

Razvoj poremećaja prehrane u djetinjstvu i adolescenciji

Jurišić, Tajana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:111187>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-03**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Tajana Jurišić

Razvoj poremećaja prehrane u djetinjstvu i adolescenciji

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ana Babić Čikeš

Osijek, 2021.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Tajana Jurišić

Razvoj poremećaja prehrane u djetinjstvu i adolescenciji

Završni rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana razvojna psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ana Babić Čikeš

Osijek, 2021.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravila te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasna da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

JMBAG: 0122230462

Tajana Jurišić



U Osijeku, 13.9.2021.

Poremećaji prehrane u adolescenciji

Tajana Jurišić

Sažetak

Prevalencija poremećaja prehrane u adolescentnoj dobi zabrinjavajućih je razmjera. Najučestaliji poremećaji prehrane su anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivan poremećaj prejedanja i poremećaji prehrane koji nisu drugačije određeni. Njihova pojava ovisi o brojnim biološkim, psihološkim i socijalnim rizičnim čimbenicima koji djeluju u interakciji. Biološki čimbenici obuhvaćaju genetske utjecaje, te fizičke i spolne promjene u adolescenciji. Psihički čimbenici su samopoštovanje, zaokupljenost tjelesnim izgledom, osobine ličnosti (npr. perfekcionizam), opsesivno ponašanje i misli, percepcija kontrole te intelektualno i kognitivno funkcioniranje. Društveni, tj. društvenokulturalni čimbenici obuhvaćaju obiteljske i vršnjačke utjecaje, medije i utjecaj specifičnih društvenih skupina. Cilj ovog rada je prikazati ulogu rizičnih bioloških, psiholoških i sociokulturalnih čimbenika te spolnih razlika u razvoju poremećaja prehrane u interakciji s tjelesnim, emocionalnim, kognitivnim i psihičkim promjenama razvojnog razdoblja adolescencije. Također, cilj je opisati farmakoterapiju i psihoterapijske metode kao i univerzalne, selektivne i inducirane programe prevencije poremećaja prehrane.

KLJUČNE RIJEČI: poremećaji prehrane, adolescencija, biopsihosocijalni pristup, liječenje, prevencija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Definiranje poremećaja prehrane	2
2.1. Anoreksija nervoza	2
2.2. Bulimija nervoza.....	3
2.3. Poremećaj kompulzivnog prejedanja ili <i>binge</i> poremećaj.....	4
2.4. Poremećaji prehrane koji nisu drugačije određeni	4
3. Pojava i početni stadij poremećaja prehrane	5
4. Rizični čimbenici.....	6
4.1. Biološki čimbenici.....	6
4.2. Psihološki čimbenici.....	7
4.3. Sociokulturalni čimbenici.....	9
4.3.1. Obiteljski utjecaji	10
4.3.2. Vršnjački utjecaji	11
4.3.3. Utjecaj medija	12
4.3.4. Specifične rizične skupine	12
5. Spolne razlike.....	13
6. Tretman	15
6.1. Farmakoterapija	16
6.2. Psihoterapija	16
7. Prevencija	18
8. Zaključak.....	19
9. Literatura	20

1. Uvod

Poremećaji prehrane tema su kojom se istraživači, liječnici i psiholozi bave u sve većoj mjeri unazad 80 godina (Qian i sur., 2013). Njihova pojava je sve učestalija, a razdoblje adolescencije i mlade odrasle dobi najrizičniji je period za razvoj prvih simptoma (Volpe i sur., 2016). Zbog promjene dijagnostičkih kriterija tijekom vremena nije moguće precizno procijeniti porast, ali nema sumnje u kontinuiranu prisutnost poremećaja prehrane u općoj i adolescentnoj populaciji (Qian i sur., 2013). Važno je proučiti čimbenike koji su povezani s pojavom i perzistencijom poremećaja prehrane kako bi se radilo na unaprjeđenju prevencije i tretmana te poboljšanju kvalitete života mladih.

Poremećaji prehrane se prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za psihičke poremećaje (5. izdanje) definiraju kao kontinuirane smetnje u hranjenju ili ponašanju povezanim s prehranom što rezultira promijenjenim načinom konzumacije i apsorpcije hrane te značajno narušava fizičko zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje (American Psychiatric Association, 2013). Prema DSM–V poremećaji prehrane kategoriziraju se u sedam skupina: pica poremećaj, ruminacijski poremećaj prehrane, izbjegavajući restriktivni poremećaj unosa hrane, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaj kompulzivnog (engl. *binge*) prejedanja te poremećaji prehrane koji nisu drugačije određeni (EDNOS) (American Psychiatric Association, 2013). Pretilost se ne klasificira kao psihički poremećaj u DSM-V jer se smatra posljedicom ili simptomom neprimjerenih prehrambenih navika u sklopu poremećaja prehrane ili drugih psihičkih poremećaja poput depresije, anksioznosti, shizofrenije i bipolarnog poremećaja (American Psychiatric Association, 2013). Od navedenih poremećaja, anoreksija i bulimija nervoza, binge poremećaj i EDNOS tipično se javljaju tijekom adolescencije dok je za ostale karakterističan početak u dojenačkoj dobi i djetinjstvu. Svi poremećaji prehrane se mogu protezati kroz adolescenciju i odraslu dob u određenim kliničkim slučajevima. No, ovaj rad usmjerit će se isključivo na opisivanje anoreksije i bulimije nervoze, *binge* poremećaja te poremećaja prehrane koji nisu drugačije određeni zbog njihove prevalencije u adolescentnoj dobi i širokog opsega istraživanja.

Adolescencija je razvojno razdoblje u životu čovjeka koje označava prijelaz iz djetinjstva u odraslu dob (Berk, 2008). U industrijaliziranim državama svijeta trajanje adolescencije ne ovisi isključivo o biološkim i psihološkim promjenama, već i o društvenim i kulturalnim standardima. Adolescencija se može podijeliti u tri faze: rana adolescencija (od 10. do 14. godine), srednja adolescencija (od 14. do 18. godine) i kasna adolescencija (od 18. do

22. godine) (Rudan, 2004). Neki autori navode trajanje kasne adolescencije i do 25. godine zbog produženog trajanja obrazovanja mladih i razvoja kognitivnih funkcija (Berk, 2008). Svakako, kronološka dob služi kao grubi okvir za svrstavanje adolescentnih promjena te su granice relativne i ovise o pojedincu (Rudan, 2004). Adolescencija je razdoblje u kojem se događaju brojne promjene u životu osobe – fizičke, spolne, psihičke i socijalne (Steinberg i Morris, 2001). Sve to čini adolescente ranjivom i rizičnom skupinom za razvoj raznih psihičkih poremećaja, u ovom slučaju poremećaja prehrane (Vidović, 2009). Poremećaji prehrane se najčešće i objašnjavaju interakcijom bioloških, socijalnih i psiholoških čimbenika koji se također uzimaju u obzir pri odabiru i razradi tretmana i plana prevencije (Polivy i Herman, 2002).

Cilj ovog rada je opisati najučestalije poremećaje prehrane te rizične biološke, psihološke i društvenokulturalne čimbenike za njihovu pojavu tijekom adolescencije. Također, cilj je prikazati metode prevencije i tretmana za uspješan oporavak adolescenata oboljelih od poremećaja prehrane.

2. Definiranje poremećaja prehrane

Anoreksija, bulimija i poremećaj kompulzivnog prejedanja te poremećaji koji nisu drugačije određeni isprepleteni su u svojoj simptomatologiji (Polivy i Herman, 2002). 2.7% američkih adolescenata u dobi od 13-18 godina obole od poremećaja prehrane, točnije od anoreksije nervoze, bulimije nervoze ili poremećaja kompulzivnog prejedanja (Merikangas i sur., 2010). Čak 5-15% adolescentnih djevojaka bez dijagnoze koriste neprikladne metode mršavljenja poput povraćanja, laksativa i diuretika (World Health Organization, 2004). Usredotočenost na vlastito tijelo i izgled, nisko samopoštovanje i narušena slika o sebi usko su povezani s odnosom s hranom kod navedenih poremećaja prehrane (Polivy i Herman, 2002). No, svaki od njih ima određene posebnosti koje je potrebno jasno definirati.

2.1. Anoreksija nervoza

Prevalencija anoreksije nervoze u trajanju od 12 mjeseci iznosi 0.4-1% adolescentne populacije i mladih odraslih osoba (American Psychiatric Association, 2013). Anoreksija nervoza poremećaj je prehrane u kojem oboljela osoba ima izrazit strah od debljanja te se smatra pretilom usprkos kontinuiranom mršavljenju i ispodprosječnoj tjelesnoj težini (Zipfel i sur., 2015). Smanjivanje tjelesne težine rezultira gubitkom menarhe i seksualnog poriva kod

žena te seksualne potencije kod muškaraca (Williamson i sur., 2004). Osobe s potpuno razvijenom anoreksijom nervozom imaju tjelesni indeks mase niži od 17.5 (American Psychiatric Association, 2013). Postoje dva tipa anoreksije nervoze: restriktivni i prejedajući/purgativni. S obzirom na podtip anoreksije, oboljeli koriste različite metode mršavljenja. Kod restriktivnog tipa najučestalije metode kontroliranja tjelesne težine su restrikcija unosa hrane, ekstremne dijetete i pretjerana tjelovježba (American Psychiatric Association, 2013). Za prejedajući/purgativni tip tipično je povraćanje, korištenje laksativa, diuretika i drugih metoda „čišćenja“ organizma od konzumirane hrane (Polivy i Herman, 2002). Iskrivljena slika tijela očituje se u navođenju određenih dijelova tijela kao prevelikima poput bedara, stražnjice, nadlaktica i stomaka (Vidović, 2009). Osobe s anoreksijom osjećaju izniman gubitak kontrole i krivnju pri jedenju i samoj pomisli na dobitak kilograma (Froreich i sur., 2016). Jedan od razloga odbijanja hrane je smatranje da ne zaslužuju jesti, tj. da nisu vrijedni nečeg dobrog poput hrane što je odraz niskog samopoštovanja i manjak osjećaja vlastite vrijednosti (Polivy i Herman, 2002). Osobe mogu osjećati privremeno zadovoljstvo ukoliko uspiju smršaviti na putu do „idealnog“ tijela. Međutim, zbog toga što sebe percipiraju debljima nego što uistinu jesu, bilo kakav gubitak na težini neće biti dovoljan te se ciklus nastavlja u obliku začaranog kruga (Williamson i sur., 2004).

2.2. Bulimija nervoza

Od bulimije nervoze boluje 0.9-4.1% adolescentne i mlade odrasle populacije (American Psychiatric Association, 2013). Bulimija nervoza poremećaj je prehrane u kojem osoba izmjenjuje prejedanje (prekomjerno unošenje hrane u jednom obroku u usporedbi s prosječnim potrebama za osobu određene dobi i spola) sa „čišćenjem“ organizma najčešće povraćanjem, postom ili višednevnom restrikcijom od hrane (Polivy i Herman, 2002). Navedene radnje moraju se ponavljati minimalno jednom tjedno tijekom tri uzastopna mjeseca kako bi se dijagnosticirala bulimija nervoza (American Psychiatric Association, 2013). Također je često prekomjerno vježbanje kao metoda kontroliranja kilaže nakon epizode prejedanja (Polivy i Herman, 2002). Karakteristično je da osoba pri prejedanju osjeća potpun gubitak kontrole, dok nakon uspješnog „čišćenja“ ili tijekom posta se osjeća u kontroli (Harrington i sur., 2015). Osobe s bulimijom su pretjerano zabrinute izgledom, debljanjem, tj. mršavljenjem i imaju iskrivljenu sliku vlastitog tijela (Vidović, 2009). Osobe s bulimijom često ostaju u prosječnom rasponu kilaže, tj. BMI ne pada ispod granice pothranjenosti koja iznosi 17.5 (American Psychiatric Association, 2013).

2.3. Poremećaj kompulzivnog prejedanja ili *binge* poremećaj

Od poremećaja kompulzivnog prejedanja oboli 1.6% žena i 0.6% muškaraca u odrasloj populaciji (American Psychiatric Association, 2013). Poremećaj kompulzivnog prejedanja uključuje prvi glavni simptom bulimije, prejedanje ili unos prekomjerne količine hrane u jednom obroku u usporedbi s prosječnim potrebama za osobu određenog spola i dobi (Elran-Barak i sur., 2015). Drugi simptomi *binge* poremećaja poput narušene slike o sebi, niskog samopoštovanja i iskrivljene percepcije vlastitog tijela istoznačni su anoreksiji i bulimiji (Wilfley i sur., 2007). Međutim, iza prejedanja ne slijedi povraćanje niti druge metode „čišćenja“ radi sprječavanja debljanja kao što je slučaj kod bulimije nervoze (Wilfley i sur., 2007). Upravo je izostanak kompenzatornog ponašanja najveća razlika od drugih poremećaja prehrane što često rezultira pretilosti (Keel i sur., 2012). Nadalje, osoba osjeća gubitak kontrole tijekom prejedanja te jede brže i više nego uobičajeno, ponekad i dok ne osjeti bol u abdomenu (Vidović, 2009). Često je i jedenje u samoći iz srama zbog količine unesene hrane. Osjećaj srama i krivnje se nastavlja i nakon epizode uz moguće osjećaje depresije, potištenosti i gađenja (American Psychiatric Association, 2013).

2.4. Poremećaji prehrane koji nisu drugačije određeni

Poremećaji prehrane koji nisu drugačije određeni (engl. *Eating Disorders Not Otherwise Specified*, EDNOS) skupina je poremećaja prehrane čiji simptomi nisu dostatni za dijagnozu drugih specifičnih poremećaja prehrane (Keel i sur., 2012). 5-13% adolescenata i mladih boluje od poremećaja prehrane koji nisu drugačije određeni (World Health Organization, 2004). Osobe s EDNOS imaju poteškoće u fizičkom kao i psihosocijalnom funkcioniranju jednako kao i pri drugim poremećajima unutar šire kategorije (American Psychiatric Association, 2013). Pacijentima s EDNOS je potreban puni tretman za uspješan oporavak kao i kod drugih poremećaja (Keel i sur., 2012). U kategoriju EDNOS pripada približno 60% osoba od onih dijagnosticiranih s poremećajima prehrane (Wilfley i sur., 2007). Međutim, čest je slučaj pogrešnog dijagnosticiranja i neprepoznavanja rane faze anoreksije, bulimije ili *binge* poremećaja što se događa osobito kod adolescenata (Wilfley i sur., 2007). Uvođenje kategorije EDNOS u DSM-V korisno je zbog dijagnosticiranja osoba koje bi u

prošlosti bile zanemarene jer njihovi simptomi nisu bili dovoljno razvijeni kako bi im se dijagnosticirao specifičan poremećaj prehrane (American Psychiatric Association, 2013).

3. Pojava i početni stadij poremećaja prehrane

Prvi simptomi poremećaja prehrane mogu se pojaviti kod različitih dobnih skupina bez obzira na spol osobe (Volpe i sur., 2016). Međutim, u klasičnoj literaturi njihov početak smješta se u adolescenciju i ranu odraslu dob kako je navedeno i u 5. izdanju DSM-a (American Psychiatric Association, 2013). Zbog diskrepancije u istraživanjima ipak ne postoji konsenzus o točnom rasponu dobi u kojem se javljaju prvi simptomi. Primjerice, Micali i suradnici (2013) su na uzorku britanskih pacijenata oboljelih od poremećaja prehrane pronašli najveću zastupljenost dijagnoza na djevojkama u dobi od 15 do 19 godina, dok je za dječake raspon bio od 10 do 14 godina. Za bulimiju se smatra da nastupa nešto kasnije u usporedbi s javljanjem anoreksije, između 18. i 19. godine života (Mitchell i sur., 1985). Razlike u prosječnoj dobi početka poremećaja ovise i o drugim faktorima, npr. uzima li se u obzir vrijeme nastupanja prvog simptoma ili postavljanja dijagnoze (Stice i sur., 2011). To je posebno izraženo kod EDNOS, bulimije ili *binge* poremećaja gdje je, zbog zadržavanja prosječne tjelesne težine ili pretilosti tijekom dužeg perioda, teško identificirati bolest ukoliko oboljeli samostalno ne zatraže pomoć (Stice i sur., 2011).

Općenito, poremećaji prehrane teško su prepoznatljivi u početnim i ranim fazama ukoliko pacijenti poriču ili skrivaju simptome (Becker i sur., 2009). Moguće je da sam pojedinac ne smatra svoje ponašanje opasnim ili rizičnim te ih ne poistovjećuje s razvojem poremećaja prehrane. Iz tog razloga poremećaj se može postupno pogoršati jer izostaje intervencija u pravom trenutku koja bi zaustavila gradiranje bolesti (Shaw i sur., 2009).

Neke od metoda prikrivanja restriktivnog prehranbenog ponašanja, najčešće kod anoreksije nervoze, su preskakanje obroka, laganje o unesenim obrocima, premještanje hrane na tanjuru bez unosa hrane, pripremanje vlastitih, često nisko kaloričnih obroka radi mogućnosti praćenja kalorija u namirnicama itd (Fairburn i sur., 2003). Također, pretjerana tjelovježba odvija se u samoći, čak i noću, i teško ju je zamijetiti. U slučaju anoreksije nervoze, skrivanje simptoma traje sve do gubitka na težini koje nastupa nakon kontinuiranih restriktivnih i kompenzatornih ponašanja (Robb, 2004). Iako osoba može nositi više slojeva odjeće kako bi prikrila gubitak na tjelesnoj težini, izrazita mršavost predstavlja ozbiljne zdravstvene probleme koje osoba više ne može skrivati. Neki od fizičkih manifestacija

anoreksije su slabost, zimogroznost, ispadanje kose, problemi s kožom i noktima što može izazvati zabrinutost bližnjih i prepoznavanje poremećaja prehrane (Fairburn i sur., 2003).

Kod bulimije i poremećaja kompulzivnog prejedanja adolescenti mogu prikriti svoje simptome prejedanjem u kasnonoćnim satima te skrivanjem hrane, otpadaka i omota u vlastitoj sobi (Robb, 2004). U slučaju kompenzatornih ponašanja kod bulimije nervoze, osoba može povratiti u vrećice, čaše, i slično kako drugi ne bi uočili čest odlazak i zadržavanje u zahodu. Adolescenti tipično dijele kućanstvo sa skrbnicima koji mogu primijetiti nestanak hrane ili pronaći skrivene omote te zaključiti da se radi o simptomu poremećaja prehrane. Ukoliko dođe do porasta tjelesne težine takvu promjenu mogu pokušati prikriti širom odjećom ili slojevitijim oblačenjem (Robb, 2004).

4. Rizični čimbenici

Poremećaji prehrane u prošlosti objašnjavali su se disfunkcijama probavnog sustava i njihov tretman fokusirao se na biološke i nutritivne aspekte (Skårderud, 2009). Tek je u 70-im godinama 20. stoljeća njemačka psihijatrica Hilde Bruch pružila objašnjenje uzroka anoreksije nervoze kakvo se uzima u obzir i danas. Zahvaljujući Bruch, anoreksija nervoza krenula se smatrati ozbiljnim psihičkim poremećajem približno jedno stoljeće nakon prepoznavanja postojanja anoreksije nervoze kao bolesti (Skårderud, 2009). Njeni radovi povećali su svijest o poremećajima prehrane općenito što je označilo eksponencijalan rast literature i istraživanja u cijelom području (Skårderud, 2009). Bruch je zauzela tzv. biopsihosocijalni pristup pri objašnjenju uzroka poremećaja prehrane te je po prvi puta naglasila utjecaj obiteljskih i kulturalnih čimbenika na razvoj anoreksije nervoze (Striegel-Moore i Bulik, 2007). U ovom slučaju, biopsihosocijalni pristup obuhvaća niz bioloških, psiholoških i društvenih čimbenika relevantnih za razvoj poremećaja prehrane (Striegel-Moore i Bulik, 2007).

4.1. Biološki čimbenici

Biološki čimbenici, između ostalog, uključuju i genetske predispozicije za razvoj poremećaja prehrane. Kako bi se ustanovila veličina utjecaja genetike, odnosno stopa nasljedstva poremećaja prehrane koriste se istraživanja na jednojajčanim blizancima čiji je genetski materijal identičan. Procjene nasljednosti anoreksije nalaze se u širokom rasponu između 48-88%, a za bulimiju iznosi 28-83% (Striegel-Moore i Bulik, 2007). Istraživanja

genetskih utjecaja proučavaju i prevalenciju poremećaja prehrane kod djece u usporedbi s njihovim roditeljima. Ukoliko je uži član obitelji obolio od anoreksije nervoze, dijete ima deseterostruko više šanse za razvoj iste, dok za bulimiju četverostruko.

Istraživanjima na blizancima pokazala su interakciju gena i dobi tj. puberteta. Genetski utjecaji na manifestaciju poremećaja prehrane variraju s obzirom na životni period u kojem se osoba nalazi, osobito kod djevojaka (Hildebrandt i sur., 2015). U srednjoj i kasnoj adolescenciji kod djevojaka, ali ne i dok dječaka, pokazao se značajan utjecaj genetike na razvoj simptoma poremećaja prehrane. Razvoj spolnog sustava i njegovo sazrijevanje u pubertetskoj dobi igra veliku ulogu u interakciji s genetskim predispozicijama za poremećaje prehrane. Pokazao se značajan utjecaj spolnog sazrijevanja i lučenja spolnih hormona na ispoljavanje genetskih rizičnih utjecaja na razvoj poremećaja prehrane (Culbert i sur., 2015). Lučenje spolnih hormona kod djevojaka zaduženi su za transkripciju gena u glavnim neurobiološkim sistemima za serotonin i dopamin (tzv. hormone sreće) (Hildebrandt i sur., 2015). Lučenje neurotransmitera serotonina i dopamina povezano je s promjenama u raspoloženju i apetitu. Depresija i anksioznost i problemi u emocionalnoj regulaciji odlike su poremećaja prehrane i moguća je njihova povezanost s hormonalnim i sekrecijskim promjenama u adolescenciji (Hildebrandt i sur., 2015).

Nadalje, istraživanja su pokazala i prehrambene promjene tijekom menstrualnog ciklusa djevojaka s poremećajem kompulzivnog prejedanja i bulimijom nervozom (Culbert i sur., 2015). Primjerice, frekvencija emocionalnog jedenja, tj. jedenja potaknuto određenom emocijom poput stresa ili tuge, i *binge*-anja povezana je s porastom menstrualnih hormona. No, promjene u hormonima ne utječu na simptome kognitivne prirode poput zaokupljenosti tjelesnom težinom (Culbert i sur., 2015).

4.2. Psihološki čimbenici

Najispitivaniji psihološki čimbenici u kontekstu poremećaja prehrane su samopoštovanje, zaokupljenost tjelesnim izgledom, crte ličnosti, opsesivno ponašanje i misli, percepcija kontrole te intelektualno i kognitivno funkcioniranje. Psihološke, emocionalne i kognitivne promjene koje se odvijaju tijekom adolescencije kompleksne su i međusobno isprepletene (Brown i sur., 2020). Eksponencijalno sazrijevanje u razdoblju adolescencije omogućava razumijevanje apstraktnih pojmova poput identiteta i osobnosti, vrijednosti i moralnosti (Berk, 2008). Navedeni psihološki čimbenici povezani su s ispoljavanjem

poremećaja prehrane jer adolescenti po prvi puta imaju sposobnost kognitivno ih razumjeti i primijeniti u vlastitom životu.

Samopoštovanje se definira kao uvjerenje u vlastite mogućnosti i sposobnosti i odražava se kao prihvaćanje ili neprihvaćanje samoga sebe (Hazen i sur., 2008). Tjelesne promjene imaju utjecaj na razinu samopoštovanja i emocionalni život svakog adolescenta (Furnham i sur., 2002). Fizički rast i razvoj odvijaju se naglo te adolescenti imaju izazov otkriti i prihvatiti svoj novi izgled. Osobe koje nisu zadovoljne svojim tjelesnim izgledom iskazuju niže razine samopoštovanja i pod većim su rizikom od razvoja poremećaja prehrane (Vidović, 2009).

Nisko samopoštovanje, koje se očituje u neprihvaćanju vlastitog izgleda, odražava se i na zaokupljenost tjelesnim izgledom (Hazen i sur., 2008). Zaokupljenost se odnosi na vrijeme provedeno razmišljajući o vlastitom izgledu, o hrani i obrocima te kalorijama. Takvi kognitivni uzorci mogu prijeći u opsesivno-kompulzivne misli i radnje (Halmi i sur., 2003). Opsesivne misli mogu biti izrazito invazivne i cjelodnevno okupirati osobu. Pokazalo se da 37% osoba oboljelih od poremećaja prehrane nemaju nijedan sat u danu kada ne iskuse opsesivne misli o hrani (Halmi i sur., 2003).

Percepcija kontrole nad vlastitim životom važan je čimbenik koji se uzima u obzir u dijagnostičkim skalama za poremećaje prehrane (Froreich i sur., 2016). Osobe s poremećajima prehrane imaju nisku percepciju kontrole, osjećaju se nesigurno, neefikasno, i smatraju da ne mogu promijeniti niti utjecati na odnose s drugima i na svoj život. Posljedično, kontrolu premještaju na svoje prehrambene navike. Restrikcija hrane predstavlja uspostavu kontrole, dok regularni unos hrane i prejedanje prati osjećaj gubitka kontrole (Froreich i sur., 2016).

Određene crte ličnosti pokazale su se kao prediktori u razvoju poremećaja prehrane. Brown i suradnici (2020) istražili su utjecaj crta ličnosti na razvoj bulimije kod adolescenata s dijagnosticiranom bulimijom nervozom. Za djevojke su savjesnost i traženje uzbuđenja bili značajni prediktori dok za dječake nisu. Emocionalna stabilnost kod adolescenata važna je za uspješan rast i razvoj zdravih navika (Brown i sur., 2020). Stoga, neuroticizam i negativni efekt mogu predstavljati ozbiljan rizik za razvoj poremećaja prehrane (Cassin i von Ranson, 2006). Visoko izražena crta neuroticizma, a niska izraženost ekstraverzije karakteristična je za sve oboljele od anoreksije, bulimije i kompulzivnog poremećaja prejedanja (Cassin i von Ranson, 2006).

Perfekcionizam ili težnja za savršenstvom kao osobina ličnosti jedan je od čestih karakteristika poremećaja prehrane (Schilder i sur., 2021). Perfekcionizam nije nužna odlika

poremećaja prehrane, ali se uzima u obzir u dijagnostičkim skalama osobito kod anoreksije nervoze i nešto manje kod bulimije (Polivy i Herman, 2002). U kombinaciji s neuroticizmom može se odraziti u negativnim stavovima o izgledu, težini i prehrambenim navikama osobe (Cassin i von Ranson, 2006). Perfekcionizam je usko povezan i sa samopoštovanjem te ponašanja koja odmiču osobu od „savršenosti“ i u kojoj ona gubi kontrolu nad prehranom narušavaju njezino samopoštovanje (Schilder i sur., 2021).

Osobe s anoreksijom nervozom i sa crtom perfekcionizma pokazale su se veoma uspješnima u školi (Vidović, 2009). Perfekcionizam stvara veliku težnju za školskim uspjehom iako su ciljevi često pretjerani i neostvarivi. No, poremećaji prehrane mogu i negativno utjecati na kognitivno i intelektualno funkcioniranje ovisno o ekstremu simptoma koje pacijent iskusi (Livingston i Sammons, 2006). Ukoliko je osoba visoko funkcionirajuća, perfekcionizam može pozitivno utjecati na ocjene i školski rad (Vidović, 2009). Suprotno, školski uspjeh može ispaštati jer se adolescenti s poremećajima prehrane ne osjećaju fizički snažno i sposobno za rad i učenje (Livingstone i Sammons, 2006). Primjerice, slabost povezana s manjkom željeza zbog malnutricije, vrtoglavica, umor, mučnina i glavobolje predstavljaju problem kad je potrebna motivacija, koncentracija i snaga za obavljanje školskih zadataka (Livingston i Sammons, 2006). Sveukupan manjak energije čini učenike povučenijima i manje aktivnima u školi što može voditi povećanom broju izostanaka i lošijem vladanju. U slučaju dostatne fizičke snage koja se može uložiti u učenje, opsesivne misli odvrćaju pažnju učeniku i ne dopuštaju fokusiranje na gradivo (Halmi i sur., 2003).

4.3. Sociokulturalni čimbenici

Sociokulturalni ili društvenokulturalni čimbenici predstavljaju okolinske utjecaje na razvoj poremećaja prehrane u adolescenciji (Polivy i Herman, 2002). Društvena okolina postavlja brojne izazove za adolescente koji imaju potrebu osamostaliti se, ali i dobivati odobrenje osobito od roditelja i vršnjaka. Osobe koje mladi vide kao uzor ili s kojima se uspoređuju mogu imati velik utjecaj na njihovo psihičko zdravlje (Treasure i Cardi, 2017). Obitelj, vršnjaci, mediji i sportsko okruženje neki su od najutjecajnijih sociokulturalnih čimbenika.

4.3.1. Obiteljski utjecaji

Zbog bliskosti djeteta i roditelja, obiteljski utjecaji mogu biti jako važni za nastanak i razvoj, ali i sprečavanje poremećaja prehrane (Treasure i Cardi, 2017). Kohezivna obitelj sklonija je na razvoj poremećaja kod adolescenta reagirati adekvatno te uvažavati emocionalne potrebe osobe i podržavati je tijekom tretmana (Polivy i Herman, 2002). Suprotno, narušeni interpersonalni odnosi i manjak razumijevanja između adolescenta i skrbnika prediktor je za eskaliranje i teži oporavak od poremećaja prehrane (Polivy i Herman, 2002). Pokazalo se da obitelji osoba oboljelih od poremećaja prehrane imaju manju grupnu koheziju i slabiju razinu komunikacije među članovima u usporedbi s obiteljima u kontrolnoj skupini (Treasure i Cardi, 2017). Također, osobe koje su odrasle s nasiljem u obitelji i žrtve seksualnog zlostavljanja sklonije su razviti poremećaj prehrane tijekom adolescencije i mlade odrasle dobi (Treasure i Cardi, 2017).

Interpersonalni odnosi unutar obitelji osobe s poremećajem prehrane mogu se objasniti pomoću Bolwlyjeve teorije privrženosti (Gander i sur., 2015). Pri odrastanju, djeci i adolescentima je potrebna velika količina roditeljskog razumijevanja, sigurnosti i emocionalne potpore kako bi na zdrav način prošli kroz fizičke, emocionalne i kognitivne razvojne promjene. Takav odnos zahtjeva siguran oblik privrženost između roditelja i djeteta (Bolwly, 1979). S jedne strane adolescenti žele postići autonomiju te isprobati vlastite metode nošenja s izazovima u razvoju, a s druge im je potrebna bliskost s roditeljima koji će im biti vodilja i podrška u novim iskustvima i stresim trenutcima (Gander i sur., 2015). Takvi konflikti motiva mogu se riješiti zdravom i otvorenom komunikacijom između roditelja i djeteta. Pokazalo se da osobe koje boluju od poremećaja prehrane imaju višu razinu nesigurne privrženosti u odnosu s roditeljima u usporedbi s kontrolnom skupinom (Tasca i Balfour, 2014).

U istraživanju Troisi i suradnika (2005, prema Gander i sur., 2015) nalazi su ukazali na veću zastupljenost anksioznog stila privrženosti kod adolescenata oboljelih od bulimije, a izbjegavajućeg kod oboljelih od anoreksije. Međutim, nije moguće donijeti strogi zaključak o povezanosti određenog stila privrženost i vrste poremećaja prehrane zbog nedovoljno istraživanja koji bi potvrdili ovaj nalaz (Gander i sur., 2015).

Općenito, adolescenti s nesigurnom privrženosti su pod većim rizikom od razvoja poremećaja prehrane u usporedbi sa sigurno privrženim vršnjacima (Gander i sur., 2015). Individualni i interpersonalni rizični faktori utjecajni su na nesigurno privržene adolescente zbog lošije emocionalne regulacije, slabijeg self-koncepta, perfekcionizma i otežanog razvoja

identiteta (Milan i Acker, 2014, prema Gander i sur., 2015). Također, pronađena je povezanost između tipa privrženosti majki i tipa privrženosti kćeri s poremećajima prehrane, što ukazuje na to se odgojnim pristupom privrženost prenosi generacijski (Polivy i Herman, 2002). U trenutcima kada je kćerima najpotrebnija pomoć i potpora njihovih majki, one se povuku i negiraju ili odbacuju potrebe djeteta. Ponekad, kćeri s poremećajima prehrane idealiziraju majke unatoč neadekvatnom roditeljstvu što je jedna od odlika izbjegavajućeg stila privrženosti (Gander i sur., 2015).

Privrženost i poremećaji prehrane mogu se promatrati i u kontekstu uspješnosti tretmana. Pokazalo se da je anksiozni tip privrženosti povezan s ozbiljnijim simptomima poremećaja prehrane i lošijim ishodima u tretmanu osoba s anoreksijom i bulimijom nervozom (Gander i sur., 2015).

4.3.2. Vršnjački utjecaji

Adolescenti izrazito vrednuju mišljenje vršnjaka i imaju veću potrebu za pripadanjem vršnjačkim grupama u usporedbi s djetinjstvom (Day i sur., 2021). Zbog toga je važno izučiti vršnjačke utjecaje na razvoj slike o sebi u kontekstu poremećaja prehrane. U svom su istraživanju Hutchinson i Rapee (2007) na temelju navika jedne adolescentice predvidjeli dijeteu i ekstremne metode mršavljenja unutar njene skupine prijateljica. Nalazi ukazuju kako je vršnjački utjecaj itekako značajan u razvoju destruktivnih i restriktivnih prehranbenih navika koje mogu dovesti do potpunog razvoja poremećaja prehrane. Takav utjecaj podrazumijeva biranje članova grupe zbog sličnih vrijednosti o postizanju takvih ideala, ali i direktan vršnjački utjecaj i mijenjanje vrijednosti novih članova grupe u skladu s vrijednostima koje grupa ima (Hutchinson i Rapee, 2007). Vršnjaci utječu na razvoj poremećaja i putem vršnjačkog nasilja koje može rezultirati izolacijom i osamljivanjem osoba (Polivy i Herman, 2002). Motiv vršnjačkog nasilja može biti izgled osobe koji se smatra nepoželjnim što rezultira nižim samopoštovanjem i samopouzdanjem, kao i lošijom slikom o sebi. U istraživanju Daya i suradnika (2021) pokazalo se da su djevojke žrtve vršnjačkog nasilja na temu težine i građe adolescenata više koristile laksative i samoinducirano povraćanje kao metodu mršavljenja, a dječaci pretjeranu tjelovježbu s utezima i prehranom bogatom proteinima s ciljem promjene izgleda. Općenito, vršnjačko nasilje predstavlja rizik nastanku i drugih psihičkih poremećaja poput depresije i anksioznosti, koji su poznati rizici za razvoj poremećaja prehrane (Lee i Vaillancourt, 2018).

4.3.3. Utjecaj medija

Jedan od značajnih društvenokulturalnih utjecaja su mediji. Najpopularniji medijskih sadržaji promoviraju mršavost i vitkost kod žena kao ideal ljepote, dok je za muškarce poželjna mišićavost i sportska figura (Striegel-Moore i Bulik, 2007). No, neprihvaćenost debljine u medijima je naglašenija za žene nego za muškarace što se prenosi u društvene standarde (Polivy i Herman, 2002). Uspoređujući se s nerealističnim prikazima ljudske ljepote kao i s uzorima u medijima, moguće je da adolescenti razviju lošiju sliku o sebi i svom izgledu (Field i sur., 2001). U istraživanju Field i suradnika (2001) djevojke i dječaci koji su se trudili postići izgled istospolnih uzora u medijima bili su više zabrinuti oko svoje tjelesne težine u usporedbi s njihovim vršnjacima. U dobi kada osobe kreću razvijati svoju samostalnost i stavove, mediji mogu ostaviti mnogo utjecaja na adolescente i poticati ekstremne prehrabene navike.

Brojna su istraživanja dobila nalaze koji ukazuju na povezanost utjecaja medija i razvoja poremećaja prehrane kao i pogoršanje njihove simptomatologije (Polivy i Herman, 2002). No, takve zaključke ne treba olako donositi. Osobe koje smatraju da je mršavost istovjetna ljepoti, mogu biti sklonije samostalno tražiti takve sadržaje u medijima i konzumirati ih u većoj mjeri u usporedbi sa zdravim pojedincima (Tiggemann i Pickering, 1996). Također, algoritam društvenih medija funkcionira na način da korisnicima prikazuje one sadržaje na kojima se najviše zadržavaju i odabiru. Posljedično, sadržaji fokusirani na tjelesni izgled, dijetalne preporuke i slične okidajuće sadržaje za mlade s rizikom od razvoja poremećaja prehrane imat će više utjecaja nego na osobe koje takav sadržaj ne zanima i ne prikazuje im se. Moguće je ustanoviti povezanost konzumiranja medijskih sadržaja i razvoja simptoma poremećaja prehrane, ali ne i uzročnost (Tiggemann i Pickering, 1996).

4.3.4. Specifične rizične skupine

Jedna od specifičnih skupina među kojom se istražuju poremećaji prehrane su elitni sportaši, točnije osobe koje se profesionalno bave sportom i u njemu se natječu (Sundgot-Borgen, 2004). Neke vrste sporta zahtijevaju određenu težinu, postotak masnog tkiva u niskim rasponima i estetski izgled kako bi osoba bila kvalificirana za natjecanje (Currie, 2010). Primjerice, borilački sportovi zahtijevaju tjelesnu težinu unutar određenih raspona kako bi se sportaši kvalificirali za natjecanje. U atletici je poželjna što manja količina masnog tkiva zbog poletnosti i brizne sportaša. Gimnastika i ples ne zahtijevaju samo tehniku izvođenja već i

određeni estetski izgled sportaša što stavlja dodatni pritisak i usmjerenost na izgled osobito kod žena koje su većinska populacija ove kategorije (Currie, 2010). U sportovima s naglaskom na estetici 42% sportašica imalo je neki oblik poremećaja prehrane (Sundgot-Borgen, 2004). Kod muških elitnih sportaša istaknula se još jedna kategorija sporta, tzv. 'antigravitacijski' sportovi, koji uključuju skokove u vis, dalj i skijaške skokove za koje je očito da povećanje masnog tkiva ne ide u korist sportskog uspjeha. U istraživanju Sundgot-Borgena (2004) pokazalo se kako u toj kategoriji 22% sportaša imaju subklinički ili klinički oblik poremećaja prehrane.

Profesionalni sportaši intenzivno su posvećeni svojoj profesiji te s treninzima i natjecanjima kreću već u djetinjstvu i adolescenciji. Tjelesne promjene u razvojnom razdoblju adolescencije relativno su nagle i očituju se povećanjem masnog tkiva, osobito kod djevojaka (Berk, 2008). Kako je u većini sportova masno tkivo manje poželjno od nemasne tjelesne mase, vrši se pritisak na težinu i izgled osoba od rane dobi (Sundgot-Borgen i sur., 2004). Takvi kriteriji mogu obiti osobito opasni za razvoj mlade osobe i predrasvljati brojne zdravstvene rizike. Naime, u istraživanju na profesionalnim adolescentnim sportašima se pokazao da je 25% osoba bilo pod rizikom od razvoja poremećaja prehrane, a od ukupnog broja sudionika njih 12.1% ispunjavali su kriterije za anoreksiju, bulimiju ili EDNOS prema DSM-IV (Martinsen i Sundgot-Borgen, 2013). Martinsen i Sundgot-Borgen (2013) osim upitnika koristili su i klinički intervju kako bi ustanovili prevalenciju poremećaja prehrane u skupini adolescentnih sportaša. Kod nekih sudionika upitnikom se ustanovio samo subklinički slučaj poremećaja prehrane ili rizik od njegova razvitka, no korištenjem intervjua se moglo dijagnosticirati njegovo postojanje.

Problem poremećaja prehrane kod elitnih sportaša je duboko integriran u tu zajednicu te velik broj sportaša ne prepoznaje takvo ponašanje problematičnim, već ga smatraju dijelom njihovog sportskog života (Martinsen i Sundgot-Borgen, 2013). Takvo je ponašanje teško prepoznati i ispraviti jer ga potiču vršnjaci sportaši, treneri i roditelji radi postignuća boljih rezultata.

5. Spolne razlike

Spolne razlike dobivaju sve više pažnje u istraživanjima poremećaja prehrane (Coelho i sur., 2018). Znanstvenici se zanimaju zašto muške osobe nisu podložne razvitku poremećaja prehrane u istoj mjeri kao i žene. Također, postavlja se pitanje je li tomu uistinu tako ili se poremećaji prehrane drukčije manifestiraju u muškoj populaciji zbog čega su manje prepoznati.

Dijagnostički testovi za poremećaje prehrane prvobitno su razvijeni na ženskim uzorcima (Treasure i Cardi, 2017). Stoga, prirodno je pretpostaviti da njihova primjena na muškim uzorcima neće biti jednako pouzdana.

Postotak muških osoba u cjelokupnoj populaciji oboljelih od poremećaja prehrane iznosi 10%, dakle, jedna u 10 oboljelih osoba jest muškog spola (Coelho i sur., 2018). No, pokazalo se da je u ranoj adolescenciji taj broj puno veći, točnije, jedan od četiri dijagnosticirana adolescenta su dječaci (Bayes i Madden, 2011). Djevojkama je češće dijagnosticirana anoreksija u usporedbi s dječacima kojima su češće dijagnosticirani poremećaji iz kategorije EDNOS. Pokazalo se da je od sveukupnog broja oboljelih adolescenata od anoreksije nervoze, bulimije nervoze i EDNOS 85% svih djevojaka hospitalizirano s ispodprosječnom tjelesnom težinom u usporedbi sa 68% dječaka (Coelho i sur., 2018). No, prijem dječaka u bolnicu i početak poremećaja prehrane u prosjeku se događa ranije u usporedbi s djevojčicama (Coelho i sur., 2018).

Razlike u prevalenciji poremećaja prehrane u ženskoj nasuprot muškoj populaciji nastaju kao posljedica drugačijih standarda ljepote i društvenih normi, razlikama u osobinama ličnosti i formiranju samopoštovanja (Bayes i Madden i sur., 2011). Muškim adolescentima može biti teško samima sebi priznati simptome poremećaja prehrane jer se ne mogu prepoznati u informacijama predstavljenim u literaturi i medijima. Naime, zbog veće zastupljenosti poremećaja prehrane u ženskoj populaciji, kroz povijest su se anoreksija i bulimija nervoza smatrale kao „ženske bolesti“. Takva konotacija djelomično se zadržala do danas što može otežati identificiranje zabrinjavajućih simptoma ili obeshrabriti adolescente da zatraže pomoć (Furnham i sur., 2002).

Zadovoljstvo tjelesnim izgledom i percepcija ljepote također se razlikuju s obzirom na spol (Vidović, 2009). Dok su kod žena ideal mršavost i vitkost s naglaskom na područje stomaka, bedara, kukova i nadlaktice, kod muškaraca je često cilj povećanje tjelesne mase (Vidović, 2009). Mišićna masa poželjna je osobito u području bicepsa, ramena i prsa. Mršavost i ispodprosječna tjelesna težina se kod muškaraca percipira kao loša, dok je kod žena poželjna. Čak je 73% dječaka u dobi od 16-18 godina nezadovoljnih vlastitim izgledom iskazalo želju za povećanjem mase u gornjem dijelu tijela radi privlačnijeg „muškog“ izgleda (Furnham i sur., 2002). Suprotno, 63% djevojaka iste dobi iskazalo je želju za smanjenjem tjelesne mase (Furnham i sur., 2002). Žene s poremećajima prehrane sklonije su se percipirati pretilima, a muškarci premršavima, dok u realnosti ne pripadaju niti u jednu od navedenih kategorija.

Zatim, razlika između djevojaka i dječaka u ranoj adolescenciji je u razini samopoštovanja (Wade, 1991). Zdravi dječaci u prosjeku imaju više samopoštovanje i percipiraju se privlačnijima u usporedbi s djevojkama u ranoj adolescenciji (Wade, 1991). To se pripisuje kasnijem razvoju dječaka i „turbulentnijoj“ prirodi adolescencije kod djevojaka. Djevojke ranije prolaze kroz više fizičkih promjena zbog čega su fiksiranije na izgled i vlastito tijelo (Rosenblum i Lewis, 1999). Također, s porastom dobi i slika o sebi postaje sve negativnija, a nezadovoljstvo izgledom raste (Rosenblum i Lewis, 1999).

6. Tretman

Poremećaji prehrane najčešće se tretiraju kombinacijom farmakoterapije i psihoterapije u raznim oblicima (Zipfel i sur., 2015). U nekim slučajevima prisutni su izrazito teški tjelesni i zdravstveni simptomi te pacijenti najprije moraju biti hospitalizirani prije početka samog liječenja psihičkog poremećaja (Davis i Attia, 2017). Liječenje može biti stacionarno, koje zahtjeva boravak pacijenta u bolničkoj ustanovi, i ambulantno, koje se odvija kod kuće uz posjete liječnicima i psiholozima (Harrington i sur., 2015). Naravno, druga metoda liječenja jest ekonomičnija i manje ograničavajuća za pacijenta, no ponekad je potreban stacionarni oblik liječenja radi redovnijeg kontroliranja pacijenta i njegovog ponašanja.

Ukoliko pacijenti oboljeli od poremećaja prehrane imaju ispodprosječnu tjelesnu težinu prioritet je otklanjanje simptoma koji mogu biti životno ugrožavajući poput aritmije, bradikardije i poremećaja elektrolita (Harrington i sur., 2015). Pri hospitalizaciji važno je redovno mjeriti tjelesnu težinu, puls, tjelesnu temperaturu, razinu hidratacije do stabilizacije stanja pacijenta (Harrington i sur., 2015). Pacijenti zatim mogu nastaviti tretman poremećaja putem nutritivne restauracije, farmakoterapije i psihoterapije.

Nutritivna restauracija odnosi se na porast tjelesne težine koji se ostvaruje ispunjavanjem prehranbenog plana za oboljele od poremećaja prehrane (Zipfel i sur., 2015). Pothranjenost jest najčešći simptom kod anoreksije nervoze. Oboljeli mogu preživjeti i na 500 unesenih kalorija dnevno u usporedbi s propisanih 1800 za adolescentice i 2200 za adolescente (Harrington i sur., 2015). Potrebno je svaka tri do šest mjeseca prilagoditi i ponovno postaviti iznos ciljane tjelesne težine dok se ne dosegne zdrava i prosječna kilaža. Poželjno je uz raznoliku prehranu i pune obroke koristiti vitamine i suplemente kalcija (Zipfel i sur., 2015). Još jedan od ciljeva nutritivne restauracije je poboljšanje cjelokupnog zdravlja pacijenata te povišenje razine energije kako bi osoba mogla uspješno obavljati svakodneve zadatke (Harrington i sur., 2015).

6.1. Farmakoterapija

U farmakoterapiji poremećaja prehrane sa simptomima prejedanja načšće se koriste antidepresivi (Davis i Attia, 2017). Fluoksetin je najpoznatiji antidepresiv koji se prepisuje oboljelima od bulimije nervoze i binge poremećaja. Pokazao se učinkovitim u smanjivanju frekvencije *binge* epizoda i do 67% kod pacijentica (Davis i Attia, 2017). Antidepresivi su se pokazali uspješnima i kod adolescenata izuzev selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina čijom primjenom u liječenju se povećala stopa suicidalnosti (Davis i Attia, 2017). Važno je farmakoterapiju prilagoditi s obzirom na težinu poremećaja prehrane i dob pacijenta. Nadalje, antidepresivi se nisu pokazali uspješnima u tretiranju anoreksije nervoze unatoč tome što se brojni simptomi tog poremećaja preklapaju sa simptomima anksioznog poremećaja i depresije (Zipfel i sur., 2015). Zapravo, nijedan lijek nije službeno odobren za tretiranje anoreksije nervoze (Treasure i Cardi, 2017). Antipsihotik Olanzapin pokazao se korisnim za umanjivanje sveukupne anksioznosti, opsjednutosti hranom, izrazitog straha od određenih namirnica i hrane, kao i fobije od debljanja (Zipfel i sur., 2015). Kako bi se proces oporavka osoba koje boluju od anoreksije nervoze ubrzao moguće je koristiti lijekove, ali potrebna su dodatna istraživanja na specifičnijim dobnim skupinama kako bi se donijeli jasni zaključci o njihovom djelovanju (Davis i Attia, 2017).

6.2. Psihoterapija

Psihoterapija je ključan dio cjelokupnog tretmana za uspješan oporavak osobe oboljele od poremećaja prehrane (Harrington i sur., 2015). Vrste psihoterapije koje su se pokazale uspješnima kod adolescenata s poremećajima su kognitivno-bihevioralna terapija, interpersonalna terapija i obiteljska terapija (Kass i sur., 2013).

Cilj kognitivno-bihevioralne terapije je prepoznati i regulirati kognicije i ponašanja pacijenta vezane uz poremećaj te poticati motivaciju za njegovo otklanjanje i poboljšanje cjelokupnog stanja (Kass i sur., 2013). Dijagnosticiranje poremećaja prehrane jest kompleksan proces i većina dijagnosticiranih pripada EDNOS kategoriji čiji simptomi se ne mogu svrstati u specifičan poremećaj prehrane (Wilfley i sur., 2011). Također, pacijenti mogu dobiti i nekoliko dijagnoza istovremeno. Stoga, klasičan oblik kognitivno-bihevioralne terapije prilagođen je kako se bi se fokusirala na cjelokupnu psihopatologiju pojedinca, a ne na specifičnu dijagnozu (Kass i sur., 2013). Takav oblik KBT-a naziva se „poboljšana“ (engl.

enhanced) kognitivno-bihevioristička (KBT-E) terapija i ima dvije grane (Kass i sur., 2013). „Fokusirana“ (engl. *focused*) KBT (KBT-Ef) standardni je oblik terapije koji je usmjeren na mehanizme održavanja poremećaja. Drugi oblik jest „proširena“ (engl. *broad*) KBT (KBT-Eb) koji se dotiče dodatnih problema poput niskog samopoštovanja, kliničkog perfekcionizma i interpersonalnih odnosa (Wilfley i sur., 2011). Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se najuspješnijom pri liječenju osoba s bulimijom nervozom i poremećaja kompulzivnog prejedanja, no uz modifikaciju uspješna je i kod pacijenata s anoreksijom nervozom (Wilfley i sur., 2011).

Interpersonalna terapija pokazala se uspješnom kod pacijenata s bulimijom i *binge* poremećajima (Wilfley i sur., 2011). Fokusira se na povezivanje prehrambenih navika, točnije *binge* epizoda i povraćanja s poteškoćama u interpersonalnom životu (Kass i sur., 2013). Naglašavaju se društveni utjecaji na održavanje poremećaja, ali i uloga društvene potpore u otklanjanju poremećaja i ozdravljenju pacijenta. Ovaj oblik psihoterapije pokazao se prikladnim i uspješnim za adolescente kojima su društveno odobravanje i interakcija s vršnjacima osobito važni (Wilfley i sur., 2011).

Obiteljska terapija provodi se prema Maudsleyjevom modelu koji se pokazao najuspješnijim pri tretiranju osoba s anoreksijom nervozom (Harrington i sur., 2015). Uključivanje obitelji u tretman poremećaja prehrane započelo je kada se prestalo smatrati da je obiteljska disfunkcija jedan od glavnih razloga za razvoj poremećaja prehrane kod adolescenata (Rosen, 2010). U obiteljskoj terapiji roditelji se trebaju pobrinuti da njihovo dijete, pacijent, unosi dovoljnu količinu hrane i prati plan prehrane kako bi vratilo izgublenu tjelesnu masu (Rosen, 2010). Također, potrebno je kontrolirati ponašanja kojima se adolescent služi kako bi kontrolirao svoju težinu, poput povraćanja ili pretjeranog vježbanja (Kass i sur., 2013). Naravno, potonje može biti izazovno zbog nemogućnosti konstantnog nadziranja adolescenta, ali važno je naglasiti ovu komponentu radi osvještavanja kompenzatornih ponašanja. Nakon uspješne restauracije tjelesne težine, obitelj prolazi kroz rad na drugim općenitijim problemima u adolescentnom razvoju i utvrđivanje načina na koje je poremećaj utjecao na razvoj osobe (Harrington i sur., 2015). Obiteljska se terapija nije adekvatna ukoliko drugi članovi imaju sličnu ili istu psihopatologiju ili su pak oboljeli od drugih zdravstvenih problema (Rosen, 2010). Kako bi obiteljska terapija bila uspješna, okruženje mora pacijentu pružati podršku i ne osuđivati ga, što izuzima hostile pristup i kućanstva s obiteljskim nasiljem.

7. Prevencija

Prevencija psihičkih poremećaja fokusira se na smanjivanje rizičnih faktora i povećavanje zaštitnih faktora s ciljem smanjenja pojavnosti poremećaja i sprečavanja pogoršanja već nastalih poremećaja (Mrazek i Haggerty, 1994, prema World Health Organization, 2004). Prevencija se može provoditi na univerzalnoj, selektivnoj i induciranoj razini (Dwivdei i Harper, 2004). Univerzalna prevencija provodi se nad populacijom koja nije nužno pod određenim rizikom za razvoj poremećaja (World Health Organization, 2004). Primjerice, to je cjelokupna populacija adolescenata uključujući djevojke i dječake. Poznatiiji preventivni programi ovog tipa su *Planet Health i Eating, Aesthetic Feminine Models and the Media* (Ciao i sur., 2014). Ciljana skupina selektivne prevencije izložena je rizičnim čimbenicima za razvoj poremećaja te obuhvaća specifične grupe unutar populacije poput adolescenata sportaša ili djece majki s poremećajima prehrane (Zipfel i sur., 2015). *Dissonance Program* i *Healthy Weight* primjeri su takvih prevencija (Ciao i sur., 2014). Inducirana prevencija poput *Student Bodies* programa provodi se na visoko rizičnim pojedincima čiji simptomi ukazuju na mogući razvoj ili rani stadij poremećaja, ali su nedovoljni za postavljanje dijagnoze (World Health Organization, 2004).

Pokazalo se da su preventivni programi koji se održavaju u obliku psihoedukacija pogodni za podizanje svijesti o poremećajima prehrane i učenju o njihovoj etiologiji, ali ne djeluju na smanjivanje nepoželjnih prehrambenih navika kod adolescenata (Zipfel i sur., 2015). Preventivni programi s ciljem podizanja samopoštovanja, prihvaćanja tjelesnog izgleda, prakticiranja zdravih navika pokazali su se učinkovitima na rizičnim skupinama (World Health Organization, 2004). Primjerice, u australskom istraživanju visoko rizične adolescentice su nakon 12 mjeseci preventivnog programa imala više samopoštovanje i porast u tjelesnoj masi u usporedbi s kontrolnom skupinom (O'Dea i Abraham, 2000, prema World Health Organization, 2004).

Osim o vrsti preventivnih programa, njihova učinkovitost može ovisiti i o drugim faktorima. Pretpostavlja se da su osobe u selektivnim uzorcima motiviranije sudjelovati u programu zbog trenutnih nelagodnih emocija i stresa kojeg osjećaju te postižu bolje rezultate u usporedbi s univerzalnim uzorcima (Dwivdei i Harper, 2004). Pokazalo se da preventivni programi djeluju bolje na uzorcima srednjih adolescenata u starosti od 15 i više godina (Shaw i sur., 2009). Moguće je da rani adolescenti nemaju mogućnost razumijevanja kako bi uspješno implementirali preventivne metode u vlastiti život u usporedbi sa srednjim adolescentima čije su kognitivne funkcije zrelije (Shaw i sur., 2009). Uspješnost preventivnog i intervencijskog

programa može ovisiti i o osobi koja ga provodi (Shaw i sur., 2009). Pokazalo se da je program uspješniji ukoliko ga održavaju profesionalne osobe educirane u području poremećaja prehrane, poput psihologa, psihijatra i drugih specijalista u usporedbi s učiteljima, medicinskim sestrama i školskim savjetnicima (Shaw i sur., 2009). Unatoč tomu, nestručnjaci češće provode preventivne programe jer su dostupniji i ekonomičniji (Ciao i sur., 2014). Njihova neefikasnost može se pripisati nedovoljnoj educiranosti ili neposvećenosti radu jer uz preventivne programe odrađuju posao koji nije u području poremećaja prehrane. Potrebno je provesti više istraživanja kako bi se ukazalo na efikasnije i utjecajnije metode i postupke provedbe preventivnih programa (World Health Organization, 2004).

8. Zaključak

Prvi simptomi poremećaja prehrane tipično se javljaju tijekom adolescencije (Polivy i Herman, 2002). Etiologija poremećaja prehrane pripisuje se biološkim, psihološkim i sociokulturalnim čimbenicima (Striegel-Moore i Bulik, 2007).

Nasljednost anoreksije dobivena iznosi 48-88%, a za bulimiju 28-83% te djeca roditelja oboljelih od poremećaja prehrane imaju veće šanse za razvoj istih u usporedbi s obiteljima bez zabilježenih poremećaja (Striegel-Moore i Bulik, 2007). Serotoninske i dopaminske promjene te hormonalne promjene tijekom menstrualnog ciklusa nepovoljno djeluju na emocionalno stanje što predstavlja rizik od razvoja poremećaja prehrane (Hildebrandt i sur., 2015). Psihološki čimbenici u kontekstu poremećaja prehrane su nisko samopoštovanje koje je povezano sa zaokupljenosti tjelesnim izgledom i negativnim viđenjem sebe (Halmi i sur., 2003). Slaba emocionalna regulacija, opsesivne i prisilne misli vezane uz hranu i izgled mogu okupirati osobu i ometati obavljanje svakodnevnih aktivnosti poput školskih obveza i socijalizacije (Halmi i sur., 2003). Posljednji psihološki čimbenik poremećaja prehrane je niska percepcija kontrole nad životom i strah od gubitka kontrole vezan uz prehranu i debljanje (Froreich i sur., 2016). Društvenokulturalni čimbenici obuhvaćaju obiteljske, vršnjačke i medijske utjecaje te specifične skupine (Polivy i Herman, 2002). Nesigurna privrženost roditeljima, narušeni interpersonalni odnosi i vršnjačko nasilje, medijsko nametanje nerealističnih standarda ljepote predstavljaju rizik za razvoj poremećaja prehrane (Gander i sur., 2015).

Početak tretmana poremećaja prehrane obuhvaća nutritivnu restauraciju i restauraciju tjelesne mase ako je oboljela osoba pothranjena (Davis i Attia, 2017). Antidepresivi za bulimiju

i antipsihotici za anoreksiju kombiniraju se sa kognitivno-bihevioralnom, interpersonalnom ili obiteljskom terapijom za uspješan oporavak (Wilfley i sur., 2011). Prevencijski programi na selektivnoj i induciranoj razini pokazali su najuspješnijima u otklanjanju i smanjivanju rizičnog prehrambenog ponašanja i ranih simptoma poremećaja prehrane (Dwivedi i Harper, 2004).

9. Literatura

- Allen, J. P. (2008). "The attachment system in adolescence," u *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Application*, ur. J. Cassidy i P. R. Shaver 2. izdanje. (New York: Guilford)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
- Bayes, A. i Madden, S. (2011). Early Onset Eating Disorders in Male Adolescents: A Series of 10 Inpatients. *Australasian Psychiatry*, 19, 526 - 530. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.603328>
- Becker, A. E., Eddy, K. T. i Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 611-619. <https://doi.org/10.1002/eat.20723>
- Berk, L. E., Keresteš, G., Jagodić, G. K. i Čorkalo, D. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00064955>
- Brown, T. A., Cusack, A., Berner, L. A., Anderson, L. K., Nakamura, T., Gomez, L., Trim, J., Chen, J. i Kaye, W. H. (2020). Emotion regulation difficulties during and after partial hospitalization treatment across eating disorders. *Behavior Therapy*, 51(3), 401-412. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.07.002>
- Cassin, S. E. i von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Ciao, A. C., Loth, K. i Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current psychiatry reports*, 16(7), 453. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>
- Coelho, J. S., Lee, T., Karnabi, P., Burns, A., Marshall, S., Geller, J. i Lam, P. Y. (2018). Eating disorders in biological males: clinical presentation and consideration of sex differences

- in a pediatric sample. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0226-y>
- Culbert, K. M., Racine, S. E. i Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Currie, A. (2010). Sport and eating disorders-understanding and managing the risks. *Asian Journal of Sports Medicine*, 1(2), 63. <https://dx.doi.org/10.5812%2Fasjasm.34864>
- Davis, H. i Attia, E. (2017). Pharmacotherapy of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 452–457. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000358>
- Day, S., Bussey, K., Trompeter, N., Hay, P., Lonergan, A. i Mitchison, D. (2021). Associations of weight-or shape-related bullying with diverse disordered eating behaviors in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 54(9), 1641-1651. <https://doi.org/10.1002/eat.23573>
- Dwivdei, K.N. i Harper, P.B. (2004). *Promoting the Emotional Well-being of Children and Adolescents and Preventing Their Mental Ill Health*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- Elran-Barak, R., Sztainer, M., Goldschmidt, A. B., Crow, S. J., Peterson, C. B., Hill, L. L., Crosby, R.D., Powers, P., Mitchell, J.E. i Le Grange, D. (2015). Dietary restriction behaviors and binge eating in anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: Trans-diagnostic examination of the restraint model. *Eating Behaviors*, 18, 192-196. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.012>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. i Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. i Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60. <https://doi.org/10.1542/peds.107.1.54>
- Freireich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R. i Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0104-4>

- Furnham, A., Badmin, N. i Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self- Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596. <https://doi.org/10.1080/00223980209604820>
- Gander, M., Sevecke, K. i Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Klump, K. L., Strober, M., Leckman, J. F., Fichter, M., Kaplan, A., Woodside, B., Treasure, J., Berrettini, W.H., Al Shabboat, M., Bulik, C.M. i Kaye, W. H. (2003). Obsessions and compulsions in anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 308-319. <https://doi.org/10.1002/eat.10138>
- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C. i Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46-52.
- Hazen, E., Schlozman, S. i Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: a review. *Pediatrics in Review*, 29(5), 161-7. <https://doi.org/10.1542/pir.29-5-161>
- Hildebrandt, B. A., Racine, S. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., Sisk, C.L. i Klump, K. L. (2015). The effects of ovarian hormones and emotional eating on changes in weight preoccupation across the menstrual cycle. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 477-486. <https://doi.org/10.1002/eat.22326>
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E. i Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.004>
- Hutchinson, D.M. i Rapee, R.M. (2007). Do Friends Share Similar Body Image and Eating Problems? The Role of Social Networks and Peer Influences in Early Adolescence. *Behavioral Research Therapy*, 45, 1557-1577. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.007>
- Kass, A. E., Kolko, R. P. i Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549–555. <https://dx.doi.org/10.1097%2FYCO.0b013e328365a30e>
- Keel, P. K., Brown, T. A., Holland, L. A. i Bodell, L. P. (2012). Empirical classification of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 381-404. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143111>

- Lee, K. S. i Vaillancourt, T. (2018). Longitudinal associations among bullying by peers, disordered eating behavior, and symptoms of depression during adolescence. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 605-612. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0284>
- Livingston, D. i Sammons, L. (2006). The effects of eating disorders on student academic achievement and the school counselor's role. *Perspectives in Learning*, 7(1), 11. Preuzeto s <https://csuepress.columbusstate.edu/pil/vol7/iss1/11>
- Martinsen, M. i Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 45(6), 1188-1197. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318281a939>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. i Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I. i Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5), e002646. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Eckert, E.D. i Pyle, R.L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *The American Journal of Psychiatry*, 142(4), 482–485. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.142.4.482>
- Polivy, J. i Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. i Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212–223. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003>
- Robb, A. S. (2004). Master of disguise: Eating disorders in the emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 5(3), 181-186. <https://doi.org/10.1016/J.CPEM.2004.05.002>
- Rosen, D. S. (2010). Clinical report—identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1240-1253. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2821>

- Rosenblum, G. D. i Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70(1), 50-64. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00005>
- Rudan, V. (2004). Normalni adolescentni razvoj. *Medix*, 10 (52), 36-39. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/20237>
- Schilder, C. M., Sternheim, L. C., Aarts, E., van Elburg, A. A. i Danner, U. N. (2021). Relationships between educational achievement, intelligence, and perfectionism in adolescents with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 794-801. <https://doi.org/10.1002/eat.23482>
- Shaw, H., Stice, E. i Becker, C. B. (2009). Preventing eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 199–207. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.012>
- Skårderud, F. (2009). Bruch revisited and revised. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(2), 83-88. <https://doi.org/10.1002/erv.923>
- Steinberg, L. i Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual review of psychology*, 52(1), 83-110. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.83>
- Stice, E., Marti, C. N. i Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622-627. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.009>
- Stoeber, J. i Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295–319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Striegel-Moore, R. H. i Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-98. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Sundgot-Borgen, J. i Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25-32. <http://dx.doi.org/10.1097/00042752-200401000-00005>
- Tasca, G. A. i Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tiggemann, M. i Pickering, A. S. (1996). Role of television in adolescent women's body dissatisfaction and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2),

- 199–203. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199609\)20:2%3C199::aid-eat11%3E3.0.co;2-z](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199609)20:2%3C199::aid-eat11%3E3.0.co;2-z)
- Treasure, J. i Cardi, V. (2017). Anorexia nervosa, theory and treatment: Where are we 35 years on from Hilde Bruch's foundation lecture?. *European Eating Disorders Review*, 25(3), 139-147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>
- Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, 18(2), 185-191,
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U. i Monteleone, P. (2016). Eating disorders: what age at onset?. *Psychiatry Research*, 238, 225-227. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.048>
- Wade, T. J. (1991). Race and sex differences in adolescent self-perceptions of physical attractiveness and level of self-esteem during early and late adolescence. *Personality and Individual Differences*, 12(12), 1319-1324. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(91\)90207-R](https://doi.org/10.1016/0191-8869(91)90207-R)
- Wilfley, D. E., Bishop, M. E., Wilson, G. T. i Agras, W. S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40(S3), S123-S129. <https://doi.org/10.1002/eat.20436>
- Wilfley, D. E., Kolko, R. P. i Kass, A. E. (2011). Cognitive-behavioral therapy for weight management and eating disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 271–285. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.002>
- Williamson, D. A., Martin, C. K. i Stewart, T. (2004). Psychological aspects of eating disorders. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 18(6), 1073–1088. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2004.06.023>
- World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. i Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00356-9)