

# Poremećaji u prehrani u adolescenciji

---

Ćurak, Dora

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:709626>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-14**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Dora Ćurak

**Poremećaji u prehrani u adolescenciji**

Završni rad

Mentorica: doc. dr. sc. Ana Babić Čikeš

Osijek, 2022.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Dora Ćurak

**Poremećaji u prehrani u adolescenciji**

Završni rad

Društvene znanosti, psihologija, klinička psihologija

Mentorica: doc. dr. sc. Ana Babić Čikeš

Osijek, 2022.

## 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 i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 31. kolovoza 2022.



Dora Ćurak  
Dora Ćurak, 0122233529

## SADRŽAJ:

<b>1. UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2. POREMEĆAJI U PREHRANI .....</b>	<b>2</b>
2.1. Prevalencija poremećaja u prehrani.....	2
2.2. Anoreksija nervoza.....	3
2.3. Bulimija nervoza.....	5
2.4. Poremećaji s prejedanjem.....	6
<b>3. MULTIDIMENZIONALNI MODEL NASTANKA POREMEĆAJA U PREHRANI ...</b>	<b>7</b>
3.1. Biološke determinante poremećaja u prehrani.....	8
3.2. Psihološki čimbenici nastanka poremećaja u prehrani.....	8
3.3. Obiteljski čimbenici u nastanku poremećaja u prehrani .....	9
3.4. Sociokulturalne odrednice poremećaja u prehrani.....	10
<b>4. SPOLNE RAZLIKE U RAZVOJU POREMEĆAJA U PREHRANI U</b> <b>ADOLESCENCIJI.....</b>	<b>11</b>
<b>5. KULTURALNE RAZLIKE U RAZVOJU POREMEĆAJA U PREHRANI .....</b>	<b>11</b>
<b>6. LIJEČENJE POREMEĆAJA U PREHRANI U ADOLESCENCIJI .....</b>	<b>12</b>
6.1. Metode liječenja .....	13
6.2. Liječenje poremećaja u prehrani u Europi.....	16
<b>7. ZAKLJUČAK .....</b>	<b>17</b>
<b>8. LITERATURA.....</b>	<b>18</b>

## Poremećaji u prehrani u adolescenciji

### SAŽETAK

Poremećaji u prehrani podrazumijevaju trajne smetnje u jedenju i procesima povezanim s jedenjem koje uzrokuju negativne posljedice na tjelesno i psihičko zdravlje osobe. Najzastupljeniji poremećaji u prehrani u adolescenciji su anoreksija nervoza, koju obilježavaju namjerni gubitak tjelesne težine i negativna samopercepcija te bulimija nervoza, koja se odnosi na konzumaciju hrane visokokalorične vrijednosti te njezino namjerno povraćanje zbog straha od povećanja tjelesne težine. Isto tako, tijekom adolescencije može se javiti i poremećaj s prejedanjem, kojeg karakterizira konzumacija veće količine hrane od uobičajenog koja se odvija u nekoliko epizoda. Na razvoj poremećaja u prehrani utječu predisponirajući, precipitirajući i podržavajući čimbenici. Predisponirajući čimbenici podrazumijevaju biološke, psihološke, obiteljske i sociokulturalne faktore kao što su naslijeđe, perfekcionizam, negativna emocionalnost, negativno obiteljsko okruženje te negativan utjecaj medija i vršnjaka. Precipitirajući čimbenici odnose se na održavanje dijete, depresiju, poremećaje raspoloženja i nepovoljne životne događaje, dok podržavajući čimbenici obuhvaćaju određene posljedice takvog ponašanja, koje osoba želi ostvariti, poput snižene tjelesne težine. Od poremećaja u prehrani u adolescenciji češće pate djevojke, što se objašnjava zastupljenošću karakterističnog načina suočavanja s problemima kod ove populacije, koji podrazumijeva sklonost impulzivnom ponašanju, ruminaciji, tjeskobi i nesigurnosti. Isto tako, iako se u prošlosti smatralo da se poremećaji u prehrani javljaju samo u određenim kulturama, istraživanja pokazuju da postaju sve prisutniji u različitim dijelovima svijeta. Liječenje poremećaja u prehrani, koje se najčešće pruža u specijaliziranim klinikama, podrazumijeva pružanje medicinske i psihološke pomoći te nutricionističkog savjetovanja.

**Ključne riječi:** *adolescencija, poremećaji u prehrani, anoreksija nervoza, bulimija nervoza*

## 1. UVOD

Razdoblje adolescencije karakteristično je po brojnim tjelesnim, psihološkim i kognitivnim promjenama (Lacković-Grgin, 2006). U tom životnom razdoblju adolescenti se suočavaju s povećanom učestalosti zdravstvenih problema, uključujući i psihičke poremećaje, a jedan od njih su poremećaji u prehrani (Berk, 2008).

Poremećaji u prehrani smatraju se trećom najčešćom kroničnom bolesti kod adolescenata, nakon astme i pretilosti (Gonzales i sur., 2007). Stopa prevalencije poremećaja u prehrani kod adolescenata je 2019. godine na svjetskoj razini iznosila 0.22% te je u posljednja tri desetljeća porasla za 16% (Our World in Data, 2022).

Poremećaji u prehrani u adolescenciji obuhvaćaju anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj s prejedanjem, koji nastaju kao rezultat razvoja negativnih osjećaja vezanih uz vlastito tijelo, koje osoba želi umanjiti smanjenjem tjelesne težine ili implementacijom određenih promjena u prehrani (Ćuk i Rožman, 2021). Osobe koje boluju od poremećaja u prehrani u većini slučajeva nisu svjesne svoje bolesti (Mora i sur., 2022). Kao posljedica ovih poremećaja moguć je razvoj brojnih tjelesnih i psihičkih oštećenja, poput bolesti kardiovaskularnog sustava, nesаницe, kronične boli, anksioznosti ili depresivnih simptoma (Johnson i sur., 2002), a u nekim slučajevima mogu rezultirati i smrću (Rome i sur., 2003). Liječenje poremećaja u prehrani u adolescenciji je dugotrajno i iziskuje značajne troškove (Palčevski i Baraba Dekanić, 2016).

U ovom radu će se opisati različite vrste poremećaja u prehrani koji se javljaju tijekom adolescencije, dati pregled teorijske podloge nastanka poremećaja u prehrani u adolescenciji, objasniti spolne i kulturalne razlike u pojavljivanju ovog poremećaja te postupke liječenja.

## **2. POREMEĆAJI U PREHRANI**

Poremećaji u prehrani, koji se u današnje vrijeme smatraju jednim od najvažnijih problema u javnom zdravstvu u svijetu, definiraju se kao trajne smetnje s jedenjem ili procesima povezanim s jedenjem koje rezultiraju promjenama u konzumaciji hrane ili njezinoj apsorpciji i ostvaruju negativne posljedice na tjelesno i psihosocijalno funkcioniranje osobe (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Kako bi se mogla postaviti dijagnoza poremećaja u prehrani, potrebno je zadovoljiti dijagnostičke kriterije koji su opisani u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (Sambol i Cikač, 2015), prema kojem se poremećaji u prehrani dijele na anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaje s prejedanjem, preživajući poremećaj, poremećaj izbjegavanja unosa hrane, druge specificirane poremećaje hranjenja ili jedenja te na nespecificirani poremećaj hranjenja ili jedenja. Anoreksija nervozna predstavlja dosljedno ograničavanje unosa hrane, što rezultira značajno niskom tjelesnom težinom, dok bulimija nervozna podrazumijeva ponavljajuće epizode prejedanja, nakon kojih slijedi samoinicijativno povraćanje ili zloupotreba laksativa. Nadalje, poremećaji s prejedanjem obuhvaćaju konzumaciju veće količine hrane od uobičajenog te osjećaj gubitka kontrole nad konzumacijom iste, dok pika predstavlja konzumaciju nejestivih i neprehrambenih tvari. Preživajući poremećaj odnosi se na ponavljano povraćanje poluprobavljene ili neprobavljene hrane, a poremećaj izbjegavanja unosa hrane na izostanak zanimanja za jedenje. Drugi specificirani poremećaj hranjenja podrazumijeva kliničke slike sa simptomima karakterističnima za neki poremećaj u prehrani, ali koji ne zadovoljavaju sve uvjete ni za jedan od njih, dok za nespecificirani poremećaj hranjenja vrijede iste karakteristike, osim što se ne navodi točan razlog zbog kojeg klinička slika ne zadovoljava dijagnostičke kriterije ni za jedan poremećaj u prehrani (Američka psihijatrijska udruga, 2014). U ovom radu fokus će biti na poremećajima u prehrani koji su najviše zastupljeni u adolescenciji, a to su anoreksija nervozna, bulimija i poremećaj s prejedanjem.

### **2.1. Prevalencija poremećaja u prehrani**

Stopa prevalencije poremećaja u prehrani u adolescenciji u 2019. godini iznosila je 0.22% (Our World in Data, 2022). Poremećaji u prehrani u većoj se mjeri javljaju u dobnoj skupini od 15. do 19. godine života u odnosu na dobnu skupinu od 10. do 14. godine (Our World in Data, 2022). Naime, na globalnoj razini 2019. godine stopa prevalencije poremećaja u prehrani za dobnu skupinu od 15. do 19. godine iznosila je 0,33%, što je trostruko više u odnosu na stopu obolijevanja mlađe dobne skupine adolescenata (Our World in Data, 2022). Štoviše, posljednja tri desetljeća prevalencija ovoga poremećaja za stariju dobnu skupinu adolescenata porasla je za 18%, što je



gotovo dva puta više u odnosu na stopu rasta obolijevanja mlađih adolescenata (Our World in Data, 2022). Dodatno, poremećaji u prehrani u najvećoj mjeri zahvaćaju adolescentice (National Institute of Mental Health, 2022). Primjerice, stopa prevalencije poremećaja u prehrani za adolescentice više je od dvostruko veća u odnosu na stopu obolijevanja za adolescente u Sjedinjenim Američkim Državama (National Institute of Mental Health, 2022). Nadalje, prevalencija poremećaja u prehrani u adolescenciji značajno je veća u razvijenim u odnosu na nerazvijene zemlje svijeta, pri čemu je stopa prevalencije ove vrste poremećaja za 2019. godinu u razvijenim zemljama svijeta iznosila 0.57%, a 0.13% u nerazvijenim zemljama (Our World in Data, 2022). U Hrvatskoj je stopa prevalencije poremećaja u prehrani u adolescenciji u 2019. godini iznosila 0.23% (Our World in Data, 2022).

## **2.2. Anoreksija nervoza**

Anoreksiju nervozu prvi je opisao Richard Morton 1989. godine kao samoinicijativno izgladnjivanje odrasle osobe ženskog spola koja nije pristajala na liječenje (Davidson i Neale, 1999; prema Ćuk i Rožman, 2021). Uz bulimiju nervozu smatra se najčešćim poremećajem u prehrani (Weiss, 1995). Kao glavna obilježja ovoga poremećaja navode se gubitak tjelesne težine s određenom namjerom, odbijanje konzumacije hrane ili njezin smanjeni unos, strah od povećanja tjelesne težine, poremećena slika o vlastitom tijelu te izostanak menstruacije kod žena (Begić, 2011). Anoreksija nervoza uobičajeno započinje kao rezultat određene stresne i uznemirujuće situacije za osobu (Američka psihijatrijska udruga, 2014), poput ismijavanja od strane vršnjaka ili dobivanja zamjerke od strane druge osobe o tjelesnoj težini (Ćuk i Rožman, 2021). Posljedično, osoba postaje zabrinuta za vlastiti izgled, ima narušenu sliku o sebi te započinje sa strogim održavanjem dijete s ciljem ostvarivanja savršenog tjelesnog izgleda (Ćuk i Rožman, 2021). Isto tako, početni je razvoj ovoga poremećaja skoro neprimjetan (Ćuk i Rožman, 2021). Želja za održavanjem dijete i gubitkom kilograma postupno navodi osobu na smanjenje broja namirnica koje konzumira, a nedovoljni unos hrane i glad koja nastaje kao rezultat toga kompenzira konzumacijom velike količine vode (Horvat, 2006; prema Ćuk i Rožman, 2021). Adolescentice koje boluju od anoreksije nervoze u većini slučajeva konzumiraju voće, povrće i salatu, pri čemu mnoge od njih počinju zastupati vegetarijansku prehranu (Herpertz-Dahlmann, 2015). One također hranu dijele na „dobru“ i lošu“ te su nerijetko pod utjecajem praznovjerja (Herpertz-Dahlmann, 2015). Nadalje, za adolescentice koje pokazuju simptome anoreksije nervoze karakteristično je i postavljanje stola na specifičan način, kao i prakticiranje rituala tijekom jela (Herpertz-Dahlmann, 2015). One jedu sporo, uzimaju male zalogaje prilikom konzumiranja hrane i izbjegavaju hranu koja sadrži masnoće (Herpertz-Dahlmann, 2015). Pacijenti koji boluju od anoreksije nervoze

nekoliko puta tijekom dana važu tjelesnu težinu i gledaju se u zrcalo kako bi procijenili vlastiti izgled (Herpertz-Dahlmann, 2015). Njihovo raspoloženje ovisi o tjelesnoj težini, pri čemu se ono uvelike pogoršava ukoliko dođe do povećanja tjelesne težine (Herpertz-Dahlmann, 2015). Isto tako, kako bi izbjegli dobivanje na tjelesnoj težini i kontrolirali negativno raspoloženje, oni se često bave sportom, poput gimnastike ili fitnesa (Herpertz-Dahlmann, 2015). Adolescentice koje imaju anoreksiju nervozu mogu izgledati izrazito mršavo i krhko (Nunn, 2001). Neke od njih izgledaju kao manekenke koje svojim izgledom žele privući pažnju drugih osoba (Nunn, 2001). Isto tako, pojedine adolescentice s anoreksijom nervozom preferiraju sportski izgled, pri čemu izgledaju mršavo, ali imaju mišićavu građu (Nunn, 2001). Nadalje, za dio njih je moguća pojava samoranjavanja i odbojnosti prema samome sebi, dok su druge usmjerene na uspješnost u akademskom okruženju, na način da su uporne i zaokupljene akademskim aktivnostima (Nunn, 2001). Kao rezultat navedenih karakteristika, osobe s anoreksijom nervozom povlače se iz društva (Ćuk i Rožman, 2021). Stopa smrtnosti od anoreksije nervoze premašuje smrtnost bilo kojeg drugog psihijatrijskog poremećaja u adolescenciji (Herzog i sur., 1992). Isto tako, kod ove vrste poremećaja u prehrani postoji povećani rizik od počinjenja suicida (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze uključuju ograničenje unosa hrane u odnosu na količinu koju bi osoba trebala unijeti, što rezultira izrazito niskom tjelesnom težinom, imajući u vidu spol i dob osobe, njezino zdravstveno stanje te razvojnu fazu u kojoj se nalazi. Nadalje, da bi osobi mogla biti postavljena dijagnoza anoreksije nervoze, ona treba imati izražen strah od pretilosti, porasta tjelesne težine ili treba biti sklona postupcima koji onemogućuju povećanje tjelesne težine. Isto tako, osoba treba imati smetnje u načinu na koji doživljava vlastito tijelo i tjelesnu težinu, odnosno takva osoba procjenjuje vlastitu vrijednost na temelju tjelesne težine te ne shvaća moguće posljedice njezine niske razine (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Dodatni simptomi obuhvaćaju izostanak menstruacije, depresivno raspoloženje, smetnje sa spavanjem te povlačenje od vršnjaka. Isto tako, može se javiti opsesivno-kompulzivno ponašanje, na način da je osoba okupirana razmišljanjem o hrani. Simptomi koji dodatno potvrđuju dijagnozu ovog poremećaja su jaka želja za kontroliranjem okoline u kojoj se osoba nalazi, nepokazivanje emocija, strah od konzumiranja hrane u javnosti te zloupotreba lijekova (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Anoreksija nervoza može se pojavljivati zajedno s depresijom, socijalnom fobijom, poremećajima ličnosti, drugim poremećajima u prehrani (Begić, 2011) ili s poremećajima uzimanja psihoaktivnih tvari (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Postoji nekoliko oblika ovoga poremećaja u prehrani, a to su restriktivni, purgativni i izmjenjujući tip (Begić, 2011). Restriktivni tip anoreksije nervoze označava da osoba tijekom posljednja tri mjeseca nije pokazivala znakove prejedanja ili pražnjenja, što podrazumijeva povraćanje koje osoba samoinicijativno izaziva ili neopravdanu upotrebu laksativa ili diuretika. Ova vrsta anoreksije nervoze nastaje kao posljedica smanjenja tjelesne težine primjenom dijeta, posta ili prekomjerne tjelesne aktivnosti. Nadalje, purgativni ili prejedajući tip podrazumijeva da je osoba tijekom posljednja tri mjeseca imala epizode prejedanja ili pražnjenja koje su se ponavljale (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Izmjenjujući tip anoreksije nervoze predstavlja izmjenjivanje restriktivnog i purgativnog tipa (Begić, 2011).

### **2.3. Bulimija nervoza**

Bulimija nervoza vrsta je poremećaja u prehrani koja se najčešće javlja tijekom adolescencije ili u ranoj odrasloj dobi (Američka psihijatrijska udruga, 2014), a u prosjeku se pojavljuje u dobi od 18 godina (Hotujac, 2003; prema Sambol i Cikač, 2015). Češće pogađa žene u odnosu na muškarce. Naime, omjer žena i muškaraca oboljelih od ovog poremećaja je 10:1 (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Termin „*bulimija*“ prvi je opisao Gerald Russell 1979. godine (Begić, 2011), s ciljem opisivanja ponašanja prejedanja i pražnjenja kod osoba koje su imale normalnu ili prekomjernu tjelesnu težinu (Fisher, 2006), budući da ovaj poremećaj može biti prisutan i kod ljudi koji su pretili (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ova se vrsta poremećaja u prehrani manifestira kao potreba za konzumacijom velike količine hrane visokokaloričnih vrijednosti, nakon čega osoba zbog straha od povećanja tjelesne težine svojevoljno povraća hranu (Collier i sur., 2010; prema Sambol i Cikač, 2015) ili primjenjuje sredstva za pražnjenje crijeva (Begić, 2011). Adolescenti koji boluju od bulimije nervoze skloni su ovakva ponašanja prakticirati u tajnosti (Herpertz-Dahlmann, 2015), kako bi izbjegli stid i krivnju (Vidović, 2009), a tijekom jela piju velike količine vode s ciljem lakšeg povraćanja konzumirane hrane (Herpertz-Dahlmann, 2015). Isto tako, karakterizira ih nesigurnost, nedostatak samopouzdanja te nezadovoljstvo i pretjerana zaokupljenost vlastitim tijelom (Vidović, 2009). Konzumacija velike količine hrane nerijetko započinje tijekom dijete ili nakon njezina završetka, a stresni događaji, isto kao i kod anoreksije nervoze, mogu utjecati na razvoj ovog poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ova vrsta poremećaja u prehrani uobičajeno traje najmanje nekoliko godina. Sukladno tome, tijekom bulimije nervoze može biti kroničan ili povremen, pri čemu se mogu javiti i razdoblja remisije koja se naizmjenično pojavljuju s epizodama prejedanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Isto tako, osobe koje boluju od bulimije nervoze moguće je uočiti na temelju ozljeda ili žuljeva na rukama koje nastaju kao rezultat izazivanja povraćanja (Vidović, 2009). Smrtnost od

bulimije nervoze događa se u 2% slučajeva tijekom perioda od 10 godina. Isto tako, kao i kod anoreksije nervoze, kod osoba koje boluju od bulimije nervoze postoji povećani rizik od počinjenja samoubojstva (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze uključuju epizode prejedanja koje se ponavljaju, a obilježava ih prekomjerna količina hrane koju osoba unese u određenom vremenskom periodu te osjećaj da osoba nije u mogućnosti prestati s jedenjem i imati kontrolu nad onim što i u kojoj količini jede. Nadalje, epizode prejedanja i primjena laksativa, diuretika, posta ili prekomjerne tjelovježbe trebaju se pojavljivati najmanje jedan put u tjednu i trebaju biti prisutni tijekom tri mjeseca (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Popratni simptomi koji se mogu pojaviti uz bulimiju nervozu odnose se na izostanak menstruacije te smetnje koja nastaju kao posljedica neravnoteže između tekućina i elektrolita, što u pojedinim slučajevima može uzrokovati srčane aritmije ili rupturu želuca. Također, može doći do problema s jednjakom, propadanja zubne cakline i povraćanja krvi (Vidović, 2009). Isto tako, osobe koje u prevelikoj mjeri primjenjuju laksative mogu postati ovisne o njima (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

S obzirom na prognozu ishoda bulimije nervoze, postoje tri oblika bulimije, a to su akutni, srednje dugi ili kronični oblik. Akutni je oblik najrjeđi oblik te prestaje samim povlačenjem simptoma. Nadalje, u srednje dugom obliku i u kroničnom obliku dolazi do naizmjenične promjene pogoršanja i poboljšanja simptoma (Begić, 2011).

Bulimija nervoza često se javlja u komorbiditetu s ostalim psihičkim poremećajima, poput depresije, i bipolarnih poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Isto tako, mogu biti prisutni i problemi s anksioznošću i raspoloženjem. Nadalje, moguć je komorbiditet s opsesivno-kompulzivnim poremećajem, alkoholizmom te poremećajima ličnosti, a osobito graničnim poremećajem (Begić, 2011).

#### **2.4. Poremećaji s prejedanjem**

Poremećaji s prejedanjem ili *binge eating disorder* podrazumijeva više epizoda tijekom kojih osoba konzumira veću količinu hrane (Begić, 2011). U općoj populaciji 1% osoba boluje od ove vrste poremećaja u prehrani (Begić, 2011), a omjer u prevalenciji ovoga poremećaja između osoba muškog i ženskog spola je uravnoteženiji u odnosu na druge poremećaje u prehrani (Hudson i sur., 2007). Poremećaji s prejedanjem pogađaju 2,5% adolescenata (Field i sur., 2012; prema Marzilli i sur., 2018). Adolescenti koji boluju od ove vrste poremećaja prejedanje percipiraju kao nagradu,

a mogu biti skloni i sakrivanju ili nagomilavanju hrane (Herpertz-Dahlmann, 2015). Isto tako, adolescente koji boluju od poremećaja s prejedanjem karakterizira anksioznost, visoka razina stresa i niska kvaliteta života (Marzilli i sur., 2018).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze poremećaja s prejedanjem uključuju epizode prejedanja koje se ponavljaju, a podrazumijevaju konzumaciju veće količine hrane od uobičajenih normi koje osoba pojede u određenom vremenskom roku te doživljaj nemogućnosti prestanka konzumiranja hrane i nedostatka kontrole nad količinom hrane koju osoba pojede, kao i onime što jede. Nadalje, epizode prejedanja trebaju zadovoljavati minimalno tri obilježja koja su svojstvena poremećaju s prejedanjem, a koja se navode u nastavku. Osoba treba jesti brže nego što je uobičajeno te treba jesti dok ne postigne osjećaj neugodne sitosti. Osoba treba konzumirati veliku količinu hrane bez da je osjećaj gladi potiče na takve postupke. Dodatno, takve osobe obično jedu nasamo, budući da osjećaju stid zbog velike količine hrane koju unose te nakon jedenja osjećaju odbojnost prema sebi. Nadalje, sljedeći kriterij podrazumijeva osjećaj nelagode, pri čemu se prejedanje događa najmanje jedan put u tjednu u periodu od tri mjeseca. Prejedanje se ne pojavljuje samo tijekom anoreksije nervoze ili bulimije nervoze te nije povezano s primjenom laksativa, diuretika, prekomjernom tjelesnom aktivnošću ili postom (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

### **3. MULTIDIMENZIONALNI MODEL NASTANKA POREMEĆAJA U PREHRANI**

Prema multidimenzionalnom modelu nastanka poremećaja u prehrani, na razvoj ove vrste poremećaja utječu predisponirajući, precipitirajući i podržavajući čimbenici (Garner, 1993).

Predisponirajući čimbenici, koje karakterizira prirodna ili stečena osobina organizma prema sklonosti razvoju patoloških procesa ili određenoj reakciji na bolest i njezino liječenje (Begić, 2011), u okviru multidimenzionalnog modela obuhvaćaju psihološke, biološke, obiteljske i sociokulturalne čimbenike koji pogoduju nastanku poremećaja u prehrani (Brytek-Matera i Czepczor, 2017).

Precipitirajući čimbenici ili *trigger faktori*, dolaze do izražaja neposredno prije pojave određenog poremećaja ili bolesti te omogućuju njezino pojavljivanje i razvoj (Begić, 2011), a unutar multidimenzionalnog modela podrazumijevaju održavanje dijete (Brytek-Matera i Czepczor, 2017), depresiju, poremećaje raspoloženja i nepovoljne životne događaje (Garner, 1993).

Podržavajući čimbenici, koji podupiru opstanak bolesti (Begić, 2011), obuhvaćaju simptome izgladnjivanja te određene psihološke, emocionalne i fizičke manifestacije takvog stanja, koje

osoba koja pati od poremećaja u prehrani, želi doživjeti (Garner i Desai, 2000; prema Brytek-Matera i Czepczor, 2017).

U nastavku rada detaljnije se opisuju predisponirajući čimbenici razvoja poremećaja u prehrani.

### **3.1. Biološke determinante poremećaja u prehrani**

Brojnim je istraživanjima potvrđena veća prevalencija poremećaja u prehrani među rođacima osoba kod kojih je ovaj poremećaj razvijen u odnosu na one kod kojih nije razvijen (Strober i sur., 2000). Prema rezultatima istraživanja koje su proveli Strober i suradnici (2000), srodnici osoba koje su oboljele od anoreksije nervoze imali su 11,4 puta veću vjerojatnost oboljenja u odnosu na srodnike osoba koje nisu imale ovaj poremećaj. Ova vjerojatnost za bulimiju nervozu bila je 3,5 puta veća (Strober i sur., 2000). Isto tako, kod osoba koje su oboljele od bulimije nervoze postoji obiteljska povijest bolesti poput depresije, pretilosti ili drugih poremećaja u prehrani (Begić, 2011). Nadalje, pokazalo se da su anoreksija nervoze i bulimija nervoze u većoj mjeri zastupljene kod jednojajčanih nego kod dvojajčanih blizanaca (Bulik, 2002).

Na razvoj poremećaja u prehrani mogu utjecati i neurotransmiteri, pri čemu smanjena koncentracija neurotransmitera noradrenalina pospješuje razvoj anoreksije nervoze, dok smanjena koncentracija noradrenalina i serotonina utječe na razvoj bulimije nervoze (Begić, 2011).

### **3.2. Psihološki čimbenici nastanka poremećaja u prehrani**

Osobine ličnosti jedan su od čimbenika koji predisponira nastanak poremećaja u prehrani (Leon i sur., 1993). Primjerice, perfekcionizam, koji podrazumijeva težnju za postizanjem najboljih i bespriječnih rezultata, pokazao se značajnim prediktorom poremećaja u prehrani (Hilbert i sur., 2014). Isto tako, iznimna uspješnost i sudjelovanje u izvannastavnim aktivnostima, poput volontiranja ili vođenja određene zajednice, mogu karakterizirati osobe koje boluju od anoreksije nervoze, budući da im te osobine mogu pomoći da kontinuirano i fokusirano održavaju određeni režim prehrane (Wilhelm i Clarke, 1998). Isto tako, karakteriziraju ih i opsesivno-kompulzivno ponašanje (Wilhelm i Clarke, 1998) u obliku prisilnih misli i radnji (Begić, 2011) te internalizirani stilovi suočavanja s problemima, što znači da su skloni usmjeravanju krivnje na sebe za probleme s kojima se suočavaju (Wilhelm i Clarke, 1998).

Nadalje, psihološki čimbenici koji također pospješuju nastanak poremećaja u prehrani su kognitivni i emocionalni deficiti te nezadovoljstvo vlastitim izgledom (Garner, 1993). Primjer je negativna emocionalnost koja podrazumijeva nisko samopoštovanje, nemogućnost doživljavanja sreće te negativnu procjenu samoga sebe (Keel i Forney, 2013). Prema rezultatima istraživanja

koje su proveli Swift i suradnici (1986), adolescenti koji boluju od anoreksije nervoze postigli su slabe rezultate na upitnicima samopoštovanja te su pokazali nedostatak samoprihvatanja.

Nadalje, psihološke i fizičke traume jedan su od čimbenika koji mogu utjecati na razvoj poremećaja u prehrani (Garner, 1993). Primjerice, prema rezultatima istraživanja koje je provela Hilbert i suradnici (2014), uznemiravanje i zlostavljanje, kao i prekomjerna tjelesna težina u djetinjstvu, pokazali su se značajnim prediktorima u nastanku poremećaja s prejedanjem.

Psihološki čimbenici koji pospješuju nastanak poremećaja u prehrani podrazumijevaju i prisutnost depresivnih i anksioznih simptoma (Garner, 1993). Anoreksija nervoze može se razviti i kao posljedica nemogućnosti prihvatanja odrastanja i samostalnosti te rješavanje moralnih dvojbi (Begić, 2011), što su zadaci koje adolescenti trebaju realizirati tijekom razdoblja adolescencije (Lacković-Grgin, 2006). Isto tako, impulzivnost i emocionalna labilnost, koje se povezuju s problematičnim ponašanjima u adolescenciji (Kapur, 2015), pospješuju nastanak bulimije nervoze (Begić, 2011).

### **3.3. Obiteljski čimbenici u nastanku poremećaja u prehrani**

Negativna obiteljska dinamika pokazala se kao jedan od ključnih čimbenika koji utječu na razvoj poremećaja u prehrani (Selvini Palazzoli i Viaro, 1988). Dodatne karakteristike obiteljskog okruženja koje imaju učinak na razvoj anoreksije nervoze su prestroga disciplina u obitelji te neslaganje roditelja oko definiranja točnih pravila u obitelji, postojanje obiteljskih tajni (Rastam i Gillberg, 1991), sukobi, negativnost (Strober, 1981), omalovažavanje te zanemarivanje u obitelji (Humphrey, 1987). Nadalje, visoka očekivanja od strane roditelja također mogu utjecati na razvoj anoreksije nervoze i bulimije nervoze (Hoberman i sur., 1990; prema Fisher i sur., 1995). Isto tako, prema rezultatima istraživanja koje su proveli Johnson i suradnici (2002), niski socioekonomski status i niska razina obrazovanja roditelja također su bili prediktori razvoja poremećaja u prehrani tijekom razdoblja adolescencije.

Dodatno, majke adolescentica oboljelih od anoreksije nervoze karakterizira nametljivost, netolerantnost i pretjerana kritičnost (Selvini, 1986). Isto tako, prema rezultatima istraživanja koje su proveli Barone i Guiducci (2009), kod adolescentica oboljelih od poremećaja u prehrani postoji neriješen status privrženosti prema majkama, što prema teoriji privrženosti znači da tijekom djetinjstva nisu ostvarile osjećaj povjerenja, sigurnosti i bliskosti od strane majke, što može rezultirati poteškoćama u emocionalnom, socijalnom i kognitivnom razvoju. Posljedično, one tijekom adolescencije imaju tendenciju očekivati napuštanje od majke, zaokupljene su njezinom dostupnošću i osjećajem da nisu dobile dovoljnu količinu ljubavi (Gander i sur., 2015). Za razliku

od majki, očevi se uobičajeno dobro odnose prema kćerkama, ali su često odsutni (Selvini, 1986) i pasivni (Garner, 1993).

### **3.4. Sociokulturalne odrednice poremećaja u prehrani**

Na razvoj negativne slike o sebi može utjecati sociokulturno okruženje prikazivanjem društveno uvjetovanih normi tjelesnog izgleda u masovnim medijima, točnije putem oglašavanja u modnoj i kozmetičkoj industriji (Thompson i Heinberg, 1999). Utjecaj kulture i društva na internalizaciju mršavog i nerealnog tjelesnog izgleda, kojem su osobito podložne adolescentice (Pokrajac-Bulian i Ambrosi-Randić, 2007), jedan je od čimbenika koji utječe i na razvoj poremećaja u prehrani (Davis i Yager, 1992). Štoviše, adolescenti su u prosjeku sedam sati dnevno izloženi različitim vrstama medija (Strasburger i sur., 2010), što ima značajan utjecaj na razvoj zabrinutosti oko tjelesne težine, nezadovoljstva vlastitim izgledom i pojavu simptoma poremećaja u prehrani (Morris i Katzman, 2003).

Rezultati istraživanja koje su proveli Baker i suradnici (2003) pokazuju da vršnjaci isto tako mogu imati utjecaj na stavove o prehrani kod adolescenata i razvoj nezadovoljstva vlastitim tijelom. Adolescenti se tijekom razdoblja adolescencije pridružuju vršnjačkim grupama, koje im pomažu u razvoju njihovog identiteta (Chein i sur., 2011). Međutim, vršnjaci su često skloni zadirkivanju svojih prijatelja zbog njihovog fizičkog izgleda (Hutchinson i Rapee, 2007), što se negativno odražava na samopoštovanje (Meyer i Waller, 2001) i zadovoljstvo vlastitim tijelom kod adolescenata te rezultira pojavom simptoma poremećaja u prehrani (Day i sur., 2021). Isto tako, adolescenti mogu razviti negativno mišljenje o vlastitom izgledu na temelju razgovora s vršnjacima o vlastitoj prehrani i izgledu tijela (Al-Sheyab, 2018), tijekom kojih ih vršnjaci nagovaraju na smanjenje tjelesne težine (Marcos i sur., 2013). Rezultati istraživanja dokazuju da je ovakav utjecaj veći za adolescentice u odnosu na adolescente (Marcos i sur., 2013), što se objašnjava činjenicom da adolescentice češće razgovaraju s vršnjacima o ovakvim temama u odnosu na adolescente (Vincent i McCabe, 2000). Dodatno, smatra se da ideal ljepote kod adolescenata ne predstavlja mršavost, već povećanje tjelesne težine (Marcos i sur., 2013). Stoga adolescenti, u odnosu na adolescentice, ne doživljavaju veliki pritisak od strane vršnjaka kada je riječ o smanjenju tjelesne težine (Marcos i sur., 2013). Vrsta utjecaja od strane vršnjaka koja najviše pridonosi razvoju poremećaja u prehrani je modeliranje (Marcos i sur., 2013), koje se ostvaruje na način da vršnjaci pokazuju zabrinutost i preokupaciju vlastitim tijelom, nakon čega prijatelji slijede njihovo ponašanje (Marcos i sur., 2013), s ciljem postizanja odobravanja i veće prihvaćenosti u grupi vršnjaka (Al-Sheyab, 2018). Isto tako, kod onih adolescenata čiji se vršnjaci



nisu hranili zdravo i zdravu prehranu nisu smatrali bitnom, postojala je veća vjerojatnost da će imati negativne stavove o zdravoj prehrani i u skladu s tim se ponašati (Meyer i Waller, 2001).

#### **4. SPOLNE RAZLIKE U RAZVOJU POREMEĆAJA U PREHRANI U ADOLESCENCIJI**

Prema rezultatima istraživanja koje su proveli Pascual i suradnici (2012), postoje spolne razlike u emocionalnim varijablama koje su ključne za razvoj poremećaja u prehrani. Primjerice, dječaci su skloniji doživljavanju pozitivnih emocija u odnosu na djevojčice. Za razliku od dječaka, djevojčice iskazuju sklonost zamišljanja ostvarenja budućih događaja za koje postoji mala vjerojatnost da će se dogoditi. Nadalje, djevojčice su sklonije impulzivnom ponašanju i ruminaciji. Isto tako, u situacijama koje rezultiraju pojavom osjećaja anksioznosti, djevojčice pokazuju aktivan angažman u rješavanju problema, pokušavaju promijeniti situaciju u kojoj se nalaze i uspostavljaju kontrolu nad onim što osjećaju. Isto tako, djevojčice su u većoj mjeri, u odnosu na dječake, sklone osjećati nesigurnost i tjeskobu (Tobin-Richards i sur., 1983; prema Hsu, 1989). Za razliku od djevojčica, dječaci su više usmjereni na pozitivno razmišljanje o ishodu određenog problema, kognitivnom restrukturiranju i prihvaćanju. Prema tome, djevojčice imaju karakterističan profil ličnosti koji obuhvaća prethodno navedena obilježja suočavanja s problemima i emocionalne reakcije na probleme, što sveukupno rezultira većom stopom poremećaja u prehrani kod adolescentica u odnosu na adolescente (Kiyotaki i Yokoyama, 2006).

Nadalje, postojanje biološke osnovne objašnjava veću stopu prevalencije poremećaja u prehrani u adolescenciji kod djevojčica u odnosu na dječake (Culbert i sur., 2021). Autori naglašavaju da dječaci imaju manji rizik od razvoja poremećaja u prehrani zbog početne izloženosti testosteronu u prenatalnom i perinatalnom razvoju te kasnije izloženosti istom hormonu za vrijeme puberteta (Culbert i sur., 2021). Za razliku od dječaka, djevojčice tijekom ranog razvoja nisu izložene utjecaju testosterona, pri čemu također imaju višu razinu estradiola tijekom puberteta (Klump i sur., 2010), što povećava rizik za razvoj patoloških oblika ponašanja vezanih uz prehranu, a osobito poremećaja prejedanja (Iwasa i sur., 2016).

#### **5. KULTURALNE RAZLIKE U RAZVOJU POREMEĆAJA U PREHRANI**

Prevalencija poremećaja u prehrani razlikuje se u različitim etičkim i nacionalnim skupinama, pri čemu ona s vremenom pokazuje promjenu uvjetovanu razvojem pojedinih kultura. Poremećaji u prehrani prvi su put opisani u Sjevernoj Americi i zapadnoj Europi, što je rezultiralo mišljenjem da ova vrsta poremećaja pokazuje povezanost samo uz određenu kulturu, odnosno da se razvija kao rezultat obilježja koji su vezani samo za kulturu prisutnu u Sjevernoj Americi i zapadnoj

Europi (Pike i sur., 2014). Međutim, suprotno izvornom mišljenju da su poremećaji u prehrani vezani samo za sjevernoameričku i zapadno europsku kulturu (McCarthy, 1990), rezultati istraživanja upućuju na dokaze da su kulturalni standardi koji su povezani s tim područjem, poput nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom, negativne samopercepcije i težnje za postizanjem nerealnog i mršavog tjelesnog izgleda, također postali prisutni i u drugim područjima svijeta (Gordon, 2000; prema Pokrajac-Bulian i Ambrosi-Randić, 2007). Ova je promjena nastala kao rezultat odobravanja i usvajanja vrijednosti i praksi zapadnih kultura vezanih uz razvoj poremećaja u prehrani od strane drugih kultura, kao i veće interakcije zapadnih kultura s ostalim kulturama, poput azijske (Pike i sur., 2014).

Rezultati istraživanja ukazuju na zaključak da su stope anoreksije nervoze postale relativno stabilne početkom 21. stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama i u zapadnoj Europi (Pike i sur., 2014). Međutim, bulimija nervoze bilježi pad u broju slučajeva na području Sjeverne Amerike i zapadne Europe (Smink i sur., 2012) među skupinom bijele rase, ali pokazuje rast među skupinama crne rase i latinoamerikanaca u Sjevernoj Americi (Pike i sur., 2014), što se objašnjava smanjenom mogućnosti za dobivanje adekvatne zdravstvene skrbi za ovaj dio populacije (Marques i sur., 2011).

Nadalje, kada je u pitanju razvoj poremećaja u prehrani na području Azije, oni su se prvi put pojavili u Japanu 1970-ih godina (Pike i sur., 2011; prema Pike i sur., 2014), nakon čega su se dalje proširili u druge industrijalizirane zemlje, poput Hong Konga (Lee i sur., 2010; prema Pike i sur., 2014) ili Malezije (Gan i sur., 2011; prema Pike i sur., 2014). Prevalencija poremećaja u prehrani pokazuje porast i u drugim azijskim zemljama (Pike i sur., 2014). Isto tako, u arapskim zemljama, poput Jordana, dolazi do porasta u prevalenciji poremećaja u prehrani u populaciji adolescentica (Mousa i sur., 2010).

## **6. LIJEČENJE POREMEĆAJA U PREHRANI U ADOLESCENCIJI**

Glavni ciljevi liječenja poremećaja u prehrani u adolescenciji obuhvaćaju povratak zdravim obrascima u prehrani, liječenje fizičkih komplikacija koje su nastale kao posljedice poremećaja, uspostavljanje regulacije osjećaja i ponašanja, ostvarivanje podrške od strane obitelji te sprječavanje ponovnog razvoja poremećaja u prehrani (Reese, 2022). Liječenje poremećaja u prehrani u adolescenciji zahtijeva tim stručnjaka koji obuhvaća liječnike i ostale zdravstvene radnike koji procjenjuju zdravstveno stanje pacijenta i skrbe o njemu. Tim se treba sastojati i od dijetetičara koji je zadužen za individualni rad s pacijentom, kao i obitelji, pri čemu se on bavi

izradom individualnog plana prehrane te psihoterapeuta koji se bavi provođenjem individualne i obiteljske psihoterapije (Reese, 2022).

Glavni kriterij za prijam na bolničko liječenje pacijenata oboljelih od poremećaja u prehrani je naglo smanjenje tjelesne težine (Mahnik-Miloš, 2004). Isto tako, kao kriterij za bolničko liječenje, navode se i druge moguće komplikacije, poput bradikardije, odnosno smanjenja broja srčanih otkucaja na manje od 60 otkucaja u minuti ili ortostatske hipotenzije koja podrazumijeva veliki pad arterijskog krvnog tlaka (Mahnik-Miloš, 2004). Nadalje, postoje dokazi koji upućuju na zaključak da je ishod za adolescente koji se liječe u bolničkim jedinicama koji su namijenjeni isključivo adolescentima bolji u odnosu na slučaj kada se liječe u tradicionalnim psihijatrijskim ustanovama zajedno s odraslim osobama (Adolescent Medicine Committee, 1998). Ovo se može pripisati većoj specijalizaciji i iskustvu osoblja zaposlenog na bolničkim odjelima koji su namijenjeni adolescentima te postizanjem međusobnog razumijevanja i većom motiviranošću adolescenata za postizanjem oporavka kada se nalaze među vršnjacima koji se suočavaju s istim problemom u odnosu na situacije kada se nalaze među skupinom odraslih osoba oboljelih od različitih psihičkih bolesti.

### **6.1. Metode liječenja**

Bolničko se liječenje prvenstveno odnosi na postupke koji rezultiraju dobivanjem na tjelesnoj težini i usvajanjem pozitivnih prehrambenih navika kod adolescenata, što uključuje pružanje korisnih informacija o zdravim oblicima prehrane, kupovanju hrane i njezinoj pripremi (Mahnik-Miloš, 2004). Tijekom bolničkog liječenja, cilj je da pacijent dobije jedan do dva kilograma u tjednu (Mahnik-Miloš, 2004). Nadalje, liječnici su skloniji davanju prave hrane pacijentima umjesto različitih smjesa hrane visoke kalorijske vrijednosti, kako bi pacijenti uspostavili pozitivan odnos prema pravoj hrani i smanjili strah i tjeskobu od povećanja tjelesne težine koju osjećaju prilikom njezine konzumacije (Steinglass i sur., 2012). Tijekom bolničkog liječenja, fizička aktivnost ne bi trebala biti dopuštena, već se pacijente treba usmjeriti na vraćanje tjelesne težine (Mahnik-Miloš, 2004). Isto tako, potrebno je svakodnevno nadzirati pacijente kako ne bi povraćali unesenu hranu te je svako jutro, prije prvog mokrenja, potrebno izmjeriti tjelesnu težinu (Mahnik-Miloš, 2004).

Nadalje, u liječenju poremećaja u prehrani također se primjenjuje i farmakoterapija, iako rezultati primjene lijekova kod teških oblika anoreksije nervoze i bulimije nervoze nisu poznati (Mahnik-Miloš, 2004). Pri liječenju poremećaja u prehrani koriste se lijekovi poput antidepresiva, koji uključuju klomipramin, fluokstin i paroksetin (Mahnik-Miloš, 2004). Međutim, upotreba ovih

lijekova može izazvati negativne učinke, poput hipotenzije i aritmije srca (Mahnik-Miloš, 2004). Isto tako, pri liječenju se primjenjuju atipični antipsihotici i anksiolitici, budući da pacijenti često pokazuju anksiozne simptome pri povećanju tjelesne težine (Mahnik-Miloš, 2004).

Što se tiče psihoterapijskog liječenja, ono se može provoditi na razini pojedinca ili cijele grupe (Mahnik-Miloš, 2004), a s njim se počinje nakon što pacijent više nije životno ugrožen (Vidović, 2004). Smatra se da bi psihoterapija adolescentima trebala pomoći u vidu dobivanja podrške, umanjivanja osjećaja panike i depresivnih simptoma ukoliko su prisutni, poučavanja o različitim načinima upravljanja vlastitim tijelom, bez da se osoba pretjerano oslanja na fizički izgled, razvijanja samopoštovanja i pomaganja pacijentu u rješavanju psihosocijalnih problema (Crisp, 1997; prema Vidović, 2004).

Za liječenje anoreksije nervoze u populaciji adolescenata učinkovita je obiteljska terapija (Couturier i sur., 2013). Ova se vrsta terapije temelji na poticanju obitelji za pružanje pomoći adolescentu tijekom oporavka od poremećaja u prehrani (Wilfley i sur., 2011). Terapeut surađuje s obitelji kako bi zajedno pomogli pacijentu u postizanju optimalne tjelesne težine i neovisnosti, kao i u promicanju zdravog razvoja i poboljšanju pacijentovog odnosa prema hrani (Wilfley i sur., 2011). Obiteljska se terapija sastoji od tri faze (Rosen, 2010). Tijekom prve faze roditelji, uz pomoć terapeuta, preuzimaju odgovornost za oporavak adolescenta, na način da nadgledaju adolescenta tijekom jela, kako bi bili sigurni da se pravilno hrani (Rosen, 2010). U drugoj fazi, kada je došlo do oporavka u tjelesnoj težini, adolescenta se potiče na preuzimanje odgovornosti za vlastitu prehranu (Rosen, 2010). U posljednjoj fazi, terapeut se usmjerava na rješavanje drugih problema s kojima se adolescent susreće, ali koji do sada nisu bili u fokusu zbog prevladavanja simptoma poremećaja u prehrani (Rosen, 2010). Međutim, ova vrsta psihoterapije nije dostupna u svim zajednicama te nije prikladna u obiteljima u kojima postoji psihopatologija kod roditelja i negativan odnos prema adolescentu koji boluje od poremećaja u prehrani (Rosen, 2010).

U liječenju bulimije nervoze i poremećaja u prejedanju u adolescenciji pokazala se učinkovitom kognitivno-bihevioralna terapija (Wilson i sur., 2007). U ovoj vrsti psihoterapije terapeut primjenjuje kognitivno restrukturiranje s ciljem modifikacije iskrivljenih uvjerenja o postizanju savršene tjelesne težine i izgleda, za koje se smatra da adolescente motiviraju na održavanje dijete te da potiču strah od debljanja (Robin i sur., 1998). Kognitivno-bihevioralna terapija u sklopu liječenja poremećaja u prehrani obuhvaća tri faze (Robin i sur., 1998). Prva faza uključuje primjenu bihevioralnih metoda, poput dnevnika prehrane, koje su osmišljene s ciljem prekidanja ciklusa prejedanja te pružanja pomoći pacijentu u normalizaciji obrazaca prehrane (Robin i sur.,

1998). Nadalje, iduća faza podrazumijeva korištenje kognitivnog restrukturiranja i rješavanja problema s kojima se pojedinac suočava kako bi mu se pomoglo u identificiranju i otklanjanju misli i uvjerenja koja održavaju poremećaj u prehrani (Robin i sur., 1998). Dodatno, u ovoj se fazi ispituju međuljudski odnosi i stresori u okolini koji pokreću epizode bulimije nervoze (Robin i sur., 1998). U posljednjoj je fazi liječenja naglasak na primjeni strategija prevencije kako ne bi došlo do ponovnog javljanja simptoma te na održavanju optimalnog funkcioniranja pacijenta (Robin i sur., 1998).

U liječenju bulimije nervoze i poremećaja u prejedanju pokazala se djelotvornom i interpersonalna terapija (Wilfley i sur., 2011). Usmjeren je na identifikaciju međuljudskih odnosa u životu pacijenta koji su uzrokovali razvoj poremećaja u prehrani, pri čemu se manji naglasak stavlja na simptome poremećaja u prehrani i preokupaciju pacijenta njegovom tjelesnom težinom i izgledom (Robin i sur., 1998). Nakon što terapeut primjenom bihevioralnih i kognitivnih tehnika pomogne pacijentu u identifikaciji negativnih međuljudskih odnosa u njegovom životu i njihovom razrješavanju, pacijent razvija osjećaj kompetentnosti koji će mu pomoći u uspješnom suočavanju s budućim problemima (Robin i sur., 1998). Liječenje uz pomoć primjene interpersonalne terapije u prosjeku traje 12 tjedana (Robin i sur., 1998).

Postotak izlječenja veći je za adolescente oboljele od anoreksije nervoze, u odnosu na odrasle osobe, pri čemu se oporavi 50-75% adolescenata kod kojih je primijenjena obiteljska terapija. Isto tako, stopa ponovnog javljanja simptoma je niska. Sukladno tome, ukoliko se anoreksija nervoza počne liječiti u ranim fazama razvoja bolesti, intenzivnim tretmanom uz primjenu izvanbolničkog liječenja i prisutnost obiteljske podrške, šanse za oporavak su veće. Međutim, kod pacijenata kojima liječenje ne pomaže ili kod kojih se simptomi anoreksije nervoze nakon određenog vremena ponovno razvijaju, postoji povećani rizik od razvoja psihičkih poremećaja u odrasloj dobi, što se događa u otprilike 50% slučajeva (Mairs i Nicholls, 2016).

Što se tiče izlječenja adolescenata koji boluju od bulimije nervoze, 40% ih se oporavi nakon 6 do 12 mjeseci liječenja. Međutim, stopa ponovnog pojavljivanja simptoma je visoka. Nadalje, postotak izlječenja kod poremećaja u prejedanju veći je u odnosu na bulimiju nervozu. Mali dio ljudi koji je tijekom adolescencije bolovao od bulimije nervoze će kasnije razviti anoreksiju nervozu, već takve osobe uobičajeno ponovno razvijaju simptome bulimije nervoze. Za razliku od njih, adolescenti koji boluju od poremećaja s prejedanjem obično će u kasnijoj fazi života razviti simptome nekog drugog poremećaja u prehrani. Bulimija nervoza i poremećaj s prejedanjem tijekom adolescencije povezani su s pretiļošću u kasnijoj životnoj dobi (Mairs i Nicholls, 2016).

## 6.2. Liječenje poremećaja u prehrani u Europi

U Europi postoji više institucija koje pružaju liječenje poremećaja u prehrani za populaciju adolescenata (Balabanić Mavrović, 2018), a u nastavku se navode primjeri takvih institucija u Austriji, Norveškoj i Hrvatskoj. Liječenje od poremećaja u prehrani za adolescente pruža Sveučilišna klinika za dječju psihijatriju i mlade u Beču. Ciljna skupina programa liječenja u ovoj klinici, koji traje od tri mjeseca do ukupno četiri godine, su osobe od 10 do 17 godina starosti koje boluju od anoreksije nervoze i bulimije nervoze. Liječenje se sastoji od više faza. Prva faza obuhvaća provođenje liječničkog pregleda, mirovanje, isključivanje obitelji iz postupka liječenja te početak provođenja psihoterapije. Druga faza liječenja podrazumijeva dobivanje na tjelesnoj težini, točno definiranu prehranu i nadzor zdravstvenih radnika za vrijeme obroka, dok treća faza obuhvaća razvoj samokontrole prilikom jedenja te intenzivne oblike individualne i grupne psihoterapije. U četvrtoj se fazi u sam proces liječenja ponovno uključuju obitelj i prijatelji te se pacijenta priprema za ambulantni program, koji obuhvaća daljnju psihoterapiju (Balabanić Mavrović, 2018).

Regionalni odjel za poremećaje hranjenja u Norveškoj pruža usluge liječenja adolescentima oboljelima od anoreksije i bulimije nervoze, kompulzivnog prejedanja, nespecifičnih poremećaja u prehrani te komorbiditeta koji se javljaju uz ove poremećaje. U ovoj klinici, pacijenti na dnevnoj razini imaju četiri obroka, dok neki također dobiju i međuobrok, pri čemu osoblje klinike jede zajedno s pacijentima. Pacijenti glavni obrok moraju pojesti u razdoblju od pola sata, a međuobrok za 15 minuta. Ukoliko pacijentice obroke ne uspiju pojesti u predviđenom vremenu, hrana se kompenzira visoko kalorijskim napitcima ili se hranjenje vrši putem sonde. Na ovome odjelu adolescenti mogu dobiti podršku u obliku individualnih razgovora s psihijatrom, psihologom i nutricionistom. Isto tako, imaju mogućnost sudjelovanja u grupnim obiteljskim terapijama koje se sastoje od šest do deset obitelji čiji član boluje od određenog poremećaja u prehrani. Također, na odjelu postoji i dnevna bolnica u kojoj pacijenti mogu sudjelovati u kognitivno bihevioralnoj terapiji i mindfulnessu. U dnevnoj su bolnici zaposleni psihijatar, psiholog, socijalni radnik te medicinska sestra, kao i osoba koja je zadužena za posluživanje obroka (Balabanić Mavrović, 2018).

U Hrvatskoj, u sklopu Kliničkog bolničkog centra Zagreb, postoji Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju, u kojemu adolescenti mogu dobiti usluge dijagnoze i liječenja poremećaja u prehrani (Klinički bolnički centar Zagreb, 2022). Unutar Zavoda postoji ambulanta za poremećaje jedenja djece i mladeži, kao i dnevna bolnica koja je psihoterapijski orijentirana i omogućava liječenje

adolescentima u dobi od 12 do 18 godina. U dnevnoj bolnici djeluje multidisciplinarni tim koji primjenjuje kombinaciju terapija koje obuhvaćaju individualne psihoanalitičke psihoterapije, grupne psihoterapije, grupne tretmane, terapijsku tehniku psihodrame te edukativne i kreativne terapije. Održavaju se i sastanci terapijske zajednice svih pacijenata na odjelu i članova tima Dnevne bolnice za mladež, a informacijski razgovori s roditeljima održavaju se prema potrebi. Nadalje, postoji i stacionarni dio Zavoda koji je otvoren 2014. godine. U ovom dijelu Zavoda također se primjenjuje psihoterapija uz povremenu primjenu medikamentozne terapije. Adolescenti koji na ovome odjelu liječe od poremećaja u prehrani i drugih psihičkih oboljenja pokazuju poboljšanje u 70% slučajeva (Klinički bolnički centar Zagreb, 2022).

U Hrvatskoj djeluje i Bea – Centar za poremećaje hranjenja (Bea – Centar za poremećaje hranjenja, 2022). Ovaj je centar osnovan 2012. godine s ciljem pružanja podrške oboljelima od poremećaja hranjenja, kao i njihovim obiteljima. Isto tako, u Centru se provode preventivni i edukativni programi o poremećajima u prehrani, u sklopu kojih se održavaju radionice za učenike srednjih škola grada Zagreba te edukacije za profesore i stručne suradnike u školama. Nadalje, u Centru BEA postoje i grupe podrške, koje obuhvaćaju grupe za mlađe oboljele, grupe za osobe s poremećajem prejedanja, nutricionističku grupu te grupu za roditelje. Grupa za mlađe oboljele namijenjena je djevojkama do 18 godina starosti, pri čemu je cilj grupe rad na razvoju pozitivne slike o sebi i povećanju motivacije za liječenje od poremećaja u prehrani. Grupa za osobe s poremećajem prejedanja usmjerena je na razvijanje zdravog odnosa prema hrani i vlastitome tijelu, dok je cilj nutricionističke grupe usvajanje strategija borbe sa starim i negativnim obrascima razmišljanja i ponašanja vezanog uz prehranu. Isto tako, u Centru BEA postoji i savjetovalište, unutar kojeg se pružaju usluge ulaznog razgovora, seanse psihološke podrške te preporuke za daljnje liječenje (Bea – Centar za poremećaje hranjenja, 2022).

## **7. ZAKLJUČAK**

Poremećaji u prehrani predstavljaju najučestalije psihičke poremećaje kojima su izloženi adolescenti. Među njima najzastupljeniji poremećaj je anoreksija nervoza koja podrazumijeva namjerni gubitak tjelesne težine, smanjeni unos hrane ili odbijanje konzumacije iste, izraženost straha od povećane tjelesne težine i narušenu percepciju vlastitog tijela. Nadalje, uz anoreksiju nervoza, tijekom razdoblja adolescencije, značajno je zastupljena i bulimija nervoza, koja podrazumijeva konzumaciju visokokalorične hrane, nakon čega osoba, zbog zaokupljenosti tjelesnim izgledom, namjerno povraća hranu ili koristi laksative kako bi izbjegla povećanje

tjelesne težine. Isto tako, tijekom adolescencije mogu biti prisutni i poremećaji s prejedanjem, koje karakterizira konzumacija veće količine hrane od uobičajenog koja se odvija u više epizoda.

Prema teorijskom objašnjenju nastanka poremećaja u prehrani, ova je vrsta psihičkog poremećaja multidimenzionalne prirode, pri čemu je uzrokuju predisponirajući, precipitirajući te podržavajući čimbenici. Predisponirajući faktori nastanka poremećaja u prehrani podrazumijevaju postojanje psihološkog, biološkog, obiteljskog i sociokulturalnog utjecaja. Nadalje, precipitirajući faktori nastanka poremećaja u prehrani obuhvaćaju održavanje djeteta, depresiju, poremećaje raspoloženja i nepovoljne životne događaje, dok podržavajući čimbenici podrazumijevaju simptome izgladnjivanja te određene psihološke, emocionalne i fizičke manifestacije takvog stanja, koje osoba koja pati od poremećaja u prehrani, želi doživjeti.

Nadalje, rezultatima istraživanja utvrđeno je postojanje spolnih razlika u razvoju poremećaja u prehrani u adolescenciji, pri čemu ova vrsta poremećaja ostvaruje veću prevalenciju kod adolescentica, budući da one imaju specifičan način suočavanja s problemima i reagiranja na iste koji ih u većoj mjeri predisponira za razvoj ovakvog oblika psihičkog poremećaja. Isto tako, kada su u pitanju kulturalne razlike u nastanku poremećaja u prehrani, u prošlosti je prevladavalo mišljenje da su oni karakteristični samo za određene dijelove svijeta. Međutim, danas poremećaji u prehrani pokazuju postupno rasprostranjivanje na veći dio svijeta.

Liječenje poremećaja u prehrani je multidimenzionalno, pri čemu ono obuhvaća medicinsko i psihoterapijsko liječenje te pružanje nutritivne pomoći pacijentima, s ciljem povratka optimalnim obrascima u prehrani, uspostavljanja ravnoteže između ponašanja i osjećaja pacijenata te sprječavanja ponovnog razvoja negativnih simptoma. U Europi postoje klinike koje su specijalizirane za liječenje poremećaja u prehrani kod adolescenata, pri čemu svaka od njih pacijentima pruža program liječenja u više faza koji im pruža mogućnost postupnog oporavka i normalnog psihičkog funkcioniranja.

## **8. LITERATURA**

Adolescent Medicine Committee (1998). Eating disorders in adolescents: Principles of diagnosis and treatment. *Paediatr Child Health*, 3(3), 189-192.

Al-Sheyab, N. A., Gharaibeh, T. i Kheirallah, K. (2018). Relationship between peer pressure and risk of eating disorders among adolescents in Jordan. *Journal of Obesity*, 2018, 1-8.

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



Baker, C. W., Little, T. D. i Brownell, K. D. (2003). Predicting adolescent eating and activity behaviors: the role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22(2), 189-198.

Balabanić Mavrović, J. (2018). *Liječenje poremećaja hranjenja* [Brošura]. <https://www.centarbea.hr/sites/default/files/Lije%C4%8Denje%20poreme%C4%87aja%20hranjenja.pdf>

Barone, L. i Guiducci, V. (2009). Mental representations of attachment in eating disorders: A pilot study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 11(4), 405-417.

BEA Centar za poremećaje hranjenja. (15. lipnja 2022.). <http://www.centarbea.hr/>

Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Medicinska Naklada.

Berk, L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.

Brytek-Matera, A. i Czepczor, K. (2017). Models of eating disorders: a theoretical investigation of abnormal eating patterns and body image disturbance. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 16-26.

Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11(2), 201-218.

Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K. i Steinberg, L. (2011). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry. *Developmental Science*, 14(2), 1-10.

Couturier, J., Kimber, M. i Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.

Culbert, K. M., Sisk, C. L. i Klump, K. L. (2021). A narrative review of sex differences in eating disorders: Is there a biological basis?. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 95-111.

Ćuk, M. i Rožman, J. (2021). Prevencija poremećaja prehrane. *Sestrinski glasnik*, 26(1), 50-57.

Davis, C. i Yager, J. (1992). Transcultural aspects of eating disorders: A critical literature review. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(3), 377-394.

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.

- Fisher M, Golden N. H., Katzman D. K., Kreipe R. E., Rees J., Schebendach J., Sigman G., Ammerman S., Hoberman H. M. (1995). Eating disorders in adolescents: a background paper. *Journal of Adolescent Health*, 16(6), 420-37.
- Fisher, M. (2006). Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatrics in Review*, 27(1), 5-16.
- Gander, M., Sevecke, K. i Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6, 1-12.
- Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*. 341, 1631-1634.
- Gonzalez, A., Clarke, S. D. i Kohn, M. R. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36(8), 614-619.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196.
- Herzog, W., Rathner, G. i Vandereycken, W. (1992). Long-term course of anorexia nervosa: A review of the literature. *The Course of Eating Disorders*, 15-29.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T. i Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 500-506.
- Hsu, L. G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are the eating disorders more common among women?. *Clinical Psychology Review*, 9(3), 393-407.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G. i Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Humphrey, L. L. (1987). Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 248-255.
- 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. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1557-1577.

Iwasa, T., Matsuzaki, T., Tungalagsuvd, A., Munkhzaya, M., Yiliyasi, M., Kato, Irahara, M. (2016). Effects of chronic testosterone administration on body weight and food intake differ among pre-pubertal, gonadal-intact, and ovariectomized female rats. *Behavioural Brain Research*, 309, 35-43.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. i Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.

Kapur, S. (2015). Adolescence: the stage of transition. *Horizons of Holistic Education*, 2, 233-250.

Keel, P. K. i Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.

Kiyotaki, Y. i Yokoyama, K. (2006). Relationships of eating disturbances to alexithymia, need for social approval, and gender identity among Japanese female undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 41(4), 609-618.

Klinički bolnički centar Zagreb. (15. lipnja 2022.). Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju. <https://www.kbc-zagreb.hr/zavod-za-djecju-i-adolescentnu-psihijatriju-i-psihoterapiju.aspx>

Klump, K. L., Keel, P. K., Sisk, C. i Burt, S. A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine*, 40(10), 1745-1753.

Lacković-Grgin, K. (2006). *Psihologija adolescencije*. Naklada Slap.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L. i Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 438-444.

Mahnik-Miloš, M. (2004). Bolničko liječenje anoreksije i bulimije. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(52), 59-60.

Mairs, R. i Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168-1175.

Marcos, Y. Q., Sebastián, M. Q., Aubalat, L. P., Ausina, J. B. i Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199-206.

- Marques, L., Alegria, M., Becker, A. E., Chen, C. N., Fang, A., Chosak, A. i Diniz, J. B. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 412-420.
- Marzilli, E., Cerniglia, L. i Cimino, S. (2018). A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 17-30.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 205-214.
- Meyer, C. i Waller, G. (2001). Social convergence of disturbed eating attitudes in young adult women. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(2), 114-119.
- Mora, F., Alvarez-Mon, M. A., Fernandez-Rojo S., Ortega M. A., Felix-Alcantara M. P., Morales-Gil, I., Rodriguez-Quiroga, A., Alvarez-Mon, M. i Quinter, J. (2022). Psychosocial Factors in Adolescence and Risk of Development of Eating Disorders. *Nutrients*, 14(7), 1481.
- Morris, A. M. i Katzman, D. K. (2003). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paediatrics & Child health*, 8(5), 287-289.
- Mousa, T. Y., Al-Domi, H. A., Mashal, R. H. i Jibril, M. A. K. (2010). Eating disturbances among adolescent schoolgirls in Jordan. *Appetite*, 54(1), 196-201.
- National Institute of Mental Health (11. srpnja 2022.). <https://www.nimh.nih.gov/>
- Nunn, K. (2001). In Search of New Wineskins': The Phenomenology of Anorexia Nervosa Not Covered in DSM or ICD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(4), 489-503.
- Our World in Data (11. srpnja 2022.). <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Palčevski, G. i Baraba Dekanić, K. (2016). Prevencija poremećaja hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 6(1), 183-192.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Ortega, I. i Ripalda, A. (2012). Gender differences in adolescence in emotional variables relevant to eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 59-68.
- Pike, K. M., Hoek, H. W. i Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 436-442.

- Pokrajac-Bulian, A. i Ambrosi-Randić, N. (2007). Sociocultural attitudes towards appearance and body dissatisfaction among adolescent girls in Croatia. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(4), 86-91.
- Rastam, M. i Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 283-289.
- Reese, J. (2022). Assessment and treatment of eating disorders in adolescents. *Contemporary PEDS Journal*, 39(4), 30-37.
- Robin, A. L., Gilroy, M. i Dennis, A. B. (1998). Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 421-446.
- Rome, E.S., Ammerman, S., Rosen, D .S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., O'Toole, J., Rees, J. M., Sanders, M .J., Sawyer, S. M. i Schneider, M. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*, 111(1), 98-108.
- Rosen, D. S. (2010). Clinical report-identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics (Evanston)*, 126(6), 1240-1253.
- Sambol, K. i Cikač, T. (2015). Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*, 24(2), 165-171.
- Selvini, M. P. (1986). Towards a general model of psychotic family games. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(4), 339-349.
- Selvini-Palazzoli, M. i Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family process*, 27(2), 129-148.
- Strasburger, V. C., Jordan, A. B. i Donnerstein, E. (2010). Health effects of media on children and adolescents. *Pediatrics*, 125(4), 756-767.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D. i Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Steinglass, J., Albano, A. M., Simpson, H. B., Carpenter, K., Schebendach, J. i Attia, E. (2012). Fear of food as a treatment target: exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 615-621.
- Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: An exploration of possible etiologic factors. *International Journal of Eating Disorders*, 1(1), 28-43.

- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. i Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Swift, W. J., Bushnell, N. J., Hanson, P. i Logemann, T. (1986). Self-concept in adolescent anorexics. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 826-835.
- Thompson, J. K. i Heinberg, L. J. (1999). The media's influence on body image disturbance and eating disorders: We've reviled them, now can we rehabilitate them?. *Journal of Social Issues*, 55(2), 339-353.
- Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, 18(2), 185-191.
- Vidović, V. (2004). Psihoterapija poremećaja jedenja. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(52), 50-54.
- Vincent, M. A. i McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M. i Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199-216.
- Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 537-553.
- 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*, 20(2), 271-285.
- Wilhelm, K. A. i Clarke, S. D. (1998). 12 Eating disorders from a primary care perspective. *Medical Journal of Australia*, 168(9), 458-463.