).

## BULIMIJA NERVOZA

Korisnost lijekova u liječenju BN-a je dobro utvrđena i to osobito se odnosi na antidepresive poput SIPPS-a i tricikličkih antidepresiva (TCA). Fluoksetin je najčešće propisan lijek za liječenje BN i jedini lijek koji ima odobrenje Američke uprave za hranu i lijekove (FDA) za BN. Uobičajeno je da se antidepresivi propisuju u višim dozama prilikom liječenja BN-a nego prilikom liječenja depresije. Pokazali su se učinkovitim u smanjenju epizoda prejedanja i izbacivanja hrane čak i u slučaju kada nema istodobne depresije. Fluoksetin je također pokazao prednost u odnosu na placebo u liječenju pacijenata s BN-om koji loše reagiraju na psihoterapiju, što ukazuje na to da farmakološke strategije mogu biti korisne za osobe s BN-om u slučajevima kada drugi terapijski pristupi nisu učinkoviti ili dostupni. Osim fluoksetina, mnogi drugi antidepresivi su korisni u liječenju BN-a, uključujući druge SIPPS-e poput sertralina, fluvoksamina i citaloprama i TCA-e poput imipramina, desipramina i amitriptilina.

SIPPS se često smatraju lijekovima prvog izbora zbog odobrenja FDA i povoljnog profila nuspojava, uključujući općenito neutralan učinak na tjelesnu težinu, dok se TCA manje često koriste zbog uobičajenih nuspojava poput sedacije, konstipacije i povećanja tjelesne težine. Antidepresivi su se pokazali jednako korisnima i dobro podnošljivima u liječenju adolescenata s BN-om. Međutim, povećani rizik od suicidalnosti povezan je s upotrebom SIPPS-a u mlađim populacijama. Stoga je izuzetno važno da kliničari pažljivo prate pacijente i raspravljaju o tim rizicima s pacijentima i njihovim obiteljima (49).

## POREMEĆAJ KOMPULZIVNOG PREJEDANJA

Farmakoterapija također je korisna u liječenju BED-a. Važno je napomenuti da lijekovi koji pomažu smanjiti učestalost prejedanja često ne dovode do smanjenja tjelesne težine. Budući da se mnogi pacijenti s BED-om javljaju radi pomoći u upravljanju tjelesnom težinom, lijekovi koji su povezani sa smanjenjem tjelesne težine također su relevantni za tu populaciju. Slično kao i u slučaju BN-a, antidepresivi su općenito pokazali sposobnost smanjenja prejedanja kod BED-a. Različiti SIPPS-i, poput fluoksetina, citaloprama, sertralina i fluvoksamina, te inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina, poput duloksetina za osobe s istodobnom depresijom, pokazali su slične rezultate i dobro su podnošljivi. Međutim, većina antidepresiva ima malo ili nimalo utjecaja na gubitak tjelesne težine kod ovih pacijenata. Zbog učinka suzbijanja apetita koji imaju stimulirajući lijekovi, nedavna istraživanja su se usredotočila na tu skupinu lijekova radi smanjenja prejedanja kod osoba s BED-om. Godine 2015. lisdeksamfetamin dimezilat (LDX) postao je prvi lijek koji je odobren od FDA za liječenje BED-a. Iako LDX nije propisan za mršavljenje, također je povezan sa smanjenjem tjelesne težine, indeksa tjelesne mase (ITM) i razine triglicerida kod pacijenata s BED-om. LDX je također povezan sa statistički značajnim, ali ne i klinički značajnim povećanjem krvnog tlaka i pulsa, no unatoč tome smatra se sigurnim i podnošljivim u skladu s izvješćima o njegovoj uporabi u drugim populacijama, npr. u osoba s hiperkientskim poremećajem (*attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD). Iako su ova početna istraživanja pokazala malo slučajeva ozbiljnih nuspojava kod pacijenata s BED-om koji su uzimali LDX, ovaj lijek je nedavno uveden za tu kliničku indikaciju, pa se liječnike savjetuje da pažljivo prate srčanu frekvenciju, krvni tlak i druge znakove kardiovaskularnog zdravlja prilikom dugotrajne primjene (49).



## 6.2 PSIHOTERAPIJA

Postoji mnogo različitih vrsta terapija koje se koriste za liječenje poremećaja hranjenja. Obično uključuju razgovor s obučanim stručnjakom. Njihova uloga je pomoći pacijentima da saznaju više o sebi te prepoznaju i suoče se s izazovima ili ponašanjima koja ometaju njihovu svakodnevnicu. Terapija također može pomoći osobi da se nosi s drugim mentalnim i zdravstvenim problemima koji su povezani s poremećajima hranjenja, poput anksioznosti, depresije ili nekih drugih poremećaja. Terapija se može provoditi pojedinačno, u grupi ili s obitelji osobe (51). Oblici psihoterapije koji pokazuju dobre rezultate u liječenju poremećaja hranjenja su:

- Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (*Family-Based Treatment*, FBT)
- „Poboljšana“ kognitivno-bihevioralna terapija (*Enhanced Cognitive Behaviour Therapy*, KBT-E)
- Interpersonalna terapija (IPT)

Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (FBT) je vodeći tretman za adolescente s poremećajima hranjenja, prvenstveno za oboljele od AN-a i preporučuje se kao terapija prvog izbora za pacijente koji su medicinski stabilni za ambulantnu skrb (52). Sastoji se od tri glavne faze koje se obično provode tijekom 6 do 12 mjeseci. U prvoj fazi, roditelj ili skrbnik odgovoran je za osiguravanje adekvatnog unosa kalorija i povećanje tjelesne težine. U drugoj fazi, pacijent se potiče da preuzme kontrolu nad svojim prehranbenim ponašanjem, a treća uključuje pregled zdravog adolescenta i procjenu razvojnog stanja adolescenta nakon povlačenja poremećaja hranjenja (52,53). U FBT-u terapeuti ne pokušavaju analizirati zašto se poremećaj razvio, niti krivi obitelji za poremećaj. Naprotiv, pretpostavlja da postoji snažna veza između roditelja i djece te potiče roditelje da koriste svoju ljubav kako bi pomogli svom djetetu. Poremećaj hranjenja promatra se kao vanjska sila koja posjeduje dijete. Potpuna prehrana smatra se ključnim prvom korakom prema oporavku, a uloga roditelja je osigurati tu prehranu aktivnim hranjenjem svog djeteta. FBT sesije obično uključuju cijelu obitelj i uključuju barem jedan obiteljski obrok u terapijskom uredu. To pruža terapeutu priliku da promatra ponašanje različitih članova obitelji tijekom obroka i da roditeljima pruži smjernice kako bi pomogli svom djetetu da jede (54).

„Poboljšana“ kognitivno-bihevioralna terapija (KBT-E) razvijena je kako bi poboljšala rezultate u liječenju poremećaja hranjenja i jedna je od vodećih terapija za ovu skupinu poremećaja. KBT-E je oblik kognitivno-bihevioralne terapije koji se usredotočuje na

rješavanje, narušavanje i modificiranje čimbenika koji održavaju poremećaj. To je vremenski ograničena i strukturirana terapija koja koristi psihološko obrazovanje te kognitivne i bihevioralne strategije i tehnike. KBT-E naglašava potrebu za suradničkim odnosom između pacijenta i terapeuta kako bi se prevladao poremećaj hranjenja. Usredotočuje se na čimbenike koji održavaju poremećaj stvaranjem personalizirane formulacije čimbenika koji leže u osnovi bolesti. Svaka formulacija prilagođena je simptomima, osnovnoj patologiji i okidačima koji su relevantni za pacijente. Prikladna je za pacijente sa svim oblicima poremećaja hranjenja, uključujući BED, AN i BN. Pacijenti koji su premršavi ili imaju dijagnozu AN-a vjerojatno će zahtijevati dužu i intenzivniju verziju KBT-E-a. KBT-E omogućuje osobama s poremećajima hranjenja da saznaju kako njihov poremećaj funkcionira, kako se održava i kako prekinuti samoobnavljajući ciklus koji održava poremećaj. Također im pruža psihološko obrazovanje o njihovoj dijagnozi i zdravlju, što pomaže u borbi protiv iskrivljenih uvjerenja koja potiču njihov poremećaj hranjenja (55).

Interpersonalna terapija pomaže ljudima da prepoznaju i suoče se s izazovima u njihovim odnosima. Naziva se „interpersonalnom“ jer se fokusira na način na koji komuniciramo jedni s drugima. Kada je naša interakcija s drugom osobom neugodna, može doći do nakupljanja negativnih osjećaja. Ti osjećaji mogu biti povezani sa simptomima poremećaja hranjenja. Na primjer, osobe s BN-om mogu se prejesti nakon svađe s voljenom osobom, ili mogu jesti kad se osjećaju usamljeno. Fokus IPT-a nije na promjeni prehrambenih navika. Umjesto toga, IPT pomaže ljudima izgraditi snažnije i zdravije odnose s drugima. Može se koristiti u grupama ili s pojedincima (51).

Psihološka terapija igra ključnu ulogu u liječenju poremećaja hranjenja. Ona uključuje redovite susrete s različitim stručnjacima za mentalno zdravlje, koji pružaju podršku, razumijevanje i stručno vođenje pacijenata. Lijekovi sami po sebi ne mogu izliječiti poremećaj, ali mogu biti korisni kao dio sveobuhvatnog tretmana. Oni se obično koriste za ciljne simptome kao što su depresija, tjeskoba ili kompulzivno ponašanje vezano uz hranu. Međutim, najbolji rezultati postižu se kada se lijekovi kombiniraju s psihološkom terapijom. Terapija pruža pacijentima alate, vještine i podršku potrebnih za promjenu dubljih emocionalnih i ponašajnih obrazaca, dok lijekovi mogu pomoći u regulaciji neurokemijskih neravnoteža koje mogu biti povezane s poremećajem hranjenja. Bitno je naglasiti da veliku ulogu u liječenju ima i sam pacijent. Njegovo aktivno sudjelovanje i želja da se izliječi jako utječu na krajnji ishod, stoga je bitno uspostaviti stabilan odnos s mnogo razumijevanja i strpljenja koje ovakve dijagnoze uvelike i zahtijevaju (56).

## 7. ZAKLJUČAK

U suvremenom društvu, svjedočimo pojavi novih oblika poremećaja hranjenja koji zahtijevaju pažnju i razumijevanje. Ti novi oblici predstavljaju izazov za zdravstvene stručnjake i terapeute. Važno je naglasiti da ti poremećaji često imaju svoje specifičnosti i karakteristike koje ih razlikuju od tradicionalnog shvaćanja poremećaja hranjenja. Pozornost treba usmjeriti na njihovu povezanost s mentalnim zdravljem i emocionalnim stanjem pojedinca. Otkrivena je veza s poremećajima ličnosti, što ukazuje na važnost integrativnog pristupa u terapiji. Također, postoji povezanost s povećanim rizikom od suicidalnog ponašanja, naglašavajući hitnost intervencija i podrške. U liječenju novih oblika poremećaja hranjenja, naglasak se stavlja na individualizirane i sveobuhvatne terapijske pristupe. Rano prepoznavanje i pravovremena intervencija ključni su za poboljšanje ishoda i kvalitete života pacijenata.

## **8. ZAHVALE**

Zahvaljujem se svom mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na pomoći pri odabiru teme, savjetima i slobodi prilikom pisanja diplomskog rada.

Veliko hvala svim dragim ljudima koji su bili uz mene proteklih šest godina i koji su sve teške trenutke učinili lakšima.

Najveće hvala mojoj obitelji koja je neiscrpan izvor ljubavi, podrške i strpljenja.

## 9. POPIS LITERATURE:

1. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. Arch Dis Child. 2016 Dec;101(12):1168–75.
2. Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Jun 10]. Eating disorders - Symptoms and causes. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603>
3. Marčinko D. i sur. Poremećaji hranjenja-dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 1.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 329.
5. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. Intern Med J. 2020 Jan;50(1):24–9.
6. National Eating Disorders Association [Internet]. 2017 [cited 2023 May 22]. Risk Factors. Available from: <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>
7. Definitions and epidemiology. U: C. L. Birmingham, J. Treasure, ur. Medical Management of Eating Disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. Str. 1.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 338-339.
9. Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors. ICD 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems. Geneva: World Health Organization; 2009. Str. 316.
10. Definitions and epidemiology. U: C. L. Birmingham, J. Treasure, ur. Medical Management of Eating Disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. Str. 1-2.
11. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 345.
12. Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors. ICD 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems. Geneva: World Health Organizatio; 2009. Str. 317.
13. Definitions and epidemiology. U: C. L. Birmingham, J. Treasure, ur. Medical Management of Eating Disorders. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. Str. 4.
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 350.
15. <https://www.facebook.com/WebMD>. WebMD. [cited 2023 Jul 2]. What Is Orthorexia? Available from: <https://www.webmd.com/mental-health/eating-disorders/what-is-orthorexia>
16. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 341, 347, 351.

17. News-Medical.net [Internet]. 2010 [cited 2023 May 26]. What Causes Eating Disorders? Available from: <https://www.news-medical.net/health/What-Causes-Eating-Disorders.aspx>
18. Popović, G, Grmuša, T, Nadramija P. Utjecaj medija na poremećaje u prehrani. U: Barilović, Z., Jurina, M., Morović, V, Popović G, Šimurina M, Šiber G, ur. Menadžment: znanstveno-stručni skup s međunarodnim sudjelovanjem: zbornik sažetaka. Zagreb: Veleučilište Baltazar Zaprešić; 2014. str. 501-511.
19. Isaksson M, Ghaderi A, Wolf-Arehult M, Ramklint M. Overcontrolled, undercontrolled, and resilient personality styles among patients with eating disorders. *J Eat Disord.* 2021 Apr 16;9:47.
20. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 645.
21. Parikh P, Halmi K. Obsessive-Compulsive Personality and Eating Disorders. U: Sansone R. A., Levitt J. L., ur. Personality disorders and eating disorders. Abingdon: Routledge; 2006. Str.121–128.
22. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 678-679.
23. Lloyd S, Yiend J, Schmidt U, Tchanturia K. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Novel Performance Based Evidence. *PLoS ONE.* 2014 Oct 31;9(10):e111697.
24. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 646.
25. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 672-673.
26. Levitt J. L., Sansone R. A. Avoidant Personality Disorder and Eating Disorders. U: Sansone R. A., Levitt J. L., ur. Personality disorders and eating disorders. Abingdon: Routledge; 2006. Str.149-160.
27. HeMED - Granični poremećaj osobnosti [Internet]. [cited 2023 Jun 1]. Available from: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12614>
28. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013., Str. 663.
29. Khosravi M. Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. *J Eat Disord.* 2020 Aug 17;8:38.
30. Sansone R. A., Levitt J. L. Borderline Personality and Eating Disorders. U: Sansone R. A., Levitt J. L., ur. Personality disorders and eating disorders. Abingdon: Routledge; 2006. Str.133.
31. Sansone R. A., Levitt J. L. Borderline Personality and Eating Disorders. U: Sansone R. A., Levitt J. L., ur. Personality disorders and eating disorders. Abingdon: Routledge; 2006. Str.142-143.
32. Rania M, Monell E, Sjölander A, Bulik CM. Emotion dysregulation and suicidality in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2021 Mar;54(3):313–25.
33. Sansone R. A., Levitt J. L. The Prevalence of Self-Harm Behavior among Those with Eating Disorders. U: Levitt J. L., Sansone R. A., Cohn L, ur. Self-harm behavior and eating disorders. New York: Routledge; 2004. Str. 9-10.
34. Kiekens G, Claes L. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An Update on What We Do and Do Not Know. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(12):68.

35. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. Impulsive and Compulsive Self-Injurious Behavior and Eating Disorders: An Epidemiological Study. U: Levitt J. L., Sansone R. A., Cohn L, ur. Self-harm behavior and eating disorders. New York: Routledge; 2004. Str. 32.
36. Rodríguez-López Á, Rodríguez-Ortiz E, Romero-Gonzalez B. Non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: nuclear aspects. *Colomb Médica CM*. 52(1):e2044342.
37. Vieira AI, Moreira CS, Rodrigues TF, Brandão I, Timóteo S, Nunes P, et al. Nonsuicidal self-injury, difficulties in emotion regulation, negative urgency, and childhood invalidation: A study with outpatients with eating disorders. *J Clin Psychol*. 2021;77(3):607–28.
38. Bruch, H. Sparrow in a Cage. *Anorexia nervosa: The golden cage*. Cambridge: Harvard Univ. Press;1978. Str. 24.
39. Bruch, H. The Anorexic Stance. *Anorexia nervosa: The golden cage*. Cambridge: Harvard Univ. Press;1978. Str.76–77.
40. Marčinko D. i sur. Poremećaji hranjenja-dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 13.
41. 02 - "THE GOLDEN CAGE" – REVISITING HILDE BRUCH REVOLUTIONARY CONCEPTS ON ANOREXIA NERVOSA [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 7]. Available from: <https://www.morressier.com/o/event/5c3da4fd9ae8fb00131ce43e/article/5c642bdf9ae8fb00131ce734>
42. Bruch, H. Changing the Mind. *Anorexia nervosa: The golden cage*. Cambridge: Harvard Univ. Press;1978. Str.158.
43. Marčinko D, Jakšić N, Skočić M, Franić T. MENTALIZATION AND PSYCHOPHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH PERSONALITY AND EATING DISORDERS. 2013;25(3): 320-323.
44. Skočić M. Mentalizacija i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 55-56.
45. Skočić M. Mentalizacija i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 60.
46. Skočić M. Mentalizacija i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 62-64.
47. Skårderud F. Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa—an outline for a treatment and training manual. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(5):323–39.
48. Harris W.A.,Wiseman C.V., Wagner S.,Halimi K.A.,The Difficult-to-Treat Patient With Eating Disorder,U: Dewan M. J., Pies R. W.,ur. The difficult-to-treat psychiatric patient, Washington, DC: American Psychiatric; 2001. Str.243.
49. Davis H, Attia E. Pharmacotherapy of Eating Disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Nov;30(6):452–7.
50. Harris W.A.,Wiseman C.V., Wagner S.,Halimi K.A.,The Difficult-to-Treat Patient With Eating Disorder,U: Dewan M. J., Pies R. W.,ur. The difficult-to-treat psychiatric patient, Washington, DC: American Psychiatric; 2001. Str. 247-248.

51. Psychotherapy [Internet]. Kelty Eating Disorders. [cited 2023 Jun 15]. Available from: <https://keltyeatingdisorders.ca/treatment-options/psychotherapy/>
52. Rienecke RD, Le Grange D. The five tenets of family-based treatment for adolescent eating disorders. *J Eat Disord.* 2022 May 3;10(1):60.
53. Costandache GI, Munteanu O, Salaru A, Oroian B, Cozmin M. An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy. *Adv Psychiatry Neurol.* 2023 Mar;32(1):40–8.
54. <https://www.facebook.com/verywell>. Verywell Mind. [cited 2023 Jun 15]. Family-Based Treatment (FBT) for Eating Disorders Overview. Available from: <https://www.verywellmind.com/what-is-family-based-treatment-fbt-for-eating-disorders-4052371>
55. Choosing Therapy [Internet]. [cited 2023 Jun 15]. CBT-E: How It Works & What to Expect. Available from: <https://www.choosingtherapy.com/cbt-e/>
56. Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Jun 16]. Eating disorder treatment: Know your options. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/eating-disorders/in-depth/eating-disorder-treatment/art-20046234>



# **ŽIVOTOPIS**

## **OSOBNI PODACI:**

Ime i prezime: Klara Katarina Lihtar

Datum rođenja: 11.01.1999.

Mjesto rođenja: Zagreb, Republika Hrvatska

## **OBRAZOVANJE:**

Osnovna škola Mače (2005.-2013.)

Opća gimnazija - Srednja škola Zlatar (2013.-2017.)

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu ( od 2017.)

## **POSEBNA ZNANJA I VJEŠTINE:**

Aktivno služenje engleskim jezikom, razina B2

Volontiranje u Klinici za psihijatriju "Sveti Ivan"

Član Akademskog zbora Bazilike Srca Isusova "Palma"