

# OBITELJSKA PERCEPCIJA ANOREKSIIJE

---

**Radujko, Tamara**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:032954>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-12**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

Tamara Radujko  
OBITELJSKA PERCEPCIJA ANOREKSIJE  
Završni rad

Rijeka, 2022.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
UNDERGRADUATE PROFESSIONAL STUDY OF NURSING

Tamara Radujko  
FAMILY PERCEPTION OF ANOREXIA  
Bachelor thesis

Rijeka, 2022.

## Izveštće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

### Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, Katedra za sestrinstvo
Studij	Preddiplomski stručni studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Tamara Radujko
JMBAG	0351009026

### Podatci o radu studenta:

Naslov rada	Obiteljska percepcija anoreksije
Ime i prezime mentora	Jovanka Žiža
Datum predaje rada	20. srpnja 2022.
Identifikacijski br. podneska	1893138809
Datum provjere rada	5. rujna 2022.
Ime datoteke	Radujko-Završni rad
Veličina datoteke	413 kB
Broj znakova	105885
Broj riječi	14225
Broj stranica	60

### Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	3%
-----------------	----

### Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	5. rujna 2022.
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

Potpis mentora

5. rujna 2022.



Rijeka, 8. 4. 2022.

## Odobrenje nacrt završnog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci  
odobrava nacrt završnog rada:

OBITELJSKA PERCEPCIJA ANOREKSIJE: pregledni rad  
FAMILY PERCEPTION OF ANOREXIA: review

Student: Tamara Radujko

Mentor: Jovanka Žiža, mag. med.techn.

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija  
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo-redovni

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	8
<b>2. CILJ I HIPOTEZE</b> .....	10
<b>3. METODE</b> .....	11
<b>4. ANOREKSIJA NERVOZA</b> .....	12
4.1. <i>Teorija nastanka anoreksije nervoze</i> .....	13
4.2. <i>Simptomi i znakovi</i> .....	14
4.3. <i>Dijagnoza</i> .....	16
<b>5. UČESTALOST</b> .....	18
<b>6. UZROK</b> .....	19
<b>6.1. Biološki čimbenici</b> .....	19
6.1.1. <i>Genski uzroci</i> .....	19
6.1.2. <i>Dob</i> .....	20
6.1.3. <i>Spol</i> .....	20
6.1.4. <i>Tjelesna masa</i> .....	20
<b>6.2. Psihološki čimbenici</b> .....	21
<b>6.3. Socijalni čimbenici</b> .....	24
6.3.1. <i>Percepcija roditelja</i> .....	24
6.3.2. <i>Tjelesni sram</i> .....	27
6.3.3. <i>Mediji</i> .....	28
6.3.4. <i>Vršnjaci</i> .....	30
<b>7. PSIHODINAMIKA ANOREKSIJE NERVOZE</b> .....	32
7.1. <i>Teorija privrženosti (attachenta)</i> .....	34
<b>8. PSIHOSOMATSKA OBITELJ</b> .....	35
<b>9. KOMPLIKACIJE</b> .....	37
9.1. <i>Endokrinološke komplikacije</i> .....	37
9.2. <i>Koštane komplikacije</i> .....	37
9.3. <i>Gastroenterološke komplikacije</i> .....	38
9.4. <i>Kardiovaskularne komplikacije</i> .....	38
9.5. <i>Ginekološke komplikacije</i> .....	38
<b>10. LIJEČENJE I ZDRAVSTVENA NJEGA</b> .....	40
10.1. <i>Specifični pristup u liječenju</i> .....	42
10.2. <i>Zdravstvena njega</i> .....	42
10.3. <i>Psihoterapija</i> .....	43

<b>11. ZAKLJUČAK</b> .....	46
<b>LITERATURA</b> .....	48
<b>PRIVITCI</b> .....	58
<b>ŽIVOTOPIS</b> .....	59

## **POPIS KRATICA**

**DSM** – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

**MKB** – Međunarodna klasifikacija bolesti

**ITM** – Indeks tjelesne mase



## SAŽETAK

U suvremenom svijetu poremećaji prehrane predstavljaju iznimno ozbiljan javnozdravstveni problem koji ima negativan utjecaj na psihičko i fizičko zdravlje pojedinca. Ovaj rad pratiti će temu obiteljske percepcije anoreksije. Ciljevi rada jesu istražiti povezanost odnosa majke i djeteta s razvojem anoreksije nervoze te istražiti povezanost obiteljskih odnosa sa simptomima anoreksije nervoze. Rad će sadržavati izvore iz pouzdanih pretraživača kao što su Portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa Hrčak, portal Hrvatske znanstvene bibliografije, portal Sveučilišne knjižnice u Rijeci te portal Pubmed. Uz navedeno koristiti će se literatura koja uključuje priručnike o anoreksiji nervozi objavljene između 2011. i 2022. godine. Kriteriji će uključivati ciljanu populaciju u dobi između 10 i 18 godina u kojoj se najčešće javlja poremećaj prehrane. Anoreksija nervoza definira se kao samoinicijativno izgladnjivanje čiji je cilj pojedinca zadržati minimalnu tjelesnu težinu. Poremećaj je karakteriziran potpunom iskrivljenošću percepcije vlastitog tijela, a može dovesti do komplikacija i stanja opasnih po život. Uzroci anoreksije nervoze uključuju višestruko djelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Istraženi izvori potvrđuju postavljene hipoteze da se obiteljski odnosi smatraju važnim čimbenikom u razvoju poremećaja prehrane, kako u odnosu majke i djeteta tako i u obiteljskoj dinamici. Hranjenje je glavni proces u formiranju ličnosti tijekom razvoja, osnova je u stvaranju bazične sigurnosti djeteta koji se odvija između majke i djeteta te je od iznimne važnosti za kasnije međuljudske odnose. Dijagnoza je složena i uključuje detaljnu procjenu fizičkog i psihičkog stanja oboljelog. Liječenje i zdravstvena njega oboljelih je vrlo kompleksna i zahtijeva rad multidisciplinarnog tima stručnjaka, uz stalnu edukaciju zdravstvenih djelatnika. Dobiveni rezultati pouzdano upućuju na važnost edukacije budućih majki i očeva o roditeljstvu.

***Ključne riječi:*** anoreksija nervoza, biološki čimbenici, liječenje, odnos majka – dijete, psihološki čimbenici, socijalni čimbenici

## ABSTRACT

In the modern world, eating disorders are an extremely serious public health problem that have a negative influence on the mental and physical health of the human. In this bachelor thesis the topic of family perception of anorexia will be described. The purpose of this bachelor thesis is to research the bond between mother and child with the growth of anorexia nervosa and to research the bond between family relationships and the symptoms of anorexia nervosa. The paper will contain the sources from reliable search engines such as the Portal of Croatian scientific and professional journals Hrčak, the portal of the Croatian Scientific Bibliography, the portal of the University Library in Rijeka and the Pubmed portal. In addition to the above, literature will be used, which includes manuals on anorexia nervosa published between 2011 and 2022. The criteria will include the target population between the ages of 10 and 18, where eating disorders are most common. Anorexia nervosa is defined as self – initiated starvation aimed at maintaining an individual's minimum body weight. This eating disorder is characterized by a complete distortion of the perception of own body, and can cause complications and life – threatening conditions. Causes of anorexia nervosa include multiple effects of biological, psychological and sociological factors. Researched sources confirm that set hypotheses of family relations are considered as an serious factor in the development of eating disorders, whether it is a mother – child relationship or family dynamics in general. Feeling and feeding are central processes in the formation of personality during development, are the basis for creating basic security of the child and take place, first in the mother – child relationship and are extremely important later for interpersonal relationships. The diagnosis is complex and involves a detailed assessment of physical and mental condition. Treatment is very complicated and demands the work of a multidisciplinary group of experts, with constant education of health professionals. The obtained results reliably point to the importance of educating future mothers and fathers about parenting.

**Keywords:** anorexia nervosa, biological factors, mother – child relationship psychological factors, sociological factors, family relationships, treatment

## 1. UVOD

Hranjenje jest proces povezan s iskustvima i emocijama od djetetova najranijeg razvoja koji uključuje doživljaje unutrašnjeg te vanjskog svijeta. Anoreksija je poremećaj hranjenja koji dovodi do loših promjena u ponašanju kao posljedica međusobnog djelovanja niza faktora. Posljedice poremećaja su vidljive na svim tjelesnim organima i imaju neposrednu ugrozu zdravlja (1). Uzroci bolesti su višestruki: biološka predispozicija ali i psihološka priroda koja proizlazi iz obiteljskih odnosa s posebnim utjecajem na dob između 10. i 18. godine kada se bolest najčešće i javlja. Socijalni čimbenici kao invazija poznatih ličnosti s niskom tjelesnom težinom utječu na negativnu percepciju hranjenja kod mladih ljudi.

Ovaj pregledni rad usmjeriti će fokus na obiteljsku percepciju (poimanje) anoreksije. Obiteljski odnosi smatraju se važnim čimbenikom u razvoju poremećaja prehrane, bilo da se radi o vezi između majke i djeteta ili odnosa u obitelji. Poremećaji u odnosima između majke i djeteta, a potom između djeteta i ostalih članova obitelji, obično se često odražavaju u poremećaju prehrane. Rane razvojne interakcije s roditeljima koje uključuju zadovoljavanje potreba i identiteta roditelja mogu imati implikacije na razvoj identiteta djeteta te odvajanje u adolescenciji. Hranjenje je glavni proces u formiranju ličnosti tijekom razvoja, osnova je u stvaranju bazične sigurnosti djeteta, a odvija se najprije između majke i djeteta te je od iznimne važnosti kasnije za međuljudske odnose (2)

“Dovoljno dobra majka “prema Winnicottu gradi pozitivan odnos sa svojim djetetom od rođenja koji dijete doživljava kao iskrenu brigu o njemu (hranjenje, presvlačenje, držanje u naručju, pričanje, grljenje). Iz takvog odnosa s majkom dijete izrasta u realnu, spontanu i autentičnu osobu s dobrim mentalnim zdravljem. U suprotnom majka koja je previše zaokupljena vlastitim brigama ili tjeskobom te se ne brine o djetetu na dovoljno dobar način (hranjenje s ljubavlju, veza majke i hrane kao temelj bazične sigurnosti) dijete će odrasti funkcionirajući tako da ispunjava očekivanja svoje okoline (3). Teoretičari su istaknuli odnos majke i djeteta u središte analitičke pažnje. Nadalje, treba naglasiti kako se poremećaji hranjenja objašnjavaju kao poremećaj daljine u odnosu između djeteta i majke. Nedostatna uloga majke i izostanak njene potpore, ali i nasrtljivi odnos prema djetetu itekako može rezultirati poremećajem u hranjenju kao obrambeni mehanizam. Dovoljno dobra majka koja ima podršku u obitelji, posebno u ocu, itekako može biti bolja prvenstveno za dijete, a potom i za sebe (4). Razvoj identiteta tijekom adolescencije ima korijene u odnosu dijete – roditelj. Djevojke s

anoreksijom ističu kako njihovi očevi nisu bili prisutni u odgoju ili pak kako se roditelji u konačnici nisu slagali. Tako jedno istraživanje potvrđuje da se kod osoba oba spola javlja veliki broj simptoma poremećaja prehrane što je veći odboj od strane roditelja (5). U liječenju pacijenata s anoreksijom sudjeluje multidisciplinarni tim stručnjaka. Rad traži kvalitetnu vještinu medicinskog osoblja jer pacijenti s nesvjesnim obrambenim mehanizmima stvaraju neprijateljski odnos s djelatnicima, kao što su to radili i u svojoj obitelji (6). Tema rada je obiteljska percepcija anoreksije.

## **2. CILJ I HIPOTEZE**

### ***Ciljevi:***

Cilj 1: Istražiti povezanost odnosa majke i djeteta s razvojem anoreksije nervoze

Cilj 2: Istražiti povezanost obiteljskih odnosa sa simptomima anoreksije nervoze

### ***Hipoteze:***

Hipoteza 1: Očekuje se pozitivna povezanost poremećaja odnosa majke i djeteta s razvojem anoreksije nervoze

Hipoteza 2: Očekuje se pozitivna povezanost obiteljskih odnosa sa simptomima anoreksije nervoze

### 3. METODE

Pretraživanje literature provesti će se pomoću ključnih riječi na engleskom i hrvatskom jeziku pouzdanim pretraživačima baze podataka na Portalu hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa Hrčak <http://hrcak.srce.hr/>, portal Hrvatske znanstvene bibliografije <https://bib.irb.hr/>, portal Sveučilišne knjižnice u Rijeci, te portal PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> koristeći uključujuće i isključujuće kriterije. Kriteriji će uključivati ciljanu populaciju dobi između 10 i 18 godina u kojoj se poremećaj prehrane obično javlja.

Ključne riječi koje će se obrađivati u radu: anoreksija, obiteljski odnosi, biološki čimbenici, psihološki čimbenici, socijalni čimbenici odnos majka – dijete, „dobra majka“, odnos otac-majka-dijete

Uz navedeno koristiti će se stručna literatura koja uključuje priručnike i udžbenike o anoreksiji nervozi objavljene između 2011. i 2021. godine.

Prema protokolu rad će sadržavati 50 i više izvora koji su uključeni u analizu.

#### 4. ANOREKSIIJA NERVOZA

Aktivnosti i ponašanja vezani uz hranjenje dijelom su instinktivni, a dijelom su stečeni. Anoreksija nervoza, osim poremećaja hranjenja ujedno označava i psihički poremećaj u kojem pojedinci teže strogom planu prehrane i obrascima ponašanja koji vode namjernom skidanju tjelesne mase. Riječ potječe od grčkog podrijetla (*an* –negacija, *orexis* – apetit) što označava gubitak teka (10). Poremećaj prehrane se najčešće javlja u ženskoj populaciji, no može zahvatiti i manji postotak muškaraca, obično u razdoblju adolescencije. Louis Victor Marce 1859. godine daje prvi klinički opis anoreksije. Anoreksija je zastupljena u visoko razvijenim zemljama gdje je u društvu istaknuta vitkost kao simbol ljepote i privlačnosti. Kod anoreksije nervoze tjelesna masa je 15% ispod očekivane vrijednosti, odnosno indeks tjelesne mase (ITM) je manji od 17,5 kg/m<sup>2</sup> (11). Oboljeli od anoreksije se smatraju pretjerano gojaznim, iako su izrazito mršavi. U više navrata mjere svoju tjelesnu masu te konzumiraju izrazito male porcije pomno odabranih namirnica za obrok. Poremećaj obično započinje s dijetom koja ne traži posebnu zabrinutost okoline, no kako vrijeme prolazi opterećenost pojedinca vlastitom masom i neuobičajenim prehrambenim navikama počinje privlačiti pozornost. Počinju se javljati psihičke smetnje koje prate socijalnu izoliranost te probleme u svakodnevnom funkcioniranju (12). Oboljeli obično u pravilu ne priznaju da imaju problem, pa na izraze brige i komentare reaguju ljuto i obrambeno. Mediji, sport i ostale profesije koje zahtijevaju utrenirane ljude promoviraju fit izgled koji dodatno ima utjecaj pogotovo kod mladih osoba u razvoju koje su niskog samopouzdanja i koje teže savršenstvu. Izgladnjivanje dovodi do promjena u moždanim strukturama gdje dolazi do promjene u radu svih hormona i neurotransmitera što rezultira promjenama u obrascima ponašanja osobe s poremećajem prehrane. Glad vodi do bezvoljnosti, razdražljivosti te lošeg raspoloženja gdje osoba na neki način počinje mijenjati svoju osobnost (13).

Za vrijeme Drugog svjetskog rata provedeno je istraživanje pod nazivom Minnesotska studija izgladnjivanja u kojem su dobrovoljci bili izloženi gladovanju kako bi se utvrdilo njegovo djelovanje na fizičko i psihičko zdravlje. Naznačilo se da gladovanje uzrokuje depresiju, histeriju, a kod većine ispitanika je zabilježena pojava emocionalnog poremećaja. Nekolicina ispitanika bila je sklona i samoozljeđivanju. Mnogi su postali letargični, apatični, socijalno izolirani uz prisutnost pada libida i koncentracije. Svrha eksperimenta, odnosno istraživanja doprinijela je jasnijem razumijevanju utjecaja izgladnjivanja na kognitivno i socijalno funkcioniranje osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, točnije anoreksije nervoze (13).

Razlikuju se dva podtipa anoreksije. Restriktivni tip jest onaj u kojem je gubitak tjelesne mase prvenstveno postignut dijetom koja je gotovo uvijek praćena učestalim ekscesivnim tjelovježbama, a manifestira se odsustvom opetovanih epizoda prejedanja ili pražnjenja unazad tri mjeseca. Kada se govori o purgativnom, odnosno prežderavajućem tipu, tada se govori o dijetama koje su obilježene povremenim prejedanjem te izbacivanjem hrane različitim metodama i sredstvima koja uključuju namjerno izazivanje povraćanja, upotrebe *laksativa* i *diuretika*.

#### *4.1. Teorija nastanka anoreksije nervoze*

Teorija nastanka anoreksije nervoze prema psihološkom objašnjenju temelji se na Freudovom percipiranju gdje konzumacija hrane može biti zamjena za izražavanje seksualnih nagona. Prema tome, neprihvatanje hrane kod oboljelih od anoreksije nervoze je indikator straha od veće seksualne želje ili oralne impregnacije. Nadalje, po tumačenju ostalih psihoanalitičara, anoreksija nervoza je odraz unutarnjeg sukoba između želje za neovisnošću i samostalnošću, s jedne strane strah od odrastanja, a s druge strah od obitelji. No, suvremena psihodinamska shvaćanja poremećaja hranjenja proizlaze iz objektnih odnosa. Djevojke koje boluju od poremećaja prehrane pokazuju strah od svog tijela iz razloga što se tijelo poistovjećuje s integriranim objektom – majkom u negativnim ponašajnim obrascima gdje tijelo postaje loš objekt. Isto tako, teoretičari drže da je anoreksija nervoza strah od dobivanja kilograma, odnosno želja da se ostvari lijepi vitki izgled koji se izrazito promiče u današnjem društvu. Naime, pretpostavlja se da u osnovi kognitivno – bihevioralnih modela poremećaja hranjenja postoji potpuno iskrivljena percepcija vlastitog tijela te pogrešno poimanje mase i izgleda (14).



## 4.2. *Simptomi i znakovi*

U osoba oboljelih od anoreksije nervoze može biti nazočan široki spektar kliničkih simptoma i znakova koji mogu biti uzrok različitih komplikacija organa u tijelu. Valja naglasiti kako je za navedeni poremećaj hranjenja karakterističan lako prepoznatljivi Russellov znak, odnosno kalusi iznad *metakarpofalangealnih* zglobova koji je prisutan u pacijenata koji učestalo izazivaju refleks povraćanja stavljanjem prstiju duboko u grlo. Usko s time, javlja se obostrana oteklina slinovnica te erozija zubne cakline (6). Oboljeli pokazuju specifičan odnos prema hrani pa tako jedu izrazito sporo i sitne hranu na male komadiće. Vrlo ih je lako prepoznati po širokoj odjeći koja se čini nekoliko brojeva prevelika koja služi za prikrivanje tijela. Prisutno je bljedilo lica, upale oči i abdomen, tanke ruke i izraženi otečeni zglobovi nogu.

Kada se govori o načinu njihova ponašanja, često pokazuju perfekcionizam, opsesivno mišljenje, negativnu samoprocjenu te znakove depresije ili anksioznosti. Skloni su samoozljeđivanju i raznim rizičnim ponašanjima poput konzumiranja alkohola i psihoaktivnih tvari. Nadalje, očituje se duboko disanje pri kojem se osjeća miris nalik acetonu (*halitoza*) koji je uzrokovan *ketozom* u kojoj dolazi do velike razgradnje stanica (19). *Aleksitimija* jest pojava koja se javlja u oboljelih adolescenata gdje im vrlo često nedostaje riječi kako bi izrazili svoje osjećaje i veliki je problem jer se pojedinac okreće svojem tijelu kako bi kontrolirao svoje osjećaje. Navedeni pojam predstavlja veliki problem iz razloga što se oboljela osoba okreće svome tijelu kako bi regulirala osjećaje (2).

**Tablica 1. Somatski simptomi i znakovi anoreksije nervoze (6)**

<b>SOMATSKI</b>	
Usporeni srčani ritam	QT prolongacija
Promjene srčanog ritma	Hipotenzija
Poremećaji elektrolita	Neuhranjenost
Izrazita mršavost	Izostanak menstruacije
Niska temperatura tijela	Suha, blijeda koža
Promjene boje kože	Lanugo dlačice
Oštećenja na kralježnici	Akrocijanoza
Suha kosa, ispadanje kose	Facijalno pražnjenje panikulusa
Atrofija prsa, atrofični vaginitis	Odgoda pubertetski razvoj
Skafoidni abdomen	Edemi
Opstipacija	Sijaladenoma

Izvor: Begovac I. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: 2021.

**Tablica 2. Psihički simptomi i znakovi anoreksije nervoze (6)**

<b>PSIHIČKI</b>	
Ovisnički karakter	Želja za samoćom
Zaravnjen afekt ili anksioznost	Promjene raspoloženja
Depresija	Kronična nesanica i umor
Strah od porasta tjelesne mase	Potiskivanje spolne želje
Iritabilnost	Opsesivno – kompulzivni poremećaj

Izvor: Begovac I. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: 2021.

### 4.3. Dijagnoza

U dijagnozi anoreksije nervoze koriste se uobičajene smjernice dijagnosticiranja. Inspekcijom tjelesnih simptoma i osobne povijesti bolesti, liječnik utvrđuje potencijalan problem. Bitno je da liječnik isključi ostale somatske i psihijatrijske poremećaje koji bi mogli uzrokovati anoreksiju. Uobičajena praksa jest prvo započeti sa somatskom dijagnozom, a potom se primjenjuje psihijatrijska dijagnostika. Morao bi se napraviti detaljan pregled tijela koji obuhvaća i neurološki pregled, odrediti životno bitne parametre i antropometrijske mjere, napraviti laboratorijske nalaze te po potrebi elektroencefalogram, elektrokardiogram i ultrazvuk. Prilikom psihijatrijske procjene primjenjuje se intervju s promatranjem ponašanja, a ako je potrebno, složeni testovi za očitovanje mjerenja simptoma poremećaja hranjenja. Više podataka iz anamneze su od velike važnosti iz razloga što adolescenti obično ne daju točne podatke. Korisno je učiniti i procjenu obitelji. Neki od dijagnostičkih instrumenata mogu biti; intervju za anoreksiju i bulimiju, ljestvice simptoma, test stajališta o jedenju, upitnik za samoprocjenu anoreksije, ljestvice za procjenu tjelesnog stanja i odnosa prema tijelu za procjenu ponašanja te na kraju upitnik o bliskim odnosima (6).

**Tablica 3. Anamnestički podatci koji upućuju na poremećaj hranjenja (6)**

<b>Specifična anamneza</b>	Gubitak na masi, poremećaj "tjelesne sheme", abnormalnost jedenja, držanje dijete, kompenzatorno ponašanje nakon jedenja, perfekcionistački stil, tajno ponašanje, smetnje spavanja, opstipacija
<b>Ostali podatci</b>	Trudnoća, porođaj, perinatalne komplikacije, premorbidne karakteristike, dojenje, druženje s vršnjacima
<b>Obiteljska anamneza</b>	Nedostatak privrženosti u obitelji, sklonost opijatima, depresivna stanja, bipolarni afektivni poremećaj, prekomjerno zaštitnički stil roditeljstva, sprečavanje autonomije
<b>Pubertalna anamneza</b>	Amenoreja, trajanje ciklusa, pubična dlakavost, smanjeni rast, usporeni razvoj sekundarnih spolnih oznaka, u mladića prisutna erektilna disfunkcija
<b>Socijalna anamneza</b>	Sociokulturalni ideal vitkosti, pripadnost rizičnim skupinama, stres u obitelji, uzimanje opojnih sredstava, podaci o fizičkom i spolnom zlostavljanju, promjene raspoloženja

Izvor: Begovac I. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: 2021.

Kako bi se postavila dijagnoza nužno je ispuniti kriterije navedene u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-V), odnosno kriterije u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB – 11).

**Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze prema DSM-V (20):**

1. Nedovoljni unos energije u odnosu na dnevne potrebe koji dovodi do bitno niske tjelesne mase s obzirom na dob, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Niska tjelesna masa za odrasle definira se kao masa manja od one najmanje prihvatljive te za djecu i adolescente kao masa manja od minimalno predviđene za određenu dob.
2. Pojačani strah od dobivanja kilograma unatoč niskoj tjelesnoj masi.
3. Poremećaj doživljavanja osobne tjelesne mase ili tjelesnog oblika, nezadovoljstvo tjelesnim oblikom ili masom na samoevaluaciju ili nerazumijevanje ozbiljnosti pothranjenosti.

**Dijagnostički kriteriji anoreksije nervoze prema MKB – 11 (20):**

1. Gubitak tjelesne mase
2. Namjerno izbjegavanje visokokalorične hrane
3. Intenzivan strah od debljanja
4. Endokrini poremećaj – izostanak menstruacije
5. Nema povećanog apetita

Težina poremećaja određuje se po indeksu tjelesne mase. Kod blagog oboljenja ITM veći je od 17, dok u umjerenom obliku iznosi između 16 i 16,99. U slučaju ozbiljnog stupnja bolesti interval se kreće između 15 i 15,99, a ekstremnu bolest karakterizira ITM manji od 15 (20).

## 5. UČESTALOST

Unatoč provedbi raznih epidemioloških istraživanja u području poremećaja hranjenja postoji više metodoloških problema iz razloga što su mnogi oboljeli od anoreksije nervoze skloni poricanju i prikrivanju bolesti te izbjegavanju profesionalne pomoći. Anoreksija nervoze obično u 90% slučajeva zahvaća osobe ženskog spola gdje razvoj bolesti započinje u adolescentnoj dobi, pri čemu mortalitet doseže i do 20% (2). Iako svaki poremećaj hranjenja nosi sa sobom rizik od smrti, anoreksiju nervozu prati najviša stopa smrtnosti među svim mentalnim poremećajima (15). Sveukupna prevalencija poremećaja hranjenja u općoj populaciji iznosi 5%, dok se učestalost anoreksije nervoze procjenjuje na oko 1% (16). Osobito je zabrinjavajući porast incidencije poremećaja hranjenja u sve mlađim dobnim skupinama. Poremećaj se češće otkriva u razvijenim zemljama svijeta gdje je uvriježena želja za mršavom figurom. Dostupni su podaci o učestalosti poremećaja prehrane u razvijenijim zemljama svijeta.

Anoreksija nervoze treća je po učestalosti kronična bolest koja se javlja među adolescentima i ženama mlađe životne dobi. Isto tako, u periodu od 1999. do 2006. godine u Sjedinjenim Američkim Državama zabilježen je porast hospitalizacije djece mlađe od 12 godina za 100 %. Najviša učestalost pojave anoreksije nervoze je u razdoblju od 12 – 18 godina (2). Cjeloživotna prevalencija za anoreksiju nervozu iznosi od 0,4 – 3,7% (17). U Republici Hrvatskoj prema posljednjim epidemiološkim procjenama postoji od 35 000 do 40 000 osoba s poremećajem hranjenja predstavlja veliki javnozdravstveni problem s obzirom na njihov porast iz godine u godinu (18).

## 6. UZROK

Etiopatogeneza poremećaja hranjenja jest nepoznata, odnosno nije do kraja razjašnjena iako se pretpostavlja da je uzrok multifaktorijalan. Riječ je o interakciji genskih, bioloških, razvojnih, intrapsihičkih, interpersonalnih, obiteljskih i sociokulturalnih čimbenika. Važne su i psihodinamske osobitosti zbog kojih se ovaj poremećaj prehrane i smatra kao psihosomatsko oboljenje. Često je teško odvojiti primarne uzroke od gladovanja s obzirom da uzrok može biti različitih podloga i podgrupa gdje dolazi do niza metaboličkih i hormonalnih promjena.

### *6.1. Biološki čimbenici*

U biološke uzroke ubrajaju se genetska sklonost i poremećaj u izlučivanju hormona i neurotransmitera te dob, spol i povećana tjelesna težina. Nadalje, postoje rizični faktori u prenatalnom i perinatalnom razdoblju u koje se ubrajaju infekcije, konvulzije, različite vrste trauma, starija dob trudnice te mala porođajna masa (21).

#### *6.1.1. Genski uzroci*

Genski uzroci nastanka potkrijepljeni su obiteljskim istraživanjima, točnije istraživanje na jednojajčanim blizancima i bliskim srodnicima. Neki autori ističu podvojene karakteristike osobe koje mogu biti baza za nastanak anoreksije nervoze koja uključuje naglašenu potrebu za prilagodbom okolini na račun vlastite individualnosti i autonomije. Osobe s restriktivnim tipom anoreksije obično pokazuju karakteristične osobine ličnosti kao što su perfekcionizam, upornost, nefleksibilnost te emocionalna zatvorenost uz prosječnu ili nadprosječnu inteligenciju. Riječ je o osobama koje su popustljivog karaktera, imaju nisko samopouzdanje, smanjenu autonomnost te izbjegavaju konflikte i nove nepoznate situacije. Neka nova istraživanja pokazuju određene osobine koje mogu ukazivati na poremećaj prehrane, a to su "negativni afekt" koji je udružen s depresijom, kao i s "crtom ličnosti" karakterističnom za upornost (6). Noradrenalin, serotonin i dopamin su neurotransmiteri koji su povezani s poremećajem prehrane. Pretpostavka je da dolazi do značajne promjene u noradrenergičkom prijenosu gdje je prisutna smanjena koncentracija i aktivnost noradrenalina.

### *6.1.2. Dob*

Razdoblje rane adolescencije u djevojčica i dječaka u dobi 12 – 18 godina označava rizični vrhunac za nastanak anoreksije nervoze gdje započinju odstupanja u prehranbenim navikama kroz provođenje raznih dijeta ili pokazivanja prepoznatljivih emocionalnih reakcija kao što su strah od dobivanja na težini ili pretjerano razmišljanje o hrani.

### *6.1.3. Spol*

Anoreksija nervoza je gotovo limitirana na pripadnice ženskoga spola kod kojih se poremećaj javlja u 90% slučajeva.

### *6.1.4. Tjelesna masa*

Stvarna tjelesna masa nema značajan utjecaj na zadovoljstvo i percepciju tijela, no percipirana tjelesna masa itekako utječe na zadovoljstvo vlastitim tijelom (23). U osoba s poremećajem prehrane prisutna je zabrinutost koju konstantno pokušavaju umanjiti i držati pod kontrolom.

## **6.2. Psihološki čimbenici**

Mentalna implementacija bazira se na kvaliteti mentalnog djelovanja, odnosno na sposobnosti samoprihvatanja, prihvatanja okoline te postizanje osobnih ciljeva društvenog značaja. Psihološka prilagodba smatra se važnim prediktorom anoreksije nervoze u adolescenciji. Poremećaj hranjenja se javlja u ranoj adolescenciji gdje dolazi do rasta senzibiliteta za neovisnost, socijalno te seksualno funkcioniranje. Adolescenti koji boluju od anoreksije nervoze su u strahu, izrazito pesimistične, introvertirane, niskog samopoštovanja i ambiciozne. Predisponirajući čimbenik za razvoj poremećaja hranjenja jest i opsesivno – kompulzivni poremećaj. Obično u obitelji postoji čvrsta veza između djeteta i majke s obzirom na to da otac mnogo radi te je iz tog razloga obitelj okrenuta sebi, što vodi do smanjenog kontakta s ostatkom okoline. Majke i oboljela djeca su podložna idealiziranju, imaju poteškoće u obrađivanju emocija i nesigurnu privrženost (21). Samopouzdanje žena nerijetko ovisi o vanjskim čimbenicima poput tjelesne figure. Percepcija vlastitog tijela je veoma važan faktor, kao i nizak osjećaj slobode. Obitelji u kojima dijete oboli od anoreksije nervoze su često neorganizirane gdje se mišljenje oboljele ne uvažava što rezultira određenim obrascem ponašanja kako bi pridobili pažnju. Katkad se pojedinci ne osjećaju dovoljno kompetentnima za učestvovanje u svijetu odraslih pa niskim unosom kalorija pokušavaju usporiti proces odrastanja (22).

Regulacija emocija omogućuje osobi da uskladi svoje emocionalno izražavanje sa zahtjevima okoline te štiti osobu od neugodnih emocija na način da se iste obuzdaju i usmjere tako da ne ugrožavaju njezino djelovanje. Emocionalna kontrola odnosi se na upravljanje negativnim osjećajima i osjećajnim reakcijama, procjena uzroka emocije, odabir reakcije kao i sposobnost odgode zadovoljstva ili potrebe te na taj način određuje ponašanje adolescenta i unutarnje dobro osjećanje (25). James Gross drži da uočavanje i poznavanje osobnih mentalnih iskustava čini podlogu za kontrolu koja uključuje postupke nadziranja, modificiranja i procjenjivanja. S obzirom na prikladno kontroliranje osjećaja ima ključne učinke na osjećajno iskustvo i socijalno djelovanje, bitan dio djetetova psihičkog razvoja podrazumijeva učenje kako vladati vlastitim osjećajima na prikladan način (26). Poteškoće u emocionalnoj kontroli ustanovljene su kao osnovni nedostatak u poremećaju hranjenja. Nadalje, potiskivanje može razviti osjećaj razilaženja između unutarnjeg iskustva i izražavanja, što može dovesti do osjećaja površnosti te prekinuti razvoj emocionalno prisnih veza. Djeca koja su sigurno privrženata obitelji imati će



bolju kontrolu osjećaja nego li djeca koja nisu sigurno privrženata te će prema tome imati više osjećaja za druge.

Privrženost je jaka duševna bliskost s roditeljima, a svrha je održavanje blizine, naročito u stresnim situacijama. Sigurna privrženost se razvija kada adolescent ima roditelje koji su osjetljivi na njegove potrebe, a kada adolescent nema nikakav odnos privrženosti, osobito majke, ono je nesigurno. Nesigurni će stil privrženosti kod adolescenata uz slabu ekspresiju roditelja dovesti do razvoja dječje psihopatologije putem slabe sposobnosti mentalizacije kod adolescenata. Mentalizacija kao proces pridaje važnost subjektivnim mentalnim stanjima i procesima drugih te je usko povezana s empatijom (27). Mentalizacija prema Marčinku znači biti svjestan onoga što se odvija u našem mozgu, ali i u mozgu druge osobe. Pojam mentaliziranja drugih osoba podrazumijeva sposobnost čitanja misli i emocija drugih, obično različitih od naših te nam osigurava provođenje pravilnih zaključaka (28).

U prolaznom periodu adolescencije, adolescenti pokušavaju biti što manje ovisni o svojim primarnim objektima jer percipiraju kako odnosi s vršnjacima mogu više ugoditi njihovim željama i potrebama nego njihova obitelj. Prema modelu Bartholomew i Horowitz navode kako anksiozni privrženata teže stvaranju bliskih veza, ali unatoč tome bliskost im je neugodna iz razloga što strahuju od odbacivanja i stvaranja temeljnog povjerenja. Oni imaju negativan stav prema sebi i prema drugima. Odbijajuće privrženata osjećaju se dobro i bez stvaranja dubljih emocionalnih veza i odnosa te teže neovisnošću. Oni imaju afirmativni stav o sebi, ali imaju negativan o okolini. Zaokupljeno privrženata su pak suviše zaokupljeni bliskim vezama te se podcjenjuju. Imaju pozitivne stavove o drugima, ali negativne o sebi (27).

Tijekom ranog emocionalnog razvoja djeteta prolazi kroz par načina emocionalnog djelovanja. Prva faza poznata je kao emocionalna ravnopravnost gdje se djeteta uspoređuje s unutarnjom i vanjskom stvarnošću. Druga faza označava transformaciju u kojoj se djeteta putem igre pretvara da su unutarnja i vanjska stvarnost kompletno razdvojena. U trećoj fazi ključna je integracija u kojoj se povezuju oba načina te samim time djeteta dolazi do zaključka kako su unutarnji i vanjski svijet uzajamno povezani, ali nisu isti.

Oboljeli od anoreksije u procesu mentalizacije drže kako su unutarnji i vanjski svijet isti. Nadalje, imaju teškoće u kognitivnoj i afektivnoj empatiji. Emocionalna bol pojedinca prouzročena je osjećajem rigidnosti u grubu tjelesnost te pojedinci teško mentaliziraju kako se njihovo tijelo upotrebljava kao figurativni izvor osjećajnog života (28). U obiteljima adolescenata s poremećajima prehrane postoji dosta skrivene agresije koja se iskazuje u

konfliktima s nevažnim razlogom, a najveći sukob leži između majke i oca. U takvim slučajevima, majka ima dominantnu ulogu, dok je otac nebitna ličnost čije se značenje jasno umanjuje. Iako majka na prvi pogled može izgledati podčinjeno, često je u ulozi žrtve. Majke su izuzetno zahtjevne prema svojim kćerima, pretjerano i savjesno se njima bave te vrše pritisak na njih i očekuju da budu najbolje u svemu. Promatrajući obiteljsku etiologiju, neprikladno ponašanje oca koji nije u stanju pomoći adolescentici razviti manje ovisnu bliskost s majkom može biti jedan od ključnih čimbenika za razvoj poremećaja hranjenja. Iz toga valja zaključiti da je anoreksija nervoza u velikom dijelu borba između majke i kćeri. Usko povezano s time, majka je od djetetova rođenja izravno zaslužna za hranjenje djeteta pa anoreksija nervoza kao neprihvatanje djevojke da se hrani uvjetuje kako ona odbija sve ono što je u principu asociiralo na majku i njen odnos s njom (29).

Može se reći kako se na razvoj poremećaja u velikoj mjeri odražavaju faktori koji proizlaze iz djetinjstva s obzirom na to da je emotivni razvoj djeteta zavisn od odnosa roditelja i djeteta od najranije dobi. Kasnije će razvoj tog odnosa dalje ovisiti o razvoju ličnosti, osjećaju sigurnosti i povjerenju u druge ljude oko sebe te o stvaranju interpersonalnih veza. Na temelju te veze dijete će stvoriti modele i obrasce ponašanja koje će se kasnije prenijeti na odnose s drugim osobama u okolini. Danas egzistiraju čvrsti znanstveni dokazi koji spajaju kakvoću privrženosti s problemima duševnog zdravlja (30). Kvaliteta emocionalnog odnosa koji se stvara između djeteta i primarnog roditelja utječe na razvoj djeteta kroz čitav njegov život. Dijete razvija radne modele i obrasce ponašanja roditelja kao figure privrženosti te isto tako skup osjećanja i vjerovanja o dostupnosti roditelja. Provedena istraživanja o odnosima roditelja i adolescenata ističu proces neovisnosti kao temelj izgradnje kvalitetnog odnosa između adolescenta i roditelja što doprinosi kvalitetnom duševnom zdravlju. Pouzdan odnos s obitelji potječe proces da roditelji budu značajan izvor potpore adolescenata tijekom njihova prelaska u odrasle osobe. Roditelji kao figura privrženosti pružaju adolescentima sigurno utočište kojem se vraćaju u slučaju stresnih nepoznatih situacija te bazu koja im koristi kao potpora u otkrivanju okoline i upoznavanju sebe (59).

Uloga privrženosti u nastanku poremećaja prehrane može se promatrati iz par teorijskih vizija. Simptomi poremećaja prehrane opaženi su kao direktan izraz obrasca privrženosti. Nadalje simptomi se promatraju kao oblik traženja bliskosti. Usko povezano s time simptomi se mogu prenositi transgeneracijski i rezultirati kao posljedica latentnih obiteljskih procesa.

Osobe oboljele od anoreksije nervoze obično su nesigurno privržene sa slabijom psihološkom prilagodbom. Nesigurna privrženost povezana je sa stadijem ozbiljnosti poremećaja prehrane gdje je taj odnos uvjetovan emocionalnom regulacijom i perfekcionizmom (27).

### **6.3. Socijalni čimbenici**

#### **6.3.1. Percepcija roditelja**

Obitelj je primarni i najvažniji temelj odrastanja u životu svake osobe. Privrženost djeteta može se jasno uočiti u dobi između šest i osam mjeseci. Već u prvim tjednima dijete stvara najranija iskustva u interakciji s majkom koja predstavljaju osnovu za dobar ili loš doživljaj vlastitog tijela. U najranijoj dobi kada dijete nije u stanju raspoznati razliku između svog tijela i tijela majke, ono percipira svoje tijelo dobro ili loše ovisno o znanjima i iskustvima s majkom. Iz toga zaključujemo da svaki neugodan osjećaj, bol ili neispunjena djetetova potreba označava loše iskustvo koje dijete projicira na sebe kao ključnu karakteristiku svoje majke. Mnoga istraživanja u razvojnoj psihologiji pokazuju kako glavni utjecaj na kvalitetu privrženosti ima osjetljivost majke na svoje dijete. Nadalje, majke koje su osjetljive na želje i potrebe svoga djeteta razvijaju siguran odnos privrženosti. Značajke kvalitetnog roditeljstva uključuju dvije dimenzije. Od velike važnosti je djetetu pružiti roditeljsku toplinu, utočište i sigurnost, ljubav, podršku i ohrabrenje. No, uz to osigurati roditeljski nadzor u kojem je dijete disciplinirano (12).

Obitelj se svakako smatra jednim od najbitnijih faktora u razvoju poremećaja hranjenja. Od velike je važnosti razumjeti modele odnosa unutar obiteljskog odnosa, s obzirom na to da se ponašanje jednog člana obitelji odražava na ponašanje ostalih članova. Poznata su četiri modela interakcija u obitelji oboljelih osoba. Prvi model jest upletanje gdje su članovi obitelji aktivno uključeni i međusobno nametljivo odgovaraju jedan na drugoga. Treba naglasiti kako u takvoj obiteljskoj dinamici nema prisutnog osjećaja samostalnosti pojedinih članova što rezultira promjenom kod jednog ili više članova obitelji koje se obično brzo prenose kroz cijeli sistem obitelji. U obitelji postoji nedostatak privatnosti i naglašavanje potrebe obiteljskog zajedništva. Roditelji obično ne gledaju na svoje dijete kao pojedinca s vlastitim potrebama, željama i stavovima, već na njih gledaju kao na jedinstvenu skupinu. Roditelji ne postavljaju jasnu ulogu autoriteta što vodi do toga da djeca preuzimaju roditeljsku ulogu.

Drugi model odnosi se na pretjerano zaštićivanje djeteta. Roditelji su pretjerano zabrinuti za stanje svoje djece, posebno kada se govori o obiteljima u kojoj postoji slučaj psihosomatsko bolesnog djeteta. Kada se obitelj pojačano brine oko bolesnog člana, može se usporiti razvoj stvaranja djetetove autonomije te se iz tog razloga dijete osjeća odgovornim za zaštitu obitelji od neugodnih situacija.

Treći model jest rigidnost. U obiteljskom sustavu koji je patološki, obitelji nikako ne vole promjene. Skloni su tome se više opirati kada obitelj prolazi kroz normalne promjene, kao što je adolescencija. Članovi obitelji naporno rade kako bi zadržali uobičajene obrasce ponašanja. Kada je dijete bolesno, njegovo se stanje često koristi kao izgovor za izbjegavanje promjena. Djetetova bolest se odražava, pa čak i potiče, jer doprinosi izbjegavanju suočavanja s problemima koje bi promjena donijela.

Četvrti model odnosi se na nedostatak rješavanja konflikata koji je posljedica svih triju navedenih modela. Postoji mnogo načina na koje se nedostatak rješavanja sukoba može manifestirati u obitelji. Neke će se obitelji pretvarati kako sukob ne postoji, a druge će sukob rješavati na neprimjeren način, dok pak neke obitelji imaju roditelje koji bježe kada do sukoba dođe. Izbjegava se stvarno suočavanje s konfliktima strogim pridržavanjem pravila koja daju odgovor na sve probleme unutar obiteljskog sustava.

Nametljivi obrasci ponašanja započinju u obitelji još od dojenačke dobi. Dijete odrasta u atmosferi gdje ne može izraziti svoje osjećaje iz straha da će biti napušteno. Djeca koja odrastaju u toj okolini su vrlo uzorna, poslušna, pouzdana i uspješna u obrazovanju. Problem kod te djece jest nedostatak autonomije. Dijete živi prema obrascima ponašanja koje je vidjelo od svojih roditelja te smatra kako je sve ono što se razlikuje od poznatog neispravno. Nadalje, svaki neposluš ili zauzimanje vlastitog stava može prouzročiti razvoj sukoba i neugodne situacije. Rezultat tome jest povlačenje djeteta u sebe i potiskivanja vlastitih emocija.

Razdoblje adolescencije označava razvoj autonomije mlade osobe te time označava uznemirujući stadij u razvoju djevojaka koje boluju od anoreksije nervoze. Naime, mlade djevojke pokušavaju kroz unos hrane riješiti sukobe uključivanjem vlastitog tijela, umjesto da se izravno uhvate u koštac s osobama koje su krive za nastanak takve situacije. Nastavkom gladovanja, kreiraju zakašnjelu kontrolu nad svojom obitelji putem njihove zabrinutosti. Obitelji oboljelih često brinu o prehrani, odabiru namirnica za obrok te ponašanju za stolom. Psihičke i tjelesne karakteristike djeteta često bivaju objektom detaljne opservacije.

Adolescencija kao razdoblje promjene predstavlja problem i izuzetno stresan period za obiteljsku dinamiku. Reakcija adolescenata na stres jest držanje djeteta. Na taj način koriste zaobilazni mehanizam koji je sugestivno potican od strane obitelji. Strogo držanje djeteta biva na neki način urođen u obiteljsku patologiju što polako počinje predstavljati osnovu za nastanak poremećaja hranjenja. Pokazalo se kako roditelji anoreksičnih mladih djevojaka komuniciraju s njima šaljući dvosmislene poruke gdje im pružaju puno pažnje, a zatim zanemaruju potrebe svojih kćeri da izraze svoje emocije. Takvo ponašanje otežava djetetove pokušaje da se individualizira te je održavan u zavisnom stanju.

Razlikuju se četiri opća stila roditeljstva koji dovode do različitih ishoda ponašanja djece. Autoritativni stil jest onaj u kojem roditelji pružaju optimalnu količinu ljubavi i kontrole. Roditelji su prema svojoj djeci obično nježni te im pružaju maksimalnu potporu, ali isto tako određuju jasna ograničenja. Stil ima uspješan učinak na rani socijalni razvoj djeteta. Djeca odgajana ovim stilom su nezavisna, znatiželjna te akademski uspješnija.

U autoritarnom stilu prisutna je vrlo niska razina topline od strane roditelja gdje dolazi do uspostavljanja strogog nadzora nad djetetovim ponašanjem i nagovaranje na ostvarivanje zahtjeva kažnjavanjem i prijetnjama. Ovakav način roditeljstva rezultira uzrujavanjem djece, agresivnošću i različitoj pojavnosti problema u ponašanju.

Nadalje, popustljivi stil obilježen je dovoljnom količinom ljubavi koju roditelji pružaju, međutim ne vrše adekvatan nadzor nad djecom te ne postavljaju jasne granice. Djeca obično budu impulzivna, nezrela i bez kontrole.

Ravnodušni stil okarakteriziran je vrlo malim ograničenjem koji roditelji postavljaju nad svojom djecom gdje im uz to ne pružaju dovoljno ljubavi, pažnje i podrške. Djeca su zahtjevna, neposlušna i nisu vješta u socijalnim interakcijama.

Uz to razlikuju se i tri dimenzije roditeljskog ponašanja koja su važna za ishod odgoja djece. Prva dimenzija obuhvaća prihvaćanje usprkos neprihvatanju gdje roditelji prihvaćaju djeteta te mu pružaju potrebnu ljubav, toplinu i podršku.

Druga dimenzija podrazumijeva kontrolu nasuprot autonomiji koja uključuje jasne granice koje obitelj nameće svojoj djeci u raznim obrascima djetetova djelovanja koja uključuje urednost i poslušnost.

Treća dimenzija uključuje dosljednost usprkos nedosljednosti. Ono uključuje postojanost u djelovanju roditelja i primjenu disciplinskih postupaka. Roditelji koji neadekvatno

implementiraju postupke discipline vode do djetetove nesigurnosti i agresivnog ponašanja koje može biti praćeno nekom vrstom problema u ponašanju.

Negativno okruženje u obiteljskoj sredini punoj sukoba i konflikata česta su pojava u obitelji adolescenata sa simptomima poremećaja hranjenja. Mala razina očeve ljubavi, brige i podrške te neprijateljstvo i pretjerano zaštitničko ponašanje povezana je s nastankom poremećaja. Brakovi roditelja oboljelih izvana se doimaju stabilnima i obitelj naglašava sklad i sreću u vlastitom domu, no u tim obiteljima postoji puno prikrivene agresije (12).

### *6.3.2. Tjelesni sram*

Neposredni je pokazatelj sukoba između tijela i uma. Sram kao emocija se javlja gotovo uvijek kada se osoba uspoređuje u odnosu na kulturalne uzore, ali ne može uspjeti zadovoljiti navedene kriterije. Predstavlja snažnu, nesvjesnu silu koja kod pojedinaca djeluje kao unutarnja kočnica gdje se osoba koči u kognitivnom i emocionalnom smislu. Dakle, može se zaključiti kako sram proizlazi iz odnosa ega prema ego idealu u kojem ego ne zadovoljava kriterije ego ideala. Kada govorimo o unutarnjem sramu, tada se to odnosi na osjećaj neugodnosti, bezvrijednosti i neprivlačnosti. On često može biti povezan sa samokritikom ili mržnjom koja je usmjerena prema vlastitom tijelu. Vanjski sram se pak temelji na uvjerenju negativne percepcije okoline pri čemu se kod pojedinaca javlja strah od izlaganja gdje drže kako će biti posljedično odbačeni.

Osobe oboljele od poremećaja hranjenja konstantno odražavaju sram. Ukoliko je osjećaj srama intenzivan i dugotrajan, osoba će prihvatiti definiciju sebe kao bića s greškom. Bitno je naglasiti da kod doživljaja srama nije važno je li okolina prisutna objektivno u realitetu ili subjektivno u unutarnjem svijetu pojedinca, već način na koji ti pojedinci sebe gledaju kroz oči drugih ljudi u situaciji u kojoj imaju doživljaj kako ih drugi na neugodan i negativan način promatraju. Nadalje, patološki društveni odnosi mogu biti jedan od odraza srama. Može biti izazvan kulturološkim idealima, osobito kada se u pitanje dovodi poremećaj prehrane gdje sram može uzrokovati kulturalna očekivanja u vezi idealnog izgleda tijela i idealne tjelesne težine. Oštre kritike praćene imperativom na idealna nedostižna očekivanja mogu izazvati poniženje i sram. Sram se povezuje s regulacijom samopoštovanja, dok je duboki sram pokazatelj nereguliranosti samopoštovanja što rezultira da se osoba osjeća kako ne zaslužuje ljubav i potpuno bezvrijedno.

### 6.3.3. Mediji

Nezadovoljstvo tijelom, definirano kao "negativni osjećaji o njegovom/njezinom tijelu" vodeći je uzrok poremećaja prehrane, niskog samopoštovanja i lošeg psihološkog blagostanja (36). Adolescenti se u posljednje vrijeme intenzivno koriste društvenim mrežama i njima se posvećuje mnogo pažnje kao mogućem čimbenikom rizika za nezadovoljstvo vlastitim tijelom (37). Društveni mediji su visoko vizualne platforme usmjerene na izgled koje pružaju mogućnost za uključivanje u ova ponašanja koja izazivaju veliko nezadovoljstvo. Popularne platforme društvenih medija poput Instagrama, sadrže obilje idealiziranog sadržaja koji podržavaju ideale mišića, vidljivih trbušnjaka, bicepsa, zategnutih tijela s malo masnoće. Promoviraju mršave ideale koje karakterizira vitka tjelesna građa s malo tjelesne masnoće i uskim strukom (38). Utvrđeno je kako adolescenti podržavaju te ideale i teže im, unatoč priznavanju nerealne prirode promoviranih oblika tijela. Nadalje, adolescenti su izvijestili kako ih usporedbe sa slavnim zvijezdama i sportskim osobama, frustrira i izaziva veliko nezadovoljstvo. Dodatno, uređivanje autoportreta pojačava tendenciju adolescenata da svoj izgled uspoređuju i kritički procjenjuju (39).

Prema sociokulturalnom modelu zadovoljstvo ili nezadovoljstvo vlastitom figurom zavisi o tome kako adolescent percipira sebe u odnosu sa socijalnim idealom ljepote (31). Takav ideal društva prenosi se osobito putem medija gdje ga kasnije pojedinci usvajaju i tako postaje njihov osobni standard zgodne figure koju žele (32). Postoji mnogo sociokulturalnih modela čiji članovi misle kako sociokulturni utjecaji imaju ključnu ulogu u razvoju ogorčenja tijelom. Jedan takav ideal uključuje mršavost za pripadnice ženskog spola zapadnih kultura, gdje je izražen naglasak na rodnom identitetu te neophodnost izgleda za socijalni uspjeh žene gdje se promovira vitko tijelo što rezultira držanjem dijeta, negativnim osjećajima, pa i nastanku poremećaja prehrane (33).

Neka istraživanja sugeriraju da društveni mediji snažnije i negativnije utječu na percepciju tjelesne slike djevojčica iz razloga što se one više bave ulaganjem u sadržaj vezan uz tijelo od dječaka. Također je utvrđeno da dječaci društvene medije percipiraju kao pozitivniji, motivirajući utjecaj na svoj imidž tijela naspram djevojaka koje su sklone izjaviti kako društveni mediji imaju više negativnih učinaka na njihov imidž tijela. Za dječake se pak smatra kako su zaštićeni od izlaganja estetskim idealima s obzirom na to da oni više cijene funkcionalnost, a ne estetiku tijela (40). Mediji promiču nestvarnu sliku tijela kod mladih djevojaka koja je teško ostvariva.

Nadalje, to rezultira sklonošću da djevojčice uspoređuju svoja tijela s nezdravim i nerealnim izgledom tijela top modela u medijima. Mediji često prikazuju poruke o nezdravim navikama hranjenja, privlačnosti i idealnim tjelesnim izgledom. Mladi iz toga zaključuju kako je važno biti seksualno privlačan te stvaraju mišljenje kako su mediji mjerilo i najvažniji izvor informacija i motivacije kako bi osoba bila atraktivna i moderna. Televizija i popularni modni časopisi vode se kao najmoćnije sredstvo prijenosa sociokulturnih ideala. U reklamama, časopisima, filmovima i glazbenim spotovima mogu se vidjeti mršave, mlade, atraktivne, ambiciozne žene koje postaju modeli za komparaciju gdje mediji potiču djevojke na pokušaj postizanja istog takvog izgleda.

Razdoblje adolescencije je doba u kojem se mlade osobe žele osjećati prihvaćeno. Tjelesni izgled kod mladih djevojaka u tom razdoblju postaje najvažnija odrednica ponašanja koja se vrjednuje. Iako se ponašanje povezano s izgledom na društvenim mrežama smatra predisponirajućim čimbenikom za razvoj poremećaja hranjenja, malo je istraživanja pokazalo načine na koji adolescenti upravljaju izazovnim sadržajem društvenih medija ili strategije koje koriste za umanjivanje negativnih učinaka tih ponašanja. Bitno je razumjeti načine na koji korisnici stupaju u interakciju s društvenim medijima jer su to mogući ishodi povezani s tijelom koji proizlaze iz upotrebe društvenih medija (41).



#### 6.3.4. *Vršnjaci*

Tijekom adolescencije značajno rastu emocionalni i socijalni pritisci te obujam i složenost socijalnog iskustva. Prijateljstva postaju sve značajnija kako mladi ljudi traže vršnjake za emocionalnu podršku i istražuju svoj identitet izvan obiteljskog konteksta. Interakcije s vršnjacima postaju sve utjecajnije, a njihova kvaliteta odražava ranu privrženost. Adolescencija se stoga smatra vremenom "društvene reorijentacije". Utjecaj vršnjaka nerazmjerno utječe na ponašanje poput preuzimanja rizika i relacijskog rasuđivanja tijekom adolescencije te su subjekti jako prilagođeni vršnjačkoj procjeni. Preosjetljivi su na društvenu isključenost, osobito u mlađoj adolescenciji. Nadalje, dolazi do ubrzanja rodne diferencijacije i intenziviranja očekivanja rodne uloge (42).

Vršnjaci se podrazumijevaju jednim od socijalnih faktora koji imaju učinak na nastanak poremećaja prehrane. Karakteristično je pretjerano prilagođavanje svojim prijateljima. Istraživanje vršnjačkih odnosa pokazuje kako adolescenti teže tome da sliče jedan drugome. Obično adolescenti nemaju stvarnu sliku svoje jedinstvenosti kojom mogu pridonijeti obitelji i društvu, već će se reflektirati i raditi sve ono u čemu vršnjaci uživaju kako bi se osjećali društveno prihvaćeno. Oboljeli često budu izolirani iz društva, bilo jer su to tako sami odlučili ili ih je društvo odbacilo. Vršnjaci obično počinju zadirkivati one djevojčice čija tjelesna težina nije prema njihovim idealima. Vršnjački utjecaj itekako kod anksioznih djevojaka uzrokuje niz negativnih emocija te i one same postaju svjesnije svojeg izgleda, pa se odlučuju za odlazak na dijetu. Atraktivnost i izgled su važni za djevojke koje su pri tranziciji iz djetinjstva u adolescenciju te većina njih komunicira s društvom o tjelesnoj masi, restriktivnim dijetama i općenito o poželjnom izgledu. Na taj način djevojke dijele istu razinu negativnih osjećaja prema vlastitom tijelu, težnji za vitkošću i dijetnim ponašanjem. Djevojke razvijaju misao kako je bolest prouzrokovana nekakvom nepoznatom silom koja kontrolira njihov život i ponašanje.

Udaljavanje od obitelji prelaskom kroz adolescenciju često mladim anoreksičnim adolescenticama predstavlja problem te iz tog razloga namjernim gubitkom kilograma pokazuju želju da ponovno budu djevojčice koje se mogu osloniti na svoju obitelj. Djevojke vjeruju kako će time omogućiti sebi istinsku ljubav i brigu roditelja. Novija istraživanja utvrdila su da je nezadovoljstvo vlastitim fizičkim izgledom indikator indeks tjelesne mase, prihvaćanje društvenog modela poželjnog izgleda i pritisak za ostvarenje takvog sportskog ideala (31).

Osobe s anoreksijom nervozom mogu imati oslabljeno prepoznavanje emocija i teoriju uma. Zapažene su poteškoće s prepoznavanjem emocija iz pomiješanih izraza lica, tona glasa, pokreta tijela i afektivnog dodira (43). Ove poteškoće tijekom adolescencije uzrokuju uznemirenost te povećavaju oslanjanje na vanjsku povratnu informaciju, dok će se istovremeno smanjiti sposobnost definiranja sebe u odnosu. Isto tako, identitet i drugi povezani procesi sa samim sobom postaju izvor informacija pomoću kojih se oblikuje donošenje odluka tijekom adolescencije u kontekstu snažnih društvenih sila (44).

## 7. PSIHODINAMIKA ANOREKSIJE NERVOZE

Hranjenje je iznimno važan proces za rast i razvoj djeteta. Mnogo roditelja bude zabrinuto kada njihova djeca periodično prolaze kroz razdoblja u kojem teškoće u hranjenju liče na inhibicije usklađene s mehanizmom hranjenja ili pak mali ili nikakav interes za hranu. Hranjenje tada postaje fokusom terapijskog interesa između djeteta i primarnog skrbnika, u ovom slučaju majke (34). Teškoće u hranjenju prema psihoanalitičkim shvaćanjima su pokazatelji poteškoća spoznaje i prihvaćanja uma roditelja kao pomažućih objekata. Teoretičari objektnih odnosa su u centar analitičke pažnje stavili upravo odnos. Dijete neće majku doživjeti kao nasrtljivi i napadajući objekt ukoliko majka ima vještinu i sposobnost da ublaži djetetovu uznemirenost kroz adekvatnu njegu. To bi značilo da mora obuzdati sebe i svoju anksioznost kako bi uklonila uzrok djetetove anksioznosti. Dovoljno dobra majka pravovremeno će emocionalno pridržati malo dijete te će i ono samo usvojiti sposobnost "pridržavanja" što je neophodno za daljnji razvoj djeteta. U slučaju poremećaja prehrane ne mogu se postići stabilni unutarnji ciljevi. Neuspjeli pokušaji integracije objekta popraćeni su zbunjenošću, tjeskobom i nedovoljnim granicama između sebe i objekta. Dijete je podsvjesno povezano s majčinom projektivnom identifikacijom koja je isto tako obilježena zbunjenošću i nesvjesnim fantazijama nasilja.

Strah od nasrtljivosti kod mladih djevojaka je povezan s nasrtljivim unutarnjim objektom koji vlada umom djeteta. Majčina uloga predstavlja važnost u razvoju razdražljivosti koju izaziva spolni razvoj žene. Od velike je važnosti da majka bude nenametljiva, no i aktivna potpora kako bi otklonila kćerinu povezanost s tijelom i genitalijama. Obično kod djece koja su razvila anoreksiju nervozu, potpora nije bila dostatna ili je izostala.

Očevi u obiteljima bolesne djece su fizički i emocionalno odsutni, odnosno njihov značaj je nepostojeći, a sam otac ne razumije svoju važnost i ulogu u odrastanju i odgoju djeteta. Objekt oca može se internalizirati tek onda kada se uspostavi odgovarajući odnos s majkom. Djetetovo odobravanje ujedinjuje njegov unutarnji svijet, stvarajući trojni prostor u kojem se odvijaju potencijalni odnosi. Osim toga, dijete objektivno promatra odnose s treće pozicije. Kroz promatranje, djeca percipiraju i stječu vještine da vide sebe u interakciji s drugima u svom okruženju te da razmišljaju o drugim perspektivama zadržavajući vlastitu. Djevojke koje su tek punoljetne teško prihvaćaju koncept odrasle dobi i seksualnosti. Razvijanjem poremećaja prehrane misle da inhibiraju prirodni proces rasta, na što reagira njihova obrana (8).

Glavna karakteristika osoba s poremećajem hranjenja je psihička krutost, odnosno rigidnost, koja se manifestira kao sadistički napad na vlastito tijelo. Napadi imaju četiri simbolička značenja (2):

### 1. Načelo napada na užitak

Čin hranjenja sadrži radost, a simbolički podrazumijeva unošenje dobrih stvari u tijelo, čime se osigurava energija potrebna za život. Ta je dinamika povezana s velikom inhibicijom osjetilnog užitka i sposobnosti seksualnog užitka kod manjeg broja osoba s poremećajima osobnosti, koji nastaju tijekom razvoja zbog ranih optužbi za agresiju povezanu s iskustvom fizičkog kontakta (24).

### 2. Napad na majku koji je u vezi s napadom na princip užitka

U bolesnika s anoreksijom nervozom postoje problemi na razini disocijacije – individualizacije ili ranog razvoja s nezdravim vezama i zajedničkim obrascima između majke i djeteta. Ukoliko se obrasci kasnije u životu ne promijene, oni se reaktiviraju. Hilde Bruch je zaključila kako oboljele osobe od anoreksije imaju majke koje im daju nedostatnu površnu podršku uz konstantnu srdžbu i anksioznost koju prenose na vlastito dijete. Jedan od povoda takvog ponašanja jesu vlastiti neriješeni intrapsihičkih konflikti roditelja koji se na taj način oslobađaju preko svoga djeteta kako bi se riješili patološkog narcizma. Nadalje, prema nekim teorijama, izgladnjivanje mladih djevojaka je mazohistički pokušaj da se zaštite od svojih majki i način pokušaja stvaranja autonomije pod okriljem samouništenja. Gore opisano samouništenje ima dvije krajnosti. Prvi je identifikacija izvornog sadističkog dijela roditelja kao uzora sa stupnjem pretjerivanja i destruktivne svemoći, ali i drugog dijela ega, koji ujedno simbolizira sadističku, destruktivnu sliku majke žrtve (24).

### 3. Napad na vlastitu ženstvenost

Dolazi do nastanka problema u ranom razvoju zbog lošeg odnosa djeteta s majkom. Aktivnosti povraćanja ugrožavaju osjećaj ženstvenosti na tjelesnoj i emocionalnoj razini. Paulina Kernberg pisala je o sindromu Petra Pana kod djevojaka s poremećajem prehrane, koji se definira dječaćkim izgledom i neprihvatanjem ženske osobnosti. Identifikacija s majkom je prekinuta na zreloj razini i pritom ostaje aseksualna, s čime se može povezati osjećaj straha od odbacivanja (24).

#### 4. Napad na heteroseksualnost

Otto Kernberg govori da su ženstvenost i napad na heteroseksualnost usko vezani te da su ljubomora i mržnja koje vrijede prema majci prebačeni na oca, radi čega se i muškarci doživljavaju u negativnom emocionalnom okviru. Pritisak na djevojke koji zahtijeva nerealno visoku razinu autonomije dovodi do nesvjesnog konflikta kod nekolicine djevojaka koji je povezan uz osobnost s majkom i majčinstvom (24).

#### 7.1. *Teorija privrženosti (attachmenta)*

Teoriju privrženosti je razvio John Bowlby. Bowlby drži da pojam privrženosti izražava primarnu podložnost koja prethodi ostalim nagonima. Dijete je naklonjeno objektu kojeg naziva objektom privrženosti. Dijete izgrađuje vrstu emocionalne veze s majkom koja je posebna, trajna i nužna za uspostavljanje odnosa s drugim ljudima u okolini. Kratka separacija od majke tijekom prve godine života djeteta dijeli se u nekoliko grupa. Dijete koje je sigurno, neposredno nakon odvajanja od svoje majke traži njenu prisutnost, ali se ubrzo vraća igri. Pri majčinom povratku, ono je veselo i ne pokazuje znakove ljutnje pri njenom povratku. Reakcija djeteta koje je nesigurno može se odvijati kroz dva načina; nesigurnim izbjegavajućim ponašanjem i nesigurnim iracionalnim ponašanjem. Ignoriranje i ravnodušnost pri odlasku majke, ali i povratku karakteristično je za nesigurno izbjegavajuće ponašanje.

Nesigurno ravnodušno djelovanje podrazumijeva stiskanje uz majku pri njenom dolasku. Nadalje, kod dezorganiziranog djeteta dolazi do pojave oscilacija između sigurnog i nesigurnog obrasca djelovanja, a konačan rezultat je raspad djelovanja. Takav obrazac ponašanja obično je prisutan kod zlostavljanje djece (35).

Privrženost isto tako zavisi i o moći roditelja u uočavanju djetetovih znakova koje daje. Znakovi kod roditelja pobuđuju pojedina djelovanja i osjećaje koje će dijete pamtit i na osnovi prvotnog odnosa kreirati obrasce ponašanja za buduće veze i odnose s ljudima. Osim psihičkog zdravlja roditelja, na osjećaj privrženosti djetetu utječe broj braće i sestara u obitelji, socijalni status, karakter djeteta i tip privrženosti koji su roditelji usvojili u svojem djetinjstvu. Osjećaji i obrasci ponašanja koji roditelji prenose svojoj djeci odraz su oblika privrženosti koji je njima bio pružan u djetinjstvu (7).

## 8. PSIHOSOMATSKA OBITELJ

Emocionalni mehanizmi djeteta odigravaju se u obitelji koja je centar potpore, stabilnosti, identifikacije i kreiranja odnosa. No, u obitelji se itekako mogu zbivati razni patološki procesi koji utječu na budući razvoj i djelovanje pojedinog člana. U obitelji pojedinac podložno razvija osobni identitet kroz koji razvija osjećaj identifikacije, pripadnosti i osjećaja odnosa s drugima. Roditelji predstavljaju modele uspješnosti, ambicija i prihvaćanja. Ne tako davno, nestabilna dinamika u obitelji naglašavala se kao glavni uzrok poremećaja hranjenja. Unatoč tome što ponašanje obitelji može djelovati neupadno, pomnijim razmatranjem uviđa se prikriveni latentni sukob i agresija. Latentni sukobi prisutni su posebno između oca i majke.

Članovi obitelji oboljele djece izbjegavaju konflikte, a isto tako vrlo rijetko zauzimaju otvorena stajališta. Uz navedeno, trude se zadovoljiti sve društvene norme, vrijedni su i izgledaju vrlo pristojno. Majke osoba oboljelih od poremećaja hranjenja opisuju se kao anksiozne, agresivne, zahtjevne i pretjerano su zaštitnički nastrojene te teže ostvarenju simbiotskog odnosa s djetetom. Majke se predstavljaju kao odlične kućanice, no obično ne uživaju u interakciji sa svojim kćerima niti u drugim kućanskim aktivnostima. U najranijoj dobi dijete se pokušava pretjerano zaštititi te se iz tog odnosa intenzivne veze najčešće isključuje uloga oca (6). Dijete koje je na taj način odrastalo razvija želju za savršenstvom uvjerenom da njegovi roditelji teže samo tome. Nastupom adolescencije, u djeteta se javlja želja da sve ostane po starom iz razloga što adolescencija sa sobom nosi težnju za stvaranjem novih odnosa i bliskih veza.

Dio adolescenata se želi odvojiti, ali im roditelji to ne dozvoljavaju te tome rezultira njihovo pribjegavanje bolesti koje prolongira proces odrastanja koje vodi do konflikata u obitelji. Nesuglasice tada padaju u drugi plan, a središte postaje briga za teško bolesno dijete. Posebna pozornost pridaje se vezi majke i djeteta u najranijoj dobi. Malo dijete ne razlikuje sebe od okoline majke te doživljava osjećaj dobrog ili lošeg na bazi odnosa s majkom. Iako je dijete nesvjesno svoga tijela, ono postaje negativni objekt koji se bazira na negativnom iskustvu majke, prvog objekta ljubavi.

Nakon perioda prelaska djevojke iz djetinjstva u pubertet, tijelo adolescentice gradi se u majčinski objekt sa lošim obrascima i seksualnošću radi čega se javlja aktivna agresija fokusirana na vlastito tijelo u obliku gladovanja. Djevojke odbijanjem hrane, odbijaju sve ono što čini simbol njihove majke. Jačina odnosa između majke i kćeri, percepcija ženske uloge i odnos prema vlastitom tijelu skloni su transgeneracijskom prijenosu. Jedna od karakteristika obitelji pacijenata s poremećajem hranjenja jest slijepljenost uloga, rigidnost, zaštitnički stav i

izbjegavanje konflikata. Separacija se obično teško postiže s obzirom na to da roditelji ističu obiteljsku lojalnost kao primarnu važnost. Djecu se na taj protektivan način koči te gube interes za razvoj interesa u aktivnostima koje su izvan sigurne zone obiteljskog okruženja. U obiteljima oboljelih potiče se visoki uspjeh u obrazovanju, majke su u većini slučajeva dominantne ali se ponašaju kao "žrtve" obitelji, nezadovoljne su same sobom i svojom ženskom ulogom te su iz tog razloga stroge u vezi s nagonskim zadovoljstvima, dok su očevi distancirani te gotovo nikako ne sudjeluju u obiteljskom životu. Djeca odrastaju u negativnoj i strogoj atmosferi gdje ih majke pretjerano štite. Roditelji imaju velika očekivanja od djece kako bi nadoknadili nedostatak ljubavi među njima.

Obiteljska komunikacija je obično kruta uz specifične načine komunikacije zbog čega često dolazi do sukoba. U ovakvom patološkom obiteljskom odnosu zapaženi su takozvani "tajni savezi" između pojedinih članova. Nadalje, adolescentice pokušavaju dati majci narcistični osjećaj kako je "dobar roditelj", međutim na taj način rade na štetu vlastite autonomije. Djevojke bolest koriste kao sredstvo održavanja obiteljskog sklada. Dijete koristi anoreksiju u smislu izražavanja obiteljskih sukoba i neizraženih poruka koje se odnose na pretjeranu krutost, zaštitu i izbjegavanje konflikata. Dijete ne razvija sebe kao ličnost, već teži ugađanju svojim roditeljima što oni i očekuju. Nerijetko u obitelji mogu postojati i druge psihijatrijske bolesti koje mogu uključivati depresiju ili alkoholizam (7).

## 9. KOMPLIKACIJE

Anoreksija nervoza dovodi do širokog spektra medicinskih komplikacija u gotovo svim organskim sustavima, što dovodi do toga da je jedan od najvećih uzroka smrtnosti među psihijatrijskim poremećajima. Komplikacije se pogoršavaju u odnosu na niži indeks tjelesne mase, što ukazuje na veću težinu i ozbiljnost bolesti.

Naime, medicinske komplikacije povezane su s mnoštvom fizioloških promjena koje dovode do smanjenje potrošnje energije i uključuju srčane, endokrine, gastroenterološke, hematološke, kožne, koštane i ginekološke promjene te neravnotežu elektrolita.

### 9.1. Endokrinološke komplikacije

Anoreksija nervoza karakterizirana je višestrukim promjenama u *neuroendokrinim* peptidima koji signaliziraju i reguliraju unos energije. Neke metaboličke promjene u adolescenata oboljelih od poremećaja hranjenja predstavljaju fiziološki prilagođene reakcije na kronično gladovanje koje su povratne nakon vraćanja tjelesne mase. Nadalje, postoje i druge promjene koje mogu igrati veliku ulogu u nastanku bolesti i trajnim neuropsihijatrijskim simptomima. Hormonalne promjene uključuju otpornost hormona rasta, *hipotalamički hipogonadizam*, *hiperkortizolemiju* te promjene u hormonima koji reguliraju apetit (leptin, grelin). Promjene su vidljive na hipotalamusu oboljelih osoba koje utječu na hormone prednje i stražnje hipofize (53).

### 9.2. Koštane komplikacije

Od značajne zabrinutosti jest učinak pothranjenosti na zdravlje kostiju. Bolest kostiju uzrokovana je složenim međudjelovanjem fizioloških promjena koje se događaju u pothranjenom stanju kao odgovor na deficit energije. Štetni učinci na gustoću kostiju nisu u potpunosti u stanju povratiti se unatoč vraćanju normalne tjelesne mase. Učinci uključuju tjelesnu visinu, kroničnu bol te povećani rizik od prijeloma zbog kontinuiranog gubitka koštane mase (54). Čimbenici povezani s povećanim rizikom od niske mineralne gustoće kostiju uključuju nizak indeks tjelesne mase, gubitak menstruacije, smanjenu mišićnu masu te nisku razinu vitamina D u serumu. Rizik je prvenstveno povećan u adolescenata s restriktivnim obrascima poremećaja hranjenja. Dodatni čimbenik koji utječe na rizik oboljenja kostiju jest adolescentna dob. Ranija dob početka poremećaja hranjenja povezana je s većim smanjenjem



mineralne gustoće kostiju. 39% sadržaja minerala nakuplja se u kostima između 10. i 14. godine djetetova života, a 95% koštane mase postiže se prije 19. godine u zdravih žena (55).

### 9.3. *Gastroenterološke komplikacije*

Najčešći subjektivni simptomi koje prijavljuju oboljele osobe jesu zatvor, mučnina, bol u trbuhu, nadutost, žgaravica, otežano gutanje, povraćanje, nedostatak teka i proljev. Uz to provela su se brojna istraživanja u kojima su bile dokumentirane ozbiljnije komplikacije kao što su sindrom gornje *mezenterične* arterije, akutna dilatacija želuca, *nekroza* i *perforacija*.

Kronično gladovanje može dovesti do usporenog pražnjenja želuca. Kronična konstipacija može biti opasna i uzrokovati prolaps rektuma. U gotovo više od polovice oboljelih adolescenata javlja se porast jetrenih transaminaza koje mogu biti i posljedica *refeeding* sindroma. U težim slučajevima, pothranjenost uzrokuje slabost mišića ždrijela što vodi do nemogućnosti gutanja i povećani rizik od gušenja (56).

### 9.4. *Kardiovaskularne komplikacije*

Kardiovaskularne komplikacije dugo su bile uključene u iznenadnu smrt osoba s anoreksijom nervozom. Poremećaj usporenog srčanog ritma postupno se povlači s vraćanjem tjelesne mase. Usporeni srčani ritam koji se javlja jest proces fiziološke prilagodbe na usporeni metabolizam. Zbog pothranjenosti smanjuje se lijeva klijetka, a spori srčani ritam može biti mehanizam koji štiti od zatajenja srca. Trajno postavljanje srčanog stimulatora smatra se neopravdano i može uzrokovati dodatne proceduralne komplikacije. Novija istraživanja su pokazala kako sve osobe oboljele od poremećaja hranjenja imaju oštećenja srca. Adolescenti s anoreksijom nervozom imaju smanjeno trajanje vježbanja, što je neovisno povezano s indeksom tjelesne mase i smanjenim kardiovaskularnim indeksom u usporedbi sa zdravom populacijom (57).

### 9.5. *Ginekološke komplikacije*

Izostanak menstruacije se javlja u 84% slučajeva kod djevojaka s anoreksijom nervozom. Ona je povezana sa složenim fiziološkim hormonalnim promjenama i smanjenjem razine hormona koji oslobađa *gonadotropin* što dovodi do *anovulacije*. Ovo nosi važne posljedice na plodnost žena gdje dolazi do otežanog začeća, povećane vjerojatnosti pobačaja i komplikacija vezanih uz porod kao što su prijevremeni porod, carski rez i perinatalna smrtnost (58).

**Tablica 4. Somatske komplikacije poremećaja hranjenja (6):**

<b>Kardiovaskularne</b>	Sinusna bradikardija, kardijalne aritmije, ortostatske promjene tlaka i pulsa, hipotenzija, nesvjestica, kardiomiopatija, perikardijalni izljev, prolaps mitralne valvule, edemi
<b>Gastrointestinalne</b>	Malnutricija, konstipacija, povraćanje, karijes, ezofagitis, Barretov jednjak, refluks, mučnina, rana sitost, poremećaj motiliteta crijeva, usporeno pražnjenje želuca, gastrična ruptura, pankreatitis
<b>Poremećaji elektrolita</b>	Hipokalemija, hipofosfatemija, hipokloremična alkalozna, hiperkloremična acidoza, hiponatremija, hipomagnezija, hipokalcemija, hipofosfatemija, refeeding sindrom
<b>Endokrine</b>	Kočenje rada hipotalamusa i hipofize, niska razina spolnih hormona, niski rast, snižena razina glukoze, nedostatak T3 i T4 uz očuvan TSH, mala gustoća kostiju
<b>Nefrološke</b>	Poremećaj elektrolita, učestalo mokrenje noću, trajna bolest bubrega, zatajenje bubrega
<b>Hematološke</b>	Nepotpuni razvoj koštane srži, nedostatak bijelih krvnih zrnaca, nedostatak željeza u krvi
<b>Neurološke</b>	Smanjenje kore mozga, oštećenje neuroloških i psihičkih funkcija, bolesti mišića
<b>Nalaz fizikalnog pregleda</b>	Suha perutava koža, lanugo dlačice proširene po cijelom tijelu, ćelavost, plava boja kože na okrajinama, niska tjelesna temperatura, karijes, oštećena sluznica usne šupljine

Izvor: Begovac I. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: 2021.

## 10. LIJEČENJE I ZDRAVSTVENA NJEGA

Izbor liječenja za anoreksiju nervozu jest terapija razgovorom. Ipak, poremećaj hranjenja ima nisku stopu remisije i visoku razinu recidiva. Unatoč korisnim trenutačnim psihološkim intervencijama koje olakšavaju i čine male promjene, potrebne su bolje intervencije. Iako je rana intervencija ključna za oporavak, postoji prosječno kašnjenje od 18 mjeseci od pojave simptoma do liječenja, praćeno višestrukim recidivima čak i nakon liječenja, od kojih svaki traje 6 godina. Troškovi anoreksije nervoze za pojedinca, obitelj i njegovatelje te društvo su znatni. Vrijeme provedeno u skrbi za nekoga s teškom anoreksijom nervozom gotovo je dvostruko veće od vremena za nekoga s poremećajem tjelesnog zdravlja (npr. rak) ili drugim poteškoćama s mentalnim zdravljem. Kao i sa svim terapijskim pristupima, ciljevi i formulacija koja okružuje emocije moraju se pažljivo razmotriti prije primjene intervencije ili tehnike.

Postoji razlika između "primarne" emocije kao adaptivnog urođenog emocionalnog odgovora "odozdo prema gore" na podražaj i sekundarne emocije. Pokazalo se da je kognitivna ponovna procjena učinkovita kada se koristi za reguliranje emocija koje stvara "proces odozgo prema dolje" (onih koji se javljaju kao odgovor na kognitivnu procjenu situacije), ali ne i kada se primjenjuje na one koje stvara "odozdo prema gore" proces (urođen, često adaptivan), emocionalni odgovor na podražaj. Nadalje, u negativnim situacijama niskog intenziteta ljudi pokazuju sklonost ponovnoj procjeni, dok se negativne emocije visokog intenziteta po mogućnosti reguliraju odvrćanjem pažnje, blokirajući emocionalnu obradu prije nego što ojača. Ovo naglašava jasne razlike u tome kako se emocionalnom iskustvu može najprilagodljivije pristupiti i razumjeti u različitim situacijama i kontekstima, ovisno o emocionalnoj potrebi.

Osobe s anoreksijom nervozom mogu imati trajne poremećaje u ranim automatskim emocionalnim znakovima - "primarne emocije" (strah, tuga, ljubav, bijes). Postojeći psihoterapijski modeli mogu biti od koristi pri promicanju iskustvene obrade emocija. U terapiji usmjerenoj na emocije terapijski se proces promatra kao ko-konstruktivan u kojem terapeut i klijent utječu jedan na drugoga na nenametljive načine kako bi produbili iskustvo i istraživanje klijenta i promicali emocionalnu obradu. Primarni cilj je iskoristiti terapeutski odnos za primjenu ključnih principa promjene emocija (svjesnost, regulacija izražavanja, refleksija, transformacija i korektivni emocionalni doživljaj). Bitno je razumjeti način na koji se pojedinac naučio nositi sa svojom 'osnovnom boli' kroz predaju, izbjegavanje ili prekomjernu

kompensaciju u odnosu na temeljnu neprilagodljivu shemu i cijenu tih stilova suočavanja s njihovim razvojnim osjećajem 'ja'.

Liječenje anoreksije nervoze trebalo bi početi već kod supkliničkih oblika, ali to je vrlo teško s obzirom na njihovo kasno otkrivanje (45). Liječenje poremećaja hranjenja bazira se na psihoterapijskom i medikamentoznom liječenju. Važnu ulogu u postupku oporavka ima terapija s obitelji.

Liječenje adolescenata se provodi u ambulanti, u dnevnim bolnicama, stacionarno ili specijaliziranim centrima. Oboljeli često ne prihvaćaju činjenicu da imaju problem i odbijaju svaki vid psihijatrijskog liječenja u kojem ne mogu zadržati svoje obrasce preokupacije hranom. U liječenju sudjeluje multidisciplinarni tim stručnjaka koji uključuje psihijatra, internistu i nutricionista.

Pri dolasku na liječenje, prvo je potrebno postići somatsku stabilizaciju stanja pacijenata. Prioritet terapije se stavlja na razvijanje dobrog terapijskog odnosa i ohrabrenjem za liječenje (46). Nakon što se ambulantno liječenje pokaže neučinkovitim, roditelji najčešće prihvaćaju stacionarno pedijatrijsko liječenje. Tijekom procesa liječenja od velike je važnosti da samo jedan terapeut s kojim je pacijent stekao povjerenje sudjeluje u procesu oporavka (47). Ako u somatski stabilnih pacijenata prevladavaju temeljni psihijatrijski simptomi (kaheksija, depresija, ovisnički karakter, strah od porasta tjelesne mase) preferira se stacionarno psihijatrijsko liječenje u kojem veliku ulogu ima zdravstvena njega.

U psihoterapijskom liječenju posebna se pažnja pridaje duševnoj dinamici, odnosno individualnoj psihoterapiji. Danas se koristi i multimodalno liječenje koje obuhvaća spajanje individualne i grupne psihoterapije te kombinacija individualne i obiteljske psihoterapije uz motoričko – bihevioralnu terapiju i dinamski pristup (48). Medicinski tim treba biti izrazito vješt s obzirom da pacijenti s nesvjesnim obrambenim mehanizmima stvaraju neprijateljski odnos među djelatnicima kao što su to radili unutar svoje obitelji. Kod adolescenata se primjenjuju individualne tehnike kako bi osnažile razvoj autonomije.

U literaturi su objašnjeni razni algoritmi terapije anoreksije nervoze. Prva faza odnosi se na kontrolu i formiranje odnosa uzajamnog povjerenja koje je ključno u nastavku procesa liječenja. Cilj u drugoj fazi jest da oboljeli dobiju na tjelesnoj masi. U trećoj fazi pacijenti bi trebali biti sposobni naučiti kako samostalno uzimati dovoljne količine hrane. Cilj četvrtе faze jest obratiti pozornost na socijalnu okolinu te na odnos s obitelji. Peta faza uključuje praćenje oboljelih u ambulanti i nastavak psihoterapije.

Terapijski proces može biti znatno otežan zbog smanjene motivacije oboljelih osoba. Usko povezano s time, proces oporavka je dugotrajan. Pri prijemu pacijenata potrebno ih je zaštititi od samoozljeđivanja s obzirom na to da mogu imati misli i pokušaje samoubojstva (48).

### *10.1. Specifični pristup u liječenju*

Kod postupka brzog davanja hrane bogate ugljikohidratima može se razviti potencijalan realimentacijski sindrom (*refeeding syndrome*) koji je obilježen hipofosfatemijom te disbalansom tekućine i elektrolita. Regulaciju hranjenja provodi dijetetičar. Isto tako, ključni su podatci o jedenju koji se prate uz vođenje bilješki u dnevnik gdje se upisuje vrsta namirnica i učestalost uzimanja obroka (49). Osnovni cilj liječenja bolesnika s poremećajem hranjenja jest zadržavanje normalne tjelesne mase te primjena parenteralne prehrane kako bi se izbjegao mogući nastanak komplikacija. Prvi korak u liječenju jest hospitalizacija oboljele osobe. Uključivanje obitelji u proces terapije smatra se korakom koji vodi do cilja u ozdravljenju anoreksične osobe.

### *10.2. Zdravstvena njega*

Zdravstvena njega adolescenata s anoreksijom nervozom također nosi svoje izazove. Bilježi se mnogo sestrinskih dijagnoza prema kojima slijede intervencije medicinske sestre/tehničara koji na kraju evaluira provedene postupke i uspješnost postizanja zadanih ciljeva. Najvažnije dijagnoze koje se naglašavaju jesu neuravnotežena prehrana koja je mala u odnosu na potrebe organizma i neučinkovito suočavanje. Usko povezano s time spominje se dehidracija, oštećenje sluznice usne šupljine, tjeskoba te visoki rizik za ozljede i samoubojstvo. Posebno je važno odabrati primjerene intervencije, odnosno pripremiti individualan plan zdravstvene skrbi za adolescente. U adolescenata koji su kritički pothranjeni indicirana je parenteralna nadoknada hranjivih tvari, to jest, tekućine i elektrolita. S obzirom na to da pacijenti imaju vrlo slab imunološki sustav, otvaranje parenteralnog puta može prouzročiti nastanak infekcija te treba provoditi aseptične postupke kako bi se daljnje širenje mikroorganizama spriječilo.

Što se tiče neuravnotežene prehrane očekivani ishodi jesu povećati unos kalorija u prvih tjedan dana, potom pokazati poboljšanje tjelesnog statusa te spriječiti mogućnost komplikacija pothranjenosti. Od oboljelih adolescenata očekuje se odgovarajuće prehrambeno stanje i pokazivanje interesa za redovite prehrambene navike. Sestrinske intervencije podrazumijevaju

redovito mjerenje tjelesne mase te zapisivanje iste i provođenje procjene prehrane putem pisanja dnevnika hrane tijekom dana koja prate uvjerenja, znanja i ponašanja adolescenata u vezi s prehranom. Nadalje, bitno je pratiti unos i izlučivanje hrane te omogućiti dostatnu količinu hranjivih tvari i kalorija tijekom dana. Medicinska sestra/tehničar mora nadzirati pacijenta tijekom njegovih aktivnosti i uzimanja obroka.

Neučinkovito suočavanje sa sobom nosi visoke rizike, pa tako i rizik za samoozljeđivanje i samoubojstvo. Ciljevi jesu pomoći mladim ljudima u uspješnijem suočavanju sa sobom i verbaliziranju svojih emocija prema drugima. Tijekom hospitalizacije oboljelog očekuje se izostanak samoozljeđa. Zadaće medicinske sestre/tehničara jesu procjena i pažljivo promatranje osobe kako bi se spriječio nastanak, po život opasnih ozljeda. Za početak djelatnici trebaju procijeniti rizik za samoubojstvo. Sobu gdje pacijenti borave nužno je provjeravati zbog potencijalnih predmeta koji bi mogli koristiti oboljelima da se ozlijede. Od medicinske sestre/tehničara se očekuje aktivno slušanje pacijenta i uvažavanje njihovih potreba i osjećaja. Prilikom razgovora treba naglasiti kako samoubojstvo nije rješenje i da za gotovo svaki problem postoji izlaz. Adolescentima treba pružiti aktivnu potporu i iskrenu pohvalu za mala i velika postignuća. Svakako se treba uključiti obitelj oboljelih i sve značajne osobe u njihovom životu u edukaciju, liječenje i daljnje planove praćenja. Još jedna od uloga medicinskih sestara/tehničara je pomoć oboljelom i obitelji u organizaciji uzimanju terapije (50).

### *10.3. Psihoterapija*

Neposredno prije psihoterapije važno je prosuditi osobnost adolescenata, odnosno vrstu psihopatologije koja je izražena u kliničkoj slici. Cilj psihoterapije jest gubitak osnovne simptomatologije, razvoj samopoštovanja, smanjenje perfekcionizma, redukcija intrapsihičkih konflikata te ostvarivanje realističnije percepcije vlastitog tijela. Cilj je skrenuti pozornost adolescenta s vlastitog tijela, odnosno hrane. Pri tom postupku, oboljeli razvijaju osjećaje kao što su sram i potištenost gdje je zadatak terapeuta pomoć pri verbalizaciji njihovih osjećaja. Grupna psihoterapija omogućuje oboljelim osobama da se oslobode i osjećaju ravnopravno u grupi. U liječenju je potrebno staviti naglasak na poremećenu percepciju poimanja vlastitog tijela. Cilj ove intervencije jest da pacijenti postignu kvalitetan odnos između dijela psihe kojim kritički gledamo na sebe, to jest, između sebe i superega.

Stav osoba je u početku liječenja ambivalentan uz prisutnost straha i depresije koji se može, ali i ne mora nastaviti u procesu liječenja. Prilikom terapije, nužno je ne najavljeno mjeriti tjelesnu težinu iako to kod oboljelih može izazvati osjećaj nelagode i ljutnje. Uspjeh psihoterapije

smanjuje prisustvo patološkog narcizma. Danas se od psihoterapijskih tehnika najčešće provode motoričko – ponašajna, interpersonalna i psihodinamska terapija.

Motoričko – ponašajna terapija temelji se na principu učenja, promjeni ponašanja te promjeni kognicije. U prvom koraku liječenja nužno je napraviti listu koja ide u prilog ili protivno problemima koji su prisutni kod poremećaja prehrane. Drugi korak podrazumijeva pitanje o percepciji vlastitog tijela i prihvaćanju svoje tjelesne težine.

Interpersonalna terapija jest vremenski strukturirano liječenje, a prvotno se razvila za liječenje depresije. Ova vrsta terapije dijeli poveznicu s indirektnom psihodinamskom terapijom koju je osmislila Hilda Bruch. Temelji se na rješavanju međusobnih konflikata i problema prijelaza iz jedne društvene uloge u drugu (49).

Psihodinamska terapija ima dugu tradiciju u liječenju poremećaja hranjenja. Obilježena je važnost pružanja topline i sposobnost praćenja nesvjesnih odgovora. U procesu liječenja terapeut nije samo prijenosni objekt, već novi razvojni objekt. Potrebno je da terapeut održava motivaciju oboljelih za daljnje liječenje. Kako bi terapija imala učinka, važno je da su osoba oboljela od anoreksije nervoze i terapeut suglasni oko plana i ciljeva terapije i načina kako da to postignu. Nije poželjno postavljanje uvjeta od strane terapeuta jer se na taj način oboljeli dodatno zatvaraju u sebe.

Terapijsko postupanje određuje se prema isprepletenosti neurotskih dijelova ličnosti i strukturnih deficita ličnosti. Hilda Bruch zagovara poticanje razvoja identiteta i prihvaćanje društvene uloge i postepenog prijelaza od "govora putem tijela" do "govora riječima". Intervencije u radu s obitelji u procesu liječenja mogu polaziti od savjetovanja, psihoedukacijskih grupa pa sve do obiteljske terapije. Pri samom dolasku roditeljima je važno reći kako oni nisu krivi za razvoj poremećaja kod djeteta. Roditelji su ključan faktor u preuzimanju uloge u procesu izlječenja. Ciljeve liječenja potrebno je razjasniti s adolescentom i njegovom obitelji.

Disfunkcionalna, odnosno psihosomatska obitelj se često navodi kao glavni problem. Svrha obiteljske terapije jest izmijeniti odnose među članovima obitelji. Postoji ograničena količina dokaza koja upućuje na to da pristupi obiteljskoj terapiji mogu biti učinkoviti u usporedbi s uobičajenim liječenjem u vrlo kratkom roku. Naime, nema dovoljno dokaza da bi se utvrdilo postoji li prednost pristupa obiteljskoj terapiji kod ljudi bilo koje životne dobi u usporedbi s provođenjem neke druge psihološke terapije. Većina istraživanja iz kojih se dalo zaključiti ove podatke provedena su na adolescentima. Ne postoji dovoljan broj dokaza da bi se utvrdilo je li

jedna vrsta pristupa obiteljskoj terapiji učinkovitija od druge. Cilj strukturalne obiteljske terapije jest promijeniti obiteljske procese koji doprinose razvoju problema i liječiti poremećaj hranjenja. Tijekom terapije obiteljski procesi se procjenjuju i ispituju se svi podsustavi obiteljske dinamike. Ovakav pristup prvi je istaknuo važnost uključivanja obitelji u tretman i rješavanje patoloških obrazaca (51). Strateška obiteljska terapija odnosi se na raspravu o disfunkcionalnim obiteljskim odnosima, a fokus se stavlja na komunikaciju i rješavanje problema. Razlikuju se dvije vrste obiteljske terapije. U prvom modelu zajedničke terapijske seanse uključena je oboljela osoba i njena obitelj. Ovaj okvir terapije omogućuje terapeutu izravno promatranje i interakciju s obitelji. Zatim, u drugom modelu provodi se odvojena obiteljska terapija koje se provodi kod terapijske seanse gdje se pojedinac koji boluje od anoreksije nervoze promatra odvojeno od obitelji (52).

Uloga obiteljskog terapeuta jest prepoznavanje ključnog stresora i otkriti koliki značaj ima na članove obitelji te definirati kakav je odnos između obitelji i okoline. Nadalje, on uz to ima za cilj otkriti metode suočavanja pojedinog člana obitelji te pronaći način na koji će osnažiti obitelj tijekom cjelokupnog terapijskog procesa.

Prilikom somatske stabilizacije i psihoterapije može biti potrebna dodatna primjena farmakoterapije. U prevenciji anoreksije nervoze pokazali su se učinkoviti lijekovi pohrane serotonina. U posljednje vrijeme spomenula se i primjena atipičnih antipsihotika iako njihova primjena zahtjeva veća istraživanja. Uz to važne su i druge metode liječenja koje uključuju psihoterapijske grupe, relaksacijske tehnike, radnu terapiju te kreativnu tehniku i muzikoterapiju (50).



## 11. ZAKLJUČAK

Anoreksija nervoza predstavlja teško mentalno oboljenje koje najčešće zahvaća djevojke u dobi od 10 do 18 godina. Postoje dva podtipa anoreksije; restriktivni i purgativni oblik. U kliničkoj slici anoreksije nervoze prisutan je široki spektar kliničkih simptoma koje mogu dovesti do implikacije različitog broja komplikacija u organskom sustavu. Etiopatogeneza jest nepoznata, no pretpostavlja se kako je uzrok multifaktorijalan. Oni uključuju biološke, socijalne i psihološke čimbenike. Biološki uzroci uključuju genetiku, dob, spol i tjelesnu masu. U socijalne čimbenike ubraja se percepcija roditelja, tjelesni sram te utjecaj medija i vršnjaka na razvoj poremećaja hranjenja. Osim mnogobrojnih rizičnih faktora koji mogu biti povod razvoju poremećaja hranjenja, istaknula bih jedan od najvažnijih, a to su psihološki čimbenici. Oni prate utjecaj odnosa između majke i djeteta te obitelji i djeteta od njegove najranije dobi.

Pregledom literature nalazi se da je poremećaj u obiteljskoj dinamici naglašen kao jedan od glavnih čimbenika poremećaja hranjenja. Unatoč tome što ponašanje obitelji može djelovati neupadno, pomnijim razmatranjem uviđa se prikriveni latentni sukob, osobito između oca i majke. Majke osoba oboljelih od poremećaja hranjenja opisuju se kao anksiozne, agresivne, zahtjevne i pretjerano su zaštitnički nastrojene te teže ostvarenju simbiotskog odnosa s djetetom. Očevi su u obitelji fizički i emotivno odsutni, tj. njegov značaj je nepostojeći, a sam otac ne shvaća svoju korisnost i ulogu u odrastanju i odgoju djeteta. Djevojke tada bolest koriste kao sredstvo održavanja obiteljskog sklada.

Bolest isto tako vodi do nastanka mnogobrojnih komplikacija, a katkad čak i do smrti. Komplikacije mogu biti endokrinološke, koštane, gastroenterološke, kardiovaskularne, ginekološke i mnoge druge. Primarni izvor liječenja poremećaja hranjenja jest terapija razgovorom.

Danas postoje čvrsti empirijski dokazi koji imaju poveznicu između kvalitete privrženosti i problemima duševnog zdravlja (30). Kvalitetan emocionalni odnos koji se stvara između djeteta i primarnog skrbnika utječe na daljnji razvoj djeteta. Dijete razvija radne modele i obrasce ponašanja od roditelja kao primarne figure privrženosti. Provedena istraživanja o odnosima roditelja i adolescenata ističu proces neovisnosti kao temelj izgradnje kvalitetnog odnosa između adolescenta i roditelja što doprinosi razvoju kvalitetnog duševnog zdravlja. Pouzdan odnos s obitelji potiče mehanizam da roditelji budu ključan izvor potpore djeci tijekom njihova razvoja u odrasle osobe. Roditelji kao figura privrženosti pružaju adolescentima sigurno

utočište kojem se vraćaju u slučaju stresnih situacija te bazu koja im koristi kao potpora u istraživanju društva i upoznavanju sebe (59).

Postoji ograničena količina dokaza koja upućuje na to da pristupi obiteljskoj terapiji mogu biti učinkoviti u usporedbi s uobičajenim liječenjem u vrlo kratkom roku. Naime, nema dovoljno dokaza da bi se utvrdilo postoji li prednost pristupa obiteljskoj terapiji kod ljudi bilo koje životne dobi u usporedbi s provođenjem neke druge vrste psihološke terapije. Većina istraživanja iz kojih se dalo zaključiti ove podatke provedena su upravo na adolescentima (51).

U procesu oporavka djeteta roditeljima se svakako preporuča pomoć prilikom jačanja djetetova samopouzdanja kako bi ono uvidjelo što pozitivniju sliku o samom sebi. Treba obratiti pozornost na aktivnosti u kojima dijete uživa i dozvoliti da se ono bavi onim što voli i što ga čini sretnim. Nadalje, djetetu treba omogućiti dovoljno vremena za otvorenu komunikaciju i dati mu do znanja kako je različitost lijepa i da je upravo to ono što svakog čovjeka čini posebnim.

Razmišljanja sam potaknuta ovom spoznajom izrade Završnog rada, da do ovoga problema ne bi smjelo ni doći. Uputu bi usmjerila na nužnost rane edukacije majke i oca o uspješnom roditeljstvu već u okviru perinatalne zaštite pa nastavkom kroz djetetov razvoj u pedijatrijskoj ambulanti u vidu savjetovanja, radionica i sl.

## LITERATURA

1. Sambol K, Cikač T. Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus* [Internet]. 2015; 165 – 171  
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/218261> [Posjećeno 14.07.2022.]
2. Marčinko D, Rudan V. (ur.) U: Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost – doprinos međunarodnoj raspravi. [Internet] Zagreb: Medicinska naklada; 2013.  
Dostupno na: <https://www.medicinskanaklada.hr/narcistični-poremećaj-ličnosti-i-njegova-dijagnostička-opravanost-2> [Posjećeno 03.06.2022.]
3. Repišti S. Psihologija ličnosti: Teorija i empirija. [Internet] Podgorica: izdavač sam autor; 2015. 100-101 str.  
Dostupno na: [\(PDF\) PSIHOLOGIJA LIČNOSTI: Teorija i empirija / PERSONALITY PSYCHOLOGY: Theory and Research \(researchgate.net\)](#) [Posjećeno 14.07.2022.]
4. Pupiće I, Roje Đapić M. Psihodinamski pogled na rani odnos majke i djeteta. [Internet] Zagreb: Poliklinika za zaštitu djece i mladih; 2020.  
Dostupno na <https://www.poliklinika-djeca.hr/za-strucnjake/rani-odnos-majka-dijete/> [Posjećeno 19.03.2022.]
5. Talić L. (2013) Povezanost odnosa s roditeljima, samopoimanja i simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju.
6. Begovac I. i suradnici. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: 2021; 824 str.
7. Sovina N. (2015) Suvremeni dijagnostički i terapijski pristup poremećajima jedenja. Diplomski rad [Internet] Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Dostupno na:

<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A578/datastream/PDF/view>

[Posjećeno 14.07.2022.]

8. Štracak M. (2017) Psihološke teorije u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja. Diplomski rad [Internet] Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.

Dostupno na:

<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1526/datastream/PDF/view>

[Posjećeno 14.07.2022.]

9. First MB, Reed GM, Hyman SE i sur. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. [Internet] World Psychiatry 2015; 14: 82-90

Dostupno na: <https://www.broadinstitute.org/publications/broad13406> [Posjećeno 15.07.2022.]

10. Atlaga M. (2021) Motivacija za promjenom kod osoba oboljelih od anoreksije. Diplomski rad [Internet] Zadar, Sveučilište u Zadru.

Dostupno na:

<https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/unizd%3A5577/datastream/PDF/view>

[Posjećeno 15.07.2022.]

11. Kogaj, M. (2015) Anoreksija. Diplomski rad. [Internet] Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/770897> [Posjećeno 12.07.2022.]

12. Bulog S. (2017) Povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama. Diplomski rad. [Internet] Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.

Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/en/islandora/object/ffos%3A733/datastream/PDF/view>

[Posjećeno 14.07.2022.]

13. Fotak L. (2016) Anoreksija nervoza i bulimija nervoza kod adolescenata. Diplomski rad. [Internet] Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet.  
Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/medri%3A610> [Posjećeno 10.07.2022.]
14. Kovačić M. Završni rad: Mišljenja studenata sestrištva o pacijentima s anoreksijom nervozom, Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2017.  
Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/mefos%3A635/datastream/PDF/view> [Posjećeno 15.07.2022.]
15. Slink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. [Internet] Curr Psychiatry Rep. 2012.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22644309/> [Posjećeno 15.07.2022.]
16. Abbate – Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S. A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders. [Internet] Eating and Weight Disorders – Studies of Anorexia, Bulimia and Obesity. 2016.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26980319/> [Posjećeno 9.7.2022.]
17. Filaković P. i sur. Psihijatrija. Medicinski fakultet Osijek, Osijek; 2014.
18. Horvat, P. Završni rad: Zdravstvena njega kod poremećaja hranjenja – Anoreksija nervoza. [Internet] Varaždin, Sveučilište Sjever; 2016.  
Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:1030/datastream/PDF> [Posjećeno 9.7.2022.]
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition, Washington, DC. [Internet] American Psychiatric Publishing; 2013.  
Dostupno na: <https://www.appi.org/dsm> [Posjećeno 28.6.2022.]
20. Grabić J. Završni rad: Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije nervoze – prikaz slučaja. [Internet] Split, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; 2019.  
Dostupno na: <https://repozitorij.svkst.unist.hr/islandora/object/ozs:676/datastream/PDF> [Posjećeno 15.07.2022.]

21. Doko N. Završni rad: Poremećaji prehrane. [Internet] Dubrovnik, Sveučilište u Dubrovniku; 2020.  
Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unidu%3A1429/datastream/PDF/view>  
[Posjećeno 13.07.2022.]
22. Mudrinić I. (2016) Poremećaji u prehrani adolescenata. Diplomski rad. [Internet] Osijek, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet.  
Dostupno na:  
<https://repozitorij.ffos.hr/islandora/object/ffos%3A334/datastream/PDF/view>  
[Posjećeno 16.07.2022.]
23. Mandić K. (2016) Psihodinamika anoreksije nervoze. Diplomski rad. [Internet] Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.  
Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1226>  
[Posjećeno 16.07.2022.]
24. Batista M. Psihološka prilagodba i sociokulturni stavovi u adolescentica s anoreksijom nervozom (dizertacija) [Internet] Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2019.  
Dostupno na: [Psihološka prilagodba i sociokulturni stavovi u adolescentica s anoreksijom nervozom \[Psychological maladjustment and sociocultural attitudes towards appearance in adolescents with anorexia nervosa\] | Semantic Scholar](#)  
[Posjećeno 16.07.2022.]
25. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. U: Gross JJ, ur. Handbook of emotion regulation. [Internet] New York, NY, US: Guilford Press; 2014. str. 3 – 20.  
Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001> [Posjećeno 16.07.2022.]
26. Jakovina T. Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom (dizertacija) [Internet] Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017.  
Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/154356695.pdf> [Posjećeno 17.07.2022.]

27. Šćurić V. (2014) Mentalizacija i poremećaji ličnosti. Diplomski rad. [Internet] Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.  
Dostupno na:  
<https://repozitorij.meg.unizg.hr/islandora/object/mef%3A51/datastream/PDF/view>  
[Posjećeno 15.07.2022.]
28. Asančaić S. Poremećaji hranjenja – anoreksija i bulimija. [Internet] Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet; 2015.  
Dostupno na:  
<https://repozitorij.unios.hr/en/islandora/object/ffos%3A41/datastream//PDF/view>  
[Posjećeno 16.07.2022.]
29. Morris R, Bramham J, Smith E, Tchanturia K. Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. [Internet] Cogn Neuropsychiatry; 2014; 47 – 57.  
Dostupno na: [Morris, R., Bramham, J., Smith, E., & Tchanturia, K. \(2014\). Empathy and Social Functioning in Anorexia Nervosa before and after Recovery. Cognitive Neuropsychiatry, 19, 47-57. - References - Scientific Research Publishing \(scirp.org\)](#)  
[Posjećeno 12.07.2022.]
30. Šincek D, Tomašić H, Merda M. Prediktori nezadovoljstva tjelesnim izgledom i odstupajućih navika hranjenja u kontekstu sociokulturalnog modela. [Internet] Med Jad. 2017; 47 (1 – 2): 23 – 38.  
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/177824> [Posjećeno 10.07.2022.]
31. Tiggemann M. Sociocultural perspectives on human appearance and body image. U: Cash TF, Smolak L, ur. Body image: A handbook of science, practice and prevention. 2.izd. [Internet] New York: Guilford Press; 2011; 12 – 19.  
Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/2011-20792-002> [Posjećeno 11.07.2022. ]
32. Fitzsimmons – Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone – Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: the roles of social comparison and body surveillance. [Internet] Body image. 2012; 9:43 – 9.

- Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21992811/> [Posjećeno 11.07.2022.]
33. Davies H, Schmidt U, Stahl D, Tchanturia K. Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa . [Internet] International Journal of Eating Disorders. 2011; 44 (6): 531 – 539.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20957704> [Posjećeno 11.07.2022.]
34. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb. Medicinska naklada; 2011.
35. Cruz-Sáez S, Pascual A, Włodarczyk A, Echeburúa E. The effect of body dissatisfaction on disordered eating: the mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. [Internet] J. Health Psychol. 2018  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30101609/> [Posjećeno 11.07.2022.]
36. Rodgers RF., Melioli T. The relationship between body image concerns, eating disorders and internet use, part II: an integrated theoretical model. [Internet] Adolesc. Res. Review 1, 2016; 95–119.  
Dostupno na: [The Relationship Between Body Image Concerns, Eating Disorders and Internet Use, Part I: A Review of Empirical Support | SpringerLink](#) [Posjećeno 12.07.2022.]
37. Betz DE, Ramsey LR. Should women be “All About That bass?”: diverse body-ideal messages and women’s body image. [Internet] Body Image 2017; 22:18–31.  
Dostupno na: [Should women be "All About That Bass?": Diverse body-ideal messages and women's body image - PubMed \(nih.gov\)](#) [Posjećeno 13.07.2022.]
38. Edcoms, Credos. Picture of Health: Who Influences Boys: Friends and the New World of Social Media. [Internet] United Kingdom: Credos, 2016; 1–24.  
Dostupno na: [https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw\\_90421-6\\_0.pdf](https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_90421-6_0.pdf) [Posjećeno 14.07.2022.]



39. Chua THH, Chang L. Follow me and like my beautiful selfies: Singapore teenage girls' engagement in self-presentation and peer comparison on social media. [Internet] *Comput. Hum. Behav.* 2016; 55:190–197.  
Dostupno na: [Follow me and like my beautiful selfies: Singapore teenage girls' engagement in self-presentation and peer comparison on social media - ScienceDirect](#) [Posjećeno 14.07.2022.]
40. Rodgers RF, Kruger L, Lowy AS, Long S, Richard C. Getting real about body image: a qualitative investigation of the usefulness of the aerie real campaign. [Internet] *Body Image* 2019; 30: 127–134.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31260946/> [Posjećeno 15.07.2022.]
41. Nelson EE, Jarcho JM, Guyer AE. Social re-orientation and brain development: an expanded and updated view. [Internet] *Dev. Cogn. Neurosci.* 2016; 17:118–127.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26777136/> [Posjećeno 15.07.2022.]
42. Dapelo MM, Surguladze S, Morris R, Tchanturia K. Emotion recognition in blended facial expressions in women with anorexia nervosa. [Internet] *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2016; 24: 34–42.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26364834/> [Posjećeno 15.07.2022.]
43. Crucianelli L, Cardi V, Treasure J, Jenkinson PM, Fotopoulou A. The perception of affective touch in anorexia nervosa. [Internet] *Psychiatry Res.* 2016; 239:72–78.  
Dostupno na:  
[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178115304157?dgcid=api\\_sd\\_search-api-endpoint](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178115304157?dgcid=api_sd_search-api-endpoint) [Posjećeno 16.07.2022.]
44. *Campbell K, Peebles R.* Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. [Internet] *Pediatrics* 2014; 134(3):582-92.  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25157017/> [Posjećeno 16.07.2022.]
45. *Clausen L, Lübeck M, Jones A.* Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. [Internet] *J Eat Disord* 2013; 46(8):755-63.

- Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22156> [Posjećeno 17.07.2022.]
46. *Winston AP, Paul M, Juanola-Borrat Y.* The same but different? Treatment of anorexia nervosa in adolescents and adults. [Internet] *Eur Eat Disord Rev* 2012; 20(2):89-93  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21913286/> [Posjećeno 17.07.2022.]
47. *Mattejat F, Schulte-Markwort M.* *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* 5. izd. Bremen: UNI-MED; 2013.
48. *Norris ML, Pinhas L, Nadeau PO i sur.* Delirium and refeeding syndrome in anorexia nervosa. [Internet] *J Eat Disord* 2012; 45(3):439-42  
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22009708/> [Posjećeno 17.07.2022.]
49. *Herpetz-Dahlmann B.* *Essstoerungen.* U: Remschmidt H, Quaschner K, Theisen FM. *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 6. izd. [Internet] Stuttgart: Georg Thieme; 2011; 277-86  
Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-014-3241-3> [Posjećeno 17.07.2022.]
50. Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2016; 55(8):683-92.
51. Fisher AC, Skocic S, Rutherford KA, Hetrick SE i sur. Family therapy approaches for anorexia nervosa. [Internet] 2019; 5 – 9.  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497182/> [Posjećeno 5.08.2022.]
52. Frølich J., Winkler L.A., Abrahamsen B., Bilenberg N., Hermann A.P., Støving R.K. Assessment of fracture risk in women with eating disorders: The utility of dual—energy x—ray absorptiometry (DXA)—Clinical cohort study. [Internet] *J. Eat. Disord.* 2020; 53:595–605

- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226688/> [Posjećeno 10.08.2022.]
53. Schorr M, Drabkin A, Rothman MS, Meenaghan E, Lashen GT, Mascolo M, Watters A, Holmes TM, Santoso K, Yu EW. Bone mineral density and estimated hip strength in men with anorexia nervosa, atypical anorexia nervosa and avoidant/restrictive food intake disorder. [Internet] Clin. Endocrinol. 2019; 90:789–797  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226688/> [Posjećeno 10.08.2022.]
54. Baskaran C, Misra M, Klibanski A. Effects of Anorexia Nervosa on the Endocrine System. [Internet] Pediatr. Endocrinol. Rev. 2017; 14:302–311. doi: 10.17458/per.vol14.2017.BMK.effectsanorexianervosa.  
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226688/> [Posjećeno 10.08.2022.]
55. Rosen E, Bakshi N, Watters A, Rosen HR, Mehler PS. Hepatic Complications of Anorexia Nervosa. [Internet] Dig. Dis. Sci. 2017; 62:2977–2981. doi: 10.1007/s10620-017-4766-9. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226688/> [Posjećeno 10.08.2022.]
56. Escudero CA, Potts JE, Lam P.-Y, De Souza AM, Duff K, Mugford GJ, Sandor GG. Echocardiographic Assessment of Ventricular Function During Exercise in Adolescent Female Patients with Anorexia Nervosa. [Internet] J. Am. Soc. Echocardiogr. 2019; 32:394–403.e3. doi: 10.1016/j.echo.2018.10.014.  
Dostupno na: : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226688/> [Posjećeno 10.08.2022.]
57. Boutari C, Pappas PD., Mintziori G, Nigdelis MP, Athanasiadis L, Goulis DG, Mantzoros CS. The effect of underweight on female and male reproduction. Metabolism. [Internet] 2020; 107:154229. doi: 10.1016/j.metabol.2020.154229.  
Dostupno na: : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226688/> [Posjećeno 10.08.2022.]
58. Raboteg-Šarić, Z. Odnosi adolescenata s roditeljima i vršnjacima. U: A. Brajša-Žganec, J. Lopižić i Z. Penezić (ur.) Psihološki aspekti suvremene obitelji, braka i partnerstva. [Internet] Zagreb, Jastrebarsko: Hrvatsko psihološko društvo i Naklada Slap. 2014. str. 125 – 147.  
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/261228> [Posjećeno 10.08.2022.]

59. Videbeck L.S., Schultz M.J. Eating disorders. Lippincott' s Manual of Psychiatric Nursing Care Plans. Ninth Edition. (str. ). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.

## **PRIVITCI**

Privitak A: Popis ilustracija

### **Tablice**

Tablica 1. Somatski simptomi i znakovi anoreksije nervoze

Tablica 2. Psihički simptomi i znakovi anoreksije nervoze

Tablica 3. Anamnestički podaci koji upućuju na poremećaj hranjenja

Tablica 4. Somatske komplikacije poremećaja hranjenja

## ŽIVOTOPIS

Zovem se Tamara Radujko, rođena sam u Republici Hrvatskoj, u gradu Rijeci 28. srpnja 1999. godine. Pohađala sam osnovnu školu "Turnić" u Rijeci, nakon čega upisujem Srednju Medicinsku školu u Rijeci, smjer medicinska sestra/tehničar opće njege s petogodišnjim programom i završavam 2019. godine. Tijekom srednje škole sudjelovala sam u raznim dobrotvornim akcijama. Po završetku srednje škole svoje obrazovanje nastavljam na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci kao redovna studentica preddiplomskog stručnog studija Sestrinstvo kako bih dodatno usavršila svoje vještine i znanje kako bi pridonijela kvaliteti zdravstvene skrbi najpotrebitijim. Nadalje, imala sam priliku sudjelovati na godišnjem kongresu Hrvatskog društva medicinskih sestara i tehničara vaskularne kirurgije u Opatiji 2021. godine. Dosadašnje stečeno znanje i vještine su rezultat šestogodišnje prakse u sklopu srednjoškolskog obrazovanja i fakulteta te rad u struci tijekom ljeta u obliku sezonskih poslova u Specijalnoj bolnici Medico i Ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitaciju Helena Smokrović. Vještine koje mogu istaknuti jesu dobro poznavanje rada na računalu u *Microsoft Word-u*, *Microsoft Excel-u* i *Microsoft Powerpoint-u*, aktivno poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu na B2 razini, razvijene prezentacijske i komunikacijske vještine, empatičnost i optimizam. Hobbiji kojima se bavim u svoje slobodno vrijeme su šetnja, slušanje glazbe i fotografiranje. U budućnosti bih voljela raditi u dinamičnom okruženju kao što je rad na Zavodu za hitnu medicinu te nastaviti svoje obrazovanje Sestrinstvo na diplomskoj razini.