

Sveučilište J. J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Preddiplomski studija Psihologija

Sara Asančaić

**Poremećaji hranjenja- anoreksija i bulimija**

Završni rad

Mentor: izv.prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Sumentor: dr.sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2015.

## SADRŽAJ:

1. UVOD.....	1
2. POREMEĆAJI HRANJENJA U DOJENAČKOJ DOBI, DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI.....	2
3. ANOREKSIJA NERVOSA.....	4
3.1. ETIOLOGIJA ANOREKSIJE NERVOSE.....	5
3.1.1. Biološki čimbenici u nastanku anoreksije nervose.....	5
3.1.2. Psihološki čimbenici u nastanku anoreksije nervose.....	6
3.1.3. Sociokulturalni faktori u nastanku anoreksije nervose.....	7
3.2. Liječenje anoreksije nervose.....	9
4. BULIMIJA NERVOSA.....	10
4.1. ETIOLOGIJA BULIMIJE NERVOSE.....	11
4.1.1. Biološki čimbenici u nastanku bulimije nervose.....	11
4.1.2. Psihološki čimbenici u nastanku bulimije nervose.....	12
4.1.3. Sociokulturalni faktori u nastanku bulimije nervose.....	14
4.2 Liječenje anoreksije nervose.....	15
5. ZAKLJUČAK.....	16
6. LITERATURA.....	18

## SAŽETAK

U suvremenom svijetu poremećaji hranjenja dostižu epidemijske razmjere i postaju ozbiljan zdravstveni problem djelujući štetno kako na tjelesno tako i na psihološko zdravlje pojedinca. Najpoznatiji poremećaji hranjenja su anoreksija i bulimija. Pri objašnjavanju njihova nastanka koristi se biopsihosocijalni model koji naglašava interakciju bioloških, psiholoških i socijalnim čimbenika u proučavanju, prevenciji i liječenju poremećaja i bolesti. Od bioloških čimbenika najvažniju ulogu imaju spol, dob i tjelesna težina. Od psiholoških čimbenika izdvaja se samopoštovanje, zaokupljenost tjelesnom težinom i oblikom tijela, perfekcionizam te psihijatrijski entiteti poput poremećaja raspoloženja i anksiozni poremećaji. Važnu ulogu čine i sociokulturalni čimbenici od kojih su najpoznatiji mediji, vršnjaci i obiteljska struktura. Ukoliko je točno da psihički poremećaji nastaju kada na biološku predispoziciju utječe niz specifičnih psiholoških, socijalnih i sociokulturalnih čimbenika tada ovim radom želimo približiti ulogu svakog od tih čimbenika u nastanku i održavanju anorkesije i bulimije nervose te moguće načine njihova liječenja.

**Ključne riječi:** poremećaj hranjenja, biološki čimbenici, psihološki čimbenici, socijalni čimbenici, liječenje

## 1. UVOD

Poremećaj hranjenja definira se kao samoinicijativno izglednjivanje ili prejedanje i obično je rezultat iskrivljene slike vlastitog tijela (Fairbain, 2005). Poremećaje hranjenja kategoriziramo u četiri skupine: (1) anoreksija nervosa, (2) bulimija nervosa, (3) prejedanje i (4) atipični poremećaji hranjenja. *Anoreksiju nervosu* karakterizira konstantan pokušaj zadržavanja minimalne tjelesne težine ili indeks tjelesne mase manji od 17.5 za svoje godine i visinu (Rikani i sur., 2013). Sve to prati intenzivan strah od debljanja čak i kada je minimalna težina postignuta uz prisutnost iskrivljene percepcije vlastite težine i tjelesnog izgleda. S druge strane, pretjerana konzumacija ogromne količine hrane u kratkom razdoblju popraćene s opetovanim čišćenjem, vježbanjem ili produženim gladovanjem, obilježja su *bulimije nervose*. *Prejedanje* je poremećaj hranjenja prilikom kojeg osoba konzumira ogromne količine hrane, ali bez popratnog čišćenja, vježbanja i posta te je to i osnovna razlika između ovog poremećaja i bulimije. Prejedanje predstavlja jedan od glavnih problema među pretilom djecom i adolescentima (Spitzer i sur., 1993). I konačno, najučestaliji i do sada najmanje istraženi su *atipični poremećaji hranjenja*. To su poremećaji koji ne zadovoljavaju kriterije niti jednog od prethodno navedenih, nego su njihova mješavina. Karakterizira ih neobjašnjiv gubitak tjelesne težine, iznimno izbirljiv način postupanja s hranom, zaokupljenost tjelesnom težinom, povremenim prekomjernim vježbanjem i neobjašnjiva netolerancija određene hrane (Rikani i sur., 2013). Uzroci nastanka bilo kojeg poremećaja pa tako i poremećaja hranjenja, najbolje se objašnjavaju pomoću biopsihosocijalnog modela koji općenito naglašava interakciju bioloških, psiholoških i socijalnim čimbenika u proučavanju, prevenciji i liječenju poremećaja i bolesti. U centru pozornosti model nema samo bolest već bolesnog čovjeka sa svim svojim doživljavanjima i ponašanjima. Pretpostavlja se kako većina psihičkih poremećaja i bolesti nastaje zbog biološke predispozicije na koju utječe niz specifičnih psiholoških, socijalnih, sociokulturalnih, i drugih čimbenika ( Begić, 2011).

Sve je teže odgojiti djecu da budu zdravi, emocionalno stabilni pojedinci u svijetu gdje su svi opsjednuti izgledom, u kojem se mlade generacije uče da posvećuju previše vremena i napora na svoj izgled i to na račun svih ostalih aspekata njihova identiteta. Stoga je nužno biti upoznat s uzrocima i posljedicama koje nudi takav način komunikacije u današnjem društvu, što se često iskazuje u sve češćim obolijevanjima od anoreksije i bulimije - najpoznatijih poremećaja hranjenja.

Glavni cilj rada je upoznati se s ta dva poremećaja hranjenja te koji to primarni biološki, psihološki i sociokulturalni čimbenici pridonose njihovom nastanku i održavanju. Navest će se i

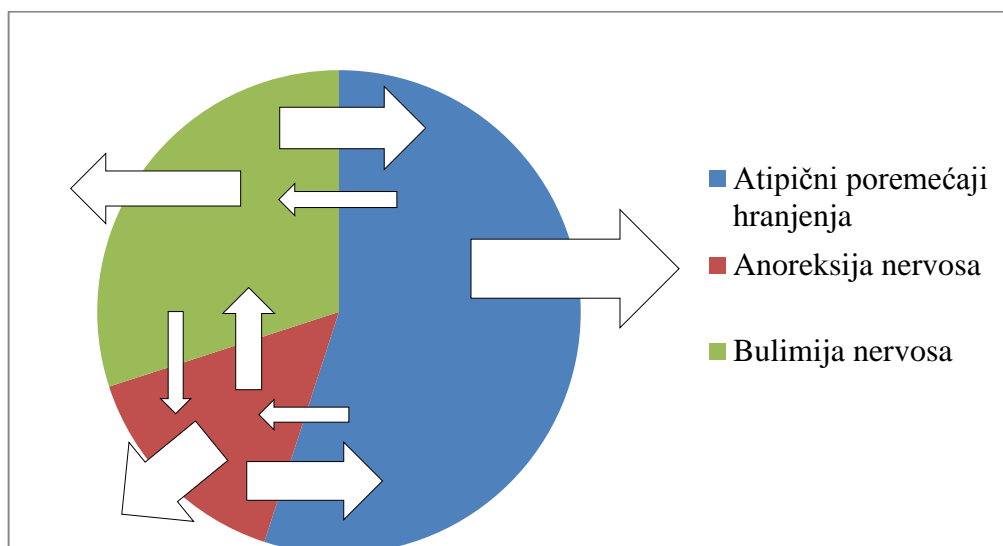
uspješni načini liječenja svakog od tih poremećaja. Dakle, rad nudi informacije o uzročnim čimbenicima, kao i o sveobuhvatnim načinima liječenja, što čitateljima može poslužiti za daljnje istraživanje tih utjecaja na život oboljelih.

## 2. POREMEĆAJI HRANJENJA U DOJENAČKOJ DOBI, DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI

Poremećaji hranjenja mogu se javiti u dojenačkoj dobi, djetinjstvu i u adolescenciji, te u mlađoj odrasloj dobi. S obzirom na spol i dob, ženski spol podložniji je obolijevanju od poremećaja hranjenja, kao i djevojke u adolescentnoj i mladoj odrasloj dobi (12.- 25. godina). *Infantilna anoreksija nervosa* javlja se kada dijete reagira odbijanjem hrane. Poremećaj je potaknut problemima privrženosti zbog teškoća odvajanja ili individualizacije u drugoj godini života kada majka ne može ispravno zadovoljiti djetetovu potrebu za autonomijom (Vidović, 2009). Tomu može doprinijeti i emocionalna ili fizička nedostupnost majke, njezina pretjerana anksioznost i nedostatna njega prilikom čega dijete može razviti odbojnost prema kontaktima s njom pa i onda kada mu je hrana potrebna (Chatoor i sur., 1998; prema Vidović, 2009). Kada govorimo o poremećajima hranjenja u djetinjstvu treba reći kako oni započinju u sedmoj godini života. Tu se prvenstveno radi o anoreksiji jer bulimija, prema nekima istraživanjima, ne nastupa prije četrnaeste godine života (Vidović, 2009). Zanimljivo je naglasiti da kad je riječ o poremećajima hranjenja u djece mnogo je više oboljelih dječaka, i to do 25% (Vidović, 2009). U tom razdoblju može se javiti i *sindrom sveobuhvatnog odbijanja* za koji se pretpostavlja da nastaje kod seksualno zlostavljanog djeteta kao oblik PTSP-a i dovodi do toga da djeca izbjegavaju jesti, piti, hodati, govoriti i raditi bilo što za sebe. Zauzimaju fetalni položaj, a kada ih se pokuša hraniti, pokazuju jak strah i ljutnju (Lask i Bryant-Waugh, 1992). Najveća zastupljenost poremećaja hranjenja jest u periodu adolescencije i to sve češće među mladim djevojkama koje tek ulaze u svijet odrastanja. Razlog tomu jest činjenica da je razdoblje puberteta praćeno normativnim razvojnim promjenama. Kod djevojaka dolazi do prosječnog povećanja tjelesne težine, što ih udaljava od percipiranog ideala tjelesne težine, ali se tada stvaraju i odnosi s vršnjacima, postiže se osjećaj vlastitog identiteta što predstavlja značajne životne stresore (Hill i Pallin, 1998). Također, pozitivna slika tijela i mršavost u toj su dobi povezane s pozitivnim osjećajima u vezi s vlastitom atraktivnošću i osjećajem popularnosti među vršnjacima (Guyot, Fairchard i Hill, 1981.; prema Kansi, Wichstrom i Bergman, 2003.), a niska tjelesna težina s visokim samopoštovanjem (Betz, Mintz, Speakmon, 1994). Škoro (2009) veću zabrinutost djevojaka tjelesnim izgledom i težinom objašnjava time da su djevojke, u skladu sa svojom prirodnoj ulogom budućih majki, genski puno nježnije i požrtvovnije i zato emocionalno

mного ranjivije, dok su dječaci po genetici više lovci i branitelji, stoga emotivno stabilniji i fizički aktivniji.

Prema nekim nalazima gotovo je 45.5% djevojaka, u dobi od 13-15 godina pokušalo dijetni režim dok oko 13% djevojčica nešto mlađe dobi pripada rizičnoj skupini za razvoj poremećaja u hranjenju. Prosječna stopa zastupljenosti adolescenata i mladih s anoreksijom i bulimijom nervosom u zapadnoj kulturi iznosi 0.3- 1% (Rikani i sur., 2013). Što se tiče spola oko 0.9% djevojaka obolijeva od anoreksije, dok samo 0.3% dječaka. Učestalost bulimije nešto je veća. Oko 1.5% djevojaka obolijeva od tog poremećaja i 0.5% dječaka (Rikani i sur., 2013). Alarmantno stanje pokazuju i podaci istraživanja provedenog na uzorku srednjoškolki u Hrvatskoj koje pokazuje da 50% djevojaka i 16% mladića provodi dijetu (Pokrajac- Bulian, Živčić- Bećirević i Vukmanović, 2005). Također navode da čak 49% djevojaka vjeruje da je njihova idealna tjelesna težina manja od sadašnje. Slično stanje je i u drugim državama. Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji (Crisp, 1985) upućuju kako 60% djevojaka između 17 i 18 godina pokušava promijeniti oblik i težinu tijela jer se osjećaju debelo. Vjeruje se kako točne podatke još uvijek ne znamo budući da osobe oboljele od poremećaja hranjenja s vremenom mijenjanju svoja ponašanja tako da u jednom trenutku imaju simptome karakteristične za jedan poremećaj, a u nekom drugom razdoblju izražavaju obilježja drugog poremećaja (slika 1.; Fairburn, Cooper i Shafran, 2003). U skladu s tim možemo kazati da se pacijenti vremenom kreću između poremećaja.



Slika 1. Transdijagnostička perspektiva i vremensko kretanje poremećaja hranjenja

### 3. ANOREKSIJA NERVOSA

Pojam *anoreksija* označava težak gubitak apetita, a naziv *nervosa* ukazuje da su razlozi emocionalne naravi (Davison i Neale, 1999). Prema navedenom može se zaključiti kako naziv nije u potpunosti precizan jer mnoge anoreksične osobe u samom početku ne pate od gubitka apetita, već od straha od debljanja (Davison i Neale, 1999).

Postoje dvije forme anoreksije nervose. Prvi oblik je *restriktivni oblik* kojeg karakterizira strogo držanje dijete i nekontrolirano vježbanje, u kojem osoba nije uključena u ponašanja prejedanja ili pražnjenja. Drugi oblik je *prežderavajući/purgativni* kod kojeg osoba nakon izgladnjivanja pojede nešto malo više hrane i zbog straha od debljanja izaziva namjerno povraćanje i čišćenje (Davison i Neale, 1999). Čišćenje se odnosi na izbacivanje hrane samoizazvanim povraćanjem, zloupotrebom laksativa, diuretika i sredstava za klistiranje. Prežderavajući/purgativni tip anoreksije sličan je bulimiji, a razlika između njih je ta što su osobe s prežderavajućim/purgativnim tipom uključene u epizode prejedanja i čišćenja najmanje jednom tjedno, dok su osobe s bulimijom uključene u ovakva ponašanja najmanje dva puta tjedno (Whitaker i sur., 1989). Prežderavajući/ purgativni oblik smatra se opasnijim od restriktivnog oblika.

Kriterija za dijagnosticiranje ovog poremećaja ima više. Prema DSM-IV (1996) kriteriji za dijagnosticiranje anoreksije su: (1) namjerno mršavljenje, <85% od očekivane tjelesne težine za svoju dob i visinu; indeks tjelesne mase < 17.5 ( $BMI = \frac{\text{težina(kg)}}{\text{visina(m}^2)}$ ); (2) jaki strah od debljanja usprkos gubitku na težini; (3) poremećaj doživljaja veličine i oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesne težine i oblika tijela na samoprocjenjivanje, poricanje ozbiljnosti aktualno niske tjelesne težine i (4) amenoreja (izostanak menstrualnog ciklusa i to najmanje tri ciklusa u nizu). Augestad, Saether, i Gotestam (1999) navode da amenoreju uzrokuje jak pad na težini u vrlo kratkom vremenu. Ostala obilježja oboljelih od anoreksije su: osjećaj odvratnosti prema samoj sebi, prisutnost suicidalnih misli, težnja visokom akademskom uspjehu, perfekcionizam, i drugo (Pokrajac- Bulian, Mohović i Đurović, 2007). Od psihijatrijskih entiteta spominje se potreba za kontrolom, depresija, simptomi opsesivno-kompulzivnog poremećaja i snažna socijalna fobija koja je praćena intenzivnim strahom od jedenja pred drugim ljudima (Augestad, Saether, i Gotestam, 1999).

### 3.1. ETIOLOGIJA ANOREKSIIJE NERVOSAE

#### 3.1.1. Biološki čimbenici u nastanku anoreksije nervosae

Istraživanja upućuju kako više bioloških čimbenika doprinosi razvoju anoreksije. U genetičkim istraživanjima bilježi se povećan rizik kod bliskih srodnika i monozigotnih blizanaca. Osim sličnosti kod poremećaja u prehrani, u bliskoj obitelji često su prisutne i osobe s poremećajem afekta (depresijom), sklone ovisnostima, osobito o alkoholu te dijabetesom tipa II (Augestad, Saether, i Gotestam, 1999). Na osnovu studija provedenih među članovima obitelji dobiven je podatak kako je učestalost anoreksije među sestrama šest puta veća od one krajnje stope koja se javlja kod opće populacije (Vidović, 1999). Nadalje, kod osoba oboljele od anoreksije vidljiv je smanjen protok krvi u temporalnom režnju kao i oštećenje u vidno-spacijalnim sposobnostima i vizualne memorije i povećane brzine prorade informacija (Augestad, Saether, i Gotestam, 1999). Jednu od ključnih uloga u regulaciji raspoloženja i apetita ima neurotransmitter serotonin. Neadekvatno lučenje serotoninina povezano je s povećanom anksioznošću, agresivnošću, samo-ozljeđivanjem, sklonosti suicidalnosti i pojačanim oprezom (Rikani i sur., 2013). Iako točan utjecaj serotoninina nije poznat, nekoliko istraživanja pokazalo je da su promjene u razini serotoninina povezane s anksioznošću, perfekcionizmom i opsesivnim ponašanjem nakon oporavka od anoreksije (Sheldon, 2010). Rikani i sur. (2013) su pokazali da se promjene u mezolimbickom dopaminu i serotoninu javljaju kao posljedica restriktivnog unosa hrane i pretjeranog vježbanja prisutnog kod osoba oboljelih od anoreksije. Na temelju tog nalaza, moglo bi se zaključiti da neadekvatno hranjenje može potencijalno mijenjati funkciju serotoninina te bi se tijekom oporavka od poremećaja hranjenja moglo usredotočiti na funkcionalno poboljšanje aktivnosti navedenog neurotransmitera. Osim toga, nekoliko istraživanja pokazuju da su povećane vrijednosti hormona rasta prisutne kod pacijenata s izrazito niskom tjelesnom težinom, ali ne i kod pacijentica u početnim fazama poremećaja (Garfinkel, Brown, Stancer i Moldofsky, 1975; Frankel and Jenkins, 1975; Golden i sur., 1994). Ispitivan je i utjecaj prolaktina na anoreksično ponašanje. Istraživanje Nakai i sur. (1987) pronašli su povišene razine prolaktina kod osoba oboljelih od anoreksije nervosae, iako takvi nalazi nisu konzistentni među istraživanjima.

Spol je još jedan važan biološki čimbenik nastanka anoreksije. Učestalost poremećaja hranjenja čak je deset puta veća kod žena nego kod muškaraca (Vidović, 1999). Novija istraživanja koja su rađena i na muškoj populaciji pokazuju kako se poremećaji hranjenja kod žena javljaju nešto ranije, dok kod muškaraca nastupaju u kasnijoj dobi. Ujedno, muškarci češće



koriste kompenzatorne oblike ponašanja kao što su prejedanje, samoizazvano povraćanje i prekomjerno vježbanje. U istraživanju Furnham, Badmin i Sneade (2002) dobiveni rezultati također upućuju na spolnu razliku kada su u pitanju ponašanja vezana uz poremećaje hranjenja. Pokazalo se kako većina adolescenata želi biti teža, te vježbaju kako bi bili mišićaviji, dok većina adolescentica želi biti lakša, odnosno njihova idealna težina je manja od njihove stvarne težine.

### 3.1.2. Psihološki čimbenici u nastanku anoreksije nervose

Najčešći ispitivani psihološki faktori u nastanku anoreksije su depresivnost, samopoštovanje, predodžba o vlastitom tijelu i zaokupljenost tjelesnim izgledom, perfekcionizam, autonomija, anksioznost i poremećaji ličnosti. Samopoštovanje, definirano kao stupanj uvjerenja u vlastite sposobnosti, važnost, uspješnost ili vrijednost te se odražava na prihvaćanje ili neprihvatanje samog sebe, pokazalo se bitnim jer je povezano s nizom psiholoških čimbenika koji se izdvajaju kao važni u nastanku anoreksije (Coopersmith, 1967; prema Aronson, Wilson i Akert, 2005). Tako primjerice, Halvorsen i Heyerdahl (2006) su pokazali kako je nisko samopoštovanje povezano s poremećajima ličnosti, depresijom i perfekcionizmom. Nadalje, Furnham i Chung (2000; prema Halvorsen i Heyerdahl, 2006) pronašli su kako je nisko samopoštovanje obilježje mladih oboljelih od anoreksije. Pokazali su kako je kod mladih osoba koje boluju od anoreksije nisko samopoštovanje povezano sa slabijim zadovoljstvom života te posljedično češćim odlaskom na dijetu.

Neki autori sugeriraju kako je i ličnost bitan etiološki čimbenik anoreksije. Primjerice istraživanje Cloninger, Svrakic i Przybeck (1993) upućuje na neke osobine ličnosti po kojima se osobe s anoreksijom razlikuju od pacijenata s drugim poremećajima hranjenja. Pacijente koji boluju od anoreksije karakterizira niska razina *traženja uzbuđenja* što govori kako te osobe nisu impulzivne nego su vrlo organizirane i kontrolirane. Također, imaju i nizak rezultat na *samo-usmjerenosti* i *kooperativnosti*. Takve osobine doprinose perfekcionističkom ponašanju. Perfekcionizam istovremeno uz sebe veže niz činitelja koje su povezane s anoreksijom. To je povećana anksioznost oko izvedbe zadataka, prevelika zabrinutost za pogreške, prevelika osobna očekivanja, odgađanje zadataka i slično (Kaye i Weltzin, 1997).

Od psihijatrijskih entiteta još se spominju anksiozni poremećaji i to u prvom redu opsesivno-kompulzivni poremećaj i snažna socijalna fobija. Pod socijalnom fobijom se

podrazumijeva strah od jedenja pred drugim ljudima (Augestad, Saether, i Gotestam, 1999). Opsesivno-kompulzivna obilježja kod oboljelih od anoreksije većinom se odnose na zaokupljenost hranom i to s učestalošću preko 45 % (Halvorsen i Heyerdahl, 2006). Neke osobe čak sakupljaju i gomilaju hranu, dok pojedine uživaju u samoj pripremi hrane, ali je ne jedu. Ukoliko se opsesija i kompulzija ne odnose isključivo na hranu, opravdano je dodati dijagnozu opsesivno kompulzivnog poremećaja. Nadalje, veza između depresije i anoreksije dosta je istraživana. Zapanjujući su rezultati istraživanja koji ukazuju da čak 91% žena koje boluju od anoreksije boluje i od depresivnog poremećaja (Strober i Katz, 1997).

Osim toga, presudnu ulogu za razvitak anoreksije ima odnos oboljele osobe s majkom. Smatra se kako su majke djevojaka oboljelih od anoreksije iznimno kontrolirajuće te da imaju visoka očekivanja. Očevi, s druge strane, emocionalno su distancirani (Berk, 2005). Sve upućuje kako je obiteljska dinamika važna kako bi se razumjela sklonost k restrikciji unosa hrane.

### 3.1.3. Sociokulturalni faktori u nastanku anoreksije nervose

Društvena okolina postavlja norme i ideale te pojedincu daje informaciju koliko se on uklapa u kontekst. Tako, na primjer, u zapadnjačkoj kulturi veliča se ideal mršavosti koji služi kao sredstvo za ostvarivanja uspjeha i prihvaćenosti od drugih (Aronson, Wilson i Akert, 2005). Field i suradnici (2001) pronašli su da internalizacija mršavog izgleda tijela dovodi do toga da su žene zapadne kulture nezadovoljne svojim izgledom jer ne mogu dostići taj ideal. Tome nezadovoljstvu doprinosi pritisak obitelji, vršnjaka i mediji.

Obitelj se navodi kao primarni socijalni čimbenik u nastanku anoreksije jer se upravo u njoj ostvaruju prvi procesi socijalizacije i prenošenje vrijednosti. Roditelji, između ostalog, utječu na doživljaj tijela kod djece. Majčino ponašanje pokazalo se značajnim faktorom u pojavi poremećaja u hranjenju u smjeru da se kod djevojčica koje su imale majku koja je bila na dijete i koja je bila zaokupljena izgledom u većoj mjeri razvijale nezdravo kontroliranje težine (Field i sur., 2001). Roditelji češće procjenjuju žensku djecu teškima negoli mušku djecu. Ta pojava može se objasniti činjenicom da je kulturni standard mršavosti stroži te da se više nameću kćerima (Striegel-Moore i Franko, 2002; prema Pokrajac- Bulian i sur., 2007).

Osim obitelji, na internalizaciju ideala važnu ulogu imaju mediji i vršnjaci koji predstavljaju važne sociokulturalne faktore u razvoju poremećaja. Naime, smatra se da mediji potiču nerealnu sliku tijela kod djevojčica koja je nedostižna. Istraživanje Fielda i suradnika

(2001) pokazalo je da postoji pozitivna povezanost između izlaganja raznim časopisima ljepote s visokom razinom kontrole težine i neurednog hranjenja. To dovodi do sklonosti djevojčica da u većoj mjeri uspoređuju vlastita tijela s nerealnim i nezdravim oblikom tijela modela u medijima. Masovni mediji višestruko i prečesto prenose poruke o nezdravom načinu prehrane, atraktivnosti, idealnoj tjelesnoj težini i obliku tijela, samokontroli. Može se zaključiti da kod mladih djevojčica i dječaka te poruke dovode da oni smatraju kako: (1) je važno biti seksualno privlačan, (2) kako izgleda ideal ljepote, koji je stil najbolji i koji je obećavajući da će zauvijek ostati lijepi te da (3) su masovni mediji najvažniji vanjski izvor informacija, motivacije i prodaje proizvoda kako bi osoba bila atraktivna i moderna. Za djevojčice se kao ideal ljepote promiče ekstremna mršavost, dok su norme za muškarce nešto manje ekstremne. Idealan muškarac trebao bi imati mišićavo tijelo široka ramena, ravan trbuh, te uski struk i bokove (Kukić, 2013; prema Pokrajac- Bulian i sur., 2007).

Nadalje, adolescencija je razdoblje života u kojem jača potreba za pripadanjem i prihvaćanjem (Berk, 2005). Upravo u tome razdoblju mladim osobama prijatelji postaju najvažniji izvor vrednovanja te zbog toga tjelesni izgled u tom razdoblju, posebice za djevojke, postaje važna odrednica ponašanja. Oliver i Thelen, (1996; prema Livazović i Ručević, 2012) sugeriraju da je niska kvaliteta odnosa s vršnjacima (npr. ismijavanje zbog težine) povezana s odstupajućim navikama hranjenja i kod djevojaka i kod mladića. Vršnjaci su najčešće skloni zadirkivanju i to težih djevojaka. Istraživanja pokazuju da vršnjačko zadirkivanje ima negativniji utjecaj na anksiozne djevojke pa one postaju svjesnije vlastitog tjelesnog izgleda (Levine i Smolak, 2002; prema Pokrajac- Bulin i sur., 2007). Zbog takvog socijalnog pritiska djevojke se najčešće odlučuju za odlazak na dijetu (Furnham, Badmin i Sneade, 2002). Istovremeno, adolescenti vrše stalne usporedbe s pojedincima koje idealiziraju, te kroz socijalnu usporedbu procjenjuju sebe. To može dovesti do nezadovoljstva, te samim time utjecati na ponašanja pojedinca. Nezadovoljstvu i želji za mršavosti mogu doprinijeti i razgovori vršnjaka o hrani, o pozitivnim značajkama mršavosti i brojnim negativnim posljedicama osoba prekomjerne tjelesne težine (Field i sur., 2001).

### 3.2. Liječenje anoreksije nervose

Postoje nekoliko načina liječenja anoreksije, no važno je naglasiti kako svaki tretman ima ograničenu empirijsku potporu. Naime, uspješnost pojedinih tretmana provjeravana je na malom uzorku. Načini liječenja su različiti. Pacijenti mogu biti izloženi vanbolničkom liječenju, bolničkom liječenju ili dolaziti jednom tjedno u bolnicu (Fairburn, 2005). Tijekom tih dolazaka osobu se može liječiti putem farmakoloških preparata ili putem psihoterapije, ali se često koristi njihova kombinacija.

Obiteljski tretman pokazuje najveću učinkovitost kako za osobe mlađe dobne skupine tako i za starije. Preporuča se da obitelj od početka bude dio procesa liječenja. Fairburn (2005) tvrdi kako je obitelj oboljelog adolescenta ključna za njegov oporavak i predstavlja odlučujući izvor podrške. Rezultati usporedbe obiteljske terapije s liječenjem unutar bolnice, značajno idu u korist obiteljske terapije. U istraživanju Fairburna (2005) učinkovitost obiteljske terapije se uspoređivala s uspješnošću psihodinamske terapije dok je mjerilo uspjeha bilo povećanje indeksa tjelesne mase jer se on pokazuje ključnim u prvim fazama liječenja. Porast indeksa tjelesne težine postignut je kod obje terapije, no tjelesna težina se brže povećala kod onih pacijenta koji su sudjelovali u obiteljskoj terapiji. Kognitivno-bihevioralna terapija također se pokazuje uspješnom u nekim slučajevima. Utvrđeno je kako KBT nije bolji od drugih terapijskih pristupa liječenja anoreksije no bolji je od prehranbenog savjetovanje kod mladih osoba (Fairburn, 2005). Interpersonalna terapija koja se bavi problemima u međuljudskim odnosima i konfliktima i koja je orijentirana na kvalitetu pacijentovog cjelokupnog interpersonalnog tumačenja, nije se pokazala učinkovitom u liječenju anoreksije (Murphy, 2012).

Od lijekova najčešće se upotrebljavaju antidepresivi (klomipramin, fluoksetin, paroksetin) zbog visokog komorbiditeta anoreksije s depresijom (Kaye i Weltzin, 1997). Često se primjenjuju i atipični antipsihotici (npr. olanzapin) jer je poremećaj doživljaja izgleda vlastitog tijela na psihotičnoj razini (Mondeaty i sur., 2005). Budući da tijekom liječenja bolesnici dobivaju na tjelesnoj težini istovremeno raste i njihova napetost i anksioznost pa im se zato daju anksiolitici (alprazolam).

Općenito, pokazalo se kako su učinci liječenja adolescenata oboljelih od anoreksije bolji od učinaka liječenja mladih odraslih osoba. Jedno od mogućih objašnjenja takvih rezultata jest to što adolescenti boluju od anoreksije vrlo kratko vrijeme (oko godinu dana), dok mlade osobe nešto duže (u prosjeku pet ili šest godina; Fairburn, 2005).

#### 4. BULIMIJA NERVOSA

*Bulimija nervosa* je poremećaj hranjenja kojeg karakterizira pretjerano konzumiranje ogromne količine hrane u vrlo kratkom razdoblju (najčešće unutar dva sata; Rikani i sur., 2013). Osobe koje pate od bulimije konzumiraju i do 10 000 kalorija na dan te ju nakon toga namjerno izbacuju putem laksativa, diuretika, jakog vježbanja, lijekova za smanjenje tekućina u tijelu i slično (Augestad, Saether i Gotestam, 1999). Bulimija je izraz izveden iz dvije starogrčke riječi, *bous* (vol ili govedo općenito) i *limos* (glad). Uzimajući oba ta izraza u obzir bulimija bi na grčkom značila '*bikovska glad*'. Procjenjuje se da je u populaciji 3-10% oboljelih i to većim dijelom žene.

Kriteriji DSM-IV (1996) za dijagnosticiranje bulimije su: (1) pojavljivanje epizoda prejedanja pri čemu su te epizode određene dvama elementima: a) jedenjem u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata), a količina pojedene hrane značajno je veća od one koju bi većina osoba pojela u isto vrijeme i u sličnim okolnostima; b) osjećajem gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da se ne može prestati s unosom hrane ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede), (2) ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom sprečavanja povećanja težine, kao što su: samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova; post ili prekomjerno vježbanje, (3) prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju se, prosječno, najmanje dvaput tjedno unutar tri mjeseca, (4) osobe se pretjerano procjenjuju na temelju izgleda i tjelesne mase, te (5) poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervose.

Razlikujemo dva tipa bulimije: purgativni i nepurgativni oblik. Kod *purgativnog tipa* osoba pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zloupotrebi diuretika, laksativa, sredstava za klistiranje zbog prisutnosti neizmjernog straha od debljanja (Davison i Neale, 1999). *Nepurgativni tip* poremećaja obilježen je nekim drugim neodgovarajućim ponašanjem, kao što je post ili prekomjerno tjelesno vježbanje. Kod nepurgativnog tipa osoba ne pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zloupotrebi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje (Davison i Neale, 1999). Najčešće prije prejedanja slijedi osjećaj disforičnog ponašanja, stresna situacija u međuljudskim odnosima, jaka glad kao posljedica dijete ili negativni osjećaji za tjelesnu težinu, oblik tijela i hranu, dok nakon prejedanja slijedi osjećaj srama, depresivno ponašanje te oštra samokritika.

Bulimija s anoreksijom dijeli nekoliko zajedničkih obilježja od kojih su najpoznatiji: (1) vrijeme javljanja. Bulimija se u pravilu javlja nešto kasnije nego anoreksija. S tim u skladu su i

nalazi istraživanja Monda i sur. (2004) koji navode da djevojke ispod dvadeset i pete godine predstavljaju populaciju koja je najviše podložna oboljenju od bulimije; (2) spolne razlike jer se pokazalo kako bulimija u najvećem postotku pogađaju samo žensku populaciju. U prilog tomu su nalazi istraživanja koja ukazuju da bulimija utječe na 0.5% adolescentnih dječaka i mladih odraslih muškaraca, a od ukupne populacije oboljele od bulimije, postotak muškaraca čini samo 10- 15% (Rikani i sur., 2013); (3) patološka zaokupljenost tjelesnom težinom i oblikom tijela. Nezadovoljstvo tijelom kod žena uključuje tri glavne komponente: idealizacija vitkosti i mršavosti, iracionalni strah od debljanja i uvjerenje da su težina i izgled glavne odrednice nečijeg identiteta (Levine i Murnen, 2009).

Tajna bulimije krije se u njezinoj težoj prepoznatljivosti iz razloga što su oboljele djevojke najčešće normalne tjelesne težine, za razliku od oboljelih od anoreksije čija je tjelesna težina ispodprosječna. Iako znaju biti normalne tjelesne težine, takve osobe mogu biti i anoreksične ili imati prekomjernu težinu. Težina im može varirati čak dvadeset kilograma zbog ciklusa prejedanja i izbacivanja hrane (Augestad, Saether, i Gotestam, 1999).

Općenito, bulimija je učestaliji poremećaj od anoreksije iako neka istraživanja pokazuju da oni često dolaze u kombinaciji, odnosno da je većina bulimičnih osoba u svojoj povijesti bolesti bolovala od anoreksije (Vulić-Prtorić i Cifrek- Kolarić, 2011).

#### 4.1. ETIOLOGIJA BULIMIJE NERVOSE

##### 4.1.1. Biološki čimbenici u nastanku bulimije nervose

Bulimija i anoreksija dijele slične genske faktore. Povećan rizik za razvijanje bulimije zabilježen je kod monozičnih blizanaca i bliskih srodnika. Pokazuje se kako je ona čak četiri puta češća u obiteljima u kojima majka ili sestra boluju ili su bolovale od bulimije (Wade, Trelor, Heath i Martin, 2009).

Istraživači su se također usmjerili na abnormalnu aktivnost hipotalamusa, strukture u mozgu odgovorne za regulaciju hranjenja, te na disbalans neurotransmitera poput serotonina i noradrenalina. Tako, primjerice, istraživanje Rama i suradnika (2012) ukazuje da se u mozgu tj. hipotalamusu kod osoba koje pate od bulimije ne može izazvati osjećaj sitosti. To istraživanje pokazuje da osobe s bulimijom i nakon obroka ne osjećaju da su unijeli dovoljnu količinu hrane. Kod tih se osoba najčešće radi o prekomjernom konzumiranju ugljikohidrata koji u sebi sadrže

triptofan, tvar koja se u tijelu pretvara u serotonin-hormon koji donosi osjećaj spokoja i zadovoljstva. Pretpostavlja se da niske razine serotonina rezultiraju prekomjernim konzumiranjem hrane, te da mogu dovesti i održavati stanja depresije i anksioznosti (Gartfinkel i Kaplan, 1985), koja su prisutna kod oboljelih. Dostupnost ugljikohidrata te njihovo lako uklapanje u dnevnu rutinu, niska cijena, brzo djelovanje, čine ih bulimičnom drogom (Škoro, 2009). Sve je to popraćeno gubitkom samokontrole pri čemu osoba navodi da jednostavno ne može prestati jesti. Osim toga, ovisnost o ugljikohidratima, kao i ovisnost o narkoticima je progresivna. To znači da se s vremenom povećava te je s vremenom potrebna veća količina hrane kako bi došlo do prvobitnog osjećaja sreće i spokoja, a to rezultira nemogućnošću uspostavljanja ravnoteže serotonina (Škoro, 2009).

Prevalencija bulimije veća je među djevojkama, iako se javlja i kod muškaraca i to posebice kod onih: a) homoseksualne orijentacije, b) kod kojih je zabilježena veća postojanost prekomjerne tjelesne težine u djetinjstvu i adolescenciji te c) koji su u manjoj mjeri pazili na osobnu samokontrolu (Carlat i Camargo, 1991).

Rizični faktor za bulimiju može biti i ranije dobivanje prve menarhe (Fairburn i Harrison, 2003). Rano javljanje prve menarhe rezultira povećanjem tjelesne težine i nezadovoljstvom tjelesnim promjenama koje se događaju što doprinosi javljanju ovog poremećaja u hranjenju.

#### 4.1.2. Psihološki čimbenici u nastanku bulimije nervose

Istraživanja upućuju da više psiholoških čimbenika utječe i održava bulimično ponašanje. Primarno obilježje bulimije je patološka zaokupljenost tjelesnom težinom i oblikom tijela (Vidović, 1999). Toj zaokupljenosti potpomaže razvojni tijek teških iskustava s oblikom i težinom koji dovode do razvoja iskrivljene slike vlastitog tijela i do poremećaja hranjenja. Ti faktori jesu nužni, ali ne i dovoljni da bi se poremećaj razvio. Osobe oboljele od bulimije imaju i neka druga patološka obilježja. Oboljeli pojedinci koriste svoj izgled i težinu kao odgovor na probleme s identitetom, samopoštovanjem, samokontrolom te regulacijom negativnih afektivnih stanja (Polivy i Herman, 2002). Smatra se kako su okidači za razvoj bulimije različiti i specifični za svaku osobu, no da je uzrok bulimičnog ponašanja kod svih jednak. Uzrokom bulimije drži se jaki emocionalni stres, odnosno bolna psihološka rana izazvana poremećajem nekog njima važnog međuljudskog odnosa (Škoro, 2009).

U akutnoj fazi bolesti karakteristični su poremećaji raspoloženja koji rezultiraju opetovanim prejedanjem i pražnjenjem, a sve to ima izravan utjecaj na psihološku prilagodbu. Najizraženiji komorbiditet s bulimijom ima depresija te anksiozni poremećaji, poput opsesivno-kompulzivnog poremećaja (Fornari i sur., 1992; Hughes i sur., 2013) te sa socijalnom anksioznošću. Socijalna anksioznost se kod osoba s bulimijom najčešće izražava kroz perfekcionističko ponašanje karakteristično za bulimičarke. Perfekcionizam je prisutan tijekom samoprocjenjivanja. Osim toga, smatra se da je perfekcionizam povezan i s naglašavanjem atraktivnog fizičkog izgleda (Brewerton i sur. 1995; prema Menatti, Weeks, Levinson i McGawen, 2013) koji je neprestano prisutan. Neki autori, poput Johnsona (1991; prema Lehoux i Howe, 2007) smatraju kako je narcizam temeljna karakteristika ličnosti bulimičnih osoba. Obilježja narcizma su grandioznost, osjećaj većih prava od drugih, nisko samopoštovanje, nedostatak empatije te osjećaj neranjivosti i neugroženosti od strane drugih. Zbog toga se smatra da žene s izraženim narcističkim crtama žele kompenzirati svoje nisko samopoštovanje postizanjem idealne tjelesne težine i oblika tijela (Lehoux i Howe, 2007). Pri tome, njihovo samopouzdanje može biti nisko jer ne ostvaruju svoj ideal vitkosti. Kod osoba s bulimijom je zabilježena i izrazito niska razina samokontrole tijekom hranjenja. Osobe izjavljuju o nemogućnosti pružanja otpora prejedanju ili govore o teškoćama da se zaustave unositi pretjerane količine hrane (Mond i sur., 2004).

Veliki broj istraživača nastojao se detaljnije upoznati s utjecajem seksualnog, fizičkog i psihološkog zlostavljanja u djetinjstvu na bulimično ponašanje. U tim su istraživanjima dobiveni nekonzistentni rezultati. Dok su s jedne strane Herman i suradnici (1989; prema Lehoux i Howe, 2007) pokazali kako je seksualno, fizičko i psihološko zlostavljanje u djetinjstvu snažno povezano s različitim specifičnim psihijatrijskim simptomima pa tako i s bulimijom, Rorty, Yager i Rossotto (1994), s druge strane, nisu potvrdili tu činjenicu nego izvještavaju o tome kako zlostavljanje djeteta u djetinjstvu rezultira nizom različitih poremećaja prije nego, što povećava vjerojatnost razvoja nekog konkretnog psihičkog poremećaja. Rorty, Yager i Rossotto (1994) navode kako je bulimija jedna od najrepresntativnijih oblika psihopatologije koji se mogu javiti.

Velik broj istraživanja posvećen je istraživanju povezanosti između bulimije i korištenja psihoaktivnih tvari. Nalazi konzistentno pokazuju da je niska razina kontrole, emocionalna nestabilnost, samoozljeđivanje, anksioznost te granični i antisocijalni poremećaji ličnosti učestaliji kod bulimičnih osoba koje koriste dodatne psihoaktivne tvari (Stein, Lilenfeld, Wildman, i Marcus, 2004; Strober i sur., 1995). Ujedno, smatra se da varijable poput neuroticizma i depresije koje su prisutne tijekom bolesti, povećavaju rizik za razvoj drugih poremećaja, posebice ovisnosti o drogama.



Prilikom objašnjavanja etiologije bulimije neizostavno je spomenuti odnos oboljele osobe s roditeljima. Djevojke svoje roditelje doživljavanju manje zainteresiranima i visoko kontrolirajućima te pokazuju nesigurni stil privrženosti i to posebice s ocem. Taj odnos pokazao se kao rizični čimbenik za razvoj psihičkog poremećaja. Problematičan odnos s ocem rezultira produženom depresijom i anksioznošću (Lehoux i Howe, 2007). Djevojke su izvještavale o većoj zaokupljenosti tjelesnom težinom i oblikom tijela te učestalijim zadirkivanjem od strane vršnjaka i obitelji što je odnos s ocem bio nepovoljniji. Sve to održava negativnu sliku tijela te povećava vjerojatnost odlaska na dijetu kao i negativne emocije koje su u podlozi. Odnos djeteta s ocem od izuzetne je važnosti jer je povezan s kasnijom psihosocijalnom prilagodbom, sigurnom privrženosti u prijateljskim i romantičnim odnosima te procesom odvajanja o roditelja (Cox, Owen, Henderson, i Margand, 1992).

#### 4.1.3. Sociokulturalni faktori u nastanku anoreksije nervose

Mehanizam kojim žene uče koji oblik tijela se u njihovoj kulturi u određenom vremenu smatra privlačnim je informacijski-socijalni (Aronson, Wilson i Akert, 2005). Žene od obitelji i prijatelja te iz medija uče kakvo je privlačno tijelo i kakve su one u usporedbi s tim idealom. U prenošenju da je mršavo tijelo idealno sudjeluju svi mediji. U skladu s tim, suvremena istraživanja ukazuju da su žene sklone doživljavati se debljima i težima nego što to doista i jesu (Cohn i Adler, 1992; prema Aronson, Wilson i Akert, 2005) i da je taj učinak pojačan ako su neposredno prije (ili u tom trenutku) bile izložene medijskim prikazima mršavih žena (O'Riordan i Zamboanga, 2008).

Sociokulturalna očekivanja od muškaraca su se promijenila. Današnje poimanje idealnog muškarca u odnosu na ranija razdoblja su da on bude znatno mišićaviji. Pope i suradnici (1999; prema Aronson, Wilson i Akert, 2005) mjerili su ramena, prsa i bicepse akcijskih lutaka najpopularnijih u zadnja tri desetljeća. Istraživači su utvrdili da su likovi lutaka s vremenom postali znatno mišićaviji, značajno premašujući mišićavost i najvećih bodybildera. Posljedično, takve slike muškoga tijela mogu pridonijeti poremećajima slike tijela kod dječaka. Veliki utjecaj na razvoj kao i na održavanje bulimičnog ponašanja imaju vršnjaci. Utjecaj vršnjaka prati istovjetno objašnjenje kao i za nastanak anoreksije.

## 4.2. Liječenje bulimije nervose

Mnogobrojni su programi bolničkog liječenja bulimije nervose. Oni uključuju oporavak prehrane, medicinski oporavak, psihoterapijski i obiteljski tretman. Prilikom istraživanja učinaka psihoterapijskih pravaca, jedna od najučinkovitijih terapija pokazala se KBT, detaljnije razrađena od Chrisa Fairburna (2008). KBT je primarno usmjerena na razumijevanje uzroka prejedanja, eliminiranje pogrešnih kognitivnih procesa i otkrivanje uzročnika za oblike ponašanja koji proizlaze iz poremećaja hranjenja. Liječenje KBT-om podijeljeno je u tri stadija: (1) uspostavljanje zdravog terapijskog odnosa, prekidanje s prejedanjem, samoizazvanim povraćanjem ili upotrebom laksativa, uvođenje reda u jedenju, informiranje o fizičkim posljedicama prejedanja, samoizazvanog povraćanja i upotrebe laksativa, informiranje o učinkovitosti povraćanja i korištenja laksativa u kontroli težine, tjedno vaganje, ispitivanje funkcije prejedanja i samoizazvanog povraćanja i uključivanja suradnje prijatelja i rođaka; (2) uspostavljanje i zadržavanje sheme redovitih obroka, redukciju dijetnih ograničenja, utvrđivanje okolnosti koje dovode do prejedanja i pomaganje bolesnici da učinkovitije izađe na kraj s tim okolnostima, utvrđivanje i obračun s mislima, vjerovanjima i vrijednostima koje podržavaju poremećaje jedenja, pomaganje pacijentici u njezinim teškoćama s doživljajem tijela te započinjanje procesa završavanja terapije; 3) pacijent i terapeut usmjeravaju pozornost na zadržavanje povoljnoga dostignutoga stanja i sprječavanje mogućeg pogoršanja (Fairburn, 1984; prema Vidović, 1999). Uz KBT, svoj doprinos pri liječenju bulimije ukazale su psihodinamska te interpersonalna terapija. U središtu zanimanja psihodinamske terapije nije simptom bolesti nego transfer, odnosno prijenos u kojem pacijentica u terapiji na terapeuta prenosi osjećaje koje je u prošlosti doživljavala u odnosima s najvažnijim osobama iz svoje neposredne okoline. Kada se aspekti prijenosa razumiju i protumače pacijentici te prorade u terapiji, očekuje se da će simptomi spontano prestati.

Jedna od vrlo utjecajnih metoda liječenja bulimije jest obiteljska terapija. Prva pretpostavka obiteljske terapije jest da je disfunkcionalno ponašanje jedenja povezano s krivnjom koju osoba osjeća, što negativno djeluje na njihov razvoj kao i na zbunjenost i nemoć samih roditelja da pruže adekvatnu pomoć (LeGrange, 2010). Druga pretpostavka polazi od toga da je krivnja koju roditelji osjećaju povezana s uzrocima poremećaja i simptomima anksioznosti. Kao posljedica, terapija za cilj ima poticati zajednički napor kako bi osnažile roditelje i potaknula adolescente da prekinu restriktivnu dijetu, prejedanje i pražnjenje i druge patološke načine kontrole tjelesne težine. Konačno, kako bi povećali roditeljsku angažiranost i smanjili odbijanje djeteta za njihovu pomoć, obiteljska terapija ciljno eksternalizira poremećaj, odnosno

nastoji razdvojiti neuredno ponašanje koje je pogodilo adolescenta (LeGrange, 2010). Liječenje zahtjeva vrijeme i prije svega usmjereno je na otklanjanje krivlje koju osjećaju i roditelji i oboljela osoba. Tijekom terapije, terapeut zauzima nedirektivan pristup s tim da je donošenje odluka u potpunosti prepušteno roditeljima, a to posljedično povećava njihovu snagu da ustraju u procesu. Terapeut je stoga obitelji u isto vrijeme pedagog, savjetnik i podrška.

Osim terapije uspješnim su se pokazali i antidepresivi, ali pokazuju manju učinkovitost nego KBT (Peterson i Mitchell, 1999). U pogledu antidepresivnih lijekova većina kliničara slaže se da se samo fluoksetin pokazao donekle učinkovitim u smanjivanju napada prejedanja (Vidović, 1999). Kombinacija psihoterapije i antidepresiva pokazala se kao najuspješnija metoda liječenja (Milano i sur., 2013).

## 5. ZAKLJUČAK

Često se smatra da osobe oboljele od poremećaja hranjenja žele usmjeriti pažnju na sebe, no pregledom istraživanja dobili smo uvid u složenu etiologiju poremećaja čije je razumijevanje od presudne važnosti. Osim biološke predispozicije, velika pozornost usmjerena je na psihološke i sociokulturalne čimbenike zbog njihove presudne uloge u razvijanju i održavanju poremećaja tijekom vremena. Velika pozornost pridaje se patološkoj zaokupljenosti i nezadovoljstvu tijelom, zbog uloge koju, kao rizični čimbenici, imaju na razvoj depresije, anksioznosti i niskog samopoštovanja (Halvorsen i Heyerdahl, 2006). S druge strane, nisko samopoštovanje, kao krucijalni dio identiteta, povezan je s drugim aspektima optimalnog funkcioniranja- samoefikasnošću, odnosu s drugima i sa sobom, moralnim postupanjem, akademskim uspjehom, odnosu prema radu i obvezama, kreativnošću, i slično (Škoro, 2009; Fairburn, 2008). Istraživanja dosljedno pokazuju da na nezadovoljstvo tijelom i tjelesnom težinom utječe rano pubertalno sazrijevanje te negativni komentari od roditelja i vršnjaka koji mogu biti poražavajući u adolescenciji-najranjivijem periodu odrastanja (Furnham, Badmin i Sneade, 2002; Fairburn i Harrison, 2003; Berk, 2005).

Na temelju različitih istraživanja možemo zaključiti da uspješni način liječenja anoreksije i bulimije nervose predstavlja kombinacija farmakoterapije i psihoterapije (LeGrange, 2010; Milano i sur., 2013). Od lijekova najefikasniji utjecaj imaju antidepresivi -klomipramin, fluoksetin, paroksetin, zbog visokog komorbiditeta poremećaja s depresijom (Kaye i Weltzin, 1997). Od psiholoških tretmana najvažniju ulogu imaju KBT i obiteljska terapija (Fairburn,

2008). U skladu s tim, daljnja istraživanja trebala bi se više usmjeriti na razmatranje obiteljske dinamike kao i na pružanje potpore i uključivanje cijele obitelji u proces liječenja jer su obiteljski odnosi važni u procesu prihvaćanja od strane vršnjaka kao i za samoprihvatanje.

Zbog sve učestalijeg obolijevanje djevojaka i mladića, rana prevencija je nužna. Kao prvi i osnovni korak važno je potaknuti obrazovanje o fizičkom samopouzdanju. Edukacija svih dobnih skupina je presudna te bi se one u prvom redu trebale odnositi na usvajanje strategija pomoću kojih će osoba izgraditi pozitivno samopoštovanje te strategije efikasnijeg nošenja sa stresnim situacijama. Obrazovanje je kritično, no svatko od nas može biti bolji uzor ženama i djevojčicama u našem životu. Potrudimo se da osobu pohvalimo na osnovu njezinog uloženog truda i njezinih postupaka, a ne njezinog izgleda. Kao konačni cilj cijele kulture u kojoj odrastamo trebao bi biti da djecu i odrasle osobe učimo vrednovati individualnost i različitost jer je svaka osoba posebna i jedinstvena.

## 6. LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Aronson, E., Wilson, T.D. i Akert, R.M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: Mate.
- Augsted, L.B., Seather, B. i Gatestam, K.G. (1999). The relationship between eating disorders and personality in physically active women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport*, 9(5), 305-309.
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska Naklada.
- Berk, L. (2005). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Betz, N.E., Mintz, L., Speakmon, G. (1994). Gender Differences in the Accuracy of Self-Reported Weight. *Sex Roles*, 30 (7-8), 543-552.
- Carlat, D. J. i Camargo, C.A. (1997). Review of bulimia nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry*, 148( 7), 831- 843.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. i Przybeck, T.R. (1993). A psychological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cox, M. J., Owen, M. T, Henderson, V. K. i Margand, N. A. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28, 474-483.
- Crips, A.,H. (1985). Regulation of the self in adolescence with particular reference to anorexia nervosa. *Transactions of the Medical Society of London*, 1(1), 27-38.
- Garfinkel, P. E., Brown, G. M., Stancer, H. C, i Moldofsky, H. (1975). Hypothalamic-pituitary function in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 32, 739-744.
- Gartfinkel, P. i Kaplan, A.S. (1985). Starvation Based Pertuating Mechanisms in Anorexia Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (4), 651-665.

- Golden, N.H., Kreitzer, P., Jacobson, M.S., Chasalow, F.J., Schebendach, J., Freedman, S.M. i Shenker, J.R. (1994). Disturbances in growth hormone secretion and action in adolescents with anorexia nervosa. *The Journal of Pediatrics*, 125(4), 655-660.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jasterbarsko: Naklada Slap.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G. (2005). Evidence Based Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 26-30.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. i Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a „transdiagnostic“ therapy and treatment. *Behavior and Therapy*, 41(5), 509-520.
- Fairburn, C.G. i Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-410.
- Field, A.E., Camargo, C. A., Taylor, B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. i Colditz, G. A. (2001). Peer, parents and media influence on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54- 60.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sondberg, D. E., Matthews, M., Skolnick, N. i Katz, J. L. (1992). Depressive and Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 21-29.
- Frankel, R. J., i Jenkins, J. S. (1975). Hypothalamic pituitary function in anorexia nervosa. *Acta Endocrinologica (Kbh.)*, 78, 597-60.
- 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.
- Halvorsen, J. i Heyerdahla, S. (2006). Girls with Anorexia Nervosa and Young Adults: Personality, Self- Esteem and Life Satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 285- 293.
- Hill,A.J. i Pallin,V. (1998). Dieting awarness and low self-worth:Relation issues in 8-years-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 405-413.

- Hughes, E.K., Goldschmidt, A.B., Labuschagne, Z., Loeb, K.L., Sawyer, S.M. i Grange, D. L. (2013). Eating Disorders with and without Comorbid Depression and Anxiety: Similarities and Differences in a Clinical Sample of Children and Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 386-394.
- Kansi, J., Wichstrom, L. i Bergman, L.R. (2003). Eating Problems and the Self Concept: Results Based on a Representative Sample of Norwegian Adolescent Girls. *Jouranl of Youth and Adolescent*, 32, 325-335.
- Kaye, W. H. i Weltzin, T. E. (1997). Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 367- 376.
- Lask, B. i Bryant-Waugh,R. (1992). Early-onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 281-300.
- LeGrange, D. (2010). Family- Based Treatment for Adolescent with Bulimia Nervosa. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 165- 175.
- Lehoux, P.M. i Howe, N.(2007).Perceived non-shared environment, personality traits, family factors and developmental experiences in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 47-66.
- Levine,M.P. and Murnen( 2009).Everybody knows that mass media are/are not(pick one) a cause of eating disorders: a critical review of evidence for a causal link between media, negative body image and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(1), 9-42.
- Livazović, G. i Ručević, S. (2002). Rizični čimbenici esternaliziranih ponašanja i odstupajućih navika hranjenja među adolescentima. *Društvena istraživanja*, 3(117), 733- 752.
- Menatti, A.R., Weeks, J.W., Levinson, C.A. i McGawen, M.M. (2013). Exploring the Relationship Between Social Anxiety and Bulimic Symptoms. Mediational Effects of Perfectionism Among Females. *Cognitive Therapy i Research*, 37, 914-922.
- Milano, W., De Rosa,M., Milano, L., Riccio, A., Sanseverino, B. i Capasso, A.( 2013). The Pharmacological Options in the Treatment of Eating Disorders. *International Scholarly Research Notices Pharmacology*, 1-5.

- Mond, J.M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C. i Beumont, P.J.V. (2004). Belief of women concerning causes and risk factors for bulimia nervosa. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 38, 463-469.
- Mondraty, N, Birmingham, C. L., Touyz, S., Sundakov, V., & Chapman, L. (2005). Randomized controlled trial of olanzapine in the treatment of cognitions in anorexia nervosa. *Australian Psychiatry*, 13(1), 72-75.
- Nakai i sur. (1988). The prolactin and growth hormone responses to arginine in anorexia nervosa. *International of Eating Disorders*, 7(3), 361-367.
- O'Riordan, S.S., i Zamboanga, B.L. (2008). Aspects of the media and their relevance to bulimic attitudes and tendencies among female college students. *Eating Behaviours*, 9(2), 247-250.
- Peterson, B.C. i Mitchell, J.E. (1999). Psychosocial and Pharmacological Treatment of Eating Disorders: A Review od Rresearch Findings. *Journay of Clinical Psychology: In Session: Psychoterapy in Parctice*, 55(6), 685-697.
- Pokrajac- Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijeta kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, 16, 27- 46.
- Pokrajac- Bulian,A., Živčić- Bećirević, I. i Vukmanović, S. (2005). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, 14, 57-70.
- Polivy, J. i Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Ram, P. i sur. (2012). Serotonin transporter binding after recovery from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 345-352.
- Rikani, A.A., Choudhry, Z., Choudhry, M.A., Ikram, H., Asghar, W.M., Kajal, D., Waheed, A. i Mobassarah, N. (2013). A critique of the literature on etiology od eating disorders. *Annals of Neuroscience*, 20(4), 157-161.
- Rorty, M., Yager, J. i Rossotto, E. (1994). Childhood Sexual, Physical and Psychological Abuse and Their Relationship to Comorbid Psychopatology in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 317- 334.



Sheldon, P. (2010). Pressure To Be Perfect: Influences on College Students' Body Esteem. *Southern Communication Journal*, 75(3), 277–298.

Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, I., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D. i Horne, R.L. (1993). Binge eating disorders: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53-61.

Stein, D., Lilienfeld, L.R., Wildman, P.C. i Marcus, M.D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 447–451.

Strober M. i Katz, J.L (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 171–180.

Strober, M., Schmidt-Lackner, S., Freeman, R., Bower, S., Lampert, C., & DeAntonio, M.(1995). Recovery and relapse in adolescents with bipolar affective illness: A five-year naturalistic, prospective follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 724–731.

Škoro, T. (2009). *Tajna bulimije: život pod maskama*. Pula: Vanis.

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

Vidović, V. (1999). *Anoreksija i bulimija: Psihodinamski pogleda na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*. Zagreb: M.A.K.- GOLDEN.

Vulić-Prtorić, A. i Cifrek-Kolarić, M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Wade, T.D., Trelor, S.A., Heath, A. C. i Martin, N.G. (2009). An Examination of the Overlap Between Genetic and Environmental Risk Factors for Intentional Weight Loss and Overeating. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 492- 497.

Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, T. i Kalikov, K. (1989). The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143- 163.