

Povezanost poremećaja u prehrani i slike vlastitog tijela

Klarić, Antonia

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Food Technology and Biotechnology / Sveučilište u Zagrebu, Prehrambeno-biotehnološki fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:159:402036>

Rights / Prava: [Attribution-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-04**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Food Technology and Biotechnology](#)



**Sveučilište u Zagrebu
Prehrambeno-biotehnološki fakultet
Sveučilišni prijediplomski studij Nutricionizam**

Antonia Klarić
0058222512

**POVEZANOST POREMEĆAJA U PREHRANI I SLIKE VLASTITOG TIJELA
ZAVRŠNI RAD**

Predmet: Prehrana žene kroz životnu dob

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ivana Rumora Samarin

Zagreb, 2024.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

Završni rad

Sveučilište u Zagrebu
Prehrambeno-biotehnološki fakultet
Sveučilišni prijediplomski studij Nutricionizam

Zavod za poznavanje i kontrolu sirovina i prehrambenih proizvoda
Laboratorij za kemiju i biokemiju hrane

Znanstveno područje: Biotehničke znanosti
Znanstveno polje: Nutricionizam

Povezanost poremećaja u prehrani i slike vlastitog tijela

Antonia Klarić, 0058222512

Sažetak:

Poremećaji u prehrani kompleksan su poremećaj ponašanja kojeg karakterizira snažna potreba za kontrolom nad tjelesnom masom i unosom hrane. Najzastupljeniji među poremećajima su anoreksija nervoza, bulimija nervoza i kompulzivno prejedanje koji nastaju kao posljedica djelovanja psiholoških, bioloških i socijalnih čimbenika. Slika tijela je subjektivna percepcija tjelesnog izgleda koja je kod osoba s poremećajem u prehrani iskrivljena, posebno kod mladih djevojaka. Iskrivljena slika vlastitog tijela dovodi do razvoja poremećaja u prehrani. Cilj ovog rada je pružiti detaljan opis različitih vrsta najčešće prisutnih poremećaja u prehrani te povezanost poremećaja u prehrani sa slikom vlastitog tijela. Rad također ima za cilj pružiti sveobuhvatno razumijevanje ovih poremećaja, uključujući simptome, teorijsku podlogu, nastanak, dijagnozu i liječenje.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, slika tijela, anoreksija nervoza, bulimija nervoza, kompulzivno prejedanje

Rad sadrži: 25 stranica, 4 slike, 31 literaturni navod

Jezik izvornika: hrvatski

Rad je u tiskanom i elektroničkom obliku pohranjen u knjižnici Sveučilišta u Zagrebu Prehrambeno-biotehnološkoga fakulteta, Kačićeva 23, 10 000 Zagreb

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ivana Rumora Samarin

Datum obrane: 10. rujna 2024.

BASIC DOCUMENTATION CARD

Undergraduate thesis

University of Zagreb
Faculty of Food Technology and Biotechnology
University undergraduate study Nutrition

Department of Food Quality Control
Laboratory for Food Chemistry and Biochemistry

Scientific area: Biotechnical Sciences
Scientific field: Nutrition

The association between eating disorders and body image Antonia Klarić, 0058222512

Abstract:

Eating disorders are complex behavioural disorders characterized by a strong need to control body weight and food intake. The most common eating disorders are anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder, which are caused by psychological, biological and social factors. Body image is the subjective perception of physical appearance, which is distorted in individuals with eating disorders, especially among young girls. A distorted body image leads to the development of eating disorders. The aim of this paper is to provide a detailed description of the various types of the most common eating disorders and the relationship between eating disorders and body image. The paper also aims to provide a comprehensive understanding of these disorders, including symptoms, theoretical background, diagnosis and treatment.

Keywords: eating disorder, body image, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder

Thesis contains: 25 pages, 4 figures, 31 references

Original in: Croatian

Thesis is deposited in printed and electronic form in the Library of the University of Zagreb, Faculty of Food Technology and Biotechnology, Kačićeva 23, 10 000 Zagreb

Mentor: Ivana Rumora Samarin, PhD, Associate Professor

Thesis defended: 10th September 2024

Sadržaj

1. UVOD	1
2. TEORIJSKI DIO	2
2.1. POREMEĆAJI U PREHRANI.....	2
2.1.1. PREVALENCIJA.....	3
2.1.2. ČIMBENICI RIZIKA.....	3
2.1.3. DIJAGNOZA.....	5
2.1.4. LIJEČENJE	6
2.2. ANOREKSIIJA NERVOZA (AN).....	7
2.2.1. KRITERIJ PREMA DSM-5 KLASIFIKACIJI	7
2.2.2. VRSTE ANOREKSIIJE NERVOZE	8
2.2.3. ETIOLOGIJA I EPIDEMIOLOGIJA	8
2.2.4. MEDICINSKE KOMPLIKACIJE	9
2.2.5. PROMIJENJEN DOŽIVLJAJ DIMENZIJA VLASTITOG TIJELA.....	10
2.2.6. LIJEČENJE	11
2.3. BULIMIJA NERVOZA (BN)	11
2.3.1. KRITERIJI PREMA DSM-5 KLASIFIKACIJI	11
2.3.2. VRSTE BULIMIJE NERVOZE	12
2.3.3. ETIOLOGIJA I EPIDEMIOLOGIJA	12
2.3.4. MEDICINSKE KOMPLIKACIJE	14
2.3.5. LIJEČENJE	15

2.4. KOMPULZIVNO PREJEDANJE (BED)	15
2.4.1. KRITERIJI PREMA DSM-5 KLASIFIKACIJI	15
2.4.2. ETIOLOGIJA I EPIDEMIOLOGIJA	16
2.4.3. POVEZANOST BED-A S PRETILOŠĆU	17
2.5. SLIKA TIJELA.....	18
2.5.1. FORMIRANJE NEGATIVNE SLIKE TIJELA	18
2.5.2. POVEZANOST POREMEĆAJA U PREHRANI I SLIKE VLASTITOG TIJELA	20
3.ZAKLJUČCI	22
4.POPIS LITERATURE	23

1. UVOD

Poremećaji u prehrani, koji spadaju u skupinu psihičkih poremećaja, predstavljaju jedan od vodećih javnozdravstvenih problema današnjice. Karakterizirani su poremećajima u ponašanju vezanim uz prehrambeno ponašanje, a koji rezultiraju promjenama u konzumaciji hrane ili apsorpciji hranjivih tvari, što značajno narušava tjelesno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje pojedinca. U današnje doba čak 9 % ukupne svjetske populacije bori se s dijagnozom nekog poremećaja u prehrani (Simić, 2022). Među najpoznatije poremećaje u prehrani ubrajamo anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i kompulzivno prejedanje. Iako ova skupina poremećaja pogađa oba spola, prevalencija je ipak veća kod ženskog spola, što je očekivano s obzirom na činjenicu da su djevojke i žene u većoj mjeri zaokupljene vlastitom tjelesnom masom i izgledom. Oboljele osobe izložene su visokom stupnju socijalnog pritiska ili vlastite težnje prema mršavosti, odnosno nametnutim očekivanjima okoline o idealnom izgledu tijela (vitkog, mršavog, itd.). Poremećaji u prehrani povezuju se s iskrivljenom slikom o vlastitom tijelu, pri čemu oboljele osobe svoje tijelo doživljavaju kao debelo, izobličeno, dok je njihov stvaran izgled u potpunosti drugačiji. Upravo nezadovoljstvo vlastitim tijelom često dovodi do poremećene slike o vlastitom izgledu, što u konačnici može dovesti do razvoja poremećaja u hranjenju. Ova skupina poremećaja često nastaje kao posljedica razvojnih i obiteljsko-socijalnih poremećaja, ali može biti uzrokovana biološkim čimbenicima.

Cilj ovog rada je pružiti detaljan opis različitih vrsta najčešće prisutnih poremećaja u prehrani te njihovu povezanost sa slikom vlastitog tijela. Rad također ima za cilj pružiti sveobuhvatno razumijevanje ovih poremećaja, uključujući simptome, teorijsku podlogu, nastanak, dijagnozu i liječenje.

2. TEORIJSKI DIO

2.1. Poremećaji u prehrani

U današnje doba sve je više pojedinaca koji provođenjem svojih obrazaca prehrane odstupaju od onoga što se smatra adekvatnom i pravilnom prehranom. Takva odstupanja često ukazuju da se radi o određenom problemu psihičke naravi koji se zajedničkim nazivnikom svrstava pod termin poremećaji u prehrani (Simić, 2022). Poremećaji prehrane su karakterizirani poremećajima u ponašanju vezanim uz konzumaciju hrane, a koji rezultiraju promjenama u konzumaciji hrane ili apsorpcije hranjivih tvari, što značajno narušava tjelesno zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje pojedinca (APA, 2013) te mogu proći nezapaženo u okolini mjesecima ili godinama. Karakteriziraju ih poremećeni obrasci prehrane povezani s brigom o tjelesnoj masi i obliku tijela ili nedostatak interesa za hranu, izbjegavanje hrane iz straha ili izbjegavanje zbog svojstava hrane (Mairs i Nicholls, 2016).

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 (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5, 2013) (Sambol i Cikač, 2015), prema kojem se poremećaji u prehrani dijele na anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, kompulzivno prejedanje, ostale specifične poremećaje hranjenja ili jedenja, nespecifične poremećaje hranjenja ili jedenja, pika, poremećaj preživljanja (ruminacija) i poremećaj izbjegavanja/restriktivnog unosa hrane. U ostale specifične poremećaje hranjenja ili jedenja ubraja se atipična anoreksija nervozna, bulimija nervozna (manje učestalosti i/ili kraćeg trajanja), kompulzivno prejedanje (manje učestalosti i/ili kraćeg trajanja), poremećaj neprikladnih kompenzacijskih ponašanja tzv. čišćenja i sindrom noćnog jedenja (APA, 2013). Ipak, kada spomenemo poremećaje u prehrani, najpoznatiji su anoreksija nervozna, bulimija nervozna i poremećaj prejedanja. Anoreksija nervozna poremećaj je prehrane karakteriziran namjernim gubitkom tjelesne mase (Sambol i Cikač, 2015). Bulimija nervozna je označena ponavljajućim epizodama prejedanja u kratkom vremenskom razdoblju (nekoliko sati) velikom količinom visokokalorične hrane, nakon čega slijedi kompenzatorno namjerno izazvano povraćanje kako bi se spriječilo dobivanje na tjelesnoj masi (Vidović, 2009). Osobe koje pate od poremećaja prejedanja osjećaju impulzivnu potrebu za jedenjem te nastavljaju jesti i nakon dostizanja osjećaja sitosti, sve do granice pojave mučnine. Ovaj poremećaj često prati osjećaj krivnje i posramljenosti (Simić, 2022).

2.1.1. Prevalencija

Poremećaji u prehrani predstavljaju skupinu psihičkih poremećaja s izrazito visokom stopom smrtnosti, čak do 20 % (Pranić i sur., 2023). Iako evolucijska objašnjenja govore kako poremećaji u prehrani postoje oduvijek, u današnje doba kod više od 9 % svjetske populacije dijagnosticiran je neki od tih poremećaja (Simić, 2022).

Ova skupina poremećaja pogađa i žene i muškarce, međutim opaženo je kako je prevalencija ipak veća kod ženskog spola (Simić, 2022) te se javlja kod osoba ženskog spola u 90 % slučajeva. Ovakvi podatci su očekivani s obzirom na to da su djevojke i žene značajno više zaokupljene vlastitom tjelesnom masom i izgledom te su sklonije provođenju strogih dijeta koje uključuju izgladnjivanje (Pranić i sur., 2023; Dunkley i Grilo, 2007). U epidemiološkim istraživanjima provedenim u više različitih zemalja procjenjuje se da oko 1 % mladih djevojaka ima anoreksiju, dok je cjeloživotna prevalencija u ženskoj populaciji oko 0,5 % (Vidović, 2009). Prevalencija bulimije nervoze procjenjuje se na 1-3 % (Pranić i sur., 2023). Prevalencija poremećaja kompulzivnog prejedanja među odraslim ženama i muškarcima u SAD-u koji imaju 18 ili više godina iznosi 1,6 %, odnosno 0,8 %. Poremećaj je rašireniji među osobama koje su u potrazi za brzim načinom redukcije tjelesne mase nego u općoj populaciji (Božić i Macuka, 2017; APA, 2013).

Prema istraživanju koje je objavljeno 2020. godine, a koje je uključivalo 26 zemalja EU, utvrđeno je da u razdoblju od 2002. do 2014. godine postoji značajan porast ponašanja koja su usmjerena na redukciju tjelesne mase kod populacije adolescenata oba spola u Republici Hrvatskoj. Zabilježen je značajan porast takvih ponašanja i to je vidljivo u skoku od 6,2 % na 11,9 %, posebno kod adolescenata koji su imali viši indeks tjelesne mase (ITM) (Pokrajac-Bulian i sur., 2021). Procjenjuje se da od nekog poremećaja prehrane u Republici Hrvatskoj boluje 35 000 – 45 000 osoba (Pranić i sur., 2023).

2.1.2. Čimbenici rizika

Poremećaji prehrane jedan su od vodećih javnozdravstvenih problema u 21. stoljeću uzrokovani različitim biološkim, psihološkim i socioekonomskim čimbenicima (Pranić i sur., 2023). Ne postoji jedinstven uzrok razvoja poremećaja prehrane već su oni mnogobrojni i različito utječu na pojedince. Neki od ključnih čimbenika koji utječu na razvoj ovih poremećaja uključuju kulturološki i obiteljski pritisak, emocionalne poremećaje i poremećaj ličnosti (Sambol i Cikač, 2015).

Biološki čimbenici koji dovode do poremećaja prehrane uključuju genetsku predispoziciju te interakcije gena i okoline (Pranić i sur., 2023). Većina istraživanja koja su provedena u

obiteljima, na blizancima, te na posvojenim osobama, pokazuju da su genetički čimbenici povezani s poremećajima u prehrani (Marčinko i sur., 2013). Najranjiviji od svih skupina su djeca i adolescenti (Simić, 2022), te se smatra da je najugroženija dob od 10. do 30. godine života (Pranić i sur., 2023). Adolescencija je kritičan period za razvoj ovih poremećaja zbog značajnih promjena u endokrinološkom sustavu (Pranić i sur., 2023). Bitnu ulogu u razvoju poremećaja prehrane ima i spol. Žensko tijelo fiziološki je sklonije nakupljanju masnoga tkiva u usporedbi s muškim tijelom. Sam pubertet predstavlja rizični čimbenik za razvoj poremećaja prehrane, jer se često smatra da je upravo takva promjena obrasca prehrane (neprikladan) odgovor na tjelesne i emocionalne promjene koje pubertet donosi (Batista i sur., 2018). Ženski razvoj u pubertetu je mnogo je kompleksniji od muškog, što u kombinaciji s ostalim rizičnim čimbenicima potencijalno predstavlja dodatni element ranjivosti (Pranić i sur., 2023; Marčinko i sur., 2013). Trenutno dostupna istraživanja ukazuju da hormoni potencijalno imaju značajnu ulogu u povećanom nasljeđivanju poremećaja u prehrani tijekom puberteta, dok rana prva menstruacija predstavlja rizični čimbenik za njihov razvoj (Batista i sur., 2018). Novija istraživanja ispituju mogućnost utjecaja crijevne mikroflore na nastanak ovih poremećaja jer ona samostalno ima važnu ulogu u regulaciji metabolizma i tjelesne mase, a također je u velikom broju radova povezana i s depresijom te anksioznošću. Kao kritični biološki čimbenici za razvoj poremećaja prehrane, uz već spomenute, navode se i gastrointestinalne tegobe, dijabetes tipa 1, porođajne traume, prijevremeni porodi i perinatalne komplikacije (Pranić i sur., 2023; Gerard, 2016).

Poremećaji u prehrani mogu biti samo prolazno, često pomodno, stanje u adolescenciji, a također mogu biti i dio kliničke slike brojnih drugih psihičkih poremećaja (Marčinko i sur., 2013). Psihološki čimbenici imaju vrlo važnu ulogu u etiologiji poremećaja u prehrani (Pranić i sur., 2023). Simptomi psihološke prirode uključuju intenzivan strah od prirasta na tjelesnoj masi, stalna zaokupljenost hranom i izgledom tijela, a također može doći i do razvoja depresivnog poremećaja (Krleža, 2020). Ukoliko se dublje pogledaju psihološki čimbenici, poremećaji prehrane povezani su s većom depresivnošću, nižim samopouzdanjem, većim nezadovoljstvom vlastitim tijelom, perfekcionizmom i drugim psihijatrijskim poremećajima (Batista i sur., 2018).

Prehrana ima ključnu ulogu u održavanju tjelesnog zdravlja pojedinca, a razvoj problema i poremećaja s prehranom snažno negativno utječe ne samo na tjelesno zdravlje, već i na svakodnevno emocionalno i socijalno funkcioniranje osobe (Božić i Macuka, 2017). Odlučujući čimbenik za okretanje redukcijским dijetama je negativna percepcija vlastitog tijela, što značajno povećava rizik od kasnijeg razvoja poremećaja u prehrani. Redukcijska dijeta je čest i uobičajen uvod u poremećaje prehrane. Početak njenog provođenja je naoko nedužan te se

često ne prepoznaje kao prijatna, katkad je čak podupiru i roditelji i okolina, no vrlo brzo može izmaknuti kontroli (Vidović, 2009). Istraživanja pokazuju da 40 % djevojaka i 25 % mladića tijekom adolescencije započne neku vrstu promjene obrasca prehrane, često redukcijuskiu dijetu, najčešće zbog loše slike o vlastitom tijelu (Pranić i sur., 2023; Obeid i sur., 2018).

Socijalni utjecaji su priznati i vrlo detaljno istraživani čimbenik. Prepoznat je medijski i vršnjački pritisak na djevojke koji šalje poruku da je samo vrlo mršava osoba lijepa, uspješna i popularna (Vidović, 2009). Mediji imaju ključnu ulogu u razvoju poremećaja prehrane zbog toga što su najutjecajni u prenošenju društvenih i kulturnih ideala izgleda. Upravo popularnost televizije, filmova i časopisa dovodi do vrlo uspješnog širenja ideala ljepote (Batista i sur., 2018). Važnost društvenih ideala za razvoj poremećaja u prehrani vidljiva je u tome što se upravo taj čimbenik okoline spominje i u DSM-V. Kao čimbenik rizika navodi se okolina/društvo u kojoj se podržava i potencira mršavost, kao i rad u zanimanjima kao što su manekenstvo i određeni sportovi kao što je npr. atletika, gdje mršavost ima važnu ulogu za uspjeh (Krlježa, 2020; APA, 2013). Glavni razlog popularnosti društvenih mreža je u tome što je čovjek društveno biće koje ima potrebu za pripadnost i interakciju s drugim ljudima u zajednici. Društvene mreže iako imaju brojne prednosti, ponekad imaju brojnije nedostatke. U današnje doba upravo društvene mreže imaju značajan utjecaj na mentalno zdravlje korisnika, posebice djece i mladih osoba koje nemaju izgrađenu ličnost i onih koji se već osjećaju nesigurno i nezaštićeno u svojoj okolini. Ideal za osobe ženskog spola u virtualnom svijetu, gdje se ne razlikuje realnost od modificirane slike, je mršavost i privlačnost. Dok istovremeno, ideal osobe muškog spola je visina, s istovremeno značajnim udjelom mišićne mase (Pranić i sur., 2023; Obeid i sur., 2018). Općenito, danas se mnogo pažnje posvećuje tjelesnom izgledu te se isti nameće kao kriterij ljepote, pri čemu se kao ideal ženske ljepote podrazumijeva vitkost koja graniči s mršavošću, što se populaciji nameće od strane medija i modne industrije (Božić i Macuka, 2017).

2.1.3. Dijagnoza

Poremećaji u prehrani su kompleksni poremećaji ponašanja okarakterizirani snažnom potrebom za kontrolom nad tjelesnom masom i unosom hrane (Pranić i sur., 2023; Duarte i sur., 2014). Za postavljanje dijagnoze poremećaja u prehrani potrebno je zadovoljiti kriterije koji se navode u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V), odnosno koji su dani u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB). Prilikom sumnje na neki od poremećaja u prehrani u svakodnevnom radu može se provesti i neki od kratkih upitnika. Neki koji se najčešće koriste su SCOFF upitnik, BITE (engl. *Bulimic Investigatory Test, Edinburgh* – test za procjenu bulimije) i BES (engl. *Binge Eating Scale* – ljestvica prejedanja), EDDS-5 (engl. *Eating Disorder Diagnostic Scale-5* – ljestvica za dijagnozu poremećaja prehrane), EDS-Q (engl. *Eating Disorder Examination-Questionnaire* – upitnik za procjenu poremećaja

prehrane), EAT-12 (engl. *Eating Attitudes Test* – test stavova prema prehrani) (Sambol i Cikač, 2015). Ukoliko postoji opravdana sumnja na neki od poremećaja prehrane potrebno je obaviti razgovor sa članovima obitelji oboljele osobe, posebno ako je u pitanju maloljetna osoba (Vidović, 2009). Liječnik obiteljske medicine je zadužena za početnu procjenu težine bolesti i koordinaciju skrbi (Sambol i Cikač, 2015). Prvo je potrebno napraviti fizički pregled osobe koji uključuje mjerenje tjelesne visine i mase, zatim izvršiti provjeru vitalnih funkcija te stanje zubala i kože (Pranić i sur., 2023; Tuerk i sur., 2018). Također, potrebno je provesti određene pretrage kako bi se isključile bolesti poput Crohnove bolesti, anemije, celijakije, hipertireoze i drugih sličnih bolesti (Pranić i sur., 2023). Kod oboljelih osoba uočljivi su prvenstveno fizički, zatim ponašajni i psihički znakovi koji ukazuju na poremećaje u prehrani i olakšavaju samu dijagnozu. Fizički znakovi mogu biti lomljivi nokti, pretjerana osjetljivost na hladnoću, amenoreja (izostanak menstruacije), gastrointestinalne tegobe, suhoća kože, problemi sa zubima. Ponašajni znakovi uključuju paranoično brojanje kalorijske vrijednosti hrane, učestalo provođenje restriktivnih dijeta, često mjerenje tjelesne mase, jedenje u osami, skrivanje nepojedene hrane, pretjerana tjelesna aktivnost. Od psihičkih znakova ističe se manjak samopouzdanja, anksioznost, depresija, perfekcionizam, suicidalnost, socijalna izolacija, manjak koncentracije, opsesivno kompulzivno prejedanje (Pranić i sur., 2023; Tuerk i sur., 2018).

2.1.4. Liječenje

Liječenje poremećaja u prehrani je mukotrpan i dugotrajan proces koji ima malu stopu uspjeha i gdje se pacijenti nakon kratkog pozitivnog učinka liječenja često vraćaju usvojenim lošim navikama od ranije (Simić, 2022; Solhaug i Alsaker, 2021). Postoje mnogobrojni oblici liječenja poremećaja prehrane, ovisno o stanju pacijenta. Nužno je da se svakom oboljelom pristupa individualno i holistički, odnosno cjelovito s obzirom na utvrđene potrebe (Pranić i sur., 2023). Takav pristup preporučuje se i kognitivno-bihevioralnom terapijom (KBT), odnosno njezinom podvrstom kognitivno-bihevioralna terapija *Enhanced* (poboljšana) (KBT-E) (engl. CBT-E). Takva terapija ne djeluje samo na simptome poremećaja u prehrani, već i na vanjske čimbenike koji su doveli do samog poremećaja (Simić, 2022; Murphy i sur., 2010) i koji dovode do pogoršanja simptoma i povećanja njihove težine. Neki od njih su klinički perfekcionizam, nisko samopoštovanje te međuljudske poteškoće (Simić, 2022; Walsh i sur., 2000). Liječenje je kompleksno i može trajati godinama pa čak i doživotno, uz česte relapse. Važno je da se problem prepozna u što ranijoj fazi bolesti te da se s terapijom započne što ranije. Primarni cilj liječenja je poboljšanje općeg stanja oboljele osobe, povratak što je bliže moguće adekvatnoj i uravnoteženoj prehrani, kontroliranje pojavnosti neprirodnih obrazaca hranjenja i ponašanja, sprječavanje relapsa i osposobljavanje oboljelog za izražavanje vlastitih emocija

(Pranić i sur., 2023; Tuerk i sur., 2018). Popravljanje tjelesnog stanja prvi je i osnovni zadatak na početku liječenja, posebno kad ono zahtijeva hospitalizaciju (Vidović, 2009). Također, tijekom oporavka potreban je pristup multidisciplinarnog tima stručnjaka koji uključuje liječnike opće medicine, nutricioniste i stručnjake za mentalno zdravlje, psihijatre i psihoterapeute (Simić, 2022; Walsh i sur., 2000) koje trebaju biti u stalnoj međusobnoj interakciji (Pranić i sur., 2023, Tuerk i sur., 2018). Potpora je potrebna svim osobama uključenim u proces liječenja, pacijentima, roditeljima, a često i članovima tima budući da stanje bolesnika nerijetko dovodi do osjećaja bespomoćnosti osoba zaduženih za njihovu skrb (Vidović, 2009). Psihoterapija je metoda izbora i primjenjuje se nakon što se pacijenta stabilizira i nakon što je izvan životne opasnosti. U početku svake psihoterapije važno je uspostaviti odnos povjerenja. U individualnoj terapiji to je odnos između terapeuta i bolesnika, a u grupnoj osim s terapeutom i između ostalih članova grupe. Ukoliko je taj korak uspješno svladan, bez obzira na terapijske tehnike koje slijede, stvoreni su preduvjeti da se bolesniku pomogne. Kvaliteta terapijskog odnosa je najvažniji čimbenik ishoda liječenja (Marčinko i sur., 2013). Kod mladih osoba smatra se najefikasnijim započeti liječenje obiteljskom terapijom. Budući da su upravo iznimno složeni odnosi u obitelji, pretjerano zaštićivanje i nedostatak autonomije često ono što je pacijentima početni okidač za uspostavljanje kontrole nad svojim tijelom i životom. U kasnijoj fazi liječenja prilazi se individualnoj psihoterapiji (Vidović, 2009). Liječenje se obično provodi ambulantno ili u sklopu dnevne bolnice, dok je u akutnom stanju, kada ambulantno liječenje ne daje rezultate potrebna je hospitalizacija kako bi se osobu dovelo u stanje izvan životne opasnosti. Ambulantno liječenje traje najmanje 6 mjeseci, s kontrolama ovisno o individualnim potrebama u razmaku od dva do tri tjedna dok u dnevnim bolnicama u kojima se odvijaju različiti programi unutra grupnih terapija traju od 1 do 3 mjeseca, 8 do 10 sati dnevno. U dnevnim bolnicama liječe se osobe koje su stabilnije i ne treba im hospitalizacija (Pranić i sur., 2023; Vidović, 2008).

2.2. Anoreksija nervoza (AN)

Anoreksija nervoza (AN) je psihički poremećaj kod kojeg se osoba podvrgava strogoj restriktivnoj dijeti koja dovodi do gubitka na tjelesnoj masi, a sve zbog osobnog osjećaja da je preti. Riječ *anorexia* potječe iz grčkog jezika, a označava odsutnost apetita. Prvi opisi anoreksije dan je u 19. stoljeću (Marčinko i sur., 2013).

2.2.1. Kriterij prema DSM-5 klasifikaciji

Dijagnostički kriteriji za Anoreksiju nervozu (AN) propisani prema DSM-5 klasifikaciji su:

1. Ograničenje unosa energije u odnosu na potrebe, što dovodi do značajno niske tjelesne mase u odnosu na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Značajno niska tjelesna masa definira se kao masa koja je niža od minimalno adekvatne ili, kada se radi o djeci i adolescentima, koja je manja od minimalno očekivane.
2. Snažan strah od porasta tjelesne mase ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne mase, čak i kada je prisutna niska tjelesna masa.
3. Iskrivljeno doživljavanje vlastite tjelesne mase ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne mase na samovrednovanje ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti trenutno niske tjelesne mase (APA, 2013).

Stupanj ozbiljnosti možemo podijeliti na:

- Blagi - $ITM \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Umjereni - $ITM 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Teški - $ITM 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Ekstremni - $ITM < 15 \text{ kg/m}^2$ (APA, 2013)

2.2.2. Vrste anoreksije nervoze

Razlikujemo dva tipa anoreksije nervoze: *restriktivni tip*, kod kojeg se osoba izglednuje i pretjerano vježba, i *bulimijski/purgativni tip*, kod kojeg se osoba prejeda i zatim namjerno izbacuje hranu iz tijela. Postoji i tzv. izmjenjujući tip kod kojeg se izmjenjuju ove dvije prakse. Restriktivni tip označava da osoba tijekom posljednja tri mjeseca nije pokazivala znakove prejedanja ili pražnjenja te nastaje kao posljedica smanjenja tjelesne mase primjenom dijeta, posta ili prekomjernom tjelesnom aktivnošću. Purgativni ili prejedajući tip podrazumijeva da je osoba tijekom posljednja tri mjeseca imala epizode prejedanja ili čišćenja (namjerno povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili klistira) koje su se ponavljale (APA, 2013).

Bulimijski tip anoreksije nervoze razlikuje se od bulimije nervoze po tome što se osobe prejedaju nakon čega koriste kompenzacijske metode poput povraćanja ili upotrebljavaju laksative rjeđe od osoba oboljelih od bulimije nervoze. Također, osobe oboljele od bulimije nervoze ne moraju nužno biti pothranjene već mogu biti adekvatne tjelesne mase, prosječne ili čak prekomjerne tjelesne mase (Krlježa, 2020).

2.2.3. Etiologija i epidemiologija

Anoreksija nervoza sve je veći medicinski, psihološki i socijalni problem. Neka mišljenja ukazuju da od subklinikog oblika anoreksije boluje i do 80 % ženske populacije ukoliko ga se definira kao zaokupljenost prehranom, veličinom i oblikom tijela i restriktivnim dijetama, pod

pritiskom težnje za očuvanjem vitkosti i zdravlja (Vidović, 2009). Kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze tjelesna masa je 15 % i više ispod donjeg raspona adekvatne tjelesna masa, odnosno ITM, koji se računa kao omjer mase u kilogramima i visine u metrima kvadratnim, manji je od 17,5 kg/m². Osobe bilježe stalni gubitak na tjelesnoj masi izbjegavajući kaloričnu hranu i unos hrane općenito, prekomjerno vježbaju, a katkad izbacuju hranu iz tijela povraćanjem ili upotrebom laksativa (Sambol i Cikač, 2015). Anoreksija nervoza se rijetko javlja u životnom razdoblju prije adolescencije ili kod žena starijih od 40 godina. Najčešće se javlja u dobi od 14 do 25 godina, sa značajnijom pojavnosti u dobi od 12-18 godina, pri čemu je prosječna dob postavljanja dijagnoze anoreksije 17 godina (Pranić i sur., 2023). Poremećaj najčešće započinje s provođenjem restriktivne dijeta koja kod okoline ne izaziva pretjeranu zabrinutost. Međutim, s vremenom, kako bolest napreduje, opterećenje prehranom i tjelesnom masom postaje sve izraženije. Adolescenti s anoreksijom nervozom često jedu vrlo sporo i pokazuju izbirljivost u jelu, uzimaju vrlo male zalogaje, iz svoje prehrane isključuju masnu i visokokaloričnu hranu te veliki broj njih svakodnevno pretjerano broji kalorije. Adolescentice koje boluju od anoreksije nervoze u većini slučajeva konzumiraju voće, povrće i salatu, pri čemu mnoge od njih počinju zastupati vegetarijansku prehranu. Također, hranu dijele na „dobru“ i „lošu“ (Herpertz-Dahlmann, 2015). Oboljele osobe fokusirane su i podređene hrani i odnosu prema njoj vodeći računa o tome što i kada će jesti, jesu li premalo ili previše pojeli, kako će se „iskupiti“ za prekomjernu konzumaciju hrane, kao i na koji način ju mogu izbjeći (Simić, 2022). Uz to se javljaju psihički problemi, česta je i socijalna izoliranost što dovodi do problema u svakodnevnome normalnom funkcioniranju (Cikač i Sambol, 2015).

2.2.4. Medicinske komplikacije

Anoreksija nervoza može negativno utjecati gotovo na svaki tjelesni sustav u ljudskom organizmu. Brojne medicinske komplikacije povezane s anoreksijom nervozom nastaju kao posljedica gubitka tjelesne mase i pothranjenosti (Westmoreland i sur., 2015). Neadekvatna prehrana dovodi do niza hormonskih poremećaja, što za posljedicu ima izostanak menstruacije kod djevojaka, a kod djece u predpubertetu zaostajanjem u rastu i psihičkim poremećajima. Kao posljedica izgladnjivanja javljaju se različite komplikacije poput nesvjestice, vrtoglavice, dehidracije, lanugo dlačice i akrocijanoza (plavičasto obojenje distalnih dijelova nosa i ušiju). Akrocijanoza nastaje kao rezultat hipotermije zbog toga što se krv iz distalnih dijelova premješta u središnje kako bi se očuvali organi koji su vitalni za život (Pranić i sur., 2023). Od kardiovaskularnih komplikacija česta je bradikardija (usporeni otkucaji srca) kao i abnormalnosti prilikom pregleda EKG (elektrokardiogram). Gastrointestinalne tegobe koje mogu nastati uključuju disfunkciju jetre i gušterače te povećanu razinu amilaze,

lipaze i jetrenih enzima (Herpertz-Dahlmann, 2015).

2.2.5. Promijenjen doživljaj dimenzija vlastitog tijela

Naglo promijenjen oblik i dimenzije tijela imaju psihološke učinke koji se uglavnom manifestiraju kao negativna percepcija tijela (Batista i sur., 2018). Društveni pritisak na mršavost i idealan izgled puno je veći za žene negoli za muškarce (Pokrajac-Bulian i sur., 2021), zbog čega osobe oboljele od anoreksije nervoze nekoliko puta tijekom dana staju na vagu i gledaju se u zrcalo kako bi procijenile vlastiti izgled (Herpertz-Dahlmann, 2015). Pacijentice imaju iskrivljen doživljaj oblika vlastitog tijela (slika 1) i uvjerene su da su pretile ili da im je pojedini dio tijela loše oblikovan. Često spominju “debele noge”, “debele nadlaktice”, trbuh ili bokove (Vidović, 2009). Kod anoreksije nervoze znakovi pothranjenosti olakšavaju dijagnozu (Herpertz-Dahlmann, 2015). Louis Victor Marce dao je prvi klinički opis anoreksije 1859. godine. Opisao je bolesnicu bez imalo masnog tkiva, mršavu poput skeleta, suhih usta i kože, filiformnoga pulsa, opstipiranu, koja je uzimala minimalne količine hrane (Marčinko i sur., 2013). Strah od debljanja, koji je važan i uvijek prisutan čimbenik, povećava se s gubitkom tjelesne mase kod osoba koje su pogođene ovim poremećajem. Bolesnice su potpuno zaokupljene izgledom (Vidović, 2009). Ekstremno nezadovoljstvo veličinom i oblikom vlastitog tijela ili nekim dijelovima tijela dovodi do fobije od tjelesne mase i averzije prema hrani (Herpertz-Dahlman, 2015).



Slika 1. Prikaz osobe koja boluje od anoreksije nervoze (Shahid, 2022)

2.2.6. Liječenje

Kod bolesnica s anoreksijom osnovni izazov u liječenju predstavlja nedostatak njezina shvaćanja ozbiljnosti problema, kao i svjesni i nesvjesni otpori u prihvaćanju pomoći (Vidović, 2009). Za ukupnu procjenu trenutnog stanja bolesti potrebno je procijeniti stopu mršavljenja, objektivne fizičke znakove te provesti potrebne laboratorijske testove. Pri donošenju odluke o obliku liječenja, bilo psihološkom ili psihijatrijskom svakako treba uzeti u obzir želju pacijenta. Vrste psihoterapija koje se mogu provoditi jesu kognitivno-bihevioralne, kognitivno-analičke, interpersonalne i psihodinamske. Njihov osnovni cilj je potaknuti porast tjelesne mase, pri tome steći navike pravilne i uravnotežene prehrane te olakšati fizički i psihički oporavak (Sambol-Cikač, 2015). Dobivanje na tjelesnoj masi mora biti postupno, otprilike 0,5-1 kg na tjedan, zato što brzo dobivanje na tjelesnoj masi pacijenticu plaši zbog osjećaja da ponovno gubi kontrolu. Svakako važno je navesti da je strah od debljanja to veći što je tjelesna masa niža. Ponekad u liječenju, posebice kada se radi o pacijenticama kojima je potrebna hospitalizacija, neizbježna je uporaba enteralnog ili parenteralnog hranjenja kako bi se postigli ciljevi liječenja (Vidović, 2009).

2.3. Bulimija nervoza (BN)

Bulimija nervoza (BN) također je poremećaj prehrane iz psihološkoga spektra. Karakterizira ga potreba za unosom velikih količina visokokalorične hrane u vrlo kratkom vremenskom periodu nakon čega zbog krivnje i/ili straha od debljanja slijedi namjerno povraćanje (Pranić i sur., 2023; Livazović, 2017). Riječ *bulimia* porijeklom iz grčkog, označava „bikovu glad“ (Marčinko i sur., 2013). Prvi put je opisana 1979. godine kao „zloslutna varijanta anoreksije nervoze“ jer se ponašanje povezano s prejedanjem i povraćanjem karakteristično za osobe oboljele od bulimije pojavljuje i kod dijela osoba s AN (Mairs i Nichollss, 2016).

2.3.1. Kriteriji prema DSM-5 klasifikaciji

Dijagnostički kriteriji za Bulimiju nervozu prema DSM-5 klasifikaciji su:

- A. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizode prejedanja imaju sljedeća dva obilježja:
 1. Jedenje količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) i u sličnim okolnostima
 2. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom te epizode (npr. osjećaj da nije moguće prestati jesti ili upravljati time što ili koliko netko jede)

- B. Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci radi sprečavanja porasta tjelesne mase, kao što su samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje
- C. Ovakva vrsta prejedanja i neprikladnih kompenzacijskih postupaka pojavljuje se, u prosjeku, najmanje jednom tjedno i to tijekom 3 mjeseca
- D. Samoprocjena je neopravdano pod utjecajem oblika vlastita tijela i njegove mase
- E. Smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze

Stupanj ozbiljnosti BN može se odrediti prema broju ponavljanja neadekvatnih kompenzacijskih epizoda:

- Blaga: 1-3 puta tjedno
- Umjerena: 4-7 puta tjedno
- Teška: 8-13 puta tjedno
- Ekstremna: 14 ili više puta tjedno (APA, 2013).

2.3.2. Vrste bulimije nervoze

Postoje dva tipa BN:

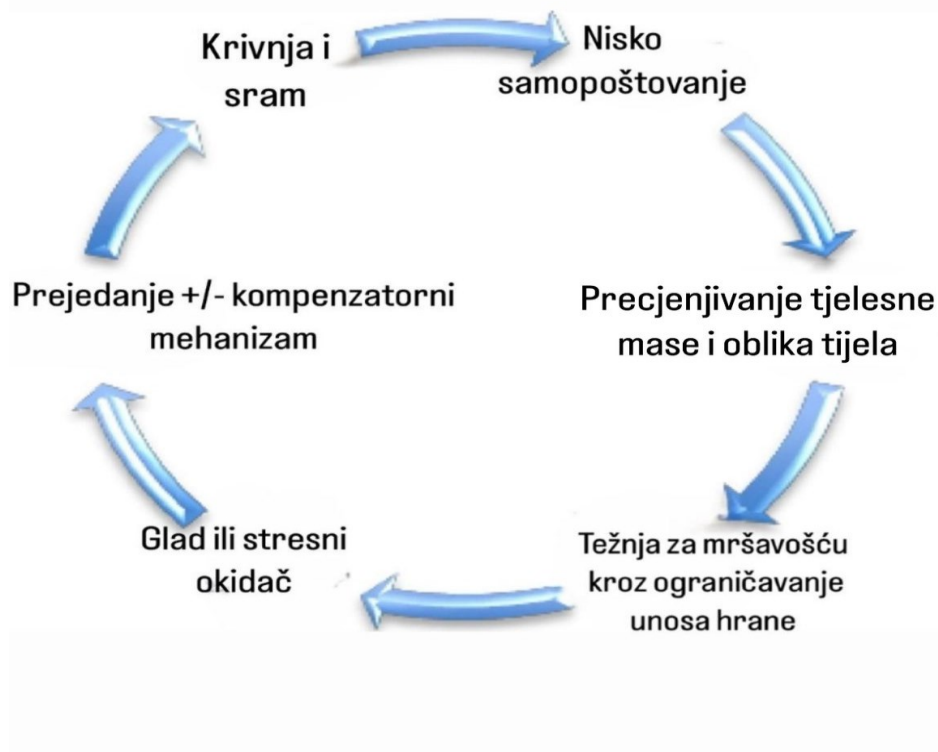
1. PURGATIVNI TIP - nakon epizode prejedanja osoba se "prazni" samoizazvanim povraćanjem ili laksativima i diureticima.
2. NEPURGATIVNI TIP - nakon epizode prejedanja osoba pribjegava nekim drugim neprikladnim ponašanjima, npr. postu ili pretjeranom tjelesnom vježbanju, ali ne koristi samoizazvano povraćanje, laksative niti diuretike (APA, 2013).

2.3.3. Etiologija i epidemiologija

Bulimija se u odnosu na anoreksiju češće javlja kod muškoga spola, posebno u završnoj fazi adolescencije i mlađoj odrasloj dobi. Prosječna dob pojavljivanja je oko 20. godine života (Pranić i sur., 2023). Bulimiju, kao i AN, karakterizira želja za mršavosti, no to se postiže drugačijim ritualom. Kod osoba oboljelih od bulimije žudnja za hranom je prevelika da bi ju svladali te se prejedaju, nakon čega povraćaju zbog osjećaja krivnje i velikog straha od povećanja tjelesne mase (Marčinko i sur., 2013). Osobe koje duže vrijeme pate od bulimije s vremenom bez dodatnih podražaja nauče voljno povraćati. Čišćenje se može izvršiti zloupotrebom laksativa i diuretika, iako većina oboljelih prakticira povraćanje (Pranić i sur., 2023; Livazović, 2017). Za razliku od bolesnika s AN-om, mnoge osobe s BN-om mogu prikriti svoj poremećaj i izbjegavati liječenje dugi niz godina (Herpertz-Dahlmann, 2015). Razlog tome je što su oboljeli često adekvatne ili prekomjerne tjelesne mase, što otežava pravovremeno

prepoznavanje bolesti (Pranić i sur., 2023). Osobe koje pate od ovog poremećaja obično traže pomoć 5 godina nakon početka simptoma, osim ako njihovo ponašanje nije izrazito ekstremno ili ako to nije otkriveno od strane roditelja ili skrbnika (Mairs i Nichollss, 2016).

U većini slučajeva BN počinje duljom epizodom gladovanja, koja je prekinuta gubitkom kontrole što posljedično dovodi do napada prejedanja koji može sadržavati do više od 10 000 kcal. Uglavnom se tijekom epizoda prejedanja konzumira hrana koju je lako progutati, poput deserta, kolača i čokolade. Bolesnici tijekom jela piju velike količine vode s ciljem lakšeg povraćanja unesene hrane (Herpertz-Dahlmann, 2015). Prejedanje se obično odvija u tajnosti i traje sve dok osoba ne osjeti da je u potpunosti sita. Nakon prejedanja slijedi depresivna faza sa samokritikama i osjećajem krivnje (Marčinko i sur., 2013), prisutnim strahom od debljanja što dovodi do potrebe za pražnjenjem koje se provodi povraćanjem, zloupotrebom laksativa, diuretika i drugih lijekova, ili rjeđe, korištenjem strategije bez čišćenja kao što je pretjerana tjelovježba. Tako se pokreće začarani krug (slika 2) (Herpertz-Dahlmann, 2015).



Slika 2. Prikaz ciklusa („začaranog kruga“) u osoba oboljelih od bulimije nervoze i kompulzivnog prejedanja (prema Mairs i Nicholls, 2016)

2.3.4. Medicinske komplikacije

Kod bulimije, medicinske komplikacije su uzrokovane načinom i učestalošću povraćanja. Devedeset posto purgativnih ponašanja u bulimiji čine samoinicirano povraćanje ili zloupotreba stimulaturnih laksativa. Kod samoiniciranog povraćanja, komplikacije se mogu podijeliti na lokalne štetne učinke povraćanja i abnormalnosti elektrolita i acidobazne ravnoteže koje mogu nastati kad ovo ponašanje postane ekstremnije (Westmoreland i sur., 2016). Posljedica povraćanja je Russellov znak (slika 3), nazvan po dr. Geraldu Russellu, koji je prvi definirao ovu vrstu bolesti. Odnosi se na razvoj sitnih ogrebotina i žuljeva u dorzumu šake. Ovaj znak nastaje zbog čestih dodira ruke zubima, uslijed ponavljano umetanja ruke u usta kako bi se izazvalo povraćanje (Nitsch i sur., 2021). Učestalo pražnjenje može izazvati u organizmu disbalans tekućine i elektrolita, najčešće hipokalemiju, hiponatremiju i hipokloremiju, ali može izazvati i metaboličku alkalozu i acidozu (Marčinko i sur., 2013). Hipertrofija parotidnih žlijezda, može se razviti kod više od 50 % osoba koje prakticiraju čišćenjem putem samoiniciranog povraćanja. Simptomi uključuju obostrano bezbolno povećanje parotidnih žlijezda što bolesnicama daje karakterističan izgled lica, a povremeno mogu biti zahvaćene i druge žlijezde slinovnice. Također, pretjerano povraćanje može dovesti do stalnog želučanog kiselinskog refluksa, što uzrokuje disfagiju i dispepsiju, kao i oštećenje i trajni gubitak zubne cakline (Westmoreland i sur., 2016). Dentalna erozija najčešća je oralna manifestacija kronične regurgitacije. Smatra se da je uzrokovana kontaktom zuba s kiselim sadržajem povraćanja. Dentalna erozija obično zahvaća lingvalne površine gornjih zuba. Povraćanje također može povećati rizik od nastanka zubnog karijesa (Nitsch i sur., 2021). Posljedice bulimije nervoze mogu uključivati srčane i skeletne miopatije (Marčinko i sur., 2013).

Kod osoba oboljelih od ovog poremećaja može se utvrditi povećana učestalost simptoma anksioznosti ili anksioznog poremećaja, zlouporabe i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, posebno alkoholu i stimulansima, kao i neka obilježja povezana s jednim ili više poremećaja ličnosti (Marčinko i sur., 2013).



Slika 3. Russellov znak (Nitsch i sur., 2021)

2.3.5. Liječenje

Osobe oboljele od anoreksije nervoze i one oboljele od bulimije nervoze dijele mnoge zajedničke karakteristike, no postoje razlike kako im se pristupa tijekom liječenja. Iako pacijenti mnogo duže uspješno prikrivaju bulimiju i oklijevaju kad treba potražiti pomoć, u prosjeku značajno bolje i lakše prihvaćaju liječenje (Vidović, 2009). Prvi korak u liječenju pacijenata s bulimijom je uputiti ih na uključivanje u programe samopomoći. Takvi programi najčešće se provode u centrima za poremećaje u prehrani gdje se osim pomoći oboljelima potpora pruža i njihovim obiteljima. Također, centri se bave i provođenjem preventivnih programa važnih i za educiranje javnosti. Pokazalo se da je najbolji pristup u liječenju bulimije kombinacija psihofarmakološke terapije i psihoterapije (Vidović, 2009). Većinu pacijenata treba liječiti ambulantno ili u okviru dnevne bolnice. Hospitalizacija je nužna samo za osobe kod kojih postoji rizik od samoubojstva ili samoozljeđivanja (Sambol i Cikač, 2015).

2.4. Kompulzivno prejedanje (BED)

Kompulzivno prejedanje (engl. *binge eating disorder*, BED) podrazumijeva unos neuobičajeno velike količine hrane u kratkom vremenskom razdoblju uz osjećaj gubitka kontrole (Božić i Macuka, 2017; Pokrajac-Bulian i sur., 2009), bez naknadnog purgativnog ponašanja.

2.4.1. Kriteriji prema DSM-5 klasifikaciji

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM), 5. izdanje, BED se definira prema nekoliko kriterija:

- A. Ponovljene epizode kompulzivnog prejedanja koje su okarakterizirane :
 1. Konzumiranje hrane u samoći (npr. tijekom 2 sata) tako velikih količina hrane koju većina ljudi ne može unijeti u sličnom vremenskom periodu i u sličnim okolnostima
 2. Osjećaj izostanka kontrole tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da ne može prestati jesti ili kontrolirati količinu i vrstu hrane)
- B. Epizode prejedanja su povezane s 3 ili više slijedećih ponašanja:
 1. Konzumacija hrane puno brža nego što je normalno
 2. Konzumacija hrane do neugodnog osjećaja sitosti
 3. Konzumacija velike količine hrane bez prisutnosti osjećaja gladi
 4. Konzumacija hrane u osami zbog osjećaja neugode radi velikih količina konzumirane hrane
 5. Osjećaj gađenja prema samom sebi, prisutnost depresije ili osjećaja krivice nakon prejedanja
- C. Prisutnost stresa povezanog s kompulzivnim prejedanjem
- D. Kompulzivno prejedanje prisutno u prosjeku najmanje 1 puta tjedno tijekom 3 mjeseca
- E. Kompulzivno prejedanje nije povezano s uobičajenim neadekvatnim kompenzacijskim ponašanjem kako kod bulimije nervoze i nije prisutno samo kao epizoda bulimije ili anoreksije

Stupanj ozbiljnosti BED-a može se odrediti prema broj ponavljanja epizoda prejedanja:

- Blaga: 1-3 puta tjedno
- Umjerena: 4-7 puta tjedno
- Teška: 8-13 puta tjedno
- Ekstremna: 14 ili više puta tjedno (APA, 2013)

2.4.2. Etiologija i epidemiologija

Prosječna dob početka BED-a, slično kao i kod BN je kasna adolescencija ili rane dvadesete godine, a prosječno trajanje poremećaja je 8 godina. Može se javiti kao reakcija na negativne životne situacije, emocije i događaje, a predstavlja neadekvatan način suočavanja sa svakodnevnim životom problemima i pritiscima (Božić i Marcinko, 2017). Za razliku od osoba slične (prekomjerne) tjelesne mase, osobe s BED-om često imaju visoku učestalost psihijatrijskih komorbiditeta, osobito poremećaja raspoloženja i anksioznosti (Herperz-Dalhmans, 2015). Gotovo 80 % osoba s BED-om tijekom života patilo je od nekog drugog

DSM poremećaja, uključujući poremećaje raspoloženja, anksioznosti, zlouporabe supstanci i poremećaja u prehrani (McCuen-Wurst i sur., 2018).

Slično bulimiji nervozi (BN), djeca i adolescenti s BED-om često traže hranu čak i kada nisu gladni, primjerice nakon obroka. Neki od njih koriste prejedanje za regulaciju negativnih emocija ili kao oblik nagrade (Herperz-Dalhmans, 2015). Jedna od prvih teorija o prejedanju je tzv. model suzdržavanja koji objašnjava kompulzivno prejedanje kao posljedicu zabrinutosti za oblik tijela i tjelesnu masu što posljedično dovodi do prehrambene suzdržanosti od konzumacije hrane, zatim do epizoda prejedanja, što rezultira stalnim ciklusom suzdržavanja i prejedanja (slika 2) (McCuen-Wurst i sur., 2018). Ujedno se u ovom poremećaju ističe i osjećaj gubitka kontrole tijekom trajanja epizode prejedanja, odnosno osoba osjeća da ne može prestati jesti ili kontrolirati koliko jede (Božić i Macuka, 2017).

2.4.3. Povezanost BED-a s pretilošću

Osobe s poremećajem prejedanja (BED) obično jedu češće, konzumiraju obroke s više kalorija te imaju češće oscilacije u težini u usporedbi s osobama s drugim poremećajima u prehrani (McCuen-Wurst, 2018). S obzirom na unos velike količine kalorija osobe s poremećajem kompulzivnog prejedanja mogu imati prekomjernu tjelesnu masu (Božić i Macuka, 2017). Imaju 3 do 6 puta veću vjerojatnost da budu pretili u usporedbi s osobama bez poremećaja prehrane. BED je također povezan s pojavnosti prekomjerne tjelesne mase u ranijoj mladosti te poviješću pretilosti, pri čemu je oko 30 % osoba s BED-om bilo pretilo u djetinjstvu. Negativni komentari o izgledu, tjelesnoj masi i prehrani od strane članova obitelji, zabrinutost za oblik tijela i cikličke promjene tjelesne mase također su povezani s dijagnozom BED-a (McCuen-Wurst i sur., 2018). Ipak, poremećaj prejedanja bitno se razlikuju od pretilosti. Većina pretilih osoba ne upušta se u ponavljajuće epizode prejedanja. Osim toga, u usporedbi s pretilim osobama iste tjelesne mase, a koje nemaju poremećaj prejedanja, osobe s poremećajem imaju viši unos energije tijekom obroka. Također, imaju veće funkcionalne poteškoće, nižu kvalitetu života, više subjektivnog stresa te veću stopu psihijatrijskih komorbiditeta (APA, 2013).

Određeni dokazi sugeriraju da BED, vjerojatno zbog prehrambenih navika koje razvijaju osobe s ovim poremećajem, može predstavljati čimbenik rizika za razvoj metaboličkog sindroma. Metabolički sindrom označava skup rizičnih čimbenika povezanih s povećanim rizikom od srčanih bolesti, dislipidemije, dijabetesa i drugih kardiovaskularnih komplikacija, što ga čini značajnim javnozdravstvenim problemom (McCuen-Wurst i sur., 2018).

2.5. Slika tijela

Slika tijela je definirana kao slika koju imamo u svojim mislima o veličini, obliku i formi vlastitog tijela, zajedno s osjećajima povezanim s tim karakteristikama (Herpertz-Dahlmann, 2015). Osim ovih aspekata, slika tijela obuhvaća i stavove prema veličini, obliku cijeloga tijela ili njegovih pojedinih dijelova (Marčinko i sur., 2017). Slika tijela se temelji na subjektivnoj percepciji. Ona predstavlja kompleksnu psihološku tvorevinu koja se formira u djetinjstvu pod utjecajem niza društvenih i somatskih iskustava (Marčinko i sur., 2013).

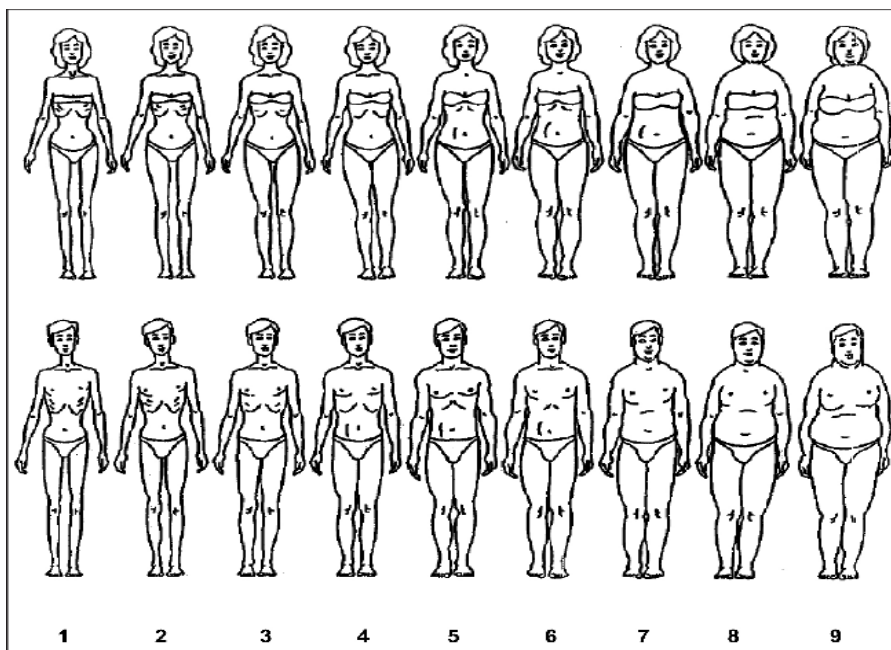
U današnjem svijetu percepcija idealne slike tijela postaje progresivno sve sitnija, dok istovremeno trenutna prosječna tjelesna masa populacije postaje sve viša, a pokušaji redukcije tjelesne mase sve učestaliji (Pokrajac-Bulian i sur., 2021). Kod adolescentica i mladih žena, razlike između mentalne slike tijela i kulturnog idealnog tijela povezane su s nezadovoljstvom vlastitim tijelom, sklonosti precjenjivanju veličine tijela, depresivnim raspoloženjem i bulimijskim ponašanjem (Batista i sur., 2018). Osjećaj izrazitog nezadovoljstva vlastitim tjelesnim izgledom uzrokuje svakodnevno pretjerano naglašavanje vitkosti kao i negativno stereotipiziranje pretilih osoba što posljedično može dovesti do pogoršanja stavova hranjenja (Božić i Macuka, 2017).

2.5.1. Formiranje negativne slike tijela

U formiranju negativne slike o sebi i svome tijelu intenzivno utječe vršnjačko zadirkivanje (Pranić i sur., 2023; Repovečki i sur., 2020). Vršnjačko ili obiteljsko zadirkivanje oko oblika i veličine tijela povezuje se s nižim samopouzdanjem i većim nezadovoljstvom izgledom (Simić, 2022; Leehr i sur., 2015). Nezadovoljstvo vlastitim izgledom često je povod za „samokažnjavanje“ zbog čega se pojedinci koriste različitim metodama mršavljenja u svrhu postizanja ideala ljepote, a time i vlastitog zadovoljstva (Pranić i sur., 2023). Osoba želi izmijeniti svoje tijelo te se podvrgava strogim restriktivnim dijetama ili drugim oblicima restrikcije koji su jasni simptom poremećaja u prehrani (Simić, 2022; Leehr i sur., 2015).

Djevojke u odnosu na mladiće značajno češće koriste kognitivne obrasce hranjenja (Pokrajac-Bulian i sur., 2021). Učestale primjene restriktivnih dijeta i negativno emocionalno stanje značajan su pokazatelj nezadovoljstva vlastitim tijelom (Batista i sur., 2018). Adolescentice su sklonije ograničavanju unosa hrane i češće jedu pod utjecajem emocionalnih čimbenika, imaju veću potrebu za smanjenjem porcija te češće jedu manje nego što bi zapravo željele. Povrh

toga, osobe koje se s negativnim emocijama suočavaju tako da povećavaju unos hrane mogu, kasnije, razviti i veći broj simptoma poremećaja u prehrani (Pokraja-Bulian i sur., 2021). Vitko tijelo kao ideal ljepote i pritisak od strane obitelji, prijatelja, partnera i medija koji nameću ideal mršavosti predviđa i povećava nezadovoljstvo tijelom kod djevojaka u dobi od 14 do 17 godina (Batista i sur., 2018). Izložene su i visokoj razini socijalnog pritiska zbog čega češće internaliziraju te ideale (Pokrajac-Bulian i sur., 2021). Djevojke u ranoj adolescenciji koje smatraju članke i oglase u medijima i na društvenim mrežama važnim izvorima informacija o restriktivnim dijetama i održavanju savršenog tijela često su nezadovoljnije svojim izgledom. Usporedba s vitkim i poznatim ženama iz javnog života pojačava negativne osjećaje u vezi s vlastitom tjelesnom masom i oblikom tijela, osobito ako već imaju formiranu negativnu sliku o sebi (Batista i sur., 2018). Većina djevojaka koja pati od anoreksije nervoze imaju formiranu negativnu sliku vlastitog tijela. Kao rezultat toga, osoba nije u stanju točno procijeniti veličinu tijela u odnosu na stvarnu veličinu (Izydorczyk, 2010). Zbog iskrivljene percepcije koje oboljele djevojke imaju, prilikom davanja odgovora na Thompsonovoj skali silueta (slika 4) na pitanje kakvo tijelo bi htjela imati i kakvo tijelo misli da bi trebala imati najčešće biraju ono pod brojem 1 ili 2, a koje prikazuju ekstremno mršavo tijelo (Krlježa, 2020; Izydorczyk, 2010). Sve to ukazuje da je većina djevojaka nezadovoljna vlastitim tijelom, što nadalje rezultira stvaranjem negativne slike tijela te nizom vrlo nezdravih obrazaca hranjenja u cilju gubitka tjelesne mase (Pokrajac-Bulian i sur., 2021).



Slika 4. Thompsonova skala silueta (Thompson i Gray, 1995)

2.5.2. Povezanost poremećaja u prehrani i slike vlastitog tijela

Poremećaji u prehrani povezuju se s iskrivljenom slikom o vlastitom tijelu, gdje oboljela osoba teži ka postizanju savršenstva (APA, 2013). U psihoterapiji poremećaja prehrane neizostavno se bavimo poremećenom slikom tijela i poremećenim odnosom bolesnica prema svom tijelu (Marčinko i sur., 2013). Jedan od kriterija za postavljanje dijagnoze poremećaja u prehrani prema psihijatrijskim klasifikacijama je iskrivljen doživljaj vlastita tijela. Bolesnice se doživljavaju debelima, izobličanima, dok je njihov stvaran izgled u potpunosti drugačija. Ovakav negativan doživljaj je tjelesno povezna s negativnim afektima poput straha, tuge i ljutnje (Marčinko i sur., 2013). Opisana dinamika pridonosi porastu raširenosti poremećaja u prehrani kod mladih žena i osoba koje pate od pretilosti (Pokrajac-Bulian i sur., 2021). Oboljela osoba nema zdrav pristup prema hrani, anksiozna je zbog mogućeg povećanja tjelesne mase, ima isključivo negativno mišljenje o vlastitom izgledu, kao i nisku razinu samopoštovanja (Pranić i sur., 2023; Dunkley i Grilo, 2007).

Poremećaj percepcije vlastitoga tijela jedan je od glavnih obilježja anoreksije nervoze (Krlježa, 2020). Oboljele od AN često ne vide svoje tijelo onako kako ga vide objektivni vanjski promatrači. Njihova slika tijela je izobličena i nerealna (Marčinko i sur., 2013), sebe vide sa značajno više tjelesne mase, iako su u stvarnosti premršave za svoju tjelesnu konstituciju (Krlježa, 2020). U većini socijalnih sredina pretjerano naglašavanje mršavosti čini se čimbenikom koji u većoj mjeri pridonosi porastu prevalencije odstupanja ponašanja u navikama hranjenja (Pokrajac-Bulian i sur., 2021). Takav pritisak posebno je usmjeren na djevojke u pubertetu koje se svakodnevno suočavaju s nesigurnošću oko izgleda svog tijela, uspoređujući ga s tijelima svojih vršnjakinja (Batista i sur., 2018). Mnoge osobe s AN, ali pojedine i s BN precjenjuju veličinu svog tijela u usporedbi sa zdravim pojedincima. Neki dijelovi tijela se precjenjuju više od drugih, osobito bedra i struk. Zbog čega su neki pacijenti skloni provođenju tzv. „rituala provjere“, poput dodirivanja dijelova tijela nekoliko puta ili kontroliranja njihovog oblika u ogledalu (Herpertz-Dahlmann, 2015). Rezultati istraživanja također ukazuju da emocija srama vezana uz sliku o vlastitom tijelu ima snažnu povezanost s razvojem kompulzivnog prejedanja. Štoviše, pokazalo se da sram zbog slike tijela izravno utječe na razvoj depresivnih simptoma i samokritičnosti koja može dovesti do osjećaja mržnje prema sebi (Duarte i sur., 2014). Stoga se simptomi osoba s poremećajem u prehrani mogu svesti na poremećenu sliku o vlastitom tijelu, koja je najizraženiji čimbenik rizika. Posljedično to dovodi do poremećenih navika konzumiranja hrane te gubitak ili dobitak na tjelesnoj masi koji vodi bitnom smanjenju kvalitete života i oštećenjima socijalnog i osobnog razvitka (Simić, 2022). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom opisano je kao snažan prediktor za poremećaje u prehrani, posebno anoreksije nervoze. Konkretno, kada se poboljša zadovoljstvo vlastitim

tijelom, smanjuje se učestalost ponašanja povezanih s poremećajima prehrane.

3. ZAKLJUČCI

1. Poremećaji u prehrani su kompleksni poremećaji ponašanja koje karakterizira snažna potreba za kontrolom nad tjelesnom masom i unosom hrane. Među njima najzastupljeniji su anoreksija nervoza, bulimija nervoza i kompulzivno prejedanje.
2. Uzroci nastanka poremećaja u prehrani uključuju kombinaciju više različitih čimbenika rizika koji zajedno pridonose razvoju poremećaja. Rizični čimbenici za nastanak uključuju socijalne, psihološke i biološke čimbenike.
3. Utvrđeno je postojanje spolne razlike kod razvoja poremećaja u prehrani, pri čemu se veća prevalencija bilježi kod osoba ženskog spola u odnosu na muškarce. Razlog tome je najvjerojatnije veća izloženost žena socijalnom pritisku koji nameće pretjeranu vitkost kao ideal ljepote.
4. Slika tijela je subjektivna percepcija tjelesnog izgleda te predstavlja važan aspekt psihološkog i osobnog razvoja u adolescenciji, posebno kod djevojaka. Prema istraživanjima većina osoba ženskog spola je nezadovoljna svojim tjelesnim izgledom ili percipira pojedine dijelove tijela većim nego što uistinu jesu. Iskrivljena slika o vlastitom tijelu je glavni čimbenik za razvoj poremećaja u prehrani.
5. Liječenje poremećaja u prehrani je izrazito zahtjevno i dugotrajno, a ponekad i doživotno. Osnovni razlog tome je što ne postoji jedan univerzalan oblik koji će se u svim slučajevima pokazati uspješnim. Liječenje zahtijeva individualan, multidisciplinarni pristup, a osnovni ciljevi rehabilitacije su ispravljanje psiholoških i bioloških posljedica bolesti te uspostavljanje normalnog prehranbenog ponašanja i održavanje tjelesne mase.

4. POPIS LITERATURE

American Psychiatric Association-APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed., American Psychiatric Publishing.

Batista M, Antić LŽ, Žaja O, Jakovina T, Begovac I (2018) Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clin Croat* **57**, 399.

<https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>

Božić D, Macuka I (2017) Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *HRRI*, **53**, 1-16. <https://doi.org/10.31299/hrri.53.2.1>

Castillo M, Weiselberg E (2017) Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* **47**, 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004>

Duarte C, Pinto-Gouveia J, Ferreira C (2014) Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eat Behav* **15**, 638-64. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.08.025>

Dunkley DM, Grilo CM (2007) Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and overevaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behav Res Ther* **45**, 139-49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>

Gerard P (2016) Gut microbiota and obesity. *Cell Mol Life Sci* **73**, 147-62. <https://doi.org/10.1007/s00018-015-2061-5>

Herpertz-Dahlmann B (2015) Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* **24**, 177-96. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>

Izydorczyk B (2010) Body image among young females with anorexia nervosa and the structure of body image among their mothers. *Arch. Psychiatry Psychother* **12**, 61-67. <http://hdl.handle.net/20.500.12128/13386>

Krleža A (2020) Anoreksija nervoza: etiologija, česti komorbidni poremećaji i terapija. *Psychē* **3**, 7-14. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/266931>

Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE (2015) Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. **49**, 125-34. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>

Livazović G i Mudrinić I (2017) Dissatisfaction with physical appearance and behaviors

associated with eating disorders in adolescents. *Kriminologija i socijalna integracija* **25**, 90-109. <https://doi.org/10.31299/ksi.25.1.3>

Mairs R, Nicholls D (2016) Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child* **101**, 168–75. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309481>

Marčinko D i sur. (2013) Poremećaji hranjenja—od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb.

McCuen-Wurst C, Ruggieri M, Allison KC (2018) Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Ann NY Acad Sci* **1411**, 96-105. <https://doi.org/10.1111/nyas.13467>

Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG (2010) Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* **33**, 611-27. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>

Nitsch A, Dlugosz H, Gibson D, Mehler PS (2021) Medical complications of bulimia nervosa. *Cleve Clin J Med* **88**, 333-343. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168>

Obeid N, Carlucci S, Brugnera A, Compare A, Proulx G, Bissada H i sur. (2018) Reciprocal influence of distress and group therapeutic factors in day treatment for eating disorders: A progress and process monitoring study. *Psychotherapy* **55**, 170. <https://doi.org/10.1037/pst0000138>

Pokrajac-Bulian A, Calugi S, Anić P, Kukić M, Mohorić T, Damjanić N (2021) Shape and Weight Concern, Dietary Restraint and Cognitive Eating Patterns in Croatian Adolescents. *Soc Psihijatr*, **49**, 202-213. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:621922>

Pranić N, Žigić Forić A, Poček I, Puharić Z (2023) Poremećaji prehrane. *Hrana u zdravlju i bolesti* **12**, 84-89. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/314495>

Repovečki S, Štrkalj Ivezić S, Bilić V (2020) Terapijski čimbenici u grupnoj psihoterapiji. *Psihoterapija* **34**, 224-62. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/251801>

Sambol K, Cikač T (2015) Anoreksija i bulimija nervoza—rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus* **24**, 165-171. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/148323>

Sangha S, Oliffe JL, Kelly MT, McCuaig F (2019) Eating disorders in males: How primary care providers can improve recognition, diagnosis, and treatment. *Am J Mens Health* **13**. <https://doi.org/10.1177/1557988319857424>

Shahid J (2022) Understanding the basics of anorexia nervosa. *Psychology Opinions*. <https://psychologyopinions.com/understanding-the-basics-of-anorexia-nervosa/>

Pristupljeno 06.06.2024.

Simić A (2022) Poremećaji hranjenja kao nova pandemija mladih. *Psychē* **5**, 156-163.

Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/303848>

Thompson MA, Gray JJ (1995) Development and validation of a new body-image assessment scale. *J Pers Assess* **64**, 258–269.

https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_6

Tuerk PW, Keller SM, Acierno R (2018) Treatment for anxiety and depression via clinical videoconferencing: evidence base and barriers to expanded access in practice. *Focus* **16**,

363-369. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027>

Vidović V, Majić G, Begovac I (2008) Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Paediatr Croat* **52**, 106-110.

<https://www.croris.hr/crosbi/publikacija/prilog-casopis/157346>

Vidović V (2009) Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus* **18**, 185-191. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/en/57168>

Walsh JM, Wheat ME, Freund K (2000) Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. *J Gen Intern Med* **15**, 577-590. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x>

Westmoreland P, Krantz MJ, Mehler PS (2016) Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med* **129**, 30-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>

Izjava o izvornosti

Ja Antonia Klarić izjavljujem da je ovaj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u njegovoj izradi nisam koristio/la drugim izvorima, osim onih koji su u njemu navedeni.

Vlastoručni potpis