

Univerzitet u Sarajevu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**POREMEĆAJI HRANJENJA I JEDENJA KOD ADOLESCENATA:**

**PREGLED ISTRAŽIVANJA**

Završni magistarski rad

Kandidat: Eida Jušić

Mentor: Prof. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2021. godine

## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. ETIOLOGIJA POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA KOD ADOLESCENATA.....	3
3. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOSTIČKA OBILJEŽJA POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA.....	7
3.1. Anoreksija nervoza.....	7
3.2. Bulimija nervoza.....	9
3.3. Poremećaj s prejedanjem.....	11
4. UTJECAJ MEDIJA NA NASTANAK POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA KOD ADOLESCENATA.....	13
5. UTJECAJ PROVOĐENJA DIJETE NA RAZVOJ POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA.....	16
5.1. Vrste dijetе.....	17
6. TRETMAN POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA.....	19
7. ZAKLJUČCI.....	21
LITERATURA.....	23

## **Poremećaji hranjenja i jedenja kod adolescenata: pregled istraživanja**

**Eida Jušić**

Cilj ovog rada je prikazat koja su to osnovna obilježja poremećaja hranjenja i jedenja, etiologiju, kliničku sliku i tretman poremećaja. Također, prikazat ćemo i kakav je utjecaj medija na pojavu ovih poremećaja kod adolescenata i učestalost provođenja dijeta kako bi se postigao željeni izgled. Poremećaji hranjenja i jedenja predstavljaju jedan od ozbiljnih zdravstvenih i psiholoških problema. Obilježeni su teškim smetnjama u prehranbenim navikama, ponašanju i svakodnevnom funkcioniranju, a najčešće se vežu uz adolescenciju, razdoblje koje je obilježeno brojnim razvojnim promjenama, između ostalog i značajnim promjenama u tjelesnom izgledu. Glavni oblici poremećaja hranjenja i jedenja su anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj s prejedanjem, koji su obilježeni trajnim i patološkim promjenama u prehranbenim navikama. Anoreksiju nervozu karakterizira samoizgladnjivanje i pretjerana fizička aktivnost, dok bulimiju nervozu obilježava prejedanje nakon kojeg slijedi samoizazvano povraćanje ili neki drugi način izbacivanja hrane. Poremećaj s prejedanjem podrazumijeva unos neuobičajeno velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju kojeg prati osjećaj gubitka kontrole. Uzroci poremećaja hranjenja i jedenja povezuju se s biološkim, psihološkim i sociokulturalnim faktorima, a dovode do promjena obrazaca ponašanja koji izmiču kontroli te se javlja nezadovoljstvo vlastitim izgledom i sobom u cjelini. Percipiranje vlastitoga tijela kao preteškoga značajno je povezano sa stavovima prema vlastitom tijelu, brizi o tjelesnoj težini i navikama prehrane, odnosno s provođenjem dijete, te s nezadovoljstvom vlastitim tijelom. Prema sociokulturalnom modelu, među glavnim faktorima koji doprinose nezadovoljstvu tjelesnim izgledom ističu se mediji kao što su televizija, časopisi i društvene mreže. Na osnovu brojnih istraživanja možemo zaključiti da na nastanak poremećaja hranjenja i jedenja izrazit utjecaj imaju mediji. Također, provođenje dijeta u ranoj adolescenciji povećava vjerovatnost nastanka poremećaja u kasnoj adolescenciji.

**Ključne riječi:** anoreksija nervoza, bulimija nervoza, prejedanje, dijeta, mediji, nezadovoljstvo tijelom

## 1. UVOD

Poremećaj hranjenja i jedenja je psihološki poremećaj koji uključuje niz emocionalnih i fizičkih simptoma. Obilježavaju ga trajne smetnje s jedenjem ili postupcima povezanim s jedenjem koje dovode do promjena u uzimanju ili apsorpciji hrane, što značajno šteti tjelesnom zdravlju ili psihosocijalnom funkcioniranju (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Za ovaj poremećaj karakterističan je poremećen odnos prema hrani, negativna slika o svom tijelu, te narušeno samopoštovanje. Poremećaji hranjenja i jedenja psihički i fizički su teška stanja budući da jedenje, odnosno ne jedenje postaje najveća preokupacija oboljelih osoba. Oni su okarakterisani teškim smetnjama u prehranbenim navikama i ponašanju, te su čest medicinski problem u adolescentnoj dobi, a mogu se javiti u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu. Hrana sve više postaje prostor društvene kontrole, a sve manje prostor zadovoljenja potrebe. Tako hranjenje i jedenje iz područja nužnosti i zadovoljstva širi svoje simboličko područje i značenje čime se otvara put razvoja njegove psihopatologije.

Kategorija poremećaja hranjenja i jedenja prema DSM 5, uključuju sljedeće poremećaje: pika, preživajući poremećaj, poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane, anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaji s prejedanjem. Osobe koje imaju poremećaj hranjenja i jedenja izvještavaju o simptomima sličnim onima koji se obično pojavljuju kod osoba s poremećajem uzimanja psihoaktivnih tvari, na primjer, jaka želja za psihoaktivnim tvarima i njihovo kompulzivno uzimanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Razvijene zemlje promoviraju mršavost kao ideal ljepote, a novija istraživanja pokazuju da i zemlje u razvoju usvajaju sve više vrijednosti dominantne, zapadne kulture što dovodi do porasta poremećaja hranjenja (Wilfley i Rodin, 1995., prema Pokrajac-Bulian i sur., 2004). Razvoj masovnih medija pridonio je prihvatanju ideala tjelesnog izgleda i tjelesne ljepote među ljudima različitog porijekla, različitih društvenih slojeva i zemalja. Mediji imaju veliku moć u prijenosu sociokulturalnih ideala te isticanju (ne)poželjnosti određenih tjelesnih karakteristika utječući na sliku tijela, naročito kod adolescenata koji čine osjetljivu skupinu zbog ranjivog razdoblja u kojem se nalaze. Živjeti u društvu u kojem se ističe mršavost i vitkost kao najznačajnije vrijednosti, dok se debljina smatra abnormalnom i odstupajućom, svakako povećava

rizik od nastanka poremećaja hranjenja, posebice kod žena (Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, 2004).

Restrikcija unosa hrane koja je usmjerena ka utjecanju na oblik ili težinu tijela trebala bi se smatrati dijetom. Dijeta se u adolescenciji učestalo javlja pri poremećaju hranjenja, iako je tačna uloga dijete u razvoju poremećaja hranjenja i jedenja još nedovoljno razjašnjena, uočeno je da su osobe na dijeti posebno rizična skupina za razvoj tih poremećaja. Andersen (1990., prema Ambrosi-Randić, 2000) smatra da je dijeta jedan od prethodnika poremećaja hranjenja te se javlja u tzv. predisponirajućoj fazi, a nastaje pod utjecajem sociokulturalnih normi koje promoviraju mršavost.

Cilj ovog rada je prikazati etiologiju, razvoj i tretman poremećaja hranjenja i jedenja, te utjecaj medija i provođenja dijete na nastanak poremećaja hranjenja i jedenja kod adolescenata.

U ovom radu pokušat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kakva je klinička slika poremećaja hranjenja i jedenja?
2. Kakav je utjecaj medija na nastanak poremećaja hranjenja i jedenja kod adolescenata?
3. Da li provođenje dijete dovodi do poremećaja hranjenja i jedenja?

## **2. ETIOLOGIJA POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA KOD ADOLESCENATA**

Kada su u pitanju poremećaji hranjenja i jedenja, prvi se spominju anoreksija i bulimija u DSM III, 1980. godine, kao podvrsta psihičkih poremećaja u periodu djetinjstva i adolescencije (Davison i Neale, 1999). Prema klasifikaciji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za psihičke poremećaje, Američkog psihijatrijskog društva, DSM IV, navode se tri dijagnostičke kategorije poremećaja uzimanja hrane: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj hranjenja neodređen (Američka psihijatrijska udruga, 1994). Prema međunarodnoj klasifikaciji bolesti Svjetske zdravstvene organizacije MKB 10, u poremećaje prehrane uvršteni su: anoreksija nervoza, netipična anoreksija nervoza, bulimija nervoza, netipična bulimija nervoza, pretjerano uzimanje hrane udruženo s drugim psihološkim smetnjama, povraćanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama, drugi poremećaji uzimanja hrane i poremećaj uzimanja hrane, neodređen (SZO, 1999, prema Korotaj i sur., 2008). Uz navedene dijagnostičke kriterije postoji niz novijih kriterija za poremećaje hranjenja nastalih iz nemogućnosti da se postojećim kriterijima dijagnosticiraju različiti oblici i simptomatološke slike poremećaja hranjenja. Jedan od novijih dijagnostičkih kriterija jeste DSM 5, koji uključuje sljedeće poremećaje: pika, preživajući poremećaj, poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane, anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaji s prejedanjem (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Razvoj poremećaja hranjenja i jedenja može se sagledati kao proces koji se sastoji od tri različita stadija (Cooper, 1995, prema Ambrosi-Randić, 2004). Prvi stadij se smatra prethodnicom ponašanja i on se javlja od rođenja, pa do pojave samog ponašanja, pri čemu pojedinac može biti izložen izrazitim predisponirajućim faktorima. Drugi stadij se odnosi na razdoblje od razvoja prethodnika u ponašanju do jasnog nastupa poremećaja, gdje je u najvećem broju slučajeva prethodnik dijeta. U trećem stadiju održavajući faktori u interakciji sa zaštitnim određuju kada će bolest nastupiti i hoće li biti prolaznog karaktera ili će se učvrstiti kao hronična.

U poremećajima hranjenja mršavljenje prelazi granice psihičke i fizičke izdržljivosti što dovodi do nastanka brojnih psihosocijalnih problema i narušenog funkcioniranja raznih organskih sistema. 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 (Warrell i sur., 2003, prema Štracak, 2017).

Uzrok nastanka poremećaja hranjenja i jedenja je nepoznat, ali činjenice podupiru multifaktorsku ulogu, odnosno biopsihosocijalne faktore, pa tako predisponirajuće faktore dijelimo na tri skupine:

- Biološki faktori
- Psihološki faktori
- Socijalni faktori

*Biološki faktori* važni su zbog određivanja bioloških oblika terapija, a oni podrazumijevaju dob, spol, pubertet i tjelesnu težinu. S obzirom na dob za anoreksiju nervozu i bulimiju nervozu je karakteristično da započinju u adolescenciji, pri čemu je prosječna dob javljanja anoreksije nervoze 17 godina, dok se bulimija nervoze češće javlja u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi, prosječno sa 20 godina. Poremećaji hranjenja i jedenja se češće vezuju za ženski spol, te su i do devet puta učestaliji kod žena (Rastam i sur., 1989; Wolf, 1991; prema Ambrosi-Randić, 2004). Kada su u pitanju muškarci ne postoji sociokulturalna potpora u vezi sa mršavosti i dijetama. Istraživanja pokazuju da je kod muškaraca podjednak broj onih koji žele biti teži i onih koji žele biti mršaviji, dok kod žena prevladava želja za gubitkom težine (Furnham i Calnan, 1998). Tijekom prelaska iz djetinjstva u adolescenciju, dolazi do značajnih tjelesnih promjena. Također, u skupinu bioloških faktora se mogu ubrojiti genetska predispozicija i smetnje u lučenju hormona i neurotransmitera (Polivy i sur. 2003). Dvije najznačajnije promjene koje se dešavaju u pubertetu odnose se na endokrine (hormonalne) i somatske (oblik i veličina tijela, i razvoj sekundarnih spolnih obilježja) promjene. Kada se promatra genetska predispozicija, povećan rizik za razvoj poremećaja hranjenja zapažen je kod bliskih srodnika i jednojajčanih blizanaca pa se u bliskoj obitelji često nalaze osobe s poremećajem jedenja (Vidović, 2009). Tjelesna težina je temeljni problem kod pojave poremećaja hranjenja i jedenja. Kod osoba sa poremećajem hranjenja i jedenja prisutna je izrazita zabrinutnost zbog težine, koja se često pokušava smanjiti i kontrolirati.

U *psihološke faktore* ubraja se samopoštovanje, proces razvoja, odnosi s roditeljima, tip privrženosti, stresni i traumatski događaji, te adaptaciju na životne faze kroz koje osoba prolazi. Samopoštovanje podrazumijeva evaluaciju kojom pojedinac odražava stav prihvatanja ili neprihvatanja samog sebe. Razvoj poremećaja hranjenja i jedenja često je predodređen samopoštovanjem kod djevojaka prije puberteta i u adolescenciji. U sklopu poremećaja hranjenja, dijeta i gubitak tjelesne težine ponašanja su kojima osobe uspostavljaju osjećaj kontrole nad svojim životom (Ambrosi-Randić, 2004). Također, perfekcionizam kao osobina ličnosti veže se uz veću učestalost poremećaja hranjenja. (Marčinko, 2013).

*Socijalni faktori* povezani su s obilježjima zapadne kulture koja bazira ljepotu tijela na vitkoj liniji, te su to faktori poput utjecaja medija i vršnjaka. Sredstva javnog informiranja su najmoćniji prijenosnici sociokulturalnih ideala te zbog toga imaju važnu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Mladi ljudi učestalo gledaju televiziju, a socijalni pritisak prema mršavosti posebno utječe na njih s obzirom na to da se nalaze u razdoblju tijekom kojeg se razvija identitet i istražuje spolna uloga (Johnson i Schlundt, 1985). Brojna istraživanja (Crundall, 1988; Pike, 1995; Wertheim i sur., 1997; Taylor i sur., 1998) su pokazala da postoji značajan socijalni utjecaj, odnosno da adolescentne djevojke češće drže dijetu zbog socijalnih faktora kao što su zabrinutost, verbalni komentari drugih, postizanje vitkosti kako bi se svidjele drugima ili zbog dijete koju drži i prijateljica.

Kako bi se što bolje objasnili poremećaji hranjenja i jedenja, razvijen je veći broj teorijskih modela.

Najvažniji modeli su:

- Psihodinamski model
- Obiteljski model
- Kognitivno – bihevioralni
- Sociokulturalni model

*Psihodinamski model* je najstariji model i on podrazumijeva da je odbijanje hrane melanholija, dok je ovisnost o hrani supstitutivno zadovoljavanje frustriranih aktivnosti libida.



*Obiteljski modeli* poremećaja hranjenja proizašli su iz brojnih istraživanja obitelji pacijenata s poremećajima hranjenja i plod su kliničkih opažanja (Burch, 1973, prema Ambrosi-Randić, 2004). Neki autori smatraju da se u osnovi poremećaja hranjenja i jedenja nalazi specifičan odnos majke i djeteta u kojem nedostaje prikladan odgovor majke na potrebe djeteta.

*Kognitivno – bihevioralni model* kao glavnu osobinu i osnovu psihopatološkog poremećaja tih pacijenata nalazi u njihovim iskrivljenim idejama o tjelesnoj težini, obliku i prehrani. Iskrivljene misli o tijelu i težini uzrokuju anksioznost koja potiče upotrebu ekstremnih metoda za redukciju težine.

Prema *sociokulturalnim modelima* poremećaji hranjenja i jedenja su obilježeni kulturalnim standardima koji ljepotu vezuju uz mršavost, a javljaju se samo u onim društvima koja posjeduju takve standarde, pretežno u zapadnim, industrijaliziranim zemljama.

Poremećaji hranjenja u današnje vrijeme su sve češći. Od 0,5 do 1 % ljudi u općoj populaciji ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog poremećaja hranjenja i jedenja, a 4 % adolescentica pokazuje neki poremećaj hranjenja (Begić, 2014). Tipična obilježja ovog poremećaja su učestalija kod žena (90%), početak bolesti najčešće u adolescentnoj dobi, te velika ozbiljnost ovog psihijatrijskog poremećaja koja se ogleda u visokoj stopi smrtnosti, pri čemu mortalitet doseže i do 20% (Marčinko, 2013).

### **3. KLINIČKA SLIKA I DIJAGNOSTIČKA OBILJEŽJA POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA**

Dijagnostički kriterij za poremećaj hranjenja i jedenja DSM 5, podrazumijeva više vrsta poremećaja hranjenja i jedenja, ali su tri najčešća poremećaja hranjenja karakteristična za adolescente, a oni uključuju anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj s prejedanjem, koji se uglavnom javljaju kod djevojaka između 15 i 19 godina (Martin i Golden, 2014).

#### **3.1. Anoreksija nervoza**

Anoreksija nervoza poremećaj je hranjenja od kojeg najviše obolijevaju adolescentice. Karakteristike ovog poremećaja su iskrivljena slika vlastitog tijela, te samoizgladnjivanje koje može dovesti do ozbiljnih fizioloških posljedica. Osobe su preokupirane strahom od dobivanja na težini. Kao i za mnoge druge psihičke poremećaje, pretpostavlja se da na razvoj anoreksije nervoze utječe kombinacija bioloških, psiholoških i sociokulturalnih faktora. Istraživanja na blizancima pokazuju da je podudarnost veća kod jednojajčanih nego kod dvojajčanih blizanaca, što upućuje na postojanje genetske komponente ovog poremećaja (Begić, 2016). Također, istraživanja su pokazala da se u obitelji osoba s anoreksijom nervozom, u usporedbi s općom populacijom, u većem postotku nalaze i depresivni poremećaji (Begić, 2016). S druge strane, anoreksija nervoza objašnjava se i kao posljedica unutarnjeg sukoba između želje za samostalnosti i neovisnosti te straha od odrastanja (Davison i Neal, 1999). Od socijalnih faktora također se pojavljuje i želja za postizanjem idealne težine i izgleda tijela koji često promoviraju mediji i koja tako utječe na razvoj ličnosti. Postoje hipoteze da se gubitak težine koristi kao kompenzacija za interpersonalne probleme i nezadovoljstvo životom općenito. Kad osobe počnu percipirati neuspjeh u nekim područjima života, prehrana i tjelesni izgled postaju područja na koja se fokusiraju kako bi stekli osjećaj da bar nečim uspješno upravljaju (Slade, 1982, prema Krleža, 2020).

Anoreksiju nervozu čine prepoznatljivom tri osnovna obilježja, a ona se odnose na ustrajno ograničavanje unosa energije, snažan strah od dobivanja tjelesne težine ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, te smetnje u doživljaju vlastite tjelesne težine ili oblika tijela. Osoba sa ovim poremećajem održava

tjelesnu težinu koja je ispod normalne razine za određenu dob, spol, razvojnu fazu i tjelesno zdravlje. Poremećaj najčešće počinje s djetom koja kod okoline i ne izaziva pretjeranu zabrinutost. Međutim, s vremenom opterećenje prehranom i tjelesnom masom postaje sve izraženije. Oboljeli vrlo rijetko samoinicijativno potraže stručnu pomoć. Najčešće liječenje potaknu zabrinuti članovi njihove obitelji ili liječnici porodične medicine (Hutoljac, 2006).

Pacijenti sa anoreksijom nervozom često pokazuju simptome drugih psihijatrijskih poremećaja. Depresivni su, opsjednuti razmišljanjem o težini i hrani, te praktikuju kompulzivne rituale poput onih u opsesivno – kompulzivnim poremećajima (Walsh i sur., 1998, prema Ambrosi-Randić, 2004). Pojedinci koji razviju anoreksiju nervozu tijekom adolescencije i mlađe odrasle dobi u velikom broju se potpuno oporave. Učestalost depresije je visoka, a socijalno i radno funkcioniranje često je oštećeno.

Postoje dva tipa anoreksije nervoze, a to su:

- Restriktivni tip
- Prejedajući/purgativni tip

*Restriktivni tip anoreksije nervoze* podrazumijva gubitak na težini uzrokovan smanjenim unosom hrane u organizam, pri čemu osoba nije uključena u ponašanje prejedanja ili pražnjenja.

*Prejedajući ili purgativni tip anoreksije nervoze* se odnosi na uključenost osobe u ponašanje prejedanja ili pražnjenja, kao što je samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika, te sredstava za klistiranje.

Smanjenje unosa hrane može dovesti do teških zdravstvenih stanja, ponekad i opasnih po život. Uobičajene su teškoće izostanak menstruacije, smanjenje mišićnog tkiva, gubitak mineralne gustoće kostiju, što posljedično može dovesti do usporenog tjelesnog rasta u adolescenciji (Keel i Levitt, 2006). Zbog drastičnog smanjenja unosa hrane različiti tjelesni sistemi ne mogu normalno funkcionirati. Tako osobe s anoreksijom imaju problema s regulacijom tjelesne temperature, usporenim radom srca, niskim krvnim tlakom, nesanicom, konstipacijom. Mitchell i Crow (2010, prema Mudrinić, 2016) navode i dentalne probleme, kao što su erozija i dekalifikacija zuba,

koji su karakteristični za prejedajući – purgativni tip anoreksije. Dolazi i do psiholoških smetnji kao što su depresivno raspoloženje, razdražljivost, povlačenje iz društva, opsesivna zabrinutost hranom te smanjena koncentracija (Beaumont, 2002). Kada takve poteškoće ozbiljno otežavaju normalno funkcioniranje tjelesnih sistema, potrebna je hospitalizacija.

Glavna zapreka postavljanju dijagnoze i započinjanju liječenja jest bolesnikovo poricanje poremećaja. Pružanje potpore i empatija imaju ključnu ulogu u osnaživanju osoba da se oslobode straha od dobivanja na tjelesnoj težini, kao i potrebe za prekomjernom fizičkom aktivnosti ili povraćanjem (Collier i sur., 2010). Anoreksija nervoza spada u vrlo teške i nerijetko smrtne psihijatrijske poremećaje, pri čemu je mortalitet uzrokovan komplikacijama zbog izgladnjivanja ili suicida.

### **3.2. Bulimija nervoza**

Bulimija nervoza se često opisuje kao sindrom prejedanja i pražnjenja, sastoji se od epizoda prejedanja nakon kojih slijedi inducirano povraćanje ili zloupotreba laksativa, da bi se iz tijela izbacile velike količine hrane (Marčinko, 2013). Želja za hranom je prejaka te se osobe s njom ne mogu nositi, a nakon prejedanja, zbog osjećaja krivnje i straha, povraćaju. Poremećaj se javlja kod otprilike 10 žena u odnosu na 1 muškarca, uglavnom u kasnoj adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, a najčešće između 14. i 25. godine (Cavanaugh i Ray, 1999, prema Jakovina, 2017).

Tri osnovna obilježja karakteriziraju bulimiju nervozu, a to su: ponavljajuće epizode prejedanja, ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci za sprječavanje porasta tjelesne težine i samoprocjena koja je neopravdana pod utjecajem oblika vlastitog tijela i njegove težine. Da bi se postavila dijagnoza, prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci moraju se ponavljati, najmanje jednom sedmično tijekom tri mjeseca.

Postoje dva tipa bulimije nervoze, a to su:

- Purgativni tip
- Nepurgativni tip

*Purgativni tip bulimije nervoze* je tip kod kojeg osoba pribjegava samoizazvanim povraćanjima ili zloupotrebi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje.

*Nepurgativni tip* poremećaja obilježen je nekim drugim neodgovarajućim ponašanjem, kao što je post ili pretjerano tjelesno vježbanje, pri čemu osoba ne pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zloupotrebi lijekova.

Sličnost između anoreksije i bulimije nervoze je uglavom jasna. Oba poremećaja se pretežno javljaju među mlađim ženama, obilježena su pretjeranom zabrinutošću tjelesnim oblikom i težinom, a trećina pacijenata koji se podvrgavaju tretmanu bulimije nervoze imaju u svojoj povijesti bolesti anoreksiju. Za razliku od anoreksije nervoze, kod koje pacijenti imaju izrazito ispodprosječnu težinu, pojedinci sa bulimijom nervozom imaju normalnu tjelesnu težinu. Postojeća literatura također ukazuje na opći trend porasta stope prevalencije poremećaja hranjenja u posljednjih nekoliko godina (Begić, 2016; Dahlgren i sur., 2017; Dalle Grave, 2015; Galmiche i sur., 2019, prema Jureković, 2021). Iako DSM 5 te većina literature navodi omjer 1:10 u korist žena u slučaju anoreksije i bulimije, novija istraživanja ukazuju na trend porasta udjela muškaraca među osobama koje danas obolijevaju od ova dva poremećaja (Galmiche i sur., 2019, prema Jureković, 2021).

Prejedanje se obično odvija u potaji ili što je moguće neprimjetnije te se nastavlja dok osoba nije neugodno ili čak bolno prepuna (Vidović, 2009). Najčešći prethodnik prejedanju su neugodne emocije, zatim interpersonalni stresori, dijeta, neugodni osjećaji povezani s tjelesnom težinom i oblikom tijela te dosada (Beumont, 2002). Kako se nakon prejedanja javlja anksioznost, osobe pribjegavaju samoizazvanom povraćanju kako bi ublažile taj osjećaj (Keel i Levitt, 2006). Kod adolescentica s bulimijom čest je izostanak menstruacije, a učestala kompenzacijska ponašanja dovode do dehidracije organizma te kardiovaskularnih i gastrointestinalnih problema (Pinhas i sur., 2007). Pojavljuje se erozija zuba, oticanje žlijezda slinovnica te nedostatak kalija i elektrolita u organizmu. Osim toga, može se javiti tzv. Russelov znak, odnosno žuljevi i ozljede na šakama i zglobovima prstiju kao posljedice upotrebe ruku pri izazivanju povraćanja (Mitchell i Crow, 2010, prema Mudrinić, 2016). Ovaj tip oštećenja se u kasnijoj fazi poremećaja više ne primjećuje jer povraćanje postaje gotovo refleksno. Prisutne su i psihičke posljedice pa tako Mitchell i Crow (2010) navode da su bulimične osobe često

depresivne i letargične. Unatoč ozbiljnim posljedicama bulimije na život adolescenata, smatra ih se manje ozbiljnima od posljedica anoreksije (Beumont, 2002).

Nakon postavljanja dijagnoze bulimije nervoze uz provođenje prikladnog tretmana može se očekivati da će 50% osoba dvije do deset godina nakon liječenja biti asimptomatsko, 20% će ostati neizliječeno, 30% će imati faze remisije i relapsa ili će se razviti supklinički oblik bolesti (Sambol i Cikač, 2015). Istraživanje u kojem se pratilo 222 osobe oboljele od bulimije nervoze u periodu od 11 godina pokazalo je da je 70% osoba ušlo u potpunu ili djelomičnu remisiju, a 11% je i dalje imalo simptome poremećaja (Keel i sur., 1999).

### **3.3. Poremećaj s prejedanjem**

Prejedanje podrazumijeva unos neuobičajeno velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju kojeg prati osjećaj gubitka kontrole (Pokrajac-Bulian i sur., 2009). Ono se često javlja tijekom provođenja dijete. Epizode prejedanja karakteriziraju tri ili više sljedećih obilježja: jedenje brže nego što je uobičajeno, jedenje do osjećaja ispunjenosti, jedenje velikih količina hrane i bez osjećaja gladi, jedenje nasamo zbog osjećaja stida, osjećaj gađenja prema samome sebi nakon jedenja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ponavljajuće epizode prejedanja koje se u prosjeku moraju pojaviti najmanje jednom sedmično tijekom 3 mjeseca, obilježja su poremećaja s prejedanjem. "Epizode prejedanja" podrazumijevaju jedenje, u određenom vremenskom razdoblju, količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.

Poremećaj s prejedanjem je stanje u kojem se javlja pretjerano jedenje, ali ono nije popraćeno s povraćanjem, čišćenjem i smanjenim unosom hrane. Učestalost je oko 1% u općoj populaciji. Spolnih razlika u javljanju ovog poremećaja gotovo da i nema. Ovaj poremećaj često se pojavljuje zajedno s drugim poremećajima hranjenja, uglavnom s bulimijom. Osobe s poremećajem prejedanja imaju nisko samopoštovanje, anksiozne su i depresivne (Grilo, 2002). Etiologija je psihološka, budući da osobe koje pate od ovog poremećaja su nezadovoljne vlastitim izgledom, ne prihvataju sliku vlastitog tijela i imaju nisko samopoštovanje (Begić, 2014). Kako se uz redovito prejedanje javlja i pretilost, kod osoba s poremećajem s prejedanjem javljaju se

zdravstvene poteškoće povezane s pretilošću. One uključuju visoki krvni tlak, povišeni kolesterol, probleme u radu srca, respiratorne probleme te dijabetes (Keel i Levitt, 2006). Ipak, kod osoba s poremećajem prejedanja javljaju se i ozbiljnije zdravstvene teškoće od onih povezanih s pretilošću, kao što su depresija i drugi problemi povezani s mentalnim zdravljem (Mason i Lewis, 2014). Iako značajne, posljedice poremećaja s prejedanjem smatraju se manje ozbiljnima od onih anoreksije i bulimije (Mudrinić, 2016).

Sve poremećaje hranjenja i jedenja objedinjuje negativno percipiranje sebe s obzirom na vanjski izgled i težinu, te neredovit ili povećan unos hrane. Iako su najpoznatiji poremećaji hranjenja i jedenja anoreksija i bulimija nervoza, sve se veća pažnja pridaje i proučavanju poremećaja prejedanja kao posebnog poremećaja hranjenja, ali i kao obrasca ponašanja što znači da ne mora nužno imati obilježja poremećaja. Poremećaju s prejedanjem treba pristupiti ozbiljno jer u odsutnosti pravovremenog liječenja može napredovati u ozbiljan poremećaj hranjenja, dok prejedanje kao obrazac hranjenja nakon nekog vremena može i prestat (Božić i Macuka, 2017).

#### **4. UTJECAJ MEDIJA NA NASTANAK POREMEĆAJ HRANJENJA I JEDENJA KOD ADOLESCENATA**

Slika tijela multidimenzionalni je konstrukt koji igra značajnu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Istraživanja pokazuju da je 40 – 70% adolescentica nezadovoljno nekim dijelovima tijela ili tijelom u cijelosti. Nezadovoljstvo se najčešće odnosi na struk, bokove, stomak, stražnjicu ili bedra (Levine i Smolak, 2002). Slika tijela također utječe na socijalnu percepciju i ponašanje, a može utjecati na oblikovanje osobnih i interpersonalnih doživljaja kroz cijeli životni vijek (Cash i Fleming, 2002). Razvijene zemlje promoviraju mršavost kao ideal ljepote, a novija istraživanja pokazuju da i zemlje u razvoju usvajaju sve više vrijednosti dominantne, zapadne kulture što dovodi do porasta poremećaja hranjenja.

Masovni mediji, posebno televizija i razni časopisi, možda su najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala. Budući da je adolescencija razdoblje intenzivnog razvoja identiteta i istraživanja spolne uloge, nije čudno da mediji imaju veliki utjecaj i njihovo značenje se ne smije zanemariti. Mladi ljudi često gledaju televiziju, a socijalni pritisak prema mršavosti koji se propagira u televizijskim emisijama posebno utječe na njih s obzirom na to da se nalaze u razdoblju tijekom kojeg se razvija identitet i istražuje spolna uloga. Modni magazini posebno se obraćaju adolescentnim djevojkama u dobi od 11 do 15 godina. Djevojke se tako odjednom pronauđu u situaciji u kojoj se suočavaju s pubertetskim porastom težine i promjenama u obliku tijela u kulturi koja nudi zbunjujuće poruke o ženskoj seksualnosti i težnjama, uključujući glad (Levine i Smolak, 2002). Lakoff i Scherr (1984) tvrde da je utjecaj TV-a i časopisa posebno negativan zbog toga što se modeli u tim medijima shvataju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Problem nastaje što žene ne uzimaju u obzir činjenicu da se modeli koji se pojavljuju na televiziji i u časopisima dugo pripremaju uz pomoć profesionalnih frizera i šminkera, kontroliranih dijeta i tjelovježbi za samo jednu fotografiju, već gledaju te modele kao realistične i primjerene pojave (Jasper, 1993; Lakoff i Scherr, 1984; prema Ambrosi-Randić, 2004).

Brojni stručnjaci, roditelji i adolescenti smatraju da mediji svakodnevno promiču nezdrave ideale ljepote jer su prepuni jasnih poruka o pozitivnim svojstvima mršavosti, privlačnosti, idealnim tjelesnim proporcijama i obliku tijela, hrani i negativnim



aspektima o debljini zbog čega dolazi do nezadovoljstva vlastitim tijelom, pojave nagona za mršavljenjem i poremećaja u prehrani još od najranije dobi, zbog toga je danas sve veći broj studija koje se bave tom problematikom. Današnji mediji su sveprisutni i moćni, komplicirani i zbunjujući, što rezultira povećanjem nezadovoljstva vlastitim izgledom među ženama, ali i muškarcima.

Žene i muškarci se svakodnevno suočavaju s nerealnim očekivanjima. U posljednjim godinama je od svih medijskih utjecaja na psihičko zdravlje i ponašanje vjerojatno najznačajniji posta internetski utjecaj. Mnoga istraživanja skreću pozornost upravo na štetne posljedice njegove upotrebe, između ostalog i na odnos osoba prema vlastitom tijelu. Veća količina vremena provedena na internetu povezuje se s većom učestalošću misli, emocija i ponašanja karakterističnih za poremećaje hranjenja i jedenja poput internalizacije ideala mršavosti, nadziranja i provjeravanja tijela, poriva za mršavljenjem (Tiggemann i Slater, 2013), te promjena u hranjenju (Rodgers i sur., 2013). Kad govorimo o odnosu internetskih sadržaja i rizičnih čimbenika za razvoj smetnji u odnosu prema hrani i tijelu, od posebnog su značaja društvene mreže čiji su korisnici u velikoj mjeri djeca i adolescenti, a postaju im izloženi u sve ranijoj dobi. Pomoću sistema potkrepljenja društvene mreže potiču svoje korisnike na kontinuirano korištenje te tako povećavaju izloženost mladih osoba često nerealističnom idealu mršavosti (Ambrosi-Randić i sur., 2008; Talbot i sur., 2017). Na našem području veliki utjecaj na adolescentne djevojke imaju Instagram i TikTok koji promoviraju nezdravi način života, odnosno kritikuju osobe sa viškom kilograma i preporučuju razne dijete za postizanje željenog izgleda. Budući da je internet postao jedan od najpopularnijih komunikacijskih kanala, pojedinci istih ili sličnih mišljenja, želja, potreba ili iskustava stvaraju grupe i oblikuju stranice na kojima razmjenjuju iskustva, uglavnom skrivajući svoj identitet. Tako su nastale i stranice koje promiču i podržavaju anoreksiju i bulimiju. Analizom sadržaja tih stranica Ambrosi-Randić i suradnici navode da takve stranice prikazuju anoreksiju i bulimiju nervozu u pozitivnom svjetlu i obično je definiraju kao životni stil, a ne kao oboljenje, te zaključuju da su provedene analize pokazale da su sudionici na ovim stranicama najčešće adolescentne djevojke, a glavne teme o kojima raspravljaju uključuju prejedanje, povraćanje, dijetu, post, vježbanje i zlorabu lijekova. Uz to, često se daju i traže savjeti te pruža socijalna podrška u cilju gubitka i održavanja niske tjelesne težine. Negativne emocije kao tuga, mržnja i ljutnja mnogo su

češće nego pozitivne emocije. Dvije trećine analiziranih elektroničkih dnevnika sadrži slike i pjesme čiji je cilj ojačati motivaciju i ponašanja usmjerena ka postizanju ideala mršavosti (Ambrosi-Randić i sur., 2008).

Rezultati istraživanja pokazuju kako percipirani utjecaj medija (televizije, emisija, filmova, serija, časopisa, novina) na sliku tijela kod adolescenata najviše ovisi o njihovom rodu, potom o interakciji roda i dobi te naposljetku o njihovoj dobi. Djevojke, očekivano i u skladu s društveno uvjetovanim idealima tjelesnog izgleda, u većoj mjeri nego mladići doživljavaju utjecaj medija na mršavljenje, dok mladići više nego djevojke doživljavaju utjecaj medija na dobivanje na tjelesnoj težini i povećanje mišićavosti. Djevojke u kasnoj adolescenciji u odnosu na one u ranoj doživljavaju snažniji utjecaj medija na mršavljenje, između mladića u ranoj i kasnoj adolescenciji nema bitnijih razlika. Suprotno tome, mladići u kasnoj adolescenciji doživljavaju snažniji utjecaj medija na dobivanje na tjelesnoj težini od mladića u ranoj adolescenciji, dok između djevojaka u ranoj i kasnoj adolescenciji nema bitnijih razlika (Erceg-Jugović i Kuterovac-Jagodić, 2016).

Mediji bi trebali plasirati ideju koja ne propagira da je vitkost negativna, već da su različiti oblici tijela podjednako prihvatljivi i poželjni u našem društvu. Drugi je način edukacija djece već u osnovnoj školi o kritičkom stavu i prihvatanju medijskih poruka te načinima odupiranja neadekvatnom i štetnom medijskom pritisku. Primarna prevencija može se usmjeriti i na edukaciju opće populacije i stručnjaka koji se susreću s visokorizičnim dobnim skupinama, među kojima su prvenstveno adolescenti. Kultura u kojoj živimo, kao i nametnuti nam standardi o idealnom izgledu ženskoga tijela imaju snažan utjecaj na našu percepciju tijela, kao i na razvoj nezadovoljstva tjelesnim izgledom. Sociokulturno okruženje može doprinijeti razvoju nezadovoljstva tijelom prenoseći norme o idealnom tjelesnom izgledu putem medija, posebice oglasa modne i kozmetičke industrije koje zarađuju na račun ženskog nezadovoljstva tijelom (Pokrajac-Bulian i sur., 2005). Rezultati brojnih istraživanja upućuju na to da medijski sadržaj koji promiče ideal mršavosti ima znatan utjecaj na mlade ljude te je, da bi se zaštitile generacije koje dolaze, potrebno osnažiti medijsku regulaciju, ali i jačati medijsku pismenost mladih (Popović i sur., 2014).

## **5. UTJECAJ PROVOĐENJA DIJETE NA RAZVOJ POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA**

Slika ili predodžba tijela subjektivna je reprezentacija tjelesnog izgleda i tjelesnih iskustava i značajan je aspekt psihološkog i interpersonalnog razvoja u adolescenciji, posebno za djevojke. Prema multidimenzionalnom modelu dijeta se pojavljuje pod utjecajem biološke i psihološke ranjivosti, kao što su nasljeđe, konstitucija, sniženo samopoštovanje, ali i socijalnih utjecaja, koji mogu dovesti do gubitka težine i efekata izglednjivanja koji vode bulimiji i anoreksiji nervozi (Ambrosi-Randić, 2004).

Tijekom adolescencije djevojke postaju svjesnije društveno prihvaćenog ideala mršavog ženskog tijela, zbog čega počinju povećavati svoje napore kako bi ga dostigle (Rukavina i Pokrajac-Bulian, 2006), dok s druge strane mladići izvještavaju o sve manjoj važnosti tjelesnog izgleda, u manjoj mjeri koristeći štetne strategije kako bi ga promijenili (McCabe i Ricciardelli, 2006). Rezultati brojnih istraživanja upućuju na povećanje nezadovoljstva tijelom u djevojaka od rane do srednje adolescencije kada i njihova želja za vitkim tjelesnim izgledom postaje izraženija (Levine i Smolak, 2002; Jones, 2004; Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović, 2007;). U mnogim razvijenim zemljama Zapada 50 – 80% adolescentnih djevojaka želi biti mršavije, a više od 50% njih izvještava o držanju dijete (Levine i Smolak, 2002). Između djevojaka i mladića postoje značajne razlike u nezadovoljstvu tijelom, provođenju dijete i odstupajućim navikama hranjenja, pri čemu su djevojke značajno nezadovoljnije vlastitim izgledom, iskazuju više odstupanja u navikama hranjenja te u većoj mjeri provode dijetu od mladića. Obliku i veličini svoga tijela pridaju veću važnost te ga češće procjenjuju i izražavaju negativnije stavove o njegovim pojedinim dijelovima (McCabe i Ricciardelli, 2001; Levine i Smolak, 2002).

Izražena želja za mršavošću, povezana je s pokušajima provođenja dijete, te je sve učestalija u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi kod žena zapadne kulture. U istraživanju koje je provedeno u Velikoj Britaniji, 60% djevojaka između 17 i 18 godina pokušava promijeniti oblik i težinu tijela jer se osjećaju pretilo. Podaci istraživanja provedenog na uzorku srednjoškolki u Hrvatskoj pokazuju da 50% djevojaka i 16% mladića provodi dijetu. 49% djevojaka vjeruje da je njihova idealna tjelesna masa manja od sadašnje. Utvrđeno je da već u osnovnoj školi 8% djevojčica u dobi od 11 godina provodi dijetu,

dok se taj postotak penje na 29% u dobi od 14 godina (Pokrajac-Bulian i sur., 2007). Dijeta izaziva fiziološke promjene brojnih tjelesnih sistema, ali i kognitivne disfunkcije koje u izrazito podložnih pojedinaca mogu potaknuti anoreksiju nervozu. Patton, Selzer i Coffey (1998; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2007 ) pronalaze da osobe koje koriste ekstremne dijete imaju 18 puta veću vjerojatnost razvoja klinički značajnoga poremećaja u hranjenju u razdoblju od tri godine. Raširenost dijete i usmjerenost adolescenata na tjelesni izgled i težinu ne bi se trebala zanemarivati. Zaokupljenost hranom i dijeta mogu voditi prema razvoju poremećaja hranjenja, a neka longitudinalna istraživanja pokazuju da se na temelju zabrinutosti težinom u ranoj adolescenciji može predvidjeti javljanje simptoma bulimije nervoze kroz vremenski period od četiri godine.

U želji da nalikuju idealu koji im prezentuju mediji, pripadnice ženskog spola podnose razne muke i čak rizikuju zdravlje. Dijete i pretjerano bavljenje sportom su najčešće metode. Držanje dijete česta je pojava među djevojkama i ženama, ali uzimajući u obzir individualne razlike, neće uvijek doći do poremećaja hranjenja i jedenja. Vrlo stroge dijete su najopasnije, te one što se više i strožije praktikuju povećavaju opasnost od nastanka poremećaja. Dijeta nije direktni uzrok nastanka poremećaja hranjenja i jedenja, ali svakako ima utjecaja. Istraživanja su pokazala da 35% mladih koji drže rigorozne dijete, vremenom razviju opsesiju prema njima, a čak 20 do 25% razvije neki poremećaj hranjenja i jedenja. Dijeta je potencijalno učinkovita strategija kojom se kontrolira tjelesna težina te se tako sprječavaju poremećaji kao što su kardiovaskularne bolesti i dijabetes, koji se vezuju uz prekomjernu težinu (Ambrosi-Randić, 2004), dok s druge strane dijeta u adolescenciji se učestalo javlja pri poremećajima hranjenja.

### **5.1. Vrste dijete**

Fairburn (1996; prema Ambrosi-Randić, 2004) navodi tri osnovna načina na koje osobe drže dijetu, a to su: izbjegavanje jela, ograničavanje količine hrane i izbjegavanje hrane.

*Izbjegavanje jela* može uključivati post između dvije epizode prejedanja, što ponekad uključuje post danima. Osobe koje koriste ovaj način obično se trude da tijekom dana što duže izdrže bez jela, to jest ne jedu sve do večere. Ovakva ponašanja su tipična za

četvrtinu bulimičnih osoba, dok u općoj populaciji tek 1% osoba ne jede tijekom cijelog dana.

*Ograničavanje količine*, obično uključuje kontrolu nad količinom hrane koja mora biti ispod neke kalorijske granice. Za mnoge osobe s anoreksijom i bulimijom nervozom ta granica je 1000 ili 1200 kalorija dnevno, što je znatno ispod potrebne dnevne količine. Neke osobe određuju još ekstremnije granice, pa tako programi posta uz uzimanje tekućina imaju samo 450 – 800 kalorija dnevno.

*Izbjegavanje hrane* prakticiraju neke osobe koje smatraju da određena hrana deblja ili zato što je u prošlosti uzimanje te hrane potaklo bulimičnu epizodu. Takva hrana se često opisuje kao zabranjena, loša i opasna. Istraživanja pokazuju da čak jedna petina žena drži takvu dijetu, a ovu metodu koristi čak tri četvrtine bulimičnih osoba i polovina onih s poremećajima kompulzivnog prejedanja.

Uz spomenuto postoje i drugi načini restrikcije hrane. Danas je dijeta često negativno karakterizirana i veže se uz negativne konotacije, pa pojedinci to što ne jedu određenu hranu opravdavaju različitim alergijama, zdravim načinom hranjenja ili na temelju toga da su vegeterijanci. Bez obzira na to kako je racionalizirana, svaka restirkcija hrane koja je usmjerena na utjecanje na oblik ili težinu tijela trebala bi se smatrati dijetom.

Efekti držanja dijete manifestiraju se kako na tjelesnom, tako i na psihološkom planu. *Tjelesni efekti* držanja dijete su mnogobrojni, a uz to mogu biti i vrlo štetni. Također, hormonski poremećaj je utvrđen kod polovine bulimičnih i četvrtine osoba koje imaju poremećaj s prejedanjem (Fairburn, 1996, prema Ambrosi-Randić, 2004).

*Psihološki efekti* držanja dijete uključuju promjene u stavovima i ponašanju u odnosu na hranu, te niz emotivnih, kognitivnih i socijalnih promjena. U području stavova javlja se povećana zabrinutost za prehranu i izgled, dok promjene u ponašanju se manifestiraju kroz igranje hranom za vrijeme obroka ili imaju tendenciju produžavanja obroka. U psihološke efekte ubrajamo i emotivni i kognitivni plan, odnosno na emotivnom planu javlja se euforija koja je karakteristična za početnu fazu držanja dijete, a zatim je zamjenjuju negativne emocije, razdražljivost, ljutnja, depresija i slično. Na kognitivnom planu javlja se pad koncentracije te smanjena sposobnost apstraktnog razmišljanja (Ambrosi-Randić, 2004).

## 6. TRETMAN POREMEĆAJA HRANJENJA I JEDENJA

Tretman za pacijente sa poremećajem hranjenja i jedenja podrazumijeva multidisciplinarni pristup u liječenju te individualni pristup i program za liječenje svakog pacijenta. Za liječenje ovih poremećaja neophodna je uključenost i saradnja više specijalista. Važnu ulogu u liječenju imaju i nutricionisti i liječnici koji prate cjelokupno zdravstveno stanje osobe kako bi joj osigurali što kvalitetniju pomoć. Također, liječenje ovih poremećaja zahtjeva dug i kontinuiran rad da bi došlo do potpunog izlječenja. Akutna hospitalizacija se preporučuje ukoliko je zdravlje pacijenta narušeno i ugroženo, te ona može trajati nekoliko dana do nekoliko mjeseci. Osnova u liječenju ovih poremećaja je psihoterapija. Psihoterapija pomaže pojedincu da promijeni nezdravi i izabere zdravi način mišljenja i ponašanja, usvoji nove stavove, poboljša interpersonalne odnose, osvijesti svoje strahove, probleme i osjećaje. Ističe se provedba i individualne i grupne i obiteljske psihoterapije. U liječenju poremećaja hranjenja i jedenja najčešće se koriste kognitivno – bihevioralna terapija ili psihodinamski orijentirana terapija, ali je moguće koristiti i kombinaciju drugih psihoterapijskih pristupa (Korotaj i sur., 2008). Kognitivno – bihevioralna terapija fokus stavlja na pronalaženje i razumijevanje potisnutih problema i disfunkcionalnih stavova koje je oboljela osoba potisnula. Osnovni cilj rada sa oboljelim osobama je postavljanje novog i normalnog, balansiranog obrasca prehrane, proširivanje izbora hrane, promjena osobnih pogleda na hranu, tijelo i zdravlje. Korisne su i psihoedukativne radionice, kreativne radionice, grupe podrške i samopomoći, te terapije opuštanja.

U razvijanju metoda liječenja poremećaja hranjenja i jedenja koriste se mnoga sredstva i istraživanja. Pa tako jedna pilot studija bila je vezana uz prakticiranje yoge u smanjenju pojavnosti simptoma poremećaja hranjenja i jedenja. Pokazalo se da yoga u kombinaciji s ambulantnim liječenjem poremećaja hranjenja smanjuje anksioznost, depresiju i poremećaj tjelesne slike bez negativnog utjecaja na težinu. Ovi preliminarni rezultati sugeriraju da je yoga obećavajuća strategija liječenja, uz standardni multidisciplinarni pristup (Hall i sur, 2016).

Proces liječenja obično je dugotrajan i ovisi o stanju pacijenta te trajanju bolesti. Kod teško pothranjenih pacijenata zbog rizika od ozbiljnih metaboličkih poremećaja i smrti, potrebno je uvoditi hranu polagano, u početku minimalne količine energije. S

vremenom unos energije se povećava kako bi dostigle normalne i nešto povišene vrijednosti te se tako osigurao polagani rast tjelesne mase. Poželjno je propisivanje individualnog plana prehrane za svakog pojedinog bolesnika, stoga je stručna pomoć nutricionista obično neophodna. Kada se izrađuje plan prehrane, u obzir treba uzeti preferencije pojedinog bolesnika pri izboru hrane kako bi uspjeh u konačnici bio što bolji. Psihofarmaci se nisu pokazali posebno uspješnima, no u kombinaciji s psihoterapijom pacijentu se daju antidepresivi i olanzapin koji se pokazao uspješnim za povećanje tjelesne težine. Najveći se broj osoba oboljelih od anoreksije nervoze uspješno oporavi, a kod manjeg broja osoba razvija se hronični poremećaj. Nakon prestanka simptoma anoreksije, kod nekih je pacijenata još neko vrijeme prisutno slabo zdravstveno stanje, nisko samopouzdanje i depresivnost (Vidović, 2004).

Rana intervencija kod poremećaja hranjenja i jedenja povećava vjerojatnost uspješnog liječenja i brzog oporavka. Svakako treba uzeti u obzir da je oporavak proces koji će potrajati neko vrijeme zbog čega je izrazito važna podrška obitelji i prijatelja koji mogu znatno utjecati na trajanje oporavka.

## 7. ZAKLJUČCI

Poremećene navike hranjenja rizična su ponašanja koja vremenom dovode do razvoja poremećaja hranjenja. Poremećaji hranjenja i jedenja su poremećaji sa prekomjernim ili smanjenim unosom nutrijenata. Anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj sa prejedanjem su najčešći poremećaji hranjenja i jedenja. Pretežno se javljaju u adolescenciji kod ženskog spola sa sve većom tendencijom pojave u ranijim dobnim skupinama. Uzrok nastanka nije u potpunosti razjašnjen, ali se smatra da važnu ulogu imaju biopsihosocijalni faktori. Nakon što se poremećaj hranjenja već manifestira važno je njegovo pravovremeno prepoznavanje, te što brže uključivanje oboljele osobe u liječenje.

Rezultati brojnih istraživanja uglavnom dosljedno pokazuju kako na razvoj i održavanje nezadovoljstva tijelom tijekom adolescencije, između ostalog, utječe i pritisak i negativni verbalni komentari vezani uz tjelesni izgled od strane roditelja i vršnjaka. Istraživanja u tom području pretežno su provođena na uzorcima adolescentica budući da je kod njih prevalencija nezadovoljstva tijelom veća. Psihosocijalni problemi povezani s nezadovoljstvom tijelom, tekođer nisu zanemarivi ni kod adolescentnih mladića, kod kojih se strategije dobivanja na mišićnoj masi i težini općenito, kao i snažan sociokulturalni pritisak prema mišićavom muškom tijelu, pojavljuju kao središnja pitanja u tom području. Brojne spoznaje upućuju na važnost osvještavanja utjecaja koji mediji imaju na sliku tijela te stoga mogu poslužiti kao korisne smjernice u osmišljavanju preventivnih i intervencijskih programa s ciljem pružanja pomoći te sprječavanja i/ili ublažavanja mnogih problema koji mogu nastati uslijed izražene preokupacije tjelesnim izgledom i nezadovoljstva tijelom.

Budući da se često smatra da osobe oboljele od poremećaja hranjenja i jedenja samo žele usmjeriti pažnju na sebe, u ovom radu smo prikazali da je to ipak nešto složenija etiologija. Osim toga što postoji biološka predispozicija, veliki utjecaj imaju i psihološki, ali i sociokulturalni faktori. Jedan od sociokulturalnih faktora koji ima izrazit utjecaj na adolescente, jesu mediji. Brojna istraživanja potvrđuju utjecaj medija na negativnu sliku o vlastitom tijelu, ali i uvođenje restriktivnih mjera koje se odnose na postizanje željenog izgleda. Rizična ponašanja mogu s velikom vjerojatnošću dovesti do poremećaja hranjenja. Kada je u pitanju utjecaj medija i provođenja dijeta na



nastanak poremećaja hranjenja i jedenja, možemo zaključiti, da je prema provedenim istraživanjima, veća vjerovatnoća javljanja poremećaja hranjenja i jedenja kao rezultat utjecaja medija, ali i provođenja dijeta. Nezadovoljstvo tijelom se povećava ulaskom u ranu adolescenciju, pri čemu djevojke, a nerijetko i muškarci, podliježu socijalnom utjecaju i nastoje se prilagoditi onom što im okolina nameće. Kako bi se pravovremeno spriječio nastanak poremećaja u adolescenciji, potrebno je edukacijskim programima smanjiti prevalenciju korištenja dijeta i drugih metoda kod školske djece. Nakon što se poremećaj hranjenja već manifestira važno je njegovo prepoznavanje, te što brže uključivanje oboljele osobe u liječenje.

## LITERATURA

Ambrosi-Randić, N. (2000). Učestalost i korelati provođenja dijete tijekom adolescencije. *Društvena istraživanja*, vol. 3 (53), 415-430.

Ambrosi-Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja hranjenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ambrosi-Randić, N., Pokrajac-Bulian, A., Ogresta, J., Lacovich, M. (2008), Poremećaji hranjenja i internet: analiza sadržaja hrvatskih web stranica, *Psihologijske teme*, vol. 17, No. 1, 37-55.

Američka psihijatrijska udruga (1994). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM IV)*. Washington.

Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Beumont, P. J. V. (2002). Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. U: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Ur.), *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 162-171.

Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Božić, D., Macuka, I. (2017). Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, vol. 53. 1–16.

Cash, T. F., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., Whitehead, A. (2002). Beyond Body Image as a Trait: The Development and Validation of the Body Image States Scale. Department of Psychology, Old Dominion University. *Eating Disorders*, vol. 10, 103-113.

Cipirić, A., Landripet, I. (2017). Uloga obiteljske socijalizacije i samopoštovanja u odnosu korištenja internetskih društvenih mreža i zadovoljstva tjelesnim izgledom kod adolescentica. *Medijska istraživanja*, vol. 23 (1), 101-126.

Collier, J., Longmore, M., Turmezei, T., Mafi, A. R. (2010). Oxford handbook of clinical specialties. *Oxford university vol. 8*, 314-208.

Crundall, I. (1988). *Survey of drug use among young people in Victorian Youth Training and Reception Centres*. Melbourne, Australia: Health Department, Alcohol and Drug Services Unit.

Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Erceg-Jugović, I., i Kuterovac-Jagodić, G. (2016). Percepcija utjecaja medija na sliku tijela kod djevojaka i mladića u adolescenciji. *Medijska istraživanja*, vol. 22, br. 1, 145-162.

Furnham, A. i Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reason for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, vol. 6, 58-72.

Grilo, C. M. (2002). Binge Eating Disorder. U: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. (Ur.), *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 178-183.

Hall, A., Ofei-Tenkorang, N. A., Machan, J. T., i Gordon, C. M. (2016). Use of yoga in outpatient eating disorder treatment: a pilot study. Preuzeto dana 2.6.2021. godine sa [Use of yoga in outpatient eating disorder treatment: a pilot study \(nih.gov\)](#)

Jakovina, T. (2017). Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom. *Doktorska disertacija*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Jones, D. C. (2004). Body Image among Adolescent Girls and Boys: A Longitudinal Study. *Developmental Psychology*, vol. 40, 823-835.

Johnson, W. G. i Schlundt, D. G. (1985). Eating Disorders: Assessment and treatment. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 28, 598-613.

Jureković, I. (2021). Internetsko ponašanje osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. *Diplomski rad*. Filozofski fakultet. Sveučilište u Zagrebu.

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch gen Psychiatry*, vol. 9. 56-63.

- Keel, P. K., Levitt, P. (2006). *Eating disorders*. New York: Chelsea House Publisher.
- Korotaj, Z., Vlašić-Cicvarić, I., Knez, R. i Peršić, M. (2008). Potreba za osnivanjem specijalnog centra za poremećaje hranjenja. *Pediatr Croat* 2008, vol. 52, 130-133.
- Krleža, A. (2020). Anoreksija nervoza: etiologija, česti komorbidni poremećaji i terapija. *Psyche*, vol. 3, 7-13. Naklada KSP "STUP".
- Lakoff, R. T. i Scherr, R. L. (1984). *Face value: The politics of beauty*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Levine, M. P. i Smolak, L. (2002). Body image: Development in adolescence. U: Cash, T.F., Pruzinsky, T. (Ur.). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: *The Guilford Press*, 74-82.
- Marčinko, D. (2013). *Poremećaji prehrane – od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Martin, S. P., Golden, N. H. (2014). Eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Contemporary Pediatrics*, vol. 31(6), 12-17.
- Mason, T. B., Lewis, R. J. (2014). Profiles of Binge Eating: The Interaction of Depressive Symptoms, Eating Styles, and Body Mass Index. *Eating Disorders*, vol. 22(5), 450-460.
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2006). A Prospective Study of Extreme Weight Change Behaviors Among Adolescent Boys and Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 35 (3), 425-434.
- Mitchell, J. E, Crow, S. J. (2010). Medical Comorbidities of Eating Disorders. U: Agras, S. W. (Ur.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders*, New York: Oxford University Press, 259-267
- Mudrinić, I. (2016). Poremećaji u prehrani adolescenata. *Diplomski rad*. Filozofski fakultet. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku.
- Pike, K.M. (1995). Bulimic symptomatology in high school girls. *Psychology of Woman Quarterly*, vol. 19, 373-396.

- Pinhas, L., Katzman, D. K., Dimitropoulos, G., Woodside, D. B. (2007). Bingeing and bulimia nervosa in children and adolescents. U: T. Jaffa, B. McDermott, *Eating disorders in children and adolescents*. Cambridge:Cambridge University Press, 133-144.
- Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L., Ambrosi-Randić, N. (2004). Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme*, vol. 13, 91-104.
- Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I. (2004). Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, vol. 10 (52), 67-68.
- Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Vukmanović, S., Forbes, G. (2005). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike prehrane kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, vol. 14(1), 57-70.
- Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T., Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, vol. 16, 27-46.
- Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., Kardum, I., Šajina, Š., Kukić, M. (2009). Perfeccionizam, privatna svijest o sebi, negativan afekt i izbjegavanje kao odrednice prejedanja. *Društvena istraživanja*, vol. 1-2(99-100), 111-128.
- Polivy, J., Herman, C. P., Mills, J. S., Wheeler, H. B. (2003). Eating Disorders in Adolescence. U: Adams, G. R., Berzonsky, M. D., *Blackwell Handbook of Adolescence*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 523-550
- Rodgers, R. F., Melioli, T., Laconi, S., Bui, E., i Chabrol, H. (2013). Internet addiction symptoms, disordered eating, and body image avoidance. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 16(1), 56-60.
- Rukavina, T., Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eating and Weight Disorders*, vol. 11, 31-37.
- Sambol, K. i Cikač, T. (2015). Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*, vol. 24. 165-171.

Štracak, M. (2017). Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja. *Završni rad*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Talbot, C. V., Gavin, J., Van Steen, T., i Morey, Y. (2017). A content analysis of thinspiration, fitspiration, and bonespiration imagery on social media. *Journal of eating disorders*, vol. 5(1), 1-8.

Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., Mcknight, K. M., Crago, M., Kraemer, H. C. i Killen, J. D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 24, 31-42.

Tiggemann, M., i Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 46(6), 630-633.

Vidović, V. (2004). Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*, vol. 10, 69-74.

Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, vol. 18(2), 185-191.

Wertheim, E. H., Paxon, S. J., Schutz, H. K. i Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 42, 345-355.