Anoreksija i bulimija – grešni zahtjev suvremene modne scene

Odobašić, Maja

Professional thesis / Završni specijalistički

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Catholic Faculty of Theology / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:120:312063

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the Chatolic Faculty of Theology

Sveučilište Josipa Jurja Strosmayera u Osijeku
Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu

Poslijediplomski specijalistički studij Pastoralne teologije
Smjer: Pastoral kriznih situacija

Maja Odobašić

ANOREKSIJA I BULIMIJA - GREŠNI ZAHTJEV SUVREMENE MODNE SCENE

Mentor: Doc. dr. sc. Suzana Vuletić

Đakovo, 2017.

Sadržaj

Sažetak……3

Summary…….....4

UVOD……..5

1. POREMEĆAJI HRANJENJA KROZ POVIJEST……..……6

2. DISTORZIVNI ODNOS PREMA TIJELU……..…..9

2.1. Zahtjevi modne scene i propozicije „lijepoga“…….9

2.2. Stigmatizacija pretilosti…….……..12

2.3. Idealiziranje vitkosti kod žena……...…….15

2.4. Isticanje tjelesnog izgleda kao ključne komponente ženstvenosti…….……15

3. ANOREKSIJA I BULIMIJA – DEFINICIJSKO ODREĐENJE POREMEĆAJA HRANJENJA……...……..…17

3.1. Anoreksija……..17

3.1.1. Klinička slika anoreksije……...……..19

3.1.2. Uzroci nastanka anoreksije…….……24

3.1.3. Simptomi i kritičnost akutnog pacijenta…….....……25

3.1.4. Manoreksija……..28

3.1.5. Ortoreksija……...30

3.1.6. Pregoreksija……...……..32

3.1.7. Pro-Ana opis slučaja…….....33

3.2. Bulimija……..37

3.2.1. Medicinske značajke bulimije……..38

3.2.2. Uzroci pojavnosti bulimije……...38

3.2.3. Simptomi bulimije……39

3.2.4. Posljedice bulimije……...42

3.2.5 Opis slučaja bulimije……45

3.3. Neodređeni poremećaj hranjenja……52

4. ČIMBENICI POREMEĆAJA HRANJENJA…….…...54

4.1. Socijalni čimbenici u nastanku poremećaja hranjenja……55

4.2. Biološki čimbenici u nastanku poremećaja hranjenja…….58

4.3. Psihološki čimbenici u nastanku poremećaja hranjenja……..61
4.4. Poremećaji hranjenja i karakteristike ličnosti……..…63

5. TERAPIJE OSOBA S POREMEĆAJEM HRANJENJA…….....70
5.1. Individualna i multidisciplinarna terapija……...73
5.2. Psihodinamska terapija……...76
5.3. Kognitivno-bihevioralna terapija……78
5.4. Biološka terapija……79
5.5. Nutricionističko savjetovanje…….....80

6. CRKVENI PASTORAL I RAD S OSOBAMA RIZIČNOG PREHRAMBENOG PONAŠANJA…….....……85
6.1. Preventivni utjecaj na prehrambene proizvode……..…….85
6.2. Rad s mladima……87
6.3. Rad s obiteljima……..……88
6.4. Strateški pastoralni plan……...……...93

ZAKLJUČAK…….…...96

LITERATURA……..…….....98

Sažetak

Anoreksija i bulimija spadaju u poremećaje hranjenja koji čine podskupinu psihosomatskih poremećaja. Ova dva, često po život opasna poremećaja prehrane, imaju mnogo toga zajedničkog, ali ipak imaju razlike koje se mogu primijetiti, ne samo u načinu destrukcije svoga tijela, već i u ishodištima, srži problema, simptomima i psihičkim disfunkcijama koje prate svaku od njih. Podrijetlo i anoreksije i bulimije još je nedovoljno istraženo, ali znamo da se radi o međusobnom višestrukom učinku više čimbenika na mladenačku psihu koji destabiliziraju emocionalno stanje osobe koja oboli od poremećaja hranjenja.

Zabrinjavajući je trend stalnog porasta broja oboljelih od anoreksije i bulimije, kao i brojke smrtnosti među oboljelima. Hrvatska još uvijek nema dovoljan broj ustanova i stručnjaka koji se bave poremećajima hranjenja, ali svijest o potrebi za time raste i moguće je dobiti adekvatnu skrb ako se potraži stručna pomoć. U rad s oboljelima treba se uključiti i Crkva s odgovarajućim preventivnim i pastoralno-strateškim modelima, s ciljem da mladima osvijesti da je njihovo tijelo hram Duha Svetoga i da se prema njemu moraju odnositi s poštovanjem, prihvaćati ga i brinuti o njemu.

Naša je obveza, kao roditelja, profesora, obitelji, prijatelja i poznanika ukazati na poremećaj hranjenja ako ga uočimo, pokazati suosjećanje, dati podršku i potaknuti na profesionalni terapije. Pomoć možemo pružiti jedino ako dublje sagledamo prijašnja iskustva oboljele osobe sa svojim roditeljima i okolinom te njihovu povijest bolesti, moguće traume i nedaće u životu. Rad s osobama oboljelima od anoreksije i bulimije najprije je rad na sebi jer je izazov probuditi u sebi empatiju koju oni zaista trebaju.

Ključne riječi:*poremećaji prehrane; anoreksija;bulimija; ljepota;pomoć oboljelima*

Summary

Anorexia and bulimia are classified as the eating disorders and they can not be separated from other eating disorders which are psychosomatic disorders. These two, often life-threatening eating disorders, have a lot in common, but also have differences that can be easily observed, not only in the way of destruction of the patient's body, but also in the origins, the core of the problem, symptoms and psychological dysfunction that accompany each one. Origin of anorexia and bulimia is still insufficiently explored, but we know that there is mutual effects of several factors on the psyche of young people that could easily destabilize the emotional state of a person diagnosed with eating disorders.

The trend of an increasing number of people with anorexia and bulimia and figures of mortality among patients are really a cause for concern. I would like to point out the constantly growing number of people with all types of eating disorders, especially binge eating disorder. Croatia does not yet have a sufficient number of institutions and experts who can deal with eating disorders, but awareness of the needs is constantly growing and it is possible to get adequate care in Croatia for anyone who seeks professional help. The Church can also be a part of the recovery treatment in order to raise a conscious in young people and help them realise that body is a gift from God and everybody should treat their body with respect, accept it and care of it properly.

It is our obligation as parents, teachers, family and friends to point out if we have suspicion on eating disorder, to show empathy, to support and encourage person with the eating disorder to the professional therapy. Only a person who can perceive previous experience of the person with his parents and others, their medical history and possible trauma and some difficulties in life can help. Working with people suffering from anorexia and bulimia is primary work on self because it is a challenge to raise the empathy to the level of understanding person with eating disorder.

Key words: *eating disorder; anorexia; bulimia; beauty; treatment of patients*

UVOD

U današnjem globaliziranom svijetu svjedočimo brzom protoku informacija, vijesti, tehnologija i trendova koji u nezamislivo kratkom roku putuju s jednog kraja svijeta na drugi. I dok globalizacija općenito ima mnogo prednosti, ona sa sobom nosi i neke negativne efekte i posljedice. Danas su svi povezani pa tako i mladi koji vole pratiti trendove i ono što se događa fizički daleko od njih, ali je popularno diljem svijeta. Zahvaljujući društvenim medijima možemo, jednostavnije no ikada, vidjeti što danas radi naša omiljena glumica ili manekenka što kroz dužu izloženost utječe na stavove i način razmišljanja svih, posebice mladih osoba.

Od najranije povijesti, čovječanstvo je zaokupljeno ljepotom, posebice ženskom. Žene se trude uklopiti i približiti idealu lijepoga u svakom vremenskom razdoblju kako bi pokazale svoju ženstvenost i ljepotu te tako privukle suprotni spol. Kako je u povijesti lijep izgled ženama pomagao da izaberu boljeg, ljepšeg i bogatijeg ženika, danas lijep i atraktivan izgled osigurava bolje izglede za uspjeh, kako u biranju partnera, tako i na području karijere.

Zanimljiva je činjenica kako su ljudi skloni svakakvim pothvatima u poboljšanju svoje vanjštine jer su svjesni kako izgled ostavlja najintenzivniji dojam na druge pa makar i po cijenu svoga zdravlja. Upravo iz te opterećenosti i težnje za savršenim izgledom, danas prepoznajemo mnoge bolesti i poremećaje koji su nastali kao rezultat te opsesije.

Ovaj rad govorit će o ljudskom odnosu prema vlastitom tijeku kroz prizmu zahtjeva modne industrije i društvenih očekivanja o poželjnom izgledu. Teorijski dio o anoreksiji i bulimiji, kao najčešćem poremećaju hranjenja, nešto je detaljnije opisan s medicinske strane u vidu uzroka, simptoma i analize slučaja.

Slijedi nešto više o terapiji i načinu liječenja anoreksije i bulimije na temelju metoda koje bilježe najveći postotak uspjeha te o ulozi Crkve i kako se u radu s mladima i obiteljima može utjecati na razvoj zdrave svijesti o tijelu te prevenciji nastanka anoreksije i bulimije te kako pastoral može pomoći pri liječenju onih kojima je dijagnosticiran poremećaj hranjenja.

1. POREMEĆAJI HRANJENJA KROZ POVIJEST

Poremećaji hranjenja spadaju u jedne od najčešćih psihičkih poremećaja, a zabrinjavajuća je činjenica da su poremećaji hranjenja uzeli maha i u suvremenom svijetu pogađaju sve veći broj sve mlađih ljudi. Ovi su poremećaji najčešće veoma ozbiljni i trajni, mogu ostaviti tešku zdravstvenu štetu i dokazano su povezani s većom vjerojatnosti ranije smrti.

Hranjenje je jedno od primarnih potreba ljudskog organizma, proces koji je duboko vezan uz naše emocije još od prvih hranjenja kao dojenčadi i kao takvo zauzima bitnu ulogu u svačijem životu.

Industrija je danas uznapredovala do te mjere da manipulira našim osjećajima i stvara dobit na temelju ljudske slabosti i naivnosti. Aditivi koji su često i štetni za naše zdravlje mogu izazvati ovisnost o hrani u obliku zaslađivača i pojačivača okusa koji su sintetizirani upravo u svrhu vezanja za nju. Nitko od ljudi nije imun na osjećaj ugode koji ukusna hrana pruža. Zato i postoji velika zainteresiranost za proučavanje ovih poremećaja jer običnim ljudima nije jasno zašto bi mnoge mlade djevojke koje su zdrave narušavale svoje zdravlje zbog izgleda, a kasnije, čini nam se, ni zbog izgleda jer kada dođe do određenog stupnja mršavosti osoba često izgleda daleko od lijepoga.

Dok neke ljude pomisao na ukusnu hranu smiruje i često u njoj pronalaze utjehu, mnoge upravo ta ugodnost hrane plaši i boje se da se neće moći kontrolirati u njezinom konzumiranju. U oba slučaja govorimo o poremećajima hranjenja jer su obje krajnosti nezdrave i moraju se ozbiljno shvatiti. Svi slučajevi poremećaja hranjenja imaju jednu zajedničku poveznicu – patološku brigu o hrani koju obavezno prati i drastična promjena vlastite prehrane. Bitno je naglasiti da osobe mogu patiti od poremećaja hranjenja bez vidljivih tjelesnih karakteristika.

Stručnjacima je odavno poznato da poremećaji hranjenja nastaju prvenstveno u psihi, a zatim se kroz ponašanje očituju na tijelu. Zato je u redu biti zabrinut za svoje i tuđe prehrambene navike čak i ako je tjelesna masa prosječna. Stručnjaci se slažu da su glavni uzorci poremećaja prehrane svakako oni društvene i estetske prirode, ali svakako oni nisu dovoljni da bi se poremećaj razvio. Zapadnjačko društvo koje vrši pritisak na djevojke idealiziranjem određenog tipa ženskog tijela nije dovoljno za razvoj poremećaja jer bi u tom slučaju sve djevojke u određenim kulturama imale anoreksiju ili bulimiju, što nije slučaj.

Djevojke koje se osjećaju uspješnima i bez mnogo problema prođu kroz adolescentsko razdoblje, one koje dobiju dovoljno brige, pažnje i ljubavi iako ne spadaju u vitke djevojke pravilnih crta lica, imaju mnogo manje predispozicija za razvitak poremećaja hranjenja.

Poremećaji hranjenja su poznati još iz drevnih civilizacija, ali je postotak oboljelih djevojaka danas mnogo veći i stalno raste. Mentalno stanje koje može dovesti mladu osobu do uništavanja svojega tijela je i danas misterija modernoj medicini i psihologiji. Visoka razina mržnje prema vlastitom tijelu, samokritičnosti, a na posljetku i samokontrole i discipline je potrebno da bi se razvio jedan složeni poremećaj poput, na primjer, anoreksije. Psiholozi, nutricionisti, psihijatri, liječnici pokušavaju doprijeti do oboljele osobe i čitav niz negativnih stavova i problema iznijeti na površinu da bi osoba koja pati od poremećaja hranjenja mogla ozdraviti, psihički i fizički.

Postoje vjerovanja i da je riječ o veoma staroj bolesti koja se ni nije uvijek tako zvala, a vjerojatno nije ni smatrana bolešću. Možemo pretpostavit da su poznati antički liječnici poput Hipokrata u Grčkoj i Galena u Rimu proučavali probleme izgladnjivanja, iako u njihovim spisima ne piše ništa izričito o tome. Žene oduvijek, više nego muškarci, konzistentno i uporno pokušavaju promijeniti svoja tijela da bi se konformirale specifičnom trendu, kao na primjer sužavanje stopala u 12. i 13. stoljeću u Kini, u 19. stoljeću korzeti za sužavanje struka, a u 20. stoljeću, povećanje grudi plastičnom kirurgijom, a od kako znamo za civilizacije, počevši od onih drevnih, znamo i za šminku kojima su žene pokušavale postati privlačnije i naglasiti ono što se u određenom vremenskom periodu smatralo lijepim.

U srednjem vijeku je bila uobičajena praksa izgladnjivanja da bi se došlo do većeg stupnja duhovnosti, smatralo se da su tjelesne potrebe dio naših sebičnih potreba i da zapostavljanjem brige o tjelesnom zdravlju pridonosimo duhovnom i mentalnom.

Takva se vrsta poremećaja u prehrani nazivala *„anoreksia mirabili*s“ ili „svetačka anoreksija“[1]kod koje bi navodno apetit nestajao djelovanjem „viših sila“. Dok je u Staroj Grčkoj vrijedilo pravilo „U zdravom tijelu - zdrav duh“ u srednjem vijeku su smatrali da samo na štetu tijela možemo rasti spiritualno.

Takav sustav vjerovanja je bio izražen kod svetica kod kojih je ponašanje djelomično slično onomu suvremenih anoreksičnih djevojaka.[2] One su se izgladnjivale, poput današnjih anoreksičarki, ali nisu vježbale za razliku od zahtjeva današnjeg Zapadnog svijeta koji mnogo pažnje pridaje tjelovježbi, a mršavost i nije jedini estetski zahtjev, bitno je i biti *fit* (u formi).

Smatra se da je prvi, ili među prvima, slučaj anoreksije detaljno opisao engleski liječnik Richard Morton 1689. godine. Klinički opis dva slučaja prikazuje poremećaj anoreksije i manoreksije, a oba su završila smrću.

[1] C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str.34.
[2] Isto.

Kod djevojke su među opisanim simptomima pretjerana fizička aktivnost, gubitak na težini i gubitak menstruacije. Kasnije se pojavila potpuna iscrpljenost tijela i nesvjestice. Opisao ju je kao kostura prekrivenog kožom što govori da se doista radilo o ozbiljnom slučaju jer je rezultirao smrću. Ona je njegovu pomoć potražila prekasno, ali dovoljno rano da on detaljno opiše slučaj i upozna se s njom. Morton ju je pokušao liječiti ljekovitim biljem, ali neuspješno u tom stadiju anoreksije. Svoja je iskustva s poremećajima prehrane objavio pod naslovom „Physiologia seu Exercitationes de Phthisis"[3]. On je odmah i nagovijestio da se radi o prvenstveno psihičkom poremećaju, pogotovo izjavivši da sve to dolazi od „tužnih i tjeskobnih misli".

Jedan od najutjecajnijih britanskih liječnika toga doba, koji je svojevremeno liječio i Princa od Walesa, Sir William W. Gull držao je predavanje u Oxfordu na godišnjem sastanku Britanske medicinske udruge o brizi za bolesnika u kliničkoj medicini. U predavanju je nejasno opisao stanje koje je kasnije nazvano anoreksija. Taj se naziv brzo prihvatio i nakon njega su mnogi liječnici 19.stoljeća obraćali više pažnje i posvećivali svoj rad istraživanju tog poremećaja.

Ernest Charles Lasegue, francuski liječnik, je u travnju 1873. pisao članak „O histeričnoj anoreksiji" s detaljnim opisom osam slučajeva. On je malo slobodnije iznio svoje teze o nastanku poremećaja tvrdeći da ju „uzrokuju neobično psihičko stanje, intelektualna perverzija potekla od emocionalnog poremećaja koje su bolesnice priznavale ili prikrivale". Tako je on već tada dao dobar opis, ne samo anoreksije, već i ostalih poremećaja hranjenja zapazivši psihičku i obiteljsku dimenziju problema.[4]

Uz ove pionire proučavatelja anoreksije kasnije su se pojavili i drugi znanstvenici, uz liječnike najčešće psiholozi koji su uspješno proučavali ovaj poremećaj, a proučavanjem njega dali neke osnovne postavke za sve poremećaje hranjenja.

[3] R. MORTON, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069934 (2.1.2017.)
[4] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha", Zagreb, 1998., str.15.-22.

2. DISTORZIVNI ODNOS PREMA TIJELU

U ovoj cjelini govoriti će se o zahtjevima suvremene modne scene koji obuhvaćaju ne samo modele, nego i pojedince koji pod utjecajem medija bivaju uvučeni u teror suvremenog poimanja ljepote i privlačnosti. U današnje vrijeme svi se u manjoj ili većoj mjeri nalaze pod utjecajem medija koji kreiraju kako bi trebali izgledati i ponašati se i tako se nameću trendovi koje je gotovo nemoguće pratiti bez puno muke i truda.

Upravo radi velikog utjecaja trendova mnogi narušavaju vlastito zdravlje pokušavajući dosegnuti nametnute standarde današnje ljepote. Suvremena modna scena ponaša se maćehinski prema svojim modelima, dok oni za tu istu scenu pomiču vlastite granice izdržljivosti svoga tijela. Na sve se strane promiče ideal ženstvenosti i vitkosti kao savršene ženine osobine. Često se zanemaruju prava, iskonska obilježja žene kao što su brižnost, nježnost, toplina, ljubav, uljuđenost, čednost, pa ako hoćemo naglasiti i neka vanjska tjelesna obilježja onda bi to bili oblo tijelo sa naglašenim karakterističnim ženskim obilježjima.

Danas se na bilo koju osobu koja ima pa i najmanji višak kilograma gleda sa prijezirom i najčešće se takvoj osobi pripisuju neke osobine koje su rezultat stereotipa građenog više desetljeća. Takve osobe se smatraju lijenima, neaktivnima i često bez kontrole nad vlastitim životom. Stigmatizacija pretilosti uzela je maha i omogućava da pojedinca ugrožava i podrugljivo te s gađenjem gleda onaj savršeniji, mršaviji pojedinac i društvo.

2.1. Zahtjevi modne scene i propozicije „lijepoga“

Današnja modna industrija kroz medije nameće stereotipe ljepote različitim časopisima, natjecanjima i web portalima sa savjetima kako izgledati poput modela.[5] Televizijske kuće, novinske naklade i Internet zarađuju na industriji ljepote i mode. Oko nas se događa poplava priča o ljepoti, uspjesima koje ista donosi ili barem doprinosi.

Mediji prikazuju uljepšanu sliku glumaca, manekenki i manekena, ljudi iz javnog života i na taj način poručuju svima koji to nisu kako su ljudi koje mediji donose u naše živote sretni, zadovoljni, da im sve polazi od ruke i da su uspješni u svemu što rade. Nije čudo da ljudi, a posebice mladi, padaju pod utjecaj medija te postaju zaluđeni slikom koja im je servirana.

[5] http://www.elle.hr/lifestyle/kako-postati-model/(8.2.2017.)

Mladi ljudi, pa i djeca, lako prihvaćaju sliku koju dobivaju iz medija i društvenih mreža poput Facebooka ili Instagrama gdje je sve prepuno uljepšanih slika glumica, modela, voditelja koji savršeno mladoliko izgledaju i u pedesetim godinama. Mladi čovjek kojemu je glavni izvor informacija medij pred njim, podsvjesno se pita kako će jednog dana izgledati kad niti u ovom trenutku (još koliko– toliko mlad) nije baš „po mjeri" trenda i popularnoga, mode. [6]

Čovjek postaje primatelj poruke koja za njega u prvom redu nije pozitivno poticajna nego češće frustrirajuća i zbunjujuća – pogotovo u društvu u kojemu je pohvalno i normalno da netko tko ima pedesetak godina izgleda i ponaša se deset ili dvadeset godina mlađe. Posebno mladom čovjeku takav idealan, savršen izgled je željen, mada poprilično nedostižan san. Tako korisnik medija postaje pasivni promatrač koji se nekritički divi; ne gledajući i ne promišljajući o pravoj pozadini priče.

Često se iza savršene ljepote kriju mukotrpna prekomjerna vježbanja i gimnasticiranja, izgladnjivanje ili držanje strogih nisko-energetskih dijeta koje mogu prerasti u patološku opterećenost izgledom i hranjenjem. Nije čudno da manekenke pribjegavaju drastičnim mjerama i očajnim metodama samo da bi održale tjelesnu težinu koja zadovoljava okvire manekenske industrije. Tako mnoge nekada pred velike i važne revije popiju samo koji decilitar vode i jedu vatu jer čista celuloza koja nije nimalo hranjiva samo prođe kroz njih. Mnoge se pate i ne govore o paklu posla u kojemu se nalaze.

Hranjenje je samo jedan segment u kojemu neki modeli u modnoj industriji pate. Modnoj industriji je bitan profit, modeli su hvaljeni i slavljeni i dobro plaćeni dok priskrbljuju financijsku korist. Bolesnog modela nitko ne treba, ali premalo se cijela modna scena bavi zdravljem svojih radnika. Nažalost tu se podrazumijeva da visoke, ispijene djevojke dječačkog izgleda nose najbolje revije, najbolje zarađuju za dizajnera kojeg nose ili dobivaju najviše honorare.

To što su često na rubu svijesti od neispavanosti i umora te gladi da bi mogle nositi neke kreacije nikoga baš ne zanima, osim najvjerojatnije, njihove roditelje. Bez svakoga se može, pa tako i bez tih djevojaka što se godinama pate kako bi što dulje ostale na modnoj sceni,jer već sutra dolaze nove potpuno mlade snage željne prividne moći i poznatog imena, sjaja reflektora i slave. Kako bi se olakšalo modelima, ali i stalo na kraj nerazumnim zahtjevima dizajnera i dizajnerskih kuća, godine 2007. na revijama je zabranjeno pojavljivanje manekenki koje nose veličinu nula, i to upravo zbog anoreksije.[7]

[6] Usp. C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str.74.-75.

[7] http://www.index.hr/xmag/clanak/amerika-razmislja-o-donosenju-zakona-o-dozvoljenoj-tezini-za-modele/338559.aspx, (08.02.2017.)

U Hrvatskoj su postavljeni standardi „lijepoga“[8] u modelingu pa tako kao prvi uvjet nameću se kriteriji proporcija tijela: bokovi ne smiju biti širi od 91 cm (osim ako je djevojka viša od 180 cm), a idealna je visina između 175 i 180 cm. Grudi ne smiju biti prevelike, tijelo mora biti skladno građeno. Tihana Harapin, vlasnica agencije Talia Model, ističe da osim fizičkog djevojka mora imati ambiciju, samopouzdanje, energiju koja osvaja i prodaje, mora biti modno osviještena, pozitivan i realan stav prema sebi. Osim toga traži se karizma kojom djevojka osvaja. U londonskoj agenciji IMM (International Model Management) uvjeti su još stroži.„Za nas je idealna visina 177 – 178 cm, a broj odjeće 34”, objašnjava Carine Cailleret, direktorica IMM-a.[9]

Tihana Harapin naglašava kako bitnu ulogu za uspjeh karijere svakako imaju roditelji, dečki, pa i prijatelji, i da je takva podrška vrlo važna djevojci koja se upušta u svijet modelinga. Prilikom prijavljivanja za posao, svaki je model dužan priložiti i službeni dokument s potpisom liječnika koji potvrđuje kako je zdravlje modela i indeks tjelesne mase (BMI) primjeren građi i uzrastu osobe te time u skladu s normama modne profesije.

Što se tiče dobi ulaska u manekenski svijet donja granica za upis u modeling agenciju je 14 godina, a po preporukama iskusnijih mladi modeli ne bi prije devetnaeste godine trebali odlaziti u inozemstvo. Mladi manekeni izrađuju book ili portfelj koji je osobna karta modela, kojom se model predstavlja nakon što potpiše ugovor s agencijom.

Zarade modela ovise o angažmanima, vrsti ugovora i iskustvu. Kada model postane poznato ime, može mnogo zaraditi. Kristina Šalinović, hrvatski model, radila je s velikim imenima kao što su Marc Jacobs i Karl Lagerfeld te se snimala za naslovnice Voguea, Ellea, Bazaara i mnogih drugih. Kristina svjedoči kako se danas od modelinga može lijepo živjeti, ali i da se sjeća početaka kada nije baš imala novca niti za osnovno.

Modeli moraju ulagati u svoje tijelo, pružiti mu brigu i njegu, a model se mora hraniti i živjeti zdravo (jesti što manje šećera, ne konzumirati alkohol i mnogo se kretati i baviti sportom). Nije dobro da model tjelesnu težinu održava dijetom jer je dovoljno paziti na prehranu i ne dopustiti da bokovi postanu širi od 95 cm.

Problemi djevojkama mogu biti hormoni koji uzrokuju loše promjene na tenu, ili nakupljanje vode u tijelu. Među supermodelima se zna da ako biste bili uspješan model, morate biti super *skinny*(mršav), a da bi nosile*couture* (visoku modu) čak super, super *skinny*. Zbog toga modeli neprestano kontroliraju težinu, a u želji da budu što uspješnije i mršavije te na taj način mnoge djevojke obolijevaju od anoreksije.

[8] http://www.elle.hr/lifestyle/kako-postati-model/, (08.02.2017.)

[9] Isto.

Posebno je mladim modelima teško naći granicu između kontrole i anoreksije jer ne znaju kako kontrolirati svoju težinu. Djevojke se nađu u konfuznim situacijama i što se tiče nastavka obrazovanja pa nije čudno da se neke ne snađu najbolje. Mnoge su zabrinute i što se tiče trajanja karijere modela (obično od osamnaeste do tridesete godine) pa se zanimaju za poslove vezane uz modu, ljepotu ili fotografiju. Obično djevojke nekako ostaju povezane sa svijetom u kojem su stvorile manekenske karijere.

Nepromišljenost što se tiče obrazovanja se često djevojkama odbije o glavu kada se na njima krenu primjećivati prvi znakovi starenja ostanu bez ugovora s manekenskim agencijama, a nisu stekle nikakvo zvanje jer su prekidale školovanje zbog manekenske karijere. Mnoge od njih već nakon vrhunca karijere padnu u depresiju.

Termin supermodel uveden je 80-ih godina prošlog stoljeća, a označava modele i manekenke koje su svjetski poznate, reklamiraju najskuplje brendove, nose najbitnije revije, sudjeluju u*talk show* i *reality show* televizijskim formatima, idoli su mnoštvu mladih djevojaka. Supermodeli su rijetke žene koje su se izdigle iznad tužne i kratkotrajne karijere modela ili manekenke. One su stekle popularnost i iskoristile ju nakon manekenske karijere za pokretanje vlastitog biznisa.[10]

Suprotno snažnim zahtjevima modne scene oko toga kako je potrebno izgledati da bi bili uspješni i zadovoljni mnogi ljudi se još uvijek bore sa pretilošću i sa svim negativnostima što zdravstvenim što socijalnim koje pretilost sa sobom nosi.

2.2. Stigmatizacija pretilosti

Žalosno je što pod pretilost ljudi iz modne industrije podrazumijevaju svaki povišeni BMI (Indeks tjelesne mase). Mladi se osvrću na takve kriterije i sami međusobno takve kriterije usvajaju kao svoje. Mlade osobe koje su pretile tako u svakodnevnom životu bivaju izloženi krivim pogledima, podsmjesima, zlobnim komentarima i neugodnim šalama na svoj račun.

Pretilost ili pretjerano nakupljanje masnog tkiva u Americi je danas jedan od najčešćih poremećaja hranjenja. Obično se određuje kao tjelesna težina koja je za najmanje 20 % veća od prosječne, „idealne“ težine za promatranu tjelesnu visinu.[11]

Mediji i suvremena modna scena groze se ukoliko netko izlazi iz okvira „idealnog i lijepog“. Ljudi iz tog sektora *show businessa* posebno omalovažavaju pretile osobe kada u medijima komentiraju vrlo ružno kako se neka poznata osoba udebljala.

---

[10] Usp. C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str. 72.- 75.

[11] Usp. R. VASTA, M. HAITH, S. A. MILLER, *Dječja psihologija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 202.-203.

Često sve to javno govore pod izlikom da samo upozoravaju da pretjerana tjelesna težina nije zdrava, da se ne smije dopustiti nemar prema vlastitome tijelu, da se takvi ljudi ne hrane zdravo. Takve opaske i komentare slušaju ljudi i jednostavno to počinju prihvaćati i bez razmišljanja slijediti.

Latinoamerikanci imaju najviše problema kada govorimo o pretilosti.[12] Pretilost može biti uzrokovana genetskim nasljeđem, prekomjernom konzumacijom hrane ili kombinacijom ta dva čimbenika. Prvi znakovi pretilost pojavljuju se još u ranoj dobi djetetova života, najčešće oko četvrte ili pete godine života. Kao i ostali poremećaji u prehrani ona također utječe na rast i razvoj djeteta.

Deblje djevojčice ranije ulaze u pubertet, a i dječaci ranije ulaze u razdoblje naglog rasta od svojih vršnjaka koji su normalne tjelesne težine. Naravno da takve tjelesne procese prate i psihološke posljedice. Takva djeca osjećaju nesigurnost ako ih njihovi roditelji pretjerano štite; često se jave problemi u školi jer su takva djeca obično neurotična i imaju problema u socijalnim vještinama.

Često se kod pretile djece događa da ne mogu izaći iz začaranog kruga u kojem su se našli. Svaki neuspjeli pokušaj rješavanja svoga problema rezultira još većim prejedanjima i većim psihičkim posljedicama- nezadovoljstvo, očaj, frustriranost, stid i još veće pomanjkanje samopouzdanja, stvaranje svog vlastitog svijeta ugode gdje nema komentara na njihov račun, prijezirnog gledanja i odmjeravanja, osude drugih.

Mladi ljudi, posebno u pubertetu i adolescenciji padaju pod utjecaj medija i stigmatiziraju pretile osobe.[13] Nažalost, pretili ljudi vode svoje bitke sa tjelesnom težinom i ne trebaju osuđivanje okoline. Oni, kao i kod ostalih poremećaja hranjenja, vjerojatno prvenstveno imaju neriješene emocionalne probleme.

To nije samo njihov osobni problem ili samo problem estetske prirode, nego zahvaća cijeli spektar odnosa njih prema vlastitoj osobnosti i tijelu, njihov odnos prema roditeljima i obitelji, njihov odnos prema okolini u kojoj rade i borave.

Nažalost mnogi su od predškolske i školske dobi na meti zbog viška kilograma. Takav način tretiranja se promijeni u svijetu odraslih, ali diskriminacija zauvijek ostaje. U doba ranog djetinjstva i puberteta djeca koja se muče s višom kilograma dobivaju češće komentare na račun svoga izgleda od vršnjaka, koji u toj dobi ne znaju što je socijalno prihvatljivo i vrlo su iskreni i direktni.

[12] O. EZZELL, POWER I COUSINS, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2344777, (2.1.2017.)
[13] C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str. 75.

Naravno da nije dobro ekstremno izlaženje iz nekakvih „normalnih“ okvira, ali kako u pretilosti s jedne strane, tako i u patološkoj mršavosti trebamo gledati čovjeka ispred sebe koji sam ne može riješiti svoj problem. Nažalost, doveli su se u takvo stanje jer su mislili i krivo procijenili da nemaju problem i da je njihov tjelesni izgled pod njihovom kontrolom.

Posljednjih godina, dok se jedni zgražaju nad debelim tijelom pretilih osoba u medijima se pojavljuju naslovi poput ovoga: *XXL modeli se skinuli u borbi protiv diskriminacije pretilih*.[14]Jedan časopis za *plus size* manekenke odlučio je napraviti kampanju u borbi protiv diskriminacije pretilih žena. Poticaj za takvu akciju bio je osjećaj stida kojeg osjećaju debele osobe zbog svog izgleda. Način na koji se današnja ljepota promovira smanjuje samopouzdanje mnogih, osobito mladih.

Američki *Plus size* časopis u svom listopadskom izdanju 2012. godine objavio je fotografiju potpuno golih manekenki koje skupa poziraju- ove žene imaju viška kilograma i jako dobro to nose. Cilj kampanje je skrenuti pažnju na ljude koji se iz nekog razloga stide svog tijela, a obzirom da je taj broj pogledalo i kupilo više od pola milijuna ljudi, za zaključiti je da je kampanja imala velik odjek.

Zbog pojave sve većeg broja tinejdžera koji su sve skloniji anoreksiji te zbog krivih poruka plakata koje krase savršena tijela, u ljeto 2012. godine jedna američka tinejdžerica odlučila stati na kraj 'fotošopiranju' u teen časopisima. Mlada Amerikanka pokrenula je peticiju protiv savršenih lutaka koje su uzori mladim djevojkama, ali i djevojčicama.

Situacija u svijetu mode i marketinga nije se vidno promijenila iako je ovakvih inicijativa sve više, međutim nedovoljno jer su lažni ideali prisutni više nego ikad, a krive vrijednosti njeguju se iz dana u dan.

Primjer iz Hrvatske[15]

> Lucija Lugomer oduvijek je primala komplimente za svoje lijepe crte lica oči i kosu. Na internetu je otkrila kakve se djevojke traže za ulogu plus size modela, poslala je zahtjev i postala dio modnog svijeta. Tako je postala prva hrvatska plus size manekenka.
> Uobičajeni modni standardi u plus size manekenke svrstavaju osobe koje izlaze iz okvira konfekcijskih veličina. U ovoj modnoj grani nema propisanih mjera, ali je poželjno da model ima uži struk, a naglašenije bokove. Manekenke plus size najviše posla imaju u Njemačkoj i Americi, dok u Hrvatskoj plus size modeli još nisu dobili svoje pravo mjesto na modnoj sceni. Ipak, ni ondje plus size modelima ne teče med i mlijeko i iako imaju posla to još uvijek nije takozvana visoka moda, svjetski najpoznatiji dizajneri i dalje inzistiraju na veoma mršavim djevojkama.
> Plus size modeli najčešće angažiraju *high street* brendovi, kojima je u cilju približiti se običnoj i prosječnoj ženi.

[14] http://www.srednja.hr/Novosti/Svijet/XXL-modeli-se-skinuli-u-borbi-protiv-diskriminacije-pretilih, (15.1.2017.)

[15] Intervju sa Lucijom Lugomer, http://thinkcroative.weebly.com/intervju/lucija-lugomer , (20.4.2017.)

2.3 Idealiziranje vitkosti kod žena

Gotovo u svakoj kulturi i religiji očiti su odnosi prema "mršavima" i "debelima", također i obredi i tabui vezani uz hranu i hranjenje, a ne zanemaruje se ni njihov utjecaj na kognitivnu, afektivnu ili bihevioralnu komponentu života pojedinca.

Tijekom 20. stoljeća ideali ljepote za žene, više nego za muškarce, naglašavali su vitkost. U drugoj polovici 20. stoljeća u mnogim zemljama tjelesna težina populacije bila je u porastu, a paralelno s tim rastao je i ideal mršavosti. Nesklad između stvarnosti i onoga što bi željeli, dovelo je do općeg nezadovoljstva vlastitom tjelesnom težinom među ženama.[16]

Vitkost je poželjna tjelesna karakteristika kada govorimo o ženskom rodu, a danas gotovo svakodnevno psiholozi, sociolozi i drugi stručnjaci koji se bave privlačnošću žene i elementima koji ju čine privlačnima objavljuju studije u kojima dokazuju da je vitkost žene u izravnoj povezanosti sa seksualnim i bračnim ispunjenjem kod muškaraca. Takve studije ne samo da potiču žene da gube kilograme, već i izazivaju frustracije kod onih koje nemaju genetske predispozicije, vremena ili volje posvetiti se mršavljenju i stjecanju vitke figure – ali one time ne postaju ništa manje podložne prevelikoj i pretjeranoj brizi o svome tijelu. [17]

Iako tijekom života učimo da je bitna unutarnja ljepota i dobrota, privlačan i lijep izgled definiran od strane društva itekako utječe na želje i težnje pojedinca kako bi se uklopio u društvo i upravo se nadao da postizanjem željenog izgleda može povećati kvalitetu svog života, utjecati pozitivno na sliku koju drugi imaju o njemu i općenito biti sretniji – jer se danas isticanje vanjskog izgleda smatra bitnom komponentnom ženstvenosti i prvim načinom na koji se o osobi stječe sud.

2.4. Isticanje tjelesnog izgleda kao ključne komponente ženstvenosti

Žene i muškarci u svemu se razlikuju. Njihove razlike su višedimenzionalne (fizičke,psihičke, emocionalne, intelektualne, duhovne) i prema tradicionalnom shvaćanju žene se shvaćalo kao slabiji spol. Od početka povijesti žene su bile zaslužne za rađanje i odgoj djece te obavljanje kućanskih poslova.

Za vrijeme Drugog svjetskog rata mnoge žene počinju raditi u poduzećima i tvornicama, dok nakon rata ostaju na radnim mjestima i pokreću borbe za ravnopravne uvjete rada.

[16] BROWNELL I FAIRBUM, http://bjp.rcpsych.org/content/176/2/197 , (12.4.2017.)
[17] Isto.

Drastičnom izmjenjivanju tradicionalnih stavova o muškarcima i ženama pridonio je feministički pokret koji je kulminirao sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća.

Suvremene feministice su prešle preko svih granica kada su počele polagati pravo na pitanje života djeteta koje nose u trudnoći ili uplitanje u bogohulne prosvjede i zaluđivanje širih masa ekscesnim ponašanjima. Ugrozile su i uništile ženstvenost jer kao da žena nije dovoljno emancipirana, samostalna i uspješna ako se ne poistovjeti s muškarcem.

Danas imamo primjere gdje suvremene feministice ne žele odstranjivati dlačice s tijela koje su u zapadnoj kulturi neprihvatljive (zbog modnih trendova koje je razvijao Zapad gdje je žena savršeno njegovana, depilirana, duge kose, dugih noktiju, lijepo oblikovanog tijela).

Da se vidi neprihvatljivost „kalupa“ i neslaganje dodatno naglašavaju bojenjem dlačica u neke neprirodne boje (ljubičasta, zelena, roza, tirkizna…). U modnoj industriji žena ne odskače po svojoj ženstvenosti, po svojim ženskim atributima već su modeli nalik jedni drugima bez dimenzije osobnosti u poslu.

Današnji modeli zapadne visoke mode su najčešće mlade djevojke vrlo male tjelesne težine, velikih očiju, izraženih jagodičnih kostiju, upalih obraza, blijede kože. Kada pogledamo na sve te djevojke možemo jasno vidjeti da tipična manekenka ili model na Zapadu izgleda poprilično nezdravo i neplodno.

Istovremeno smo svjedoci pretjeranoj erotizaciji društva. Gotovo u svakoj reklami ili glazbenom spotu postoji barem jedna vitka i zamamna krasotica koja ima upečatljive tjelesne atribute, koja je u oskudnoj odjeći (često samo i u donjem rublju ili bikiniju) i koja, ako i nešto izgovara u tom kratkom isječku, gotovo uvijek verbalno ili neverbalno šalje poruku koja je dvosmislena i aludira na seks. Takve su žene u prosjeku drugačije od manekenki s modnih pista visoke mode. One imaju bujne kose i grudi, figuru pješčanog sata, pune usne, rumene obraze.

Ovakav model je razumljiviji ljudskoj psihi i nagonima muškarca, kojemu će uvijek zanimanje na gotovo životinjskoj razini pobuditi žena koja izgleda zdravo (poput ostalih životinja kojima je urođeno da prepoznaju karakteristike plodnosti i zdravlja suprotnog spola).

To posebice dolazi do izražaja kada se reklamira proizvod namijenjen muškarcima, čak i tinejdžerima. Stereotipno takve žene muškarci povezuju sa mogućim seksualnim odnosima što njima obuzima pažnju. Sukladno tome, mlade djevojke zbog toga da bi bile stekle takvu pažnju suprotnog spola, bile poželjne i atraktivne žele postati kao modeli iz novina, televizije ili neke društvene mreže. Neke žene koje inače nemaju dovoljno samopouzdanja i koje sebe vrednuju samo kroz odraz u zrcalu zanemarujuću svoje intelektualne, emocionalne, društvene vrednote ili koje streme savršenosti u svakom pogledu, pribjegavaju tako estetskim korekcijama, pretjeranim uljepšavanjima i izgladnjivanjima kako bi bile najljepše i najpoželjnije.

3. ANOREKSIJA I BULIMIJA
DEFINICIJKO ODREĐENJE POREMEĆAJA HRANJENJA

Anoreksija i bulimija jedne su od rijetkih bolesti koje privlače pažnju zbog svojih specifičnosti poput činjenice da se smatraju „nepotrebnim bolestima“ jer za razliku od većine bolesti od kojih ljudi obolijevaju ovdje se čini da bolesnik sam odabire razviti bolest.

Kao i sve ostale bolesti i one se godinama proučavaju i postoji teorijsko zaleđe o kojem ovo poglavlje govori.

Kod poremećaja hranjenja postoji tri faktora koji sudjeluju u procesu njihovog nastanka. U te faktore ubrajamo biološke karakteristike pojedinca, karakteristike ličnosti, odnosi u obitelji.[18]Razdoblje od razvoja prethodnika u ponašanju do jasne pojave poremećaja pripada drugoj fazi u kojoj djeluju precipitirajući faktori. Precipitirajući faktori služe kao svojevrsni okidači za nastanak poremećaja za koji je osoba predisponirana. Tu se najčešće radi o nekim stresnim događajima, a dijeta se smatra da je precipitirajući događaj za nastanak poremećaja kod poremećaja hranjenja.

Ukoliko i kada bolest nastupi odrediti će se hoće li bolest biti kronična ili prolaznog tipa prema interakciji održavajućih i zaštitnih faktora. Među održavajuće faktore ubrajamo slijedeće: dijeta koja se često ne prekida i nakon što je nastupio poremećaj; gubitak težine i pozitivna potkrepljenja iz okoline. Što se tiče predisponirajućih faktora njih ima mnogo, a njih svrstavamo najčešće u tri skupine:biološke, psihološke i socijalne.[19]

3.1. Anoreksija

Anorexia nervosa (anoreksija nervoza) je poremećaj jedenja kojeg obilježava pretjerani strah od debljanja. Riječ *anoreksija* grčkog je podrijetla, a odnosi se na nedostatak apetita, izbjegavanje i gnušanje prema hrani.[20]

Anoreksija nervoza poremećaj je hranjenja karakteriziran namjerno izazvanim gubitkom tjelesne mase. Prema današnjoj psihijatrijskoj klasifikaciji zajedno sa bulimijom se svrstava u poremećaje uzimanja hrane, a dijagnostika joj se osniva na kriterijima: mršavosti, straha od debljanja, promijene doživljaja vlastitog tijela i hormonskih poremećaja.[21]

[18] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998., str. 22.-30.
[19] Usp. C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str. 17.-30.
[20] V. ANIĆ, I. GOLDSTEIN, *Rječnik stranih riječi*, Novi Liber, 1999., str. 94.
[21] Usp. V. VIDOVIĆ, *Nav. Dj.*, str. 22.-24.

Najčešće se javlja u dobi od 14 -25 godina, dakle, kratko nakon puberteta ili u kasnoj adolescenciji. Postoje slučajevi gdje se javlja između 8 – 14 godina.[22]

U prosjeku najčešće pogađa žene od petnaest do trideset godina, ima slučajeva djece koje boluju od anoreksije kao i žena do četrdeset, pa čak i iznad četrdeset godina, no oni su rijetki. Postotak kod žena u kasnijoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi kreće se između 0,5 i 1% i stalno se povećava, pogotovo posljednjih desetljeća.

Osobe koje pate od anoreksije nervoze gube na tjelesnoj masi izbjegavajući kaloričnu hranu, prekomjerno vježbaju, a katkad izbacuju hranu iz tijela povraćanjem ili laksativima. Oskudnom prehranom dolazi do raznih hormonskih poremećaja, što rezultira amenorejom, a kod djece u pretpubertetu zaostajanjem u rastu i razvoju i psihičkim poremećajima. Poremećaj se rijetko primijeti rano jer započne s dijetama koje ne izazivaju pretjeranu brigu među obitelji i prijateljima, jer je normalno da ljudi brinu o sebi i svome tijelu.

Najčešće zabrinutost dolazi nakon znatnog gubitka na težini, kada najbliži primijete tjelesne promjene kod oboljelih od anoreksije. S vremenom najčešće opsesija fizičkim izgledom, svakim kilogramom i unesenom kalorijom postaje sve jača. Psihički problemi se javljaju nedugo nakon prvih skinutih kilograma koji im pružaju veliki užitak i oduševljenje, teško im je sudjelovati u dotadašnjoj svakodnevici, najčešće popuštaju u školi, higijeni,postaju socijalno izolirani jer se boje da bi društvo moglo primijetiti nešto neobično, raspitivati se i brinuti za njih.

Oboljelima medicinska ili psihološka pomoć nije poželjna, što dokazuje da se oni rijetko kada sami usude potražiti stručnu pomoć. Najčešće ih na liječenje prijave njihovi obiteljski liječnici ili članovi obitelji. Često se vidi da osoba pati od poremećaja prehrane, ali problem i zapreka u početku terapije i sastavljanju dijagnoze je poricanje poremećaja.

Prihvaćanje problema od strane obitelji i pružanje podrške i suosjećanja temelj su ohrabrivanja osoba da se oslobode straha od debljanja i normalne prehrane, te da se prestanu previše brinuti oko vježbanja i prekomjernog bavljenja fizičkom aktivnosti.

Dijagnoza koju liječnik postavi mora se potvrditi informacijama koje dobije od bliskih osoba koji znaju i mogu posvjedočiti o načinu života, prehrambenim navikama i stanju prije poremećaja oboljele osobe. Fizikalnim pregledom, mjerenjem visine i težine te izračunavanjem ITM-a procjenjuje se težina pothranjenosti. Iako druge analize i pretrage općeg zdravstvenog stanja osobe nemaju izravne veze s dijagnosticiranjem anoreksije ili drugog poremećaja hranjenja, takve su pretrage bitne jer mogu ukazati na moguće komplikacije ako se fizičko stanje pogorša ili mogu upozoriti na zdravstvene poteškoće koje su se možda već pojavile zbog

[22] Usp. S. ANTON, M. Z. KNEŽEVIĆ, *Anorexia Nervosa*, Socijalna Psihijatrija, Zagreb, 1996, str.155.-161.

poremećaja hranjenja. Standardne pretrage koje najčešće pokrivaju sve sustave koje mogu biti pogođeni anoreksijom su laboratorijski testovi i radiološke pretrage i elektrokardiogram.
Kada govorimo o kliničkoj slici osoba koje razvijaju bolest - one često su previše precizne, kompulzivne, inteligentne i ambiciozne. Prve indikacije su zabrinutost u pogledu tjelesne težine (čak među mršavim osobama, a takvih je većina) i smanjenje unosa hrane.
Zaokupljenost i tjeskoba s obzirom na tjelesnu težinu se povećavaju kako bolest ovladava, ali i kada osoba mršavi. Osoba najčešće niječe problem što je važna značajka. Bolesnici se ne tuže na anoreksiju ili gubitak tjelesne težine, redovito odbijaju terapiju, a liječniku ih dovodi njihova obitelj zbog interkurentne bolesti ili žaljenja na druge simptome (nadimanje, bol i mučnina u trbuhu, opstipacija).[23]

3.1.1. Klinička slika anoreksije

Kliničkom slikom dominira pothranjenost- gubitak tjelesne težine koji je posljedica smanjenja ukupnog unosa hrane u organizam. Bolesnici najčešće koristi dodatne metode za gubitak tjelesne težine koje uključuju "čišćenje" (odnosno samoinducirano povraćanje ili zloporabu laksativa ili diuretika) i intenzivno ili prekomjerno tjelesno vježbanje.
Bolesnici su pretjerano opterećen strahom od dobivanja na tjelesnoj težini ili od toga da će postati gojazni, a gubitak težine doživljava se kao impresivno dostignuće i znak izuzetne samodiscipline, dok se dobitak težine doživljava kao neprihvatljivi gubitak samokontrole.
Osobe koje boluju od anoreksije najčešće imaju poremećenu percepciju vlastitoga tijela i težine.[24]Neki od njih se osjećaju općenito predebelima dok se neki bolesnici smatraju mršavima ali da imaju predebele neke dijelove tijela.
U kliničkoj slici izraženi su različiti sekundarni endokrini i metabolički poremećaji kao i smetnje tjelesnih funkcija. Tu se mogu navesti izostanak menstruacije u žena generativne dobi, što je ujedno i indikator fiziološke disfunkcije, različiti biokemijski i hematološki poremećaji, promjene u EKG-u i EEG-u.
Oboljeli od anoreksije gladovanjem i "čišćenjem" organizma mogu prouzročiti poremećaje općeg zdravstvenog stanja koji uključuju: razvoj anemije, oštećenje bubrežne funkcije (praćeno kroničnom dehidracijom i hipokalijemijom), kardiovaskularne probleme (teška hipotenzija i

[23] M. ŽIVKOVIĆ, Anoreksija nervoza, *Cybermed*, http://www.cybermed.hr/clanci/anoreksija_nervoza, (13.4.2017.)
[24] Usp. N. AMBROSI – RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., str. 13.-20.

aritmija), dentalne probleme i osteoporozu (koja je rezultat smanjenog uzimanja i apsorpcije kalcija, smanjene sekrecije estrogena i povećanje sekrecije kortizola).[25]

Bolesti koje povezujem s poremećajem anoreksije i koje u obzir dolaze su upalne bolesti crijeva, dijabetes i bolesti štitnjače. U početnoj fazi poremećaja prisutni su anksioznost i sniženo raspoloženje. Napredovanjem bolesti emocionalne teškoće postaju sve izraženije. Osobe postaju socijalno izolirane, izbjegavaju društva, pogotovo kada je u društvu jede, imaju osjećaj da im drugi narušavaju privatnost onda i kada to nije slučaj, često nemaju niti jednu osobu kojoj bi mogle povjeriti svoj problem iz straha da će biti prisiljeni na liječenje. Zbog svega toga njima je iznimno teško naći nekoga s kim će se upustiti u romantičnu vezu.[26]

Samokontrolu doživljavaju isključivo kroz kilograme koje su izgubili, a debljanje im se čini kao manjak discipline. Depresija je, prema studijima, zastupljena u oko 60% slučajeva poremećaja u prehrani. Liječnici upozoravaju da neredovita i nezdrava prehrana mogu dovesti do niza zdravstvenih problema koji ozbiljno urušavaju opće zdravstveno stanje organizma, neki od problema koji se gotovo uvijek javljaju su oštećenja bubrežne funkcije, osteoporoza, anemija, nedostatak nekoliko vrsti minerala i vitamina, poremećen metabolizam, endokrini poremećaji, razne kardiovaskularne tegobe (u težim slučajevima, najčešće kada osoba živi „na vodi“).

Pojedine se osobe potpuno oporave, neke se ponekad vraćaju nezdravim navikama i destruktivnom ponašanju dok se kod nekih razvije gotovo neizlječiv kronični poremećaj u prehrani. Sve studije pokazuju slične rezultate: oko polovice se uspije izliječiti, oko 30% živi normalno nakon terapija s povremenim vraćanjem poremećaja, ostali razviju kroničnu anoreksiju, od kojih, zbog posljedica poremećaja, na kraju umre do 5%.[27]

Smrt je posljedica gladovanja, neravnoteže elektrolita ili samoubojstva. Stopa smrtnosti najveća je u dvadesetim godinama života oboljele osobe, a najčešće od anoreksije umiru upravo oni koji imaju najmanji indeks tjelesne mase, ne isključivo, jer imaju najviše zdravstvenih problema, već oni koji su bili najvjerniji anoreksiji i najviše se izgladnjivali najčešće budu oni kojima drastične mjere poput samoubojstva nisu strane.

Rijetko bolest prelazi u drugi oblik poremećaja prehrane – bulimiju nervozu. Izgladnjivanje uzrokuje promjene u moždanim strukturama, mijenja se razina svih hormona i neurotransmitera pa dolazi do promjena u ponašanju oboljele osobe. Glad uzrokuje potištenost, neraspoloženje i razdražljivost pa na neki način osoba mijenja svoju ličnost.

---

[25] SKUPINA AUTORA, *Veliki obiteljski savjetnik o zdravlju*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2001., str. 122.-123.

[26] Usp. I. ŠTENGL, Poremećaji hranjenja i sposobnost za sakrament ženidbe, u: *Bogoslovska smotra*, 1 (2012), str. 15.-42.

[27] N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Spektar, Naklada Slap, Zagreb, 2004. str.15.

To je pokazalo i istraživanje provedeno za vrijeme Drugoga svjetskog rata, pod nazivom Minnesotska studija izgladnjivanja[28] (engl. Minneso ta starvation experiment), provedeno na dobrovoljcima koji su bili podvrgnuti izgladnjivanju kako bi se utvrdile njegove posljedice na tijelo i psihu.

Pokazalo se da izgladnjivanje dovodi do depresije, histerije, a većina ispitanika doživjela je i emocionalni stres. Kod nekih je došlo i do samoozljeđivanja koje se javlja kod osoba koje imaju teškoće u kontroli svojih emocija. Mnogi su postali apatični, letargični, imali su smanjen libido, postajali su sve više socijalno izoliranima, a primijetili su i pad koncentracije te sposobnosti prosuđivanja. Istraživanje je pomoglo boljem razumijevanju utjecaja izgladnjivanja na kognitivno i socijalno funkcioniranje osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, a osobito od anoreksije nervoze. U nekim slučajevima upoznavanje oboljelih s detaljima ovog eksperimenta može pomoći da lakše razumiju učinak izgladnjivanja na njihovo tijelo.[29]

Nije svako značajno gubljenje težine znak anoreksije, potrebno je više simptoma i stoga se ona mora definirati.

Anoreksija nervoza mora se razlikovati od[30]:

- Gubitka na težini u okviru općih zdravstvenih stanja (npr. neoplazma, upala, metaboličkih ili endokrinih stanja)- takvo stanje nije karakterizirano zahtjevom za iskrivljavanjem tjelesnog izgleda i intenzivnim strahom od dobivanja na težini; često je praćeno gubitkom apetita, te uključuje znakove, simptome ili laboratorijske nalaze koji su karakteristični za to opće zdravstveno stanje.

- Bulimije nervoze koja ne zahtijeva nisku tjelesnu težinu. Bulimija nervoza može se dijagnosticirati jedino u vremenu kad nisu zadovoljeni kriteriji za Anoreksiju nervozu. Ako su zadovoljeni kriteriji za obje, daje se dijagnoza Anoreksije nervoze, prežderavajuće/ purgativnog tipa.

- Gubitka na težini u okviru depresivnih poremećaja- za razliku od Anoreksije nervoze ovaj poremećaj nije karakteriziran zahtjevom za intenzivnim strahom od dobivanja na težini i uključuje prisutnost karakterističnih obilježja (npr. depresivno raspoloženje, gubitak zanimanja).

[28] *Minnesota Starvation Experiement*, http://www.apa.org/monitor/2013/10/hunger.aspx, (15.5.2017.)

[29] Usp. N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Spektar, Naklada Slap, Zagreb, 2004. str. 14.-16.

[30] V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC, Anoreksija-komorbiditet i diferencijalna dijagnoza, u: *Medix*, 52 (2004.), str.48.

- Neuobičajenog ponašanja prilikom uzimanja hrane u okviru shizofrenije- Nije karakterizirano zahtjevom za intenzivnim strahom od dobivanja na težini, nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom i uključuje karakteristična obilježja (npr. sumanutosti, halucinacije, dezorganizirani govor).

- Opsesije ili kompulzije u vezi s hranom u okviru opsesivno- kompulzivnog poremećaja- Nije karakterizirano zahtjevom za intenzivnim strahom od dobivanja na težini, nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom i uključuje opsesije i kompulzije koje nisu ograničene na misli ili ponašanja u vezi s težinom, uzimanjem hrane ili hranom.

- Izbjegavanja uzimanja hrane na javnim mjestima u okviru socijalne fobije- Nije karakterizirano intenzivnim strahom od dobivanja na težini i nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom.

- Iskrivljenog doživljaja tjelesnog izgleda u okviru poremećaja sheme vlastitog tijela što nije karakterizirano intenzivnim strahom od dobivanja na težini i nije karakterizirano niskom tjelesnom težinom.

Postoje dva tipa anoreksije nervoze[31]:

1. Restriktivni tip - ograničavanje unosa hrane
2. Prežderavanje - prejedanje s čišćenjem

Kod prvog tipa anoreksično ponašanje pojavljuje se u obliku ograničavanja unosa hrane dijetom ili izgladnjivanjem te neke bolesnice jedu samo jednom na dan ili nekoliko puta tjedno. Dijete koje provode često su praćenje pretjeranom tjelovježbom poput aerobika i fitnesa radi gubljenja kalorija.

Drugi tip anoreksije javlja se u obliku stalne dijete uz povremeno prejedanje i nekoliko puta tjedno čišćenje – odnosno izbacivanje unesene hrane iz tijela samo-izazvanim povraćanjem ili korištenjem laksativa (sredstva koja pospješuju probavu), diuretika (sredstva za izlučivanje vode iz tijela preko bubrega).

[31] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopis „Psiha“, Zagreb, 1998, str.26.-28.

Prema DSM – IV[32]ovo su kriteriji za dijagnozu anoreksije obuhvaćaju sljedeće[33]:

1) Odbijanje prihvaćanja da je tjelesna težina ispod normalne minimalne težine za dob i visinu.
2) Tjelesna težina 15% ispod očekivane.
3) Iskrivljena slika o vlastitu tijelu (bolesnik sebe doživljava kao debelu osobu).
4) Pretjerano vježbanje i hiperaktivnost.
5) Povlačenje iz društva i spolnog života.
6) Zatvor, bradikardija i neravnoteža elektrolita.

Na temelju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje anoreksija nervoza se opisuje kao poremećaj kod kojega osoba odbija održavati tjelesnu težinu na ili iznad minimalne za svoju dob i visinu, prisutan je izuzetan strah od debljanja, poremećen je način na koji osoba doživljava oblik i težinu tijela, a kod žena u generativnoj dobi postoji i amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se menstruacija ponovno uspostavlja jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena).
Amenoreja se može pojaviti, kod određenog broja žena s anoreksijom, prije značajnog gubitka tjelesne težine, a kod djevojčica u pretpubertetu, menarha može biti odgođena zbog izbijanja bolesti.[34]Ostale fiziološke promjene koje prate anoreksiju su: suha koža koja lako popuca, nježne polegnute dlačice na vratu i licu, krhki i lomljivi nokti prstiju, žućkasti ton kože, usporeno srčano bilo,opstipacija, snižena tjelesna temperatura te mišićna slabost.
Što se tiče spolne strukture oboljelih, 90% oboljelih su žene. Anoreksija je opasna i zbog toga bi već u ranom stadiju trebalo potražiti stručnu pomoć. Neki slučajevi mogu biti vrlo otporni na liječenje i mogu zahtijevati hospitalizaciju, čak 15% anoreksičara umre od komplikacija. Anoreksija je u prvom redu bolest uma, iako je u središtu ove bolesti hrana i fizičke posljedice. Često započinje neprimjetno jer se u čovjeku javlja relativno prirodna želja za gubitkom nekoliko kilograma. Kad potpuno smršave osobe su svjesne sveopće mršavosti, ali i dalje vjeruju da im je problematičan dio tijela debeo.

[32] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Naklada Slap, 1996.
[33] R. E. RAKEL, *Osnove obiteljske medicine,* Medicinska biblioteka, Zagreb, 2005, str. 477.
[34] Usp. A. POKRAJAC-BULIAN, *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja*, Doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Zagreb, 2000., str. 12.-43.

Kako im je tjelesna težina glavni faktor samoprocjene, osobe s anoreksijom pate od niskog samopoštovanja. Stoga, gubitak tjelesne težine nije samo cilj kojemu se teži, već i način iskazivanja i provjeravanja vlastite samodiscipline, tako da predstavlja dostignuće koje jača samopoštovanje. Prema DSM – IV[35] karakteristike koje se često javljaju kod anoreksije su perfekcionizam, opsesivno – kompulzivno ponašanje, nisko samopoštovanje, te izrazite smetnje raspoloženja s nerijetkim javljanjem depresivnosti, socijalnog povlačenja, razdražljivosti, nesanice i smanjenog libida.

Dijete koje drži bolesnik samo privremeno ublažavaju psihološke probleme koje se nalaze u pozadini, bez dijeta se uskoro neće moći, a unos hrane anoreksičar postupno svodi na najmanju mjeru sve dok se jelo gotovo i ne ukine. Oboljela osoba opsjednuta je slikom svoga tijela, često se doživljava debelom ili čak pretilom. Međutim, anoreksičar od priprave i konzumiranja hrane pravi obred.

Anoreksična osoba može biti očarana receptima i kuhanjem, ali neće sama jesti, osobito u prisutnosti drugih osoba. Može se javiti povremeno prejedanje i čišćenje, posebice ako pokušava ponovno steći normalne navike jedenja. Oko polovice svih anoreksičara u nekom trenutku počnu patiti od bulimije.[36]

3.1.2. Uzroci nastanka anoreksije

Većina istraživača vjeruje da su ključni psihološki čimbenici, dok neka ispitivanja ukazuju da geni mogu donekle predodrediti anoreksiju. Anoreksičari obično imaju nisku razinu samopoštovanja i osjećaju se nedostojnima ljubavi. Adolescencijom se takvi osjećaji produbljuju zbog spolne promjene, kulturoloških poruka koje veličaju mršavost te pritisci i napetost unutar obitelji. Anoreksičar kroz krajnost gladovanja pokušava upravljati svojim životom, u prvom redu mijenjajući oblik svog izgleda, ali i usporavajući i sazrijevanje te spolni razvoj. Oboljeli od anoreksije dolaze često iz obitelji koji imaju velika očekivanja glede njihovih dostignuća i često traže savršenstvo. Takve se obitelji služe prisilom u mnogim vidovima života, posebice u školi. Poricanje problema često prati njihovu izrazitu usredotočenost da ostanu mršavi, jer oni neće ili ne mogu priznati da nešto nije u redu pa reagiraju ljutito ili obrambeno na izraze zabrinutosti drugih ljudi.

[35] AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Naklada Slap, 1996.

[36] Usp. SKUPINA AUTORA, *Veliki obiteljski savjetnik o zdravlju*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2001., str. 122.-123.

Prema psihološkim objašnjenjima koja se temelje na Freudovu shvaćanju, uzimanje hrane može biti nadomjestak za izražavanje spolnih poriva pa tako odbijanje hrane kod anoreksičnih osoba bi bio pokazatelj straha od sve veće spolne žudnje ili oralne impregnacije. Ostali psihoanalitički teoretičari anoreksiju gledaju kao sukob između želje za postizanjem neovisnosti i samostalnosti u okviru obitelji sjedne strane i straha od odrastanja s druge strane.

Za teoretičare učenja, anoreksija je zapravo fobija od debljine ili težnja da se dostigne izgled prelijepe vitke idealne žene, koju mediji određuju i oblikuju.

Kognitivno – bihevioralni modeli u osnovi poremećaja hranjenja tvrde kako postoji iskrivljena slika ili pogrešna ideja o tjelesnoj težini i izgledu tijela. Vjerojatno vodeća fiziološka teorija nastanka poremećaja hranjenja kaže da je posrijedi abnormalno funkcioniranje onog dijela hipotalamusa odgovornog za kontroliranje uzimanja hrane, spolne aktivnosti i menstruacije. Ne može se sa sigurnošću znati je li taj poremećaj uzrok anoreksije, posljedica gubitka tjelesne težine i ograničenog unosa kalorija, ili se tu ipak radi o posljedici emocionalnog stresa bolesnika.

3.1.3. Simptomi anoreksije i kritičnost akutnog pacijenta

Glavni simptomi anoreksije su znatan gubitak težine, pojačan strahom od debljanja, čak i u omršavljelom stanju.[37] Osoba je pretjerano usmjerena na držanje dijeta i vježbanje, ima iskrivljenu sliku o vlastitom tijelu. Osoba je abnormalno zaokupljena hranom, zbraja svaku kaloriju ili opsjednuto proučava kuharice. Simptomi su zatvor, suha i žućkasta koža, a na licu i tijelu pojavljuju se dlačice, može doći do djelomičnog gubitka kose.

Kod žena oboljelih od anoreksije dolazi do prestanka menstruacije i potiskivanja spolne želje. Jedan od simptoma su hladne ruke i stopala na uobičajenoj sobnoj temperaturi. Što se tiče sna, kronična nesanica je simptom anoreksije, a osoba ima neobjašnjiv rat ili pad razine energije.

Ukoliko roditelji ili prijatelji vide da se osoba bori s anoreksijom nužno je izbjegavati komentiranje jela, težine oboljele osobe, njegovanosti izgleda ili uspjeha u školi. Takvi komentari dobrodošli su jedino ukoliko je netko upitan. Nužno je pokazivati osobi za koju smatramo da ima simptome anoreksije kako se tu osobu cijeni zbog drugih kvaliteta, poput pažljivosti i pronicljivost.

Dijagnoza anoreksične osobe se vrlo lako postavlja, pogotovo ako je oboljela osoba već iznemogla i mnogo mršavija od prosječne mršave osobe. Kada osoba izgubi mnogo na težini, ona tada sebi sigurno povećava rizik od fizičkih bolesti koje mogu prerasti i u najozbiljnije

[37] Usp.V.VIDOVIĆ, Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji, u: *Medicus,* 18 (2009.) 2., str. 185.-191.

oblike tjelesnog stanja poput tumora mozga, različitih ostalih malignih bolesti, poremećaji i bolesti vezivnog tkiva, malapsorpciju, hipertireozu i razne infekcije. Što se tiče psihijatrijskih bolesti, popis je podjednako dug i ozbiljan. Najčešće se javljaju opsesivno - kompulzivni poremećaji, afektivni poremećaji, shizofrenija ili konverzivna neuroza, to jest histerija.[38]

Kada se osoba koja boluje od poremećaja hranjenja uzme na liječenje i terapiju prvo se postavlja pitanje što je sve mogući uzrok određenog odnosa prema hrani, jedenju, svome tijelu i doživljaju vlastite tjelesne mase. Najčešće su osobe koje boluju od anoreksije sklone depresiji, pate od depresije ili imaju blisku osobu u obitelji koja pati od depresije. Simptomi afektivnog poremećaja prate gubitak težine. Mnoge anoreksične djevojke povremeno ili češće koriste diuretike i laksative, koji u prekomjernoj uporabi oštećuju njihov probavni sustav, organe i zdravlje općenito te još više ubrzavaju proces mršavljenja. Jedna od opasnijih kombinacija korištenje je tableta za mršavljenje i diuretika istodobno.

Prekomjerna uporaba laksativa može dovesti do brojnih zdravstvenih poteškoća. Anoreksične osobe koje redovno koriste laksative imaju veću stopu kardiovaskularnih komplikacija. Laksativi mogu dovesti do mnogih somatskih simptoma kao što su pretjerana osjetljivost zubi, pogotovo na temperaturu, periodontoza, hematemeza, atrofiranje mišića, bol u trbuhu, česte glavobolje, slaba podnošljivost hladnoće, bol u kostima, neredovita ili poremećena stolica, kardiovaskularne i probavne tegobe. Od probavnih smetnji anoreksične osobe koje previše koriste laksative najviše pati nadutost i usporeni metabolizam.

Anoreksične osobe vrlo lako dobiju modrice i od najmanjih udarca, mogu početi gubiti kosu, imaju petehijalna krvarenja zbog niske razine trombocita.[39]

Fizikalni pregled

Počevši od najočitijeg, anoreksičnu osobu možemo prepoznati samo dok ju pobliže promatramo. Tipična anoreksična djevojka je veoma mršava, upalih obraza i očiju, sivkastog podtona kože, blijeda, kože hladne na dodir, malo dlakavija po tijelu od prosječne djevojke i s nedostatkom sekundarnih spolnih karakteristika. Disanje je duboko, a dah može imati miris acetona zbog ketoza koja je posljedica ubrzane razgradnje stanica.

Fizikalni pregled počinje provjerom pulsa i krvnog tlaka. Tijelo koje se mora prilagoditi izgladnjivanju spontano prelazi u stanje usporenog metabolizma, a samim time i pulsa. Kod anoreksičnih osoba se očekuju rezultati manji od prosječnih šezdesetak otkucaja u minuti.

[38] V.VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998., str.28.
[39] Usp. Isto, str. 28.-31.

Smanjuje se kateholamin u perifernoj cirkulaciji i događaju se promjene pri prelasku tiroksina u trijodtironin. Ubrzan rad srca je moguć pri najtežim slučajevima dehidracije. Zbog smanjenja volumena krvi dolazi i do smanjenog krvnog tlaka.[40]

Anoreksične osobe su veoma osjetljive na temperaturu, a pogotovo im smeta hladnoća i smanjenje temperature jer im je i temperatura tijela najčešće smanjena. Poneke bolesnice nekada povraćaju pa mogu imati i oštećenja na zubima u obliku uništene zubne cakline i dekalcifikacije zuba. Kao i kod bulimičnih osoba, anoreksičari katkad znaju imati povećane žlijezde slinovnice ili Russellov znak, zadebljanja ili kraste na šakama zbog povraćanja. Koža se peruta, tanka je i javljaju se nježne dlačice po čitavom tijelu zbog hipertireoze.[41]

Ako se radi o teškom stadiju anoreksije laboratorijski nalaz jer od krucijalne važnosti za razumijevanje ozbiljnosti fizičkog stanja pacijenta. U krvi se javlja smanjen broj limfocita, što uzrokuje pad imuniteta, a javlja se veći broj limfocita. Anemija je jedan od klasičnih i čestih posljedica anoreksije. Kod djevojaka koje pate i od bulimije uz anoreksiju, često se javlja poremećaj elektrolita zbog povraćanja ili korištenja laksativa. Zbog izgladnjivanja dolazi do manjka kalija u organizmu što rezultira općom slabosti, glavoboljama, probavnim smetnjama i kardiovaskularnim poremećajima.

Demineralizacija kostiju je isto jedna od komplikacija kod osoba koje pate od anoreksije. Kod djevojaka koje više od pola godine nisu dobile mjesečnicu razvija se osteopenija i frakture kostiju zbog osteoporoze. Utvrđeno je da osteoporoza kod anoreksičnih osoba ima veze s njihovim izostankom menstruacije. Iako uzroci nisu točno utvrđeni smatra se da se umjerenim vježbanje proces može usporiti. Za takve slučajeve se preporuča metoda supstitucijske terapije s pripisanim estrogenom i progesteronom uz koje se daju preparati s kalijem ili se osigura dijeta s velikim udiom kalija.

Nažalost, ovog poremećaja nisu pošteđena djeca jer se poremećaj može javiti od najranije dobi. Posljedice su pothranjenost u djece i takva djeca imaju manje energije za socijalnu interakciju i stvaranje povezanosti s drugi ljudima. Djeca su bezvoljna i imaju smanjeno vrijeme za učenje o svojoj okolini. Njihova bezvoljnost može biti posebno štetna tijekom kritičnih razdoblja u razvoju.[42] Takva djeca najčešće pate od nedostatka cinka koji je naročito štetan za normalni metabolizam i može izazvati zaostajanje u tjelesnom razvoju, kod dječaka atrofiju testisa i smanjenu veličinu pomoćnih spolnih žlijezda.

---

[40] Usp. C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str. 52.- 59.

[41] Usp. D. KAŠTELAN, M. KORŠIĆ, Endokrinološki poremećaji u anoreksiji, u: *Medix*, 10 (2004.)52., str. 46.-47.

[42] Usp. R. VASTA, M. HAITH, S. A. MILLER, *Dječja psihologija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 202.-203.

Dijagnostika anoreksije je relativno jednostavna ali treba biti oprezan, posebno u djece, adolescenata i osoba s kroničnim tipom poremećaja. Neophodno je razgovarati s roditeljima i detaljno istražiti navike jedenja budući da strah od debljanja djeca često prikrivaju, a prestrašeni roditelji i sami počinju vjerovati djeci ili im se boje suprotstaviti.

Anoreksične su pacijentice kao djeca ili adolescenti u prvim intervjuima ljutite i borbene ili pak naoko pasivne i plačljive kao preplašene. Osjetljive na svaku primjedbu o izgledu ili svojim navikama jedenja. Po tipu narcističke ranjivosti povlače se ili napadaju.

Prepoznatljivo je na prvi pogled da su vezane za majke, ali to ih ni najmanje ne sprečava da prema njima budu grube, čak i proste kad se osjete ugrožene. Izrazito su anksiozne. Bez obzira jesu li na prvom intervjuu samo s majkom ili su prisutni oba roditelja ili cijela obitelj otac je psihološki ili fizički odsutan, ne čini se da zanemaruje obitelj, samo puno radi i obično nije kod kuće. U kasnijim razgovorima postaje jasno da ne samo da nema mnogo veze s kćerkom već da su odnosi sa suprugom također narušeni iako se to u obitelji nesvjesno prikriva. Mame su na prvi pogled samouvjerene i često uspješne osobe, ali u suštini anksiozne, nesigurne. Često su i same opsjednute vitkom linijom i nezadovoljstvom tijelom, možda su i ranije imale anoreksiju, priznaju da se u početku nisu bunile protiv kćerine dijete.

Nerijetko se nakon što se odgrne prvi sloj zabrinutosti aktualnom dramom vidi da je u obitelji bilo gubitaka, bolesti ili drugih nepovoljnih okolnosti prosječno više od onog uobičajenog. U obiteljskoj terapiji nakon prvobitnog ispitivanja situacije radi se na postavljanju granica, povezivanju roditelja odnosno uspostavljanja narušenih funkcija različitih sustava unutar obitelji. Često se otkrivaju brojni drugi fenomeni u pozadini.[43]

3.1.4. Manoreksija

Manoreksija je termin koji označava bolest anoreksije kod muškaraca. Muškarci su ponosni da priznaju problem i smatra se da je oboljelih više od broja evidentiranih.

Težina poremećaja je u prosjeku veća od one kod anoreksije u djevojaka. Stručnjaci koji se bave problematikom manoreksije smatraju da osim poremećene prehrane dječaci i muškarci koji boluju od manoreksije gotovo uvijek imaju i ozbiljni problem muškog identiteta.

Poremećaj rodnog identiteta može biti okidač za anoreksiju i bulimiji i kod žena kao i kod muškaraca, ali je kod muškaraca puno češći. Može se povezati s tim da su osobe s poremećajem rodnog identiteta okupirane osobinama suprotnog spola i žele ih primijeniti na sebi.

[43] Usp. V. VIDOVIĆ, Psihodinamski pogled na anoreksiju nervozu u djece, u: *Pedijatrija danas*, 6 (2010.) 2., str. 121.-122.

Bave se aktivnostima stereotipno rezerviranima za suprotni spol, ugodnije se osjećaju u odjeći suprotnog spola i zaineresiraniji su za bliska prijateljstva sa suprotnim spolom. Takvi su poremećaji rijetki, a značajke su puno izraženije kod dječaka nego kod djevojčica.

Etiologija ovog fenomena nije sasvim istražena, pa se traže poveznice između genetskog nasljeđa, socijalnih iskustava, obiteljskih odnosa i psihičkih čimbenika. Uočena je poveznica između odsustva oca pri odgoju djeteta i majčinskog svjesnog ili nesvjesnog inzistiranja na ponašanjima tipičnim za djevojčice. U odrasloj dobi dio takvih dječaka ima znatno veću predispoziciju za homoseksualnost ili čak transeksualnost.

Ženska djeca ranije stupe u pubertet, a dječaci imaju poremećaje u prehrani od pretpubertetskog razdoblja, i to najčešće razviju problem jer su imali prekomjernu težinu zbog koje su bili zadirkivani. Bulimičari koji mnogo vježbaju nisu rijetkost kod muških kao i kod ženskih osoba. Samo što im je cilj bitno različit: dok djevojke vježbaju da bi izgledale što mršavije i vitkije, muški vježbaju da bi izgledali muževnije.[44]

Problem je najprije uočen u modnoj industriji. U početku muškog manekenskog posla manekeni uopće nisu bili pod povećalom, ali se kasnije pokazalo da i velik broj muških manekena pati od anoreksije, tj. manoreksije.

Glavna obilježja su[45]:

- Restriktivna dijeta sa ekstremnim vježbanjem
- Opsjednutost izgradnjom mišićne mase vježbanjem i preparatima
- Laganje vezano uz hranu
- Prečesto vaganje
- Gađenje vlastitim izgledom
- Jak strah od debljanja
- Depresija
- Društvena izoliranost
- Smanjen interes za romantičnu vezu
- Mogući problemi sa rodnim identitetom
- Teže izražavanje osjećaja
- Problemi sa koncentracijom
- Insomnia (problemi sa spavanjem)

[44] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998., str. 126.-127.

[45] *National eating disorder USA*, https://www.nationaleatingdisorders.org/anorexia-nervosa-males , (10.5.2017.)

Kao i kod žena i ovdje se radi o jako niskoj tjelesnoj težini, nedostatku energije, opadanju kose, ali i smanjenoj razini testosterona.

Nakon 2007. godine kada je doneseno pravilo za ženske modele, doneseno je i pravilo za muške modele; manekeni čiji opseg struka iznosi manje od 70 centimetara nemaju prava izlaska na pistu.[46]

Manoreksija ima uzrok skriven negdje u djetinjstvu, kao prekomjerna težina u prvim razredima škole, zbog čega je osoba bila izvrgnuta porugama vršnjaka, gubitak drage osobe ili prekid neke emocionalne veze. Mediji i reklame sve više prikazuju mladiće i muškarce kao savršeno građene pa se dobiva dojam kako i mladići (baš kao djevojke) moraju izgledati savršeno.[47]

Kada se problem otkrije tada je najbolje otići kod liječnika da ustanovi koliko je tijelo pretrpjelo štete zbog izgladnjivanja. Ukoliko je dječak ili mladić u školi, a sumnja se na poremećaj prehrane dobro je posjetiti i školskog psihologa koji će pomoći oboljelome da se suoči s problemom i bori se protiv njega.

Slavni muškarci koji su imali manoreksiju o tome su kasnije progovorili. Tako je glumac Denis Quaid priznao da je bio opsjednut kalorijama i prehranom kako bi što bolje izgledao.

Billy Bob Thorton imao je problema s manoreksijom i zbog nje je izgubio preko 26 kilograma.Problema su imali i Matthew Perry iz 'Prijatelja', poznati književnik Franz Kafka te John Lennon koji je jedno vrijeme bio patološki mršav.[48]

Suprotno ovim poremećajima, a istovremeno i dalje poremećaj hranjena sam po sebi postoji pretjerana opsjednutost zdravom hranom. Iako se to na prvi dojam ne čini kao nešto loše kada postaje ekstremna opsjednutost itekako se smatra poremećajem hranjenja koji šteti pojedincu koji ga prakticira

3.1.5. Ortoreksija

Ortoreksija[49] je poremećaj hranjenja koji označava pretjeranu i patološku opsjednutost zdravom i čistom hranom koja negativno utječe prvenstveno na socijalni život i obavljanje svakodnevnih aktivnosti, a često dolazi i do malnutracija jer osoba koja boluje od ortoreksije unosi manjak ili uopće ne unosi prehranom sve ono što smatra nezdravim za svoje zdravlje.

[46] Mjera: 70 centimetara struka kod muških modela isto je što i veličina nula kod ženskih modela

[47] http://www.index.hr/black/clanak/muskarci-sve-skloniji-zenskom-poremecaju--anoreksiji/402967.aspx, (10.5.2017.)

[48] http://www.tportal.hr/portalplus/teen/10563/Manoreksija-muska-anoreksija.html , (4.5.2017.)

[49] S. PERANIĆ, Ortoreksija, u: *Zdrav život*, 135 (2016.), str. 25.

Danas su gotovo svi preopušteni što se tiče vlastite prehrane, previše se pouzdamo u reklame koje promoviraju zdravu prehranu i „garantiraju“nam organske proizvode, bez šećera, bez konzervansa i ostalih štetnih tvari.

Ortoreksija je ekstreman način ponašanja u kojemu želja za zdravom hranom prerasta u opsesiju. Danas svuda možemo čuti pojam „zdrave hrane“. Problem je u samom pojmu, on insinuira da postoji zdrava i nezdrava hrana, a razlikuje se u definiciji gotovo svakog liječnika ili nutricionista. Zablude o hrani su česte, a one od prije nekoliko godina nam se čine smiješne vjerojatno onako kako će nam se činiti i ovo u što danas vjerujemo.

Relativno naivo vjerujemo popularnoj kulturi i onome što ona nameće, tako je trenutno popularna fitness prehrana koja prednost daje piletini, salatama, proteinskim shakeovima i sličnome. Kod ortoreksije se radi o patološkoj usmjerenosti na zdravu prehranu i sve druge sastavnice života postaju manje bitne.

Ortoreksija je sve prisutnija u posljednjih petnaestak godina, a temelj joj je kvalitativno vrhunska prehrana, zanemarujući kvantitativne okvire. Kod ovog poremećaja je najviše zabrinjavajuća činjenica da osoba cijeli svoj dan, tjedan, život planira oko hrane.

Postoji dilema oko toga je li ortoreksija poremećaj prehrane ili nije, ali je definitivno mogući rizični čimbenik koji može voditi anoreksiji ili bulimiji u trenutku kada gotovo sva hrana postane „nezdrava“ te ljudi krenu izbacivati iz prehrane određenu skupinu namirnica pa sve do većih restrikcija koje su u konačnici štetne za njegovo zdravlje.

Nutricionisti se slažu da nije dobro izbacivati čitave grupe namirnica iz prehrane ukoliko je osoba zdrava, tj. nema neku specifičnu bolest.

Potreba za kontrolom je najčešći uzrok problema koji se manifestira konstantnim razmišljanjima o hrani. Često se radi i o osjećaju zadovoljstva kada razgovaraju s nekim tko se hrani normalno, osjećaju se boljima, superiornima nad onima koji ne jedu „zdravo“. Kada osoba svoj identitet poistovjeti samo s onim što je unijela u svoj organizam možemo pretpostaviti da se radi o teškom poremećaju u obliku niskog samopoštovanja, osjećaja manje vrijednosti i problem identiteta.

Kriteriji za ortoreksiju su[50]:

- kompulzivno ponašanje glede dijeta
- strah od nepridržavanja strogog režima prehrane
- čišćenje kao i kod bulimičara
- isključivanja određenih grupa hrane
- povezivanje dijetnih navika sa osjećajem samopoštovanja.

[50] http://www.stampar.hr/hr/novosti/strucni-skup-ortoreksija-opsesija-zdravom-prehranom-ili-crno-bijeli-svijet-26-veljace-2016 , (25.4.2017.)

Ne možemo za svakoga tko ima želju zdravo se hraniti reći da ima ortoreksiju, ali ako vidimo da ta osoba ne unosi raznovrsnu hranu u svoje tijelo sukladno potrebama organizma i da svaki dan više sati provodi u razmišljanju kako će si organizirati obroke možemo reći da se radi o ortoreksiji.[51]

Često se javljaju problemi na poslu ili u socijalnom smislu što je rjeđi slučaj kod anoreksije ili bulimije gdje oboljeli mogu neprimjetno voditi normalan život u ostalim aspektima. Iako se na prvi pogled može činit banalan, već malim presjekom ostalih stvari koje ortoreksija vuče za sobom možemo zaključiti da ona nosi niz negativnih posljedica za oboljelu osobu koje ne smijemo olako shvaćati.

Danas je raširena potpuno nova supkultura ortoreksije koju hrane samoprozvani nutricionistički i fitness savjetnici, bloggeri, online treneri i slično. Oni znaju kupo naplaćivati svoje usluge, a daleko su od stručnjaka. Svatko mora biti svjestan da moramo kritički sagledat svaku informaciju koju dobivamo i da ne smijemo nasjedati na takve prijevare. Isto tako bitno je imati na umu što nam preuzima vrijeme i misli koje trebamo trošiti na druge za život bitnije stvari.

3.1.6. Pregoreksija

Dok danas na spomen poremećaja hranjenja ljudi uglavnom prvo pomisle na anoreksiju i bulimiju, postoji niz poremećaja hranjenja koji su se razvili kroz godine ovisno o njihovim karakteristikama i skupinama u koje grupiramo oboljele.

Pregoreksija[52] je jedan od novih poremećaja u prehrani koji obuhvaća trudnice koje i tijekom trudnoće opsesivno žele kontrolirati tjelesnu težinu kroz pretjerano vježbanje ili restriktivnu prehranu. Pojedinačni slučajevi mogu voditi do velike iscrpljenosti nastale unosom nedovoljno kalorija i pretjeranim vježbanjem. Ovo je itekako rizično kako za dijete tako i za majku te je moguće da se dijete rodi sa premalenom težinom, defektima ili su mogući problemi rasta u djetinjstvu kao posljedica pregoreksije majke. Glavni krivac za pregoreksiju jest opsjednutost društva mršavošću čak i za vrijeme trudnoće kada je u potpunosti normalno dobiti na težini te ljudska fasciniranost poznatim osobama koje izgledaju mršavo tijekom i nakon trudnoće.

Prosječna žena može mislit kako i ona može izgledati mršavo i „lijepo“ tijekom trudnoće ne imajući na umu da te osobe koje gledaju po časopisima iza sebe imaju pomoć od 0-24 sata i da su fotografije koje gledaju zapravo uređene na računalima.

[51] Usp. S. PERANIĆ, Ortoreksija, u: *Zdrav život*, 135 (2016.), str. 25.

[52] https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/special issues/pregnancy/pregorexia , (22.5.2017.)

Nakon poroda najčešće se fokusiraju na brzo skidanje kilograma dobivenih u trudnoći i prije nego im se tijelo u potpunosti oporavi od poroda.

Do sada navedeni oblici anoreksije variraju ovisno o uzrocima i stanjima oboljelih, ali svaki oblik može biti jednako težak i poguban i u pravilu se svi nalaze pod „kišobranom" klasične anoreksije.

4.1.7. Pro-Ana opis slučaja

U današnje vrijeme kada ogroman broj ljudi svakodnevno koristi Internet za posao, razonodu opuštanje, kupovinu i slično postoje internetska mjesta na kojima se može saznati nešto više o anoreksiji. Osobito mladi vole svoja osobna iskustva dijeliti na društvenim mrežama i internetu stoga ne čudi što postoji i veliki broj internetskih stranica koje promoviraju anoreksiju i poremećaje hranjenja. U primjeru koji slijedi biti će doslovno citirane neke od spomenutih stranica.

Internet je plodno tlo za širenje Pro-Ana[53] načina života (kako fenomen nazivaju same korisnice stranica i koje žive na taj način). Na takve internetske stranice dobrodošli su oni koji ne osuđuju izgladnjivanjaa, koji u mršavosti vide savršenstvo i ustrajnost u dolaženju do ideala. Na stranicama se mogu naći savjeti kako izgubiti i održavati željenu težinu.[54] Djevojke si šalju poticajne poruke, osjeti se natjecateljski duh mršavljenja među njima, bez problema izražavaju ljutnju i mržnju na same sebe zbog pada ili slabog rezultata. Kako i same navode smatraju se boljima od Pro-Mie (zagovornici i podupiratelji bulimičnog života) jer su „savršenije" i kod njih nema čišćenja jer su razvile savršenu samokontrolu. Posebno su ponosne jer obuzdavaju svaku žudnju za hranom i na nju gledaju kao na neprijatelja. Pad si teško opraštaju i na neki način se samokažnjavaju još oštrijim izgladnjivanjima.

Primjer 1:

„Ovo je moj blog i molim da svi koji misle kritizirat moj način života odmah iziđu.
Sve što pišem na ovom blogu pišem za sebe i ljude koji me podržavaju. Putem njega, ja nikoga ne nagovaram da se priključe mom načinu života (niti ništa slično).
Moj način života je Anna.
Obožavam lijepe tanke manekenke.
Gledajući njihove slike, jača postaje mržnja nekim brojevima. Ne mogu ih podnijeti.
-42-moj konfekcijski broj hlača. Ne želim ga više nositi. A uskoro ni neću.
-70- moja kilaža. Moja uskoro bivša kilaža. Moja volja za mršavljenjem.

[53] http://www.fashion.hr/sokantan-svijet-pro-ana-stranica.aspx, (12.3.2017.)
[54] Usp. V. NEZIROVIĆ, Ponosna sam što sam anoreksična, u: *Cosmopolitan*, 9 (2004.), str. 23.

Savjeti koji kruže Internetom:[55]

1. Pij ledenu vodu! Tvoje tijelo će tada raditi dodatno da se uspije zgrijati na normalnu tjelesnu temperaturu i trošiti će više kalorija!;
2. Otuširaj se u hladnoj vodi!! (objašnjenje isto kao prethodno);
3. Lakiraj nokte dok gledaš film! To će te okupirati od grickanja! Savjet plus: upotrijebi lak protiv griženja noktiju, tako da ako ipak odluči nešto gricnut, okus koji ti ostane u ustima,definitivno će te razuvjeriti...; žvake, kava i dijetni sokovi pomažu protiv gladi!;
4. Odmah nakon jela operi dobro zube jer nestaje okushrane u ustima i automatski želja za još!;
5. Jedi manje! Prepolovi porcije! Možeš se najesti i od samo jednog komadića mesa i dva krumpira! Problem je u tome što kad nam je nešto jako fino, jedemo brže i naše tijelo ne stigne registrirati sitost i dolazi do prejedanja. Pojedi malo, i pričekaj 15ak minuta i glad će proći!!;
6. Izađi van kada je hladno vježbati ili barem šetati! (vidi prva dva objašnjenja);
7. Prije svakog jela popij veliku čašu vode, tako da možeš manje pojesti!;
8. Je li to hrana u tvom frižideru?! Ne, nije. U tvom se frižideru nalazi neuspjeh. Ne želiš to, ne?; Prije svega, počni razmišljati kao Ana. Želi li Ana to? Bi li Ana pojela to?!; Ostavi se kojekakvih sokova i sokića, pogotovo gaziranog. Čak i onih tzv. prirodnih sokova, jer oni sadrže jako puno šećera u raznim oblicima, a osim toga, od njih smo samo još više žedni.
9. Držite se vode.
10. Ujutro vježbaj čim se probudiš i na tašte. Tako nećeš trošiti ono što si upravo pojela već zalihe a plus što će još ubrzat metabolizam i cijeli dan će se kalorije koje uneseš brže istopiti....;
11. Izbaci u potpunosti alkohol! Čaša vina ili juice- vodke u subotu upropastit će ti cijeli tjedan ubijanja da smršaviš!;
12. Nemasno ne znači nekaloričnо! Počnite obraćati pažnju na ono što piše na hrani koju kupujete...;
13. Novac koji trošiš na hranu počni skupljati za neki super komad obleke, koji ćeš si kupit veličinu S kad smršaviš.;
14. Kada radiš trbušnjake nemoj se podizati ni spuštati do kraja do poda nego pazi da ti mišići budu cijelo vrijeme napeti jer je to puno efikasnije. Također se pokušaj negdje 'zakvačiti' s nogama, jer tako pomalo jačaš i mišiće nogu.;
15. Uvijek furaj sa sobom nekoliko 'thinspiration' fotki, najbolje u novčaniku, ili gdje već nosiš novce, tako da ih vidiš svaki put kad ćeš iz novčanika vaditi novac da platiš hranu.;
16. Svaki put kad pomisliš da ne možeš bez hrane, skini se gola pred ogledalom i pogledaj si u trbuh, stražnjicu i bedra. Imaš zalihe, preživjet ćeš bez hrane.“

[55] http://blog.dnevnik.hr/thin/, (20.4.2017.)

Primjer 2:

Jedna djevojka otkrila je kako je na internetu objavljivala svoje fotografije na kojima nema više od 30-ak kilograma. Priznaje kako je njima ohrabrivala druge djevojke da budu ustrajne u svom cilju, skidanju viška i održavanju savršene težine:

> Tadašnja tinejdžerica Samira Jay u objavljivanju svojih fotografija na socijalnoj mreži Bebo nije vidjela ništa sporno. Na sreću, danas misli drugačije.U svojoj najgoroj fazi jela je manje od paketića grickalica u dva tjedna, a rekla je kako je tada uživala u osjećaju gladi jer je bila sigurna da mršavi. Samira jedanas normalno građena djevojka s oko 57 kilograma, a svoje slike s interneta je odavno izbrisala. Njena priča potaknula je mnoge da se zapitaju što im djeca rade dok surfaju netom. Samira je imala samo 12 godina kada je prvi put naišla na stranicu koja zagovara anoreksiju s mnoštvom savjeta kako izgubiti što više kilograma i kako zavarati glad. Posebne rubrike bavile su se savjetovanjem kako zavarati liječnika ili roditelje koji bi posumnjali.
>
> *„Nije mi trebalo dugo da me uvuku u svoj svijet. Brzo sam otvorila profil na Bebo-u i još brže uspjela postati uzor tim djevojkama."* Izjavila je, *„Bile smo ujedinjene u mržnji prema vlastitom tijelu i samo smo željele biti što mršavije."* Samira je osim od anoreksije, jedno vrijeme bolovala i od bulimije.
>
> Rečenice kojima se bodrile jedna drugu su šokantne- *„Izgladni se do kraja jer si jako blizu savršenstvu!"* je samo jedna od njih! Samiru i njene prijateljice ništa nije moglo spriječiti- ni pramenovi kose koji otpadaju, mučnina, vrtoglavice... *„Ponašala sam se što sam normalnije mogla, ali kada me jedna kolegica čula kako povraćam u školskom wc-u rekla je profesorima. Mama me odmah odvela liječniku."*
>
> Dva mjeseca je boravila u potpunoj izolaciji odbijajući hranu, čak i kada su joj liječnici rekli da će joj otkazati svi organi. Kod kuće nije jela, a zalogaj je žvakala i po pola sata odbijajući ga progutati. *„Stalno sam čula glas u glavi koji me upozoravao da sam debela."* objasnila je. Prijelom se dogodio kada je objavila posljednju fotografiju na stranici- tada je već patila od boli u prsima, mišićima, a indeks tjelesne mase joj je bio ispod 13 (a normalan je između 19 i 25). Djevojke su joj ostavile nekoliko ljubomornih komentara, a onda je odjednom shvatila da to što radi nije u redu.
>
> *„Pao mi je mrak na oči. Bez oklijevanja sam izbrisala profil i odlučila učiniti nešto za svoje zdravlje."* izjavila je. Danas tvrdi kako u samim počecima uopće nije željela dovesti se do stanja u kakvom je u konačnici bila. Danas jede tri puta na dan, a skuplja i donacije za B-EAT organizaciju koja se bori protiv poremećaja u prehrani. Povremeno se vraća na stranice poput Bebo kako bi upozorila djevojke na sve opasnosti. *"Danas osjećam sram što sam bila dio te destruktivne zajednice."* kaže Samira.[56]

[56] http://www.fashion.hr/sa-modnih-pista/fitness--zdravlje/sokantan-svijet-pro-ana-stranica-33703.aspx, (16.5.2017.)

Ovakve web stranice predstavljaju socijalni problem i na ovim se stranicama promiče uporaba lijekova za mršavljenje te pružaju štetni savjeti o načinima postizanja i održavanja vrlo niske tjelesne težine. Sadržaj je ovih stranica potaknuo je mnoge u općoj populaciji uključujući stručnjake i terapeute, te su kao svojevrsna reakcija nastale anti-pro-ana web stranice na kojima se iskazuje zabrinutost i upućuje na štetnost aktivnog uključivanja u svijet anoreksije, te promiče liječenje ovih poremećaja.

Poznato je da se anoreksija nervoza vrlo teško liječi i da od svih psihijatrijskih oboljenja ima gotovo najviši stupanj smrtnosti. Web stranice koje promiču liječenje poremećaja hranjenja pokušavaju uspostaviti svojevrsnu ravnotežu u odnosu na stranice koje promiču *pro-eating disorders*(poremećaje u navikama hranjenja), no za sada su još uvijek u manjini. U 2003. godini postojalo je oko 500 stranica koje promiču poremećaje u hranjenju *proanorexia* i *pro-bulimia* (za anoreksiju i bulimiju), dok je broj stranica koje potiču *prorecovery*(izlječenje) bio znatno manji, a njihov je omjer iznosio 5:1. Potreba za *Pro-Recovery* (poticanje oporavka) pokretnom nikada nije bila veća. Samo u razdoblju od 2006.-te do 2007.-me broj stranica koje potiču anoreksiju i bulimiju narastao je za 470%, a isto istraživanje pacijenata u Stanford medicinskom fakultetu pokazalo je da je njih 35,5% posjetilo pro-ana stranice i 96% ih je naučilo nove tehnike i trikove za gubitak težine. [57]

Primjer 3:

Najteži hrvatski slučaj anoreksije: Sa 157 cm ima 36 kilograma[58]

> Hrvatska pamti teški slučaj anoreksije gospođe Mirjane Horvat, koja je 2007. godine gotovo preminula od iscrpljenosti tijela ovom bolesti. Gospođa je tada imala samo 36 kilogram na svoja 157 centimetara visine. a prestala je jesti s 15 godina. Bila je u stanju kliničke smrti koje je za nju bilo iskustvo susret s Bogom. Bolesnica je teško disala, a zatim i izgubila svijest. Kada se probudila u bolničkoj postelji shvatila je da je živa. Ranije je bila hospitalizirana dvadesetak puta. Oboljela zadnje četiri godine nije stavila ni zalogaj hrane u svoj organizam. Tako je na životu održavaju dva katetera, jedan joj je prikopčan na bedro, a drugi izravno na tanko crijevo. Gospođa Mirjana je najteži slučaj anoreksije u Hrvatskoj. Posebno je zanimljiva informacija da je gospođa radila kao medicinska sestra i po samoj prirodi posla trebala je raditi na dobrobiti svoga tijela i zdravlja.
>
> Oboljela navodi kako je do petnaeste godine bila sasvim normalna djevojka. Kada su počela zadirkivanja u vezi njezine kilaže, odlučila je tome stati na kraj na način da će skinuti nekoliko kilograma dijetom. Dijeta se bazirala uglavnom na jogurtu i jabukama.

[57] https://www.eatingdisorderhope.com/about/pro-recovery-movement-and-eating-disorders/pro-recovery-movement-mia-ana, (16.6.2017.)

[58] http://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/najtezi-slucaj-anoreksije-sa-157-cm-ima-36-kilograma.html, (14.4.2017.)

Uslijedila je reakcija roditelja koji su bili u šoku i odveli kćer liječniku. Liječnik joj je propisao vitamine. Oboljela Mirjana se s 20 godina zaposlila u Vinogradskoj bolnici. Uopće nije imala svijest o sebi kao bolesnoj osobi. Nakon godinu dana kolege na poslu su uočili da nešto nije u redu i pod njihovim je pritiskom prihvatila pomoć koja se sastojala od povremenih infuzija. Mirjana je nedugo zatim upoznala supruga Stjepana. Uspjela je ostati trudna usprkos činjenici da joj je zbog izgladnjivanja izostajala mjesečnica koja ako je i dobije onda je ciklus neredovit. U trudnoći se udebljala osam kilograma i počela se normalno hraniti. Godine 2002. na ljetovanju u Zadru cijela se obitelj otrovala, ali je posljedice najviše osjetila ona. Mirjana je u nekoliko dana izgubila četiri kilograma. To je bio povod da ponovno počne izbjegavati hranu. Zbog bolesti i njezinih posljedica na tijelo oboljela je 2008. godine bila prisiljena otići u invalidsku mirovinu.

Iako je anoreksija uglavnom prva asocijacija na poremećaje hranjenja, slična i istovremeno različita je bulimija koja će biti fokus u narednim stranicama.

3.2. Bulimija

Riječ *bulimia* je grčkog podrijetla i označava proždrljivost.[59]Medicinska literatura prvi je put opisuje 1979. godine kao varijantu anoreksije i od tada ne prestaje izazivati veliko zanimanje liječnika i oboljelih. Danas bulimiju DSM – IV[60]prepoznaje kao zasebni poremećaj uzimanja hrane.

Bulimija najčešće započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi DSM – IV[61]a prosječna dob u kojoj se pojavljuje je oko 20 godina.

Bulimija se najčešće opisuje kao sindrom prežderavanja i pražnjenja. Sastoji se od epizoda velikog prežderavanja nakon kojeg slijedi inducirano povraćanje ili zloporaba laksativa sa ciljem izbacivanja goleme količine hrane iz tijela. Bolesnici hranu brzo gutaju,bez mnogo žvakanja, da bi u kratkom vremenskom razdoblju mogli krenuti u potragu za još hrane.[62]

Osnovni simptomi bulimije su prekomjerno jedenje i neadekvatne metode kojima bolesnici nastoje spriječiti porast tjelesne težine.

Razlikujemo dva tipa bulimije[63]:

1. PURGATIVNI TIP- kod kojeg se nakon epizode prejedanja izbacuje pojedeno samoizazvanim povraćanjem ili laksativima i diureticima.

[59] V. ANIĆ, I. GOLDSTEIN, *Rječnik stranih riječi*, Novi Liber, Zagreb, 1999., str. 206.
[60] DSM-IV http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/klinickapsihijatrija%201.pdf , (15.5.2017.)
[61] Isto.
[62] G.C.DAVISON, J.M.NEALE, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Zagreb, 1999., str. 146.
[63] V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998., str. 102.

2. NEPURGATIVNI TIP – gdje nakon epizode prejedanja osoba pribjegava nekim drugim neprikladnim ponašanjima, npr. post ili pretjerano tjelesno vježbanje.

Kod bulimije moguće je razlikovati mentalni i metabolički tip bulimije.[64] Mentalni tip bulimije postoji kod djevojaka koje su prirodno mršave i kod kojih je problem „u glavi“, a metabolički tip bulimije imaju realno debele djevojke kod kojih je glavni problem u poremećenom metabolizmu i genetskoj sklonosti debljanju. Tako su sebi prve „izmislile“ problem debljine koji u realnosti ne postoji i povjerovale u njega, druge su razvile bulimiju kao strategiju iz sasvim praktičnog razloga – kako bi riješile svoj realni problem debljine.

Prema DSM – IV[65] bulimija se dijagnosticira prema sljedećim kriterijima:

1. Ponavljane epizode prežderavanja, minimalno dvije epizode tjedno tijekom tri mjeseca.
2. Naglasak na pretjeranom čišćenju: namjerno povraćanje, zlouporaba laksativa i diuretika.
3. Iskrivljena slika vlastitoga tijela (bolesnik sebe doživljava kao debelu osobu).
4. Pretjerano vježbanje i hiperaktivnost.
5. Povlačenje iz društva i spolnoga života.

3.2.1. Medicinske značajke bulimije

Bulimiju karakterizira veliko prejedanje (čak i do 25 puta više od uobičajenoga dnevnog unosa hrane) i namjerno povraćanje. Neki liječnici i istraživači tvrde da je bulimija poprimila epidemijska obilježja među mladim osobama ženskog spola u dobi između 20 i 30godina. Smatra se da je bulimija mnogo češća nego anoreksija.[66]

3.2.2.Uzroci pojavnosti bulimije

Uzroke pojavnosti bulimije prije svega treba tražiti u obitelji jer su pritisci i sukobi unutar obitelji prvotni uzrok bulimije.[67]

[64] Usp. T. ŠKORO, *Tajne bulimije: život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009.; DSM-IV http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/klinickapsihijatrija%201.pdf , (15.5.2017.)

[65] Usp. T. ŠKORO, *Tajne bulimije: život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009., str. 25.-46.

[66] M. VODANOVIĆ, Poremećaji jedenja (anoreksija i bulimija) i oralno zdravlje, u: *Zdrav život* 62 (2009.), str. 34.

[67] Usp. K. SAMBOL, T. CIKAČ, Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, u: *Medicus*, 24 (2015.), str. 168.-170.

Bulimičar kao osoba koja teži savršenstvu i želi postići previše, u prvom redu osjeća nemoć da zadovolji očekivanja svojih roditelja i okoline. Što se tiče samopoštovanja bulimičara ono je na vrlo niskoj razini i takva osoba često pati od depresije. Smatra se da oko polovice oboljelih bulimičara ima iskustvo nekog oblika zlostavljanja (najčešće fizičko ili spolno) u svojoj prošlosti. Isto kao i kod anoreksije i za bulimiju se u literaturi pronalaze različite etiologijske teorije ovog poremećaja hranjenja.

Kada govorimo o značenju genetskih faktora u nastanku poremećaja hranjenja i bulimija i anoreksija su češće prisutne u obiteljima gdje netko od članova boluje od istog poremećaja. Čini se da je sklonost pretilosti/gojaznosti i prevalencija afektivnih poremećaja u obitelji ipak relevantnija za nastanak bulimije nego anoreksije. Kod psihodinamske teorije o nastanku bulimije, značajno mjesto zauzimaju problemi kontrole impulsa, odnosno, gubitak kontrole kod prejedanja što se povezuje sa sjećanjem na ranu kontrolu sfinktera.

Moderna psihodinamska shvaćanja polaze od teorije objektnih odnosa. Ta teorija počiva na ideji kako je doživljavanje i funkcioniranje pojedinca određeno načinima ostvarivanja odnosa s drugim značajnim osobama. Prema toj teoriji povraćanje kod bulimične osobe pojavljuje se jer osoba odbacuje objekt- majku kojeg simbolizira hrana.

Kognitivno– bihevioralni modeli uče da se uosnovi bulimije nalaze disfunkcionalne misli i iskrivljena osnovna vjerovanja o hranjenju,izgledu vlastitog tijela i kontroli.

Obiteljska terapija zastupa obiteljski model nastanka poremećaja koji ispituju različite aspekte obiteljskog funkcioniranja, osvrće se na osobine roditelja i roditeljskih stilova kao mogućih razloga za nastanak poremećaja hranjenja.

Danas se težište stavlja na multi- faktorske modele, koji na poremećaje hranjenja gledaju kao na rezultat složenih odnosa socio- kulturalnih, obiteljskih individualnih čimbenika neodvojivih od bioloških karakteristika i osobina ličnosti. Dok su kod anoreksičnih osoba uočljive osobine poput visoke razine discipline i težnja za perfekcionizmom, bulimičari su oni koji žele ostvariti isti rezultat – mršavost – ali često nemaju dovoljno discipline za suzdržavanje od hrane pa podliježu metodama čišćenja što često ostavlja i gore posljedice po zdravlje od običnog gladovanja. [68]

3.2.3. Simptomi bulimije

Osoba ponavlja epizode prejedanja i takozvanog čišćenja zbog nerealnog straha od debljanja. Kod osobe koja ima bulimiju, jedan od simptoma je i kolebanje težine (iako se može održavati

[68] Usp. K. SAMBOL, T. CIKAČ, Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, u: *Medicus*, 24 (201.5), str. 168.-170.

relativno normalna težina) takve osobe imaju pretjeranu žudnju za hranom, ali nakon prejedanja pretjerano upotrebljavaju laksative. Depresija je često stanje u kojemu se mogu naći.

Erozija zubne cakline, infekcija desni, karijesi i promjena boje zuba izazvani su želučanim kiselinama uslijed čestog povraćanja. Osobe koje boluju od bulimije često imaju želučano-crijevne smetnje.

Uporaba laksativa i diuterika može dovesti do dehidracije, poremećaja ili smanjenja elektrolita kao što su kalij, natrij, magnezij i drugi koji održavaju acidobaznu ravnotežu organizma, volumen plazme i membranskog potencijala i od velike su važnosti za transportne procese i prijenos živčanih impulsa. Acidobazna ravnoteža ili homeostaza je dio čovjekove fiziološke homeostaze, ona teži održavanju zdrave pH vrijednosti za određeni dio tijela kod zdravog čovjeka. I mala promjena u pH vrijednosti može uvelike načiniti štetu za zdravlje i uzrokovati teška zdravstvena stanja. Elektrokardiogramom se može utvrditi je li poremećaj u elektrolitskom balansu uzrokovao smetnje pri radu srca.

Bulimija najčešće pogađa adolescentice i mlade žene, a prevalencija iznosi 1 – 3% za žene.[69].

Između anoreksije i bulimije nalazimo srodnost i sličnost upravo u jednakom patološkom doživljavanju vlastitog tijela, nezadovoljstvu istim i sklonosti da pretjerani naglasak na oblik tijela i njegovu težinu bude glavna i temeljna odrednica po kojoj se osoba vrednuje.

Kod bulimije postoji povećana učestalost depresivnih simptoma ili poremećaja raspoloženja. Bulimičari pokazuju impulzivno ponašanje,samoozljeđivanje, ovisnost i nisko samopoštovanje. Premda postoje veliki problemi s hranjenjem, osobe oboljele od bulimije nisu uvijek upadno mršave, što dodatno otežava rano uočavanje i sprečavanje daljnjeg tijeka bolesti. Što se tiče nepravilnosti menstrualnog ciklusa kod bulimičnih ženskih osoba, one nisu jako izražene niti pretjerano ozbiljne.

Bulimija je poremećaj hranjenja koji je psihološkog podrijetla i može imat strašne tjelesne posljedice. Bulimičari se prejedaju, a potom čiste povraćanjem kojeg sami izazivaju. Osobe oboljele od bulimije često osim laksativa i diuretika, da bi smanjili svoju težinu, koriste pilule za mršavljenje.

Za bulimičara čišćenje ima dvije svrhe. Čišćenje najprije sprječava dobivanje na težini, a kao drugo, za njih čišćenje znači privremeno ublažavanje depresije i drugih negativnih osjećaja.

[69] Usp. K. SAMBOL, T. CIKAČ, Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, u: *Medicus*, 24 (2015.), str. 168.-170.

Bulimija, baš kao i anoreksija, pogađa uglavnom mlade žene. Bulimičari se prejedaju i čiste u tajnosti, pa je teško odrediti broj oboljelih, ali smatra se da čak jedna petina svih američkih djevojaka u srednjoj školi i koledžu barem povremeno ispoljava znakove bulimije.

Bulimija se javlja samostalno ili naizmjence sa anoreksijom – u prosjeku u svakom petom slučaju. U tom naizmjeničnom uzorku osoba neko vrijeme ne želi jeti pripremajući se za prejedanje. U toj fazi nejedenja često upotrebljava sredstva za potiskivanje apetita.

Anoreksija, nervoza i bulimija povezuju se sa nekim različitim crtama ličnosti. Osobe koje su oboljele od anoreksije su sklone potiskivanju poriva, recimo spolnih, a oboljeli od bulimije obično udovoljavaju žudnjama, naglo reagiraju i upadaju u nevolje s drogom, promiskuitetnim ponašanjem, nekontroliranom kupovinom, krađom po trgovinama.

U slučaju bulimije poremećaj obuhvaća sve razine ličnosti[70]:

- Duhovni poremećaj u kojem osoba gubi kontakt sa svojim autentičnim „ja“, povjerenje u život kao izvor radosti i dobrobiti te vjeruje da je odbačena, nevoljena i prepuštena sama sebi.

- Mentalni poremećaj gdje nastaje „nova“ ličnost čije misli zaposjedaju bolesnicu i uvjeravaju ju da je uzrok njezine nesreće debljina koje se mora riješiti pod svaku cijenu. Upravo radi ovog poremećaja smišljaju se drastične strategije mršavljenja.

- Emocionalni poremećaj koji je zadužen za nastanak svih negativnih emocija u oboljeloj osobi poput straha, očaja, samomržnje, depresije, osjećaja krivnje i slično. Ovaj poremećaj je onaj koji može voditi samoozljeđivanju ili pokušaju samoubojstva.

- Tjelesni poremećaji koji su rezultat negativne emocije koja vodi negativnim aktivnostima – prejedanju i „čišćenju“ organizma. Tjelesne posljedice mogu biti: poremećaj koncentracije kalija, magnezija, željeza i sl. što vodi poremećaju važnih metaboličkih procesa, poremećaj opskrbe vitaminima, prekomjerna razgradnja mišića, endokrinološki poremećaji (hipofiza, jajnici, štitnjača, gušterača), poremećaji rada organa, ispadanje kose i općeniti pad imuniteta.

[70] T. ŠKORO, *Tajna bulimije- život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009., str.18.

Bulimičnim djevojkama zajedničko je da su [71]:

- Emocionalno ekstremno labilne
- Introvertne i sve proživljavaju „na unutra“
- Sve u vezi sebe procjenjuju kao nedovoljno dobro
- Na postupke i kritike koje se njih tiču reagiraju prejakim negativnim emocijama
- Skrivaju i potiskuju svoje emocije
- Pate od kompleksa niže vrijednosti
- Iznad svega žele naklonost i odobravanje okoline
- Važno im je što drugi misle o njima
- Mijenjaju raspoloženje ovisno o vanjskim faktorima
- Inteligentne su, radoznale, načitane i vole učiti
- Ambiciozne su i žele biti najbolje u svemu
- Dugo se oporavljaju od poraza
- U slučaju neuspjeha sklone su samomržnji i samokažnjavanju
- Depresivno stanje za njih je često te postaje uobičajeno i trajno.

3.2.4. Posljedice bulimije

Osobe koje pate od bulimije najčešće imaju manje ozbiljnih zdravstvenih komplikacija, a najčešće se žale na iscrpljenost, bolove u trbuhu, mučninu, nadutost i osjećaj napuhnutost, opstipaciju, poremećaj menstruacijskog ciklusa.

Za bulimičare je karakteristična pojava erozije zubne cakline koja se javlja zbog učestalog povraćanja. Pregledom kod liječnika se često otkriju povećane žlijezde slinovnice, a najviše parotidna žlijezda. Moguća je i povreda šaka, jer mnogi koji pate od bulimije koriste šaku da bi izazvali refleks povraćanja i tako spriječili „primanje“ hrane u tijelo.

Endemi u probavnom sustavu mogu biti prisutni kod takvih slučajeva, jer se prilikom stalnog povraćanja, a najčešće uzimanjem diuretika i laksativa stvaraju drugačiji uvjeti od prirodnih koje imaju ljudi s zdravim probavnim sustavom.

U gastrointestinalnom sustavu javlja se ezofagitis, upala sluznice jednjaka. Ezofagitis može biti uzrokovan virusima, bakterijama ili promjenom pH vrijednosti jednjaka, za bulimiju je karakterističan ezofagitis koji je posljedica jakih kiselina koje prolaze kroz jednjak pri povraćanju hrane. Dilatacija želuca je u biti nakupljanje želučane kiseline i plinova u želudcu, a može uzrokovati ozbiljan posljedice po zdravlje. Ona može dovesti do rupture i smrti i iako

[71] Usp. T. ŠKORO, *Tajna bulimije - život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009., str. 30.- 31.

je vrlo rijetka jedan je od najčešćih uzroka smrti bulimičnih osoba. Nepravilan rad crijeva, tzv. kontapacija česta je posljedica dehidracije, a zbog upotrebe laksativa javljaju se i steatoreja, prisutnost masnoća u stolici veća od uobičajene, te gubitak proteina.

U pravilu pri prvim kolebanjima u težini oboljele osobe dolazi do poremećaja menstruacijskog ciklusa i normalnog funkcioniranja štitne žlijezde. Nisko samopouzdanje, nerealna slika svoga tijela i veoma izražena kritičnost prema sebi negativno utječu, a ponekad i onemogućuju, uspostavljanje i održavanje bliskih odnosa s drugim ljudima. Poremećaji osobnosti među osobama koje boluju od bulimije procijenjene su između 21 i 77%.[72] Opsesivno- kompulzivni poremećaj je najčešći zabilježeni psihološki poremećaj među osobama oboljelima od bulimije.

Nakon postavljanja dijagnoze bulimije uz provođenje prikladnog tretmana, uz vrijeme praćenja od dvije do deset godina,najčešće se oko polovice bulimičara uspije izliječiti i normalno nastaviti živjeti, trećina svih koji su primjenjivali tretman će se oporaviti na kraće vrijeme i povremeno se vraćati standardnom obrascu ponašanja za osobe oboljele od bulimije, dok dvadesetak posto neće biti izliječeno nakon istog vremena provedenog na terapijama i primjenjujući prikladan tretman. Istraživanje koja je pratilo 222 osobe oboljele od bulimije u vremenskom trajanju od jedanaest godina pokazala je da je 70% osoba ušlo u potpunu ili djelomičnu remisiju, a 11% je i dalje imalo simptome poremećaja.[73]Pokazuje se ključnim za mogućnost oporavka razina mogućnosti samokontrole, osobe koje su pokazale veći stupanj samokontrole su u najvećoj mjeri izliječene od poremećaja hranjenja.

Erozija zuba problem je koji se javlja svakom tko boluje od bulimije duže vrijeme, jer svakodnevna povraćanja dovode do poremećaja pH vrijednosti u usnoj šupljini i to dovodi do težih dentalnih problema.[74]Kritična vrijednost kiselosti u usnoj šupljini je 5,5, a kada pH padne ispod toga dolazi do demineralizacije ili otapanja zubne cakline.

Erozija zuba se ne događa samo bulimičnim osobama, jer možemo imati tri potencijalna izvora kiseline u usnoj šupljini, a osim povraćanjem kiselina se može stvoriti acedogenim bakterijama koje postoje u svačijim ustima ili unosom kisele hrane.[75]Kod bulimičara veće količine kiselina dolaze iz želudca povraćanjem, dakle u usnu šupljinu dolaze intrizične ili unutarnje kiseline. Žlučana, klorovodična, kiselina koja se izlučuje u želudcu ima pH vrijednost između 1,0 i 3,0. Zbog izrazite kiselosti ima veoma velik erodirajući potencijal.

[72] K. SAMBOL, T. CIKAČ, Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, u: *Medicus*, 24 (2015.), str. 168.

[73] Isto.

[74] Usp. J. SOVIĆ, I. STARČEVIĆ, M. KATUNARIĆ, Erozivne promjene na tvrdim zubnim tkivima u osobe s poremećajem hranjenja - prikaz slučaja, u: *Medix*, 104/105 (2013.), str. 268.- 272.

[75] Isto.

Erozija zuba je problematična jer je, osim ako bulimična osoba ne prizna svoje poteškoće nekome, neprimjetna sve do uznapredovale faze. Stomatolog erozivne promjene može prepoznati i u ranom stadiju erozije zuba što je najčešće najbitniji faktor u liječenju. Erozivne promjene su najprije primjetne na nepčanim i usnenim plohama gornjih sjekutića i griznim plohama donjih sjekutića. Kasnije se primijete i na ostalim zubima.

Kod osoba oboljelih od bulimije veća je vjerojatnost da će zbog povraćanja prvi znakovi erozije biti na nepčanim plohama sjekutića. Prvi znakovi erozije zuba su zaglađene i sjajne zubne plohe. Zubi postaju manje izbočeni, a svaka neravnina na zubima se ispravlja i zaglađuje. Rubovi sjekutića postaju sve tanji i nazubljeni i s vremenom postaju gotovo prozirni. Napredovanjem erozije postaje vidljiva granica između dentina i cakline, koja je kod zdravih zubi nevidljiva. To se događa zbog otapanja cakline. Na kutnjacima se nakon početnog zaglađivanja inače neravnih griznih ploha počinju javljati jamice. Ako postoji ispuna na zubu ona će stršati jer se ne otapa kao okolna tvrda zubna tkiva. Nakon cakline se otapa i dentin ako se ne smanji kiselost usne šupljine. Smanjuje se vertikalna dimenzija zuba i tako gotovo potpuno nestaje normalna morfološka struktura zuba. Proces erozije zuba može znatno ubrzati konzumiranje tvrde hrane , poput orašastih plodova, koji troše već slabe zube.

Erozija zuba (periiloliza) nije štetna samo iz estetskih razloga. Ona je štetna za općenito oralno zdravlje, odnosno zbog zdravlja usne šupljine. Erozijom se potpuno uništavaju i nestaju tvrda zubna tkiva.[76]Nakon uništene cakline, erozija zahvaća i dentin. Izlaganjem dentina zubi postaju preosjetljivi na nagle temperaturne promjene. Kod nekih osoba preosjetljivost na temperaturu može dovesti do trajne i velike boli zbog podražaja zubne pulpe. To može zahtijevati endodontsko liječenje. Gubitkom vertikalne dimenzije zuba dolazi do malformacija u međučeljusnim odnosima koje izazivaju smetnje s čeljusnim zglobom, parodontne smetnje i nepravilan zagriz. Osim navedenih smetnji, mogu se javiti zdravstvene poteškoće, prvenstveno probane jer je usna šupljina početak probavnog sustava. Erozija zuba dovodi do neučinkovitog funkcioniranja stomatognatnog sustava. Bolni i krhki zubi nisu u stanju dobro pripremiti hranu za gutanje i obradu. Ako zubi ne odrade svoj dio posla, može dovesti do zdravstvenih smetnji, u prvom redu do povraćanja, što je za bulimičara već i bez ovih poteškoća slaba točka.

Osim erozije zuba, kod osoba oboljelih od bulimije javljaju se i drugi zdravstveni problemi vezani za oralna i perioralna tkiva: povećanje parotoidne žlijezde- tu se radi o neupalnom povećanju zaušne žlijezde nazvanom „nutritivni zaušnjaci“; često dolazi do poremećene ili

[76] Usp. A. KNEŽEVIĆ, Z. TARLE, I. ŠUTALO, Erozije u pacijenata s anoreksijom i bulimijom nervozom, u: *Acta stmatologica Croatica*, 33 (1999.), str. 449.-453.

umanjene sposobnosti razlikovanja okusa; intraoralne traume; grizenje sluznice obraza ili usana; ovećana učestalost zubnog karijesa; suhe, ispucale usne te suha usta (kserostomija); abrazija nepca; nepčani hematomi; Russelov znak- tragovi na prstima ili šakama koji nastaju u kontaktu sa sjekutićima zbog čestog guranja ruku u usta da se izazove refleks povraćanja.[77]

Kod bulimičnih su osoba česte fiziološke posljedice zbog prejedanja i pražnjenja, kao upale grla i ždrijela, otečene žlijezde slinovnice te razaranje zubnogenamela kiselinama koje izlaze povraćanjem. Bulimičari pate od oštećenje crijevne stjenke,nutritivnih deficita i dehidracije. Kako je zbog navedenog smanjena koncentracija kalija i drugi poremećaji elektrolita mogu ugroziti život jer osobe s bulimijom mogu doživjeti zastoj srca što dovodi do iznenadne smrti.[78]

Opće zdravstveno stanje osobe ovisi o tome koliko se često prejeda i čisti. Osoba može povremeno povraćati npr. jednom mjesečno, ili svakodnevno, čak i poslije svakog obroka. Oboljeli od bulimije ne može voljno kontrolirati bolest bez stručne pomoći. Opomene koje obitelji i prijatelji upućuju oboljelome da prestane s takvim ponašanjem su beskorisne,a u najgorem slučaju javlja se suprotan učinak.[79]

U većini slučajeva roditelji mladih djevojaka nadaju se da nakon što doktor sve „lijepo“ objasni bolesnici problem nestaje, ali to nije tako jer se u bulimiji ne radi o nagovoru ili zabludi već o patološkoj promjeni ličnosti. Upravo svi poremećaji prehrane od debljine do bulimije imaju zajedničke karakteristike – prvenstveno negativne emocije i depresiju te ovisnost.

Svim žrtvama poremećaja hranjenja nešto je zajedničko, a to je iskrivljena osnovna životna uvjerenja i to ona gdje oni sumnjaju u osobnu vrijednost, sposobnosti te imaju strah od budućnosti kao što će biti i prikazano u opisima slučajeva bulimije koji slijede.

3.2.5. Opis slučaja bulimije

Primjer 1

Na internetu postoji mnoštvo web stranica na kojima svoja iskustva i savjete za oporavak dijele osobe koje su se oporavile od poremećaja prehrane. Shaye Boddington jedna je od žena koje su otvoreno progovorile o svemu što su proživljavale suočavajući se s bulimijom.

---

[77] Usp. M. VODANOVIĆ, Poremećaji jedenja (anoreksija i bulimija) i oralno zdravlje, u: *Zdrav život* 67 (2009.), str. 35.-36.

[78] G. C. DAVISON, J. M. NEAL, *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Zagreb, 1999., str. 82.

[79] Usp. T. ŠKORO, *Tajna bulimije: život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009., str. 25.-29.

Shaye sada ima 26 godina i živi u Aucklandu na Novom Zelandu. Nada se da će njeni savjeti i iskustvo pomoći djevojkama koje se žele oporaviti od bulimije.[80]

Shaye iskreno piše i opisuje svoj put, od oboljenja do pobjede nad bulimijom. Svoju priču počinje još kada je bila osmogodišnja djevojčica:

> Sjeća se kako je prvi put povratila nakon veće količine pojedenog pudinga, otišla je do grmlja i skrivajući se povratila u grmlje. Nakon toga je otišla nastaviti jesti. Tvrdi da je uvijek bila mršava djevojčica i smatrala je da je to jedino normalno i zdravo stanje za tijelo. Taj je stav zadržala kroz godine. Povremeno je povraćala, ne vidjevši ništa loše u tome. Naprotiv, smatrala je da je to zdravo jer je prejedanje doživljavala kao nešto loše, a grižnje savjesti se rješavala povraćanjem.
>
> Iduće četiri godine je povremeno znala povraćati, tih je godina uspijevala zadržati bulimiju na nivou koji nije zabrinjavao nju ili njene roditelje. Ozbiljnije je postalo kada je Shaye imala trinaest godina, počele su joj rasti grudi i bokovi se širiti, a ona se nije mogla zamisliti kao žena i tjelesne promjene su ju zbunjivale i dovodile u očaj.
> Počela je istraživati kako zaustaviti ili smanjiti tjelesne promjene koje su joj se događale u pubertetu. Nakon nekoliko mjeseci otkrila je da držanje dijete i mršavljenje mogu rezultirati smanjenjem opsega bokova i grudi. Ozbiljno je shvatila svoju „dijetu" i počela odbijati hranu što je više moguće. Ubrzo je izgubila na težini, ali i postajala je sve željnija hrane. Kako je već imala iskustva s bulimijom, nije joj bilo strano prejedanje i povraćanje.
>
> Ona naglašava da je svakom bulimičaru još veći poticaj za češće cikluse prejedanja i čišćenja stroga dijeta koju si često nameću. Dijeta povećava želju za hranom, ali pridonosi i želji za mršavljenjem. Kada se to spoji dobije se klasičan primjer osobe koja pati od bulimije.
>
> S navršenih petnaest godina Shayina se obitelj odlučila preseliti iz Afrike na Novi Zeland. Shaye je sad svjesna da je svatko iz obitelji patio zbog selidbe i na drugačiji način se nosio s tim. Njezin je način bio još veća želja za manje kilograma i još češće prejedanje i čišćenje. U tom je razdoblju najviše razvila mržnju prema svome tijelu koje ju je tjeralo da postaje sve radikalnija u namjeri da smršavi što je više moguće. Nadala se je da će biti sretna kada smršavi koji kilogram.
>
> Mršavila je kilogram po kilogram, ali se nije osjećala sretnom – mislila je da će sreću ostvariti ako dovoljno smršavi. Godinu dana kasnije je postala potpuno opsjednuta hranom. Tada je već jela gotovo po cijele dane. Iako su njezina prejedanja i povraćanja postala učestala do te mjere da bi to radila nekoliko puta na dan, nitko od njezinih najbližih nije primijetio ništa čudno.
>
> Uspjela je zadržati tu tajnu za sebe i vješto je manipulirala i lagala obitelji i prijateljima. Shaye je uspijevala zadržati savršenu sliku mlade djevojke, koja je uspješna u svemu. Naizgled je imala sve što je htjela, bila je vitka, motivirana, društveno aktivna, bavila se sportom, izlazila i bila dobra u školi. Nitko nije ni pretpostavljao da se borila s poremećajem prehrane, da se je svakoga dana borila sa vlastitom slikom u ogledalu i da je mrzila sebe i svoje tijelo. Samu je sebe smatrala ludom i da joj treba stručna pomoć, ali nije se usudila potražiti ju i uništiti sliku djevojke kojoj sve ide od ruke koju je prikazivala među ljudima.

[80] http://www.your-bulimia-recovery.com/bulimia-case-study.html, (24.4.2017.)

Najviše ju je plašila neodoljiva želja za hranom, bojala se je da će uskoro kopati po kantama za smeće koliko ju je hrana sve više i više privlačila. Nakon nekog vremena počela je osjećati fizičke posljedice svega što je radila svome tijelu. Svakodnevno se osjećala malaksalo, kao da joj tijelo više ne može funkcionirati.

Zubi su joj trunuli od čestih povraćanja, srce ju je boljelo i trpjela je boli u prsima koje su je često znale onesvijestiti. Elektroliti su joj bili u velikoj neravnoteži i čitav organizam je patio. Da je tada ostala zaražena nekom, inače bezazlenom, bolesti vjerojatno bi bila u životnoj opasnosti jer joj je tijelo bilo preslabo da se bori s bilo kakvim drugim problemom osim s bulimijom.

U toj je fazi Shaye bila toliko ovisna o prejedanju i čišćenju da nije mogla izdržati putovanje kući od 45 minuta. Tako je razvila naviku povraćanja u praznu plastičnu bočicu u kutu kupea. Tijelo joj je postalo neizdrživo slabo i tada je shvatila da se mora uhvatiti u koštac s problemom, priznati da ima poremećaj i početi mijenjati svoje prehrambene navike.

Shaye kaže da je puževim korakom tako počela svoj oporavak, koji je bio najteži i najljepši period njezinog života. Tada je opet osjetila nadu u bolji život, svaki dan joj je bio izazov kojega je s radošću prihvaćala. Za Shaye je to bio period pun uspona i padova. Ističe da je vrlo bitno raditi na principu pokušaja i pogreške da se vidi što djeluje na osobu koja boluje od poremećaja hranjenja, jer je svatko individualan. Sjeća se prvih neuspjeha u procesu ozdravljenja i koliko joj je to frustracije donijelo. Zato preporuča da se ne odustaje jer je svakoga moguće, barem djelomično, izliječiti ako se nađe prava metoda za svaki individualni slučaj.

Njoj je trebalo sedam mjeseci terapija i savjetovanja da doživi svoj prvi dan bez prejedanja i čišćenja. Nakon toga je u manje od pet mjeseci postala potpuno zdrava i slobodna od bulimije koja ju je mučila kroz život.

Sada Shaye radi na programu „Your Bulimia Recovery“ pod geslom „Ja sam se oporavila…možeš i ti!“ i vodi web stranicu koja omogućuje informiranje o bulimiji, sadrži savjete za oporavak, njezinu priču, motivacijske sadržaje, članke o znakovima bulimije za zabrinute najbliže koji bi mogli otkriti poremećaj kod djevojaka.

Zanimljivo je da Shaye ne objavljuje svoje slike iz razdoblja bulimije, jer smatra da bi to moglo motivirati djevojke da smršave još više. Projekt je pažljivo osmišljen, a web stranica http://www.your-bulimia-recovery.com/ nudi mogućnost prijavljivanja i učlanjivanja u privatnu zajednicu djevojaka koje pate od bulimije.

Primjer 2

Bulimija sve češće pogađa i muškarce. Jedan od mnogih muškaraca koji se bore s bulimijom je i Rob.[81] On nije tinejdžer, već odrastao muškarac u tridesetim godinama koji živi i radi u Velikoj Britaniji. Od bulimije je obolio u ranim dvadesetim što znači da se već desetak godina bori s bulimijom i iako se je oporavio još se uvijek bori s posljedicama koje je bulimija ostavila na njegovu psihu i da nezdrava razmišljanja i navike svede na minimum.

[81] http://bulimicboy.blogspot.co.uk, (11.4.2017.)

Kao student Rob nije obraćao mnogo pozornosti na svoju prehranu. Jeo je kad je bio gladan, imao je omiljena jela i jela koja nije volio. Imao je poprilično normalan odnos sa svojim tijelom i hranom. Jednog je dana promatrao sebe tijekom tuširanja i pomislio da se je malo udebljao i da ne izgleda kao što je izgledao do sada. Već je idući dan ponio jedan sendvič na posao, umjesto dva po običaju. Nije izbacivao obroke, ali si je počeo pripremati manje obroke i općenito je jeo manje i pazio na prehranu. Onda je počeo ići na posao biciklom okolnim putovima da bi što duže vježbao.

Prvi obrok kojega je izbacio je bio ručak, stvorio si je naviku trčanja u vrijeme ručka. Sve se je ovo dogodilo unutar nekoliko mjeseci, a Rob je smatrao da nema razloga za brigu i uvjeravao se da se samo pokušava hraniti zdravo i mnogo vježbati radisvog zdravlja. Nakon nekog vremena se je počeo prejedati i svaka iluzija da je svojom opsesijom pridonosio svome zdravlju. Dok su njegovi prijatelji izlazili on je ostajao kod kuće i jeo. Prisjeća se kako je jednom ispekao tortu i pojeo ju prije no što su mu se prijatelji vratili. Imao je snažnu želju za jelom koja mu se i sada javlja gotovo svakodnevno. Morao se morao kontrolirati da ne jede dok se ne ispovraća, jeo je dok mu nije bilo muka.

On je u dvanaest godina bulimije nastavo normalno živjeti, završio je fakultet, doktorirao, radio kao predavač, volontirao, oženio se te kupio i renovirao kuću. Rob ne povraća nakon prejedanja već pretjeruje s vježbanjem. Najčešće vozi bicikl. Svi koje poznaje ne vide ništa čudno u tome jer znaju da on voli voziti bicikl. On svaki dan do posla vozi 27 milja, a najbliži put do posla je dvije milje.

Zapravo je Rob uvijek bio veoma zdrav čovjek, ima kondiciju i voli biciklirati. Njegovo je stanje bilo zabrinjavajuće, ne s fizičke, već s psihičke strane. Pretjerana opsjednutost hranom ga je uvijek ostavljala tjeskobnim, previše se je brinuo o svemu što je pojeo. Znao je da se ne smije prejedati što ga je još više privlačilo k jelu. Borio se s depresijom kroz dvanaest godina bulimije. Samopouzdanje mu je rušio osjećaj srama nakon prejedanja. Ponekad bi želja za hranom bila tolika da je krao hranu od prijatelja ili pojeo nešto iz kante za smeće. Rob nije imao samokontrolu i sramio se toga.

Njegova je supruga puna razumijevanja prema njegovom poremećaju prehrane no on se nikad nije dovoljno otvorio prema njoj i pričao o svemu što ga muči već je često bježao u samoću. Žao mu je jer sad shvaća da svojoj ženi nije pokazivao ljubav i zahvalnost koju osjeća. Osjećao se kao da se ne može izvući iz začaranog kruga prejedanja i vježbanja, samopouzdanje mu je padalo svakom novom prilikom za prejedanjem. Iako su mu ostale stvari u životu išle dobro i bio je uspješan u svakom drugom pogledu Rob je stalno osjećao tjeskobu zbog svoje tajne opsesije hranom. To mu je bilo jedino mjerilo uspjeha. Iako je imao poremećaj uspio ga je kontrolirati svojim vježbanjem, bicikliranjem koje mu je uvijek bilo hobi.
Godinama je tako balansirao između nezdravih prejedanja i konstantnog vježbanja. Uskoro mu se dogodilo nešto neočekivano zbog čega je bio primoran suočiti se sa svojim poremećajem i pomaknuti se. Vozeći bicikl doživio je nesreću. Pao je s bicikla i slomio ključnu kost. Kada je otišao kod liječnika on mu je priopćio da neće moći voziti bicikl barem dva mjeseca i Rob je došao do zida.

Shvatio je da je sada tren da riješi svoj problem s destruktivnim prehrambenim navikama. Čvrsto je odlučio smanjiti prejedanja jer sada ne može voziti bicikl nakon jela. Nakon nekog vremena mu je zacijelila ključna kost i vratio se na bicikl. To je otežalo njegov put ozdravljenja. Znao je da sada ima mogućnost prejesti se jer si nakon toga lako može omogućiti nekoliko sati vožnje bicikla.

> Rob je shvatio da je sada ključni trenutak za njegov oporavak. Odlučio je potražiti stručnu pomoć i krenuo je na kognitivno bihevioralne terapije prije osam godina, a sada kada se osvrne na vrijeme terapije shvaća da mu terapije nisu brzo pomogle jer on nije zapravo htio ozdraviti.
>
> On je dijelom uživao u svojoj bulimiji, osjećao je ugodu pri prejedanju koje se nije htio riješiti. Danas Rob više ne vidi ništa pozitivno u bulimiji, shvaća da je ona uzrok njegovoj tjeskobi i da ga bulimija odvlači od ljudi koje voli i do kojih mu je stalo. Nakon dvanaest godina sada osjeća snagu da sam upravlja svojom željom za hranom. Trudi se jesti zdravo i vježbati umjereno. Rob redovno odlazi k liječniku opće prakse i čeka nastavak svoje kognitivno bihevioralne terapije.
>
> Sada se nada da će se sasvim oporaviti od bulimije jer zna u čemu je griješio na prvim terapijama. Naglašava da je najbitnije iskreno željeti oporavak i truditi se obuzdavati svoje želje. On je počeo voditi blog o svojemu poremećaju i to smatra svojevrsnom terapijom koja mu, poput dnevnika, pomaže da ima bolji uvid u svoje misli i osjećaje. Nada se da će oni koji pročitaju tekstove s njegovog bloga naći nešto što bi im moglo pomoći s njihovim problemima. Rob zna da će se sigurno još prejedati i periodično vraćati bulimiji, ali vidi napredak i ima nadu da će jednog dana biti sasvim slobodan od bulimije.

Primjer 3

Slijedeći je primjer mlade sedamnaestogodišnje Amy s Novog Zelanda koja uz bulimiju pati i od anoreksije. Nažalost, mnogo je slučajeva poput njenoga gdje se dva poremećaja prehrane poklapaju i nadopunjavaju za potpuno uništenje zdravlja i psihe mladih djevojaka.

Njena je majka odlučila otvoriti se i ispričati detaljnije o problemu svoje kćeri u nadi da će to pomoći drugima. Njezinu priču možemo naći na internetu, među pričama drugih ljudi koji su patili ili još uvijek pate od poremećaja prehrane, a čija su iskustva podijeljena s javnosti na web stranici[82] na kojoj se nalaze korisne informacije za sve koji imaju problema s bilo kojom vrstom poremećaja prehrane; anoreksijom, bulimijom ili opsesivnim prejedanjem:

> Amyna majka priča priču o poremećaju kćeri onako kako ga je ona doživjela. Amy je pametna, bistra, marljiva djevojka koja ima umjereno izraženu natjecateljsku crtu, uvijek dugo i pažljivo radi na svakom zadatku za školu, perfekcionistica. S trinaest godina Amy se počela ponašati drugačije, a njezina majka nije vidjela razlog tomu.
>
> Smatra da je okidač njezinom poremećaju prehrane bio školski ples. Poput nekih njezinih prijateljica i Amy je odlučila „utegnuti se“, skinuti nekoliko kilograma, naći savršenu haljinu i pratnju za ples.
>
> Njezine su prijateljice već u tim godinama imale dečke, a ona je bila usmjerena na školu i izvannastavne aktivnosti što je normalno i pohvalno u njezinim godinama. Pripreme za školski ples su joj dale uvid u živote njezinih prijateljica s kojima se vjerojatno počela uspoređivati i osjećati se manje vrijedno. Na dan plesa Amy je obukla lijepu haljinu, napravila frizuru i našminkala se. Izgledala je lijepo i dobila je mnogo komplimenata.

[82] http://nzeatingdisorderspecialists.co.nz/, (4.3.2017.)

Njezina majka pretpostavlja da su sve to bili okidači za njezin poremećaj u prehrani. Komplimenti su joj godili i mislila je da će biti vrijedna u očima drugih ljudi samo ako bude lijepa i mršava. U to je vrijeme smršavila oko deset kilograma. To mršavljenje je išlo poprilično postepeno pa njezinoj obitelji nije bilo čudno, svakodnevno su je viđali i nisu primijetili koliko je zapravo smršavila.[83]

Primijetili su da odjednom više nije „lijepo" mršava već da je prešla granicu i izgleda bolesno mršavo. Nisu vidjeli nikakav problem, jer iako je bila izbirljiva što se tiče hrane, jela je u dovoljnim, čak i prekomjernim količinama. Recimo, jela bi puno voća, povrća i slatkiša, a izbjegavala je rižu, kruh i tjesteninu.

Majka joj je postala zabrinuta tek kad je shvatila da Amy laže o tome što je i kad pojela. Čitavi obroci u kanti za smeće njezinoj su majci bili znak za uzbunu.

Nedugo nakon prvih bačenih obroka cijela je obitelj s prijateljima odlučila provesti praznike u planinama. Amy se držala po strani, nije se družila s prijateljima i nije se socijalizirala među djecom s lakoćom kao što je nekada. Amy je stalno govorila kako joj je hladno, da je osjetljiva na hladnoću i zato je nosila debele jakne. Kada bi ih nosila ne bi se primijetilo da je jako smršavila.

Kada bi cijela obitelj jela zajedno bilo je očito da Amy ne jede dovoljno. Kada su se vratili s putovanja, Amynu majku je na razgovor pozvala jedna majka koja joj je rekla da su njezina kći i Amyne prijateljice iz razreda primijetile da ona manje jede i boje se za njezino zdravlje. Tada je Amyna majka odlučila da je vrijeme da nešto poduzme.

Odveli su ju kod svog liječnika opće prakse koji im je rekao da ništa ne može učiniti niti pripisati bilo kakvu terapiju ili uputnicu za kliniku koja se bavi poremećajima prehrane osim ako je ona u životnoj opasnost. Zatim su se obratili dječjem psihologu koji isto nije imao suosjećanja niti je pokazivao brigu za Amyno stanje.

Amy je bila veoma prkosna svaki put kada bi njeni roditelji pokazali brigu i želju da se liječi kod stručnjaka. Uvijek je odgovarala da je dobro, da se previše brinu i da su paranoični. Morali su biti vrlo čvrsti u želji da im kći dobije potrebnu pomoć, s njom kao i s liječnikom opće prakse. On ih je napokon uputio kod specijaliziranog liječnika za slučajeve poput njenoga.

Amy nije surađivala i nije se slagala s liječnikom. Često je plakala kada je morala ići na terapije, osjećala se tjeskobno pri pomisli na odlazaka kod liječnika, a poslije se je još više zatvarala u svoju sobi i otuđivala se od obitelji.

Nije joj se sviđao izravan pristup liječnika, on je shvaćao da je njezin problem velikim dijelom negiranje poremećaja prehrane kojega je imala i zato ju je često tjerao da se sama suoči s njim da se mogu bazirati na liječenje problema.

Svatko tko ima poremećaj u prehrani prvo mora sebi priznati da mora mijenjati svoju situaciju jer nije zdrava. Liječnik kod kojega je Amy išla s bazirao na tome da ona prizna, i sebi i drugima, svoj problem s hranom.

Ona je imala faze anoreksije i faze bulimije u periodičnim ciklusima, ponekad bi više jela i povraćala, a ponekad bi imala dovoljno samodiscipline da se jednostavno izgladnjuje. Amy je patila od tipičnog purgativnog tipa anoreksije.

[83] Usp. K. SAMBOL, T. CIKAČ, Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, u: *Medicus*, 24 (2015.), str. 165.- 171.

Cijela obitelj je sudjelovala na terapijama, imali su razgovore sa liječnikom zajedno i odvojeno. I Amyna sestra je morala ići na razgovor.

Majka se prisjeća da u početku liječnik nije puno pričao i htio je čuti što više okolnosti u kojima se Amy razvijala da bi mogao doći do problema.

Tada im nije bilo lako otvoriti se, ali su znali da je to jedini način da prebrode poremećaj u prehrani koji je mučio njihovu kćer. Ona nije dobro prihvaćala terapije, često je znala biti bezobrazna i raditi probleme. Prije to nije radila. Liječnik nije oklijevao kada Amy ne bi surađivala i jasno joj je objašnjavao da njezino ponašanje nije u redu.

Roditelji su često imali problema s Amy kod kuće, ali su se naučili obratiti se stručnoj osobi za pomoć koja im je bila potrebna. Amyino zdravstveno stanje se pogoršavalo. Roditelji su odlučili da će, ako Amy ne počne jesti redovito i normalno, ukinuti joj svaku vrstu zabave – televiziju, Internet, radio, časopise, knjige, pa čak i da neće ići u školu. Ukratko, kada nije jela morala je ostati u krevetu cijeli dan. To je za nju bilo dobro iz više razloga.

Prvi je bio taj što nije trošila energiju koja joj je trebala za životne funkcije jer hranom koju je unosila i povraćala nije dobivala dovoljno energije za izlazak iz kreveta. Drugo, imala je dosta vremena za razmišljanje o svojim životnim i prehrambenim navikama, odnosima sa prijateljima i obitelji i o svojemu ponašanju.

Kada je počela više jesti i manje povraćati, roditelji su se složili da je vrijeme da opet krene u školu. Amy je shvatila koliko je sretnija u školi, učeći i provodeći vrijeme među svojim prijateljima. Pomisao na vraćanje u krevet ju je strašila. Odlasci u školu su joj opet dali prostora za laganje o prehrambenim navikama. Često je znala govoriti da je jela vani, a i njezini roditelji nisu imali nazor nad mogućim povraćanjem.[84]

Nakon nekog vremena je opet počela mršavjeti, pogotovo kada bi često izlazila iz kuće ili prespavala kod prijateljice. Njezini roditelji su joj morali ograničiti izlaske, što je bilo teško jer nisu htjeli da se osjeća izolirano.
Liječnik je Amy propisao dijetu od 3000 kalorija na dan, a njezini roditelji su to morali pratiti i kontrolirati njezine obroke. Amy je tada uspjela dobiti nekoliko kilograma i imati donekle normalnu prehranu.

Kroz terapiju se pokazalo da je intenzivan rad oba roditelja ključan za brže ozdravljenje djeteta. Otac je odigrao vrlo važnu ulogu u procesu poboljšanja Amynih prehrambenih navika, on je bio čvrst i nije joj popuštao da prekrši dijetu koju je propisao liječnik i često joj je znao preporučiti knjige o snažnim i zdravim ženama koje bi ju mogle inspirirati i pomoći joj.

Iako se u početku protivila njegovim idejama, njezina majka vjeruje da je sve to pomoglo u njezinom oporavku. Amy je često padala u napast neredovitog jela i povraćanja, ali su roditelji imali strogi nadzor nad njenim jelom i znala je da im ne može više lagati. Htjela je samo što prije završiti s terapijama i ponovno zadobiti povjerenje roditelja.

[84] N. AMBROSI – RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004., str.17.

> Došla je do normalne težine, ne svojom voljom, ali je shvatila da je to boje za nju kada je imala više energije, manje problema sa zubima zbog nepovraćanja, osjećala se zdravije i njezina slika o tijelu se počela bazirati na tome kako se ona osjeća, a ne što industrija ljepote, časopisi, Internet ili okolina smatraju dobrim i poželjnim.
>
> Amy je sada krenula na fakultet, ima normalan socijalni život, dečka i iako se i dalje ponekad javi želja za povraćanjem ili neredovitim jelom, na pravi put ju potiče činjenica koliko je toga postigla nakon što je prošla terapiju.
>
> Njezina majka se osjeća sretnije jer joj se kći sada puno lakše povjerava i ne izbjegava pitanja o prehrani. Smatra da je u oporavku najbitnije potražiti stručnu pomoć, inzistirati na komunikaciji u obitelji, ne odustajati kada se čini da oboljeli ne želi sudjelovati u terapiji i držati kontrolu nad poremećajem kada se on dijagnosticira.“

Osim poremećaja hranjenja koje definiramo kao anoreksiju i bulimiju postoji jedan poremećaj koji se ne može izravno svrstati niti u jedan navedeni, a to je Neodređeni poremećaj hranjenja.

3.3. Neodređeni poremećaji hranjenja

U neodređene poremećaje hranjenja svrstavaju se svi slučajeve u kojima osoba iskazuje neka ponašanja tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije.

Dijagnoza se postavlja često i ona uključuje poremećaj nekontroliranog jedenja ili binge eating disorder (BED/prežderavanje) koji se sve češće pojavljuje kao zaseban poremećaj.

U normalnoj populaciji prevalencija poremećaja nekontroliranog jedenja kreće se od 0.7 – 4 %.[85]

Ovdje je riječ o osobama koje kao da imaju poremećenu kontrolu nad jedenjem tako da jedu vrlo brzo, sve dok ne osjete tjelesnu neugodu zbog pretjeranog unošenja hrane, jedu velike količine hrane kada nisu gladne i jedu same jer se srame količina koje unose u sebe.

Takve osobe imaju jaki osjećaj krivnje i gađenja prema sebi zbog svog ponašanja, a često su zbog toga i depresivne.

Posebno ih zabrinjava dugotrajni učinak prekomjernog jedenja na tjelesnu težinu.

Prejedanja se kreću u rasponu od minimalno dva dana tjednu razdoblju šest mjeseci da bi se dijagnosticiralo prejedanje.[86]

Prema DSM – IV poremećaj hranjenja, neodređen, odnosi se na ovakve slučajeve:

[85] D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013., str.106.

[86] Isto.

1. Kod žene su zadovoljeni svi kriteriji za anoreksiju, a osoba ima redovite mjesečnice.

2. Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju osim što osoba ima normalnu težinu.

3. Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju osim što se prejedanje i pražnjenje javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.

4. Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane.

5. Osoba ponavlja žvakanje i pljuvanje velikih količina hrane, ali ih ne guta.

6. Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja bez ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za bulimiju.

Poremećaji hranjenja koji su ovdje opisani imaju svoje odvojene pojave, s kriterijima i simptomima, no najčešće se u praksi ti poremećaji rijetko zasebno dijagnosticiraju s jasnim granicama.[87]Obično oboljela osoba s jednim poremećajem hranjenja nerijetko ima izražene i simptome druge bolesti. Tako se dvije kliničke slike izmjenjuju i nadopunjuju. [88]

[87] Usp. C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str. 36.- 45.
[88] Isto.

4. ČIMBENICI POREMEĆAJA HRANJENJA

Znanstvenici se stoljećima bave povezanošću hranjenja i tjelesne težine s emocionalnim i fiziološkim zdravljem osoba. Unatrag tridesetak godina intenzivnije se povećao interes za područje proučavanja poremećaja prehrane, zbog sve češće pojave poremećaja hranjenja uglavnom karakterističnih za industrijalizirane zemlje Zapada.

Poremećaji prehrane su izrazito opasni poremećaji ponašanja, a nastaju kao rezultat međusobnog djelovanja niza čimbenika poput poremećaja ličnosti, emocionalnih poremećaja, pritiska obitelji i okoline, ali i opsjednutosti mislima o mršavošću.

Kada gledamo općenito uočavamo kako poremećaje hranjenja obilježava pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane koji može ostaviti ozbiljne posljedice za zdravlje i psihu. Gotovo je uvijek psihološki čimbenik ključan u nastanku poremećaja, a znanstvenici se danas bave psihološkom, socijalnom, zdravstvenom i estetskom problematikom poremećaja hranjenja.

Poremećaji hranjenja koji su najpoznatiji i o kojima se danas najviše govori su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Ove bolesti ubrajaju se danas u teške psihičke poremećaje. O uzrocima nastanka poremećaja hranjenja postoje različite teorije. Istraživači se ne mogu usuglasiti kada se govori o relativnom značenju uloge bioloških faktora, ličnosti, obiteljskih varijabli te sociokulturnog konteksta u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične zadatke adolescencije.

Rast i razvoj djece, a posebno koštanog sustava traje od početka života pa sve do kraja adolescencije. Doba puberteta i adolescencije praćeno je intenzivnim promjenama u organizmu pod utjecajem hormona. Tada djeca dobivaju obilježja vezana za spol koji je u psihološkom aspektu praćeno stalnim analiziranjem i praćenjem osobnog rasta i razvoja.

Nametnuti trendovi i ideali djecu potiču na želju za promjenom izgleda i na nekontrolirane redukcijske dijete za koje najčešće ne znaju ni roditelji. To može imati negativne posljedice na zdravlje ako se razvije poremećaj hranjenja. Neki školarci nemaju redovite obroke, a mnoga djeca bivaju zakinuta za zdravu i raznovrsnu prehranu. Često se u djeci javi odbojnost prema hrani jer ju ne vole jesti sama što ukazuje na psihološki aspekt problema.

Redovito uzimanje obroka, a pogotovo doručka, sprječava pojavu hipoglikemije i pridonosi boljoj učinkovitosti djeteta. Istražena je i poveznica između zdravog doručka i uspjeha u školi i dokazano je da djeca koja jednu redovito i raznovrsno u pravilu imaju bolji akademski uspjeh i

bolje sportske rezultate. Čak i manji deficit nekih hranjivih tvari može imati negativan utjecaj na zdravstveno i mentalno zdravlje djece u pretpubertetskoj dobi.[89]

Osim hrane glavni su čimbenici zdravlja djeteta i san i tjelesna aktivnost. Nedovoljan unos hranjivih tvari kod djece može dovesti do ozbiljnog zaostajanja u rastu, usporenim rastom kostura, ljuskanjem kože, keratinizacijom rožnice i općenito oštećenja epitelnih tkiva.

4.1. Socijalni čimbenici u nastanku poremećaja hranjenja

Ne postoji određena socijalna teorija koja bi mogla objasniti utjecaj društva koje ono ima na porast poremećaja hranjenja u populaciji u posljednje vrijeme, premda ne jenjava zanimanje istraživača za socijalne i kulturne pritiske u smjeru mršavosti te je možda interes i veći nego ranije.

Suvremena žena ima mnogo izazova i od nje se nje se očekuje da osim majke i supruge bude i uspješna profesionalka. Žene su i same prihvatile ova očekivanja kao vlastita. Tada taj ženin narcizam raste pod stalnim zahtjevima u praćenju mode, toga da treba biti prekrasna, pametna, uređena i profesionalno aktivna. Žena treba težiti „idealu žene“ što uključuje izvrsno nošenje uloge majke, ljubavnice i svega onoga što se od nje očekuje da u obitelji što izvrsnija.

Mediji imaju odlučujuću ulogu jer promiču sliku abnormalne mršavosti kao ideala ženske ljepote. Tu je i društveni diktat koji ženama na sve načine nameće kako da promjene svoje tijelo i dosegnu taj ideal ljepote koji je umjetno stvoren. Mediji posebno pogađaju skupine mladih koji preko televizije, modernih časopisa, Interneta, društvenih mreža i ostalih suvremenih medija te tako najmoćnije prenose sociokulturne ideje.[90]

U dobi kada mlade djevojke trebaju odlučivati o svom obrazovanju, zvanju, društvenoj angažiranosti, religijskom uvjerenju i dobrotvornom radu one su najviše pogođene pritiskom da budu poželjne i lijepe, a to u današnje vrijeme mogu ostvariti isključivo kroz mršavu figuru.

Socijalni faktori koji najviše utječu na razvoj poremećaja hranjenja su [91]:

- Socijalni pritisak prema mršavosti
- Promijenjena socijalna uloga žena
- Glorifikacija poremećaja hranjenja
- Predrasude prema gojaznima
- Tendencija socijalnog uspoređivanja

[89] V. VIDOVIĆ, Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji, u: *Medicus*, 18/2 (2009.), str. 188.

[90] C. COSTIN, *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010., str.74.

[91] N. AMBROSI - RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004. str. 62.

Svakodnevni smo svjedoci priča o manekenkama i modelima koje imaju obilje novca, slavu, pažnju muškaraca i „uspješnu“ karijeru. Kada mlada djevojka bira svoj životni put, logično je da će htjeti imati sve što imaju djevojke koje uspijevaju održavati vitkost.

Ako bolje pogledamo na uspješne muškarce 21. stoljeća mnogi su od njih lijepi i privlačni, ali to nikako nije pravilo za muškarce. Zbog svoje uspješnosti u pravilu ti muškarci mogu i najčešće biraju za životne partnerice manekenke, modele ili djevojke koje izgledaju tako da mogu biti modeli. Samo promatrajući ovaj uzorak možemo uočiti da je puno lakše postati „uspješna“ žena ako je fizički privlačna na način na koji je to popularno. I zato je sasvim normalno i razumljivo da mlade djevojke u mršavim ženama vide svoje uzore. Jasno im je da je, kao ženi, najlakši put do uspjeha mršavost i vitkost.

Popularizacija mršavosti u modnom svijetu se dogodila 60-ih godina prošloga stoljeća kada je svijet mode ludio za vrlo mršavim modelima od kojih je najpopularnija bila Lesley Lawson poznatija pod nadimkom Twiggy. Ona je oštro odbacivala tvrdnje da je anoreksična i danas jasno i ponosno govorila o svojoj mršavoj građi tijela unatoč redovitom i normalnom hranjenju. Iako kod nje osobno to nije bio slučaj, nepobitna je činjenica da je svojim uspjehom postala uzor mladim djevojkama koje su se htjele iskušati u *modelingu*, a i modni stručnjaci su tada počeli s idealiziranjem dječačke figure tijela.

Tako se otvorio put u modni svijet svim djevojkama dječačke figure s negiranim sekundarnim spolnim obilježjima žene, a u isto se vrijeme otvorio put u frustracije i patnje djevojaka koje su pod svaku cijenu htjele izgledati kao popularne djevojke koje su se smatrale estetski vrijednima u suvremenom pomodnom svijetu, a nisu imale genetske predispozicije za to. Iz tih frustracija, kao i iz drugih osobnih problema i poteškoća u razvoju u odraslu osobu javljaju se poremećaji prehrane, vlastite vizije tijela i spolnosti.

Utjecaj televizije i časopisa posebno negativan zbog toga što se modeli u današnjim medijima shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Mediji promiču ideju i šire krive slike da je svačije tijelo beskonačno promjenjivo te da se putem dijeta i prekomjernog vježbanja može doseći estetski ideal.

Drugu poruku koju šalju mladima je ta da kada je ideal jednom postignut posljedično će uslijediti nagrade i socijalna priznanja. Mršavi i privlačni ljudi često dobivaju razne komplimente javnosti i na stvari koje nisu isključivo povezani s izgledom. [92]

[92] Usp. N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004. str. 62.

U Sjevernoj Americi je vrlo izražena čitava marketinška predstava u kojoj su glavni akteri najčešće ljudi iz svijeta zabave; glumci, glazbenici, komičari, tv voditelji i ostali koji sudjeluju u medijskim formatima koji promoviraju važnost izgleda. Tako danas možemo naći brojne rang liste seksipilnih žena, ocjenjivanja njihovog stila oblačenja, frizura, šminke i svega ostaloga što je sasvim nepotrebno i stvara krivu sliku o tome što je bitno, a što nije bitno u ljudima.

Pošto je adolescencija razdoblje intenzivnog razvoja identiteta kojega uvelike formira i izgrađuju upravo društvo i mediji, s tim na umu njihova se uloga ne smije zanemariti. Utjecaj vršnjaka također je ključan zbog tendencije socijalnog uspoređivanja, a sve to može dovesti do jakog nezadovoljstva vlastitim tijelom.

Uz promicanje ideala mršavosti, u društvu općenito, postoje predrasude o . kao što je to spomenuto i pojašnjeno u jednom od prethodnih poglavlja. Jedna od zastupljenijih je ta da su kao, na primjer, gojazni ljudi pohlepni, da imaju više psiholoških problema od ostalih ljudi, da su neuredni ili nemarni i slično.

Takve predrasude predstavljaju oblik socijalno prihvatljivog rasizma. Isto kao i kod pretjerane mršavosti, ne može se na prvi pogled procijeniti radi li se o biološkom problemu, uzrokovanom poremećajem rada hormona, metabolizma i slično ili se doista radi o izgladnjivanju i prejedanju.

O kojoj god da se vrsti poremećaja radi, moramo biti svjesni da su te osobe u ekstremima zbog nečega što im se dogodilo bez njihove volje, bilo to biološkog ili psihološkog čimbenika. Nitko ne želi biti bolestan i zato nikada ne smijemo zaboraviti da su i anoreksični i bulimični i pretili ljudi u zabludi ako kažu da žele biti takvi. To je često vrsta obrambenog mehanizma poricanja kojim se žele spriječiti daljnje mjere rada s njima. Osobe s poremećajem hranjenja doista mogu sami sebe uvjeriti da žele biti ekstremno mršavi ili debeli, ali u njima je kao i u svakome od nas urođena želja za zdravljem i balansom.

Možemo reći da mediji mogu biti destruktivni kada promoviraju gore opisana ponašanja i načine mišljenja i konstruktivni kada odvraćaju djevojke od ekstremnih oblika ponašanja te bi zbog svoje velike moći na oblikovanje mišljenja ljudi trebali biti korišteni u preventivne svrhe.

Danas je u medijima najčešća kombinacija destruktivnog i konstruktivnog. Mnogi časopisi daju razne savjete kako smršaviti određeni broj kilograma za određeno vrijeme, što nikako ne može biti zdravo, a već na drugoj stranici pišu kako treba ne brinuti o drugim ljudima i njihovim mišljenjima, kako treba biti zadovoljan u svojoj koži i ne mijenjati se zbog drugih. To izaziva konfuziju, ne samo među mladim djevojkama koje se još traže, već i u odraslih žena koje su prošle turbulentne faze odrastanja.

Tako da se sve češće anoreksija, bulimija i pretjerana zabrinutost izgledom i kod odraslih žena koje su često bombardirane naslovima u ženskim časopisima koji nude savjete za gubitak postporođajnih kilograma, staračkog podbratka, „mlohavih“ ruku i slično. Žena danas ni u kojoj dobi ne prestaje biti pod pritiskom da uvijek izgleda onako kako moda diktira. Iako se na prvi pogled tako nešto može činiti površnim, tu postoje i biološki čimbenici koji pogoduju nastanku poremećaja hranjenja.

4.2. Biološki čimbenici u nastanku poremećaja hranjenja

Postoje teorije koje objašnjavaju kako su uzročnici anoreksije i bulimije nervoze genetskog podrijetla i one nisu ništa novo, ali usprkos mnogim istraživanjima još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi koji se javljaju u podlozi poremećaja hranjenja. Neki biološki čimbenici koji se navode kao važni u nastanku poremećaja hranjenja su dob, spol i tjelesna težina.[93]

Kad promatramo dob kao biološki čimbenik koji utječe na razvoj poremećaja hranjenja treba uzeti u obzir da poremećaji hranjenja predstavljaju poremećaje tipične za mlade žene. Neki poremećaji javljaju se već u ranijoj dobi, ponekad u djetinjstvu, tj. prije 14. godine života.[94] U dječjoj dobi je najčešći poremećaj hranjenja anoreksija nervoza, dok se prije 14. godine vrlo rijetko viđa prvi sindrom bulimije nervoze.[95]

Adolescenti u Hrvatskoj žele biti mršaviji nego što jesu i to je pokazalo znanstveno istraživanje[96] čiji je cilj bio ispitati učestalost potencijalno rizičnih ponašanja i stavova značajnih za razvoj poremećaja hranjenja poput nezadovoljstva tijelom, odstupanja u stavovima prema hrani i provođenja dijeta na adolescentima iz različitih srednjih škola iz Opatije, Rijeke, Ogulina, Karlovca i Zagreba. Istraživanje je provodila profesorica Alessandra Pokrajac-Bulian sa Odsjeka za psihologiju na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci.[97]Od ukupno 1035 ispitanika primijećena je znatna razlika indeksa tjelesne mase koja raste s dobi kod djevojaka i mladića od prvog do četvrtog razreda srednje škole. Ovo istraživanje potvrdilo je da djevojke češće provode dijete u odnosu na mladiće, a kod učenika prvih razreda više su primijećeni simptomi bulimije poput prejedanja, gubitka kontrole kod uzimanja hrane i povraćanja.

---

[93] Usp. N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004., str. 23.- 42.

[94] Usp. V. VIDOVIĆ, Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji, časopis *Medicus*, 18/2 (2009.), str. 185.- 191.

[95] Usp. A.POKRAJAC – BULIAN, L.STUBBS, AMBROSI – RANDIĆ, Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji, u: *Psihologijske teme* 13 (2014.), str. 91. – 104.

[96] Znanstveni projekt Psihosocijalni aspekti pretilosti (009-0092660-2656) provedeno uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske

[97] Isto.

Ispitanici su se izjasnili i oko zadovoljstva težinom i izgledom. Čak 35.5% djevojaka nezadovoljno je ili jako nezadovoljno težinom, a 19.4% izgledom. Težinom nezadovoljnih mladića je 13%, a izgledom 6.8%.

Ovakvi nalazi mogu se obrazložiti činjenicom da djevojke usvajaju izgled odraslih žena pa čak i njihovo ponašanje te stavove tih, za njih, značajnih odraslih osoba. Stres, kao faktor koji se može razviti kod djevojaka koje su se prerano razvile, može potaknuti i prouzrokovati da rano razvijene djevojke budu podložnije različitim psihopatologijama, uključujući i poremećaje hranjenja. Mlade djevojke tako razvijaju svoje mišljenje koje se temelji na misli je privlačnost važna za uspješne odnose s drugim spolom zbog čega češće idu na dijete.

Djevojke koje su se negativno odnosile prema vlastitom tijelu u pubertetu pokazale su se rizičnije za razvoj problema u hranjenju.

Poremećaji hranjenja tipično se vežu uz ženski spol i devet su puta učestaliji kod žena.[98] U pokušaju odgovora na pitanje zašto su poremećaji hranjenja tipično ženski u prilog idu „dokazi" vezani za „prirodnu spolnu selekciju" vezanu uz poremećaje hranjenja:

1. Žene lakše podnose post, odnosno neuzimanje hrane u odnosu na muškarce. Ova činjenica osigurala je produžetak vrste u razdobljima nestašice te velikih oskudica hrane.

2. Kod žena postoji tipično ženska tendencija nakupljanja i skladištenja masnoće u adipoznom tkivu. Ono im dozvoljava da se suoče sa izvanrednim životnim događajima kao što su trudnoća i dojenje. Također se ova obilježja vide i u razdobljima nedovoljnih zaliha hrane.

3. Razvoj žena u pubertetu mnogo je kompleksniji u odnosu na razvoj muškaraca, barem u odnosu s hormonalnim funkcijama te cerebralnim mehanizmima i to bi moglo u prisutnosti stresogenih faktora predstavljati element ranjivosti.

4. Izgleda da žene imaju predispozicije da im se poremećaj hranjenja pojavi kao oblik depresivnog poremećaja.

Ovi navedeni elementi mogu u kombinaciji s ostalim rizičnim čimbenicima olakšati razvoj poremećaja. Odrasli se muškarci smatraju prekomjerno teškima tek kada je njihova težina za 15% veća od normalne.[99]

[98] N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004., str. 35.

Tjelesna težina temeljni je problem kod poremećaja hranjenja kao i svaka promjena vezana uz nju. Aktualna težina i njezina važnost koju ona ima za pacijenta služi kao temeljno polazište za istraživanja poremećaja hranjenja.

Kod osoba koje pate od poremećaja hranjenja uočava se pretjerana zabrinutost za svoju težinu. Najčešće je pokušavaju kontrolirati na neprihvatljive načine, posebice kada tjelesnu težinu pokušavaju smanjiti. Tjelesna težina, koja se najjasnije očituje kroz debljinu i mršavost, posljedica je složenih procesa.

Prvenstveno se uzimaju biološki, psihološki i socijalni procesi i njihov suodnos. Često pacijent prati svoju tjelesnu težinu i pomoću nje i visine određuje svoj indeks tjelesne mase (ITM), tj. Quetletov indeks.[100]Indeks tjelesne mase izračunava se tako da se tjelesna težina u kilogramima podijeli sa kvadratom tjelesne visine izražene u metrima.

Dane su vrijednosti u rasponu između 10 i 50 i one interpretiraju ovako:

- ispod 16 = ekstremno ispodprosječna tjelesna masa
- 16 – 18 = umjereno ispodprosječna tjelesna masa
- 18 – 20 = blago ispodprosječna tjelesna masa
- 20 – 25 = prosječna tjelesna masa
- 25 – 27 = blago iznadprosječna tjelesna masa
- 27 – 30 = iznadprosječna tjelesna masa
- 30 – 40 = umjereno iznadprosječna tjelesna masa
- iznad 40 = ekstremno iznadprosječna tjelesna masa.

Praksa se najčešće koristi trima osnovnima kategorijama za interpretaciju indeksa tjelesne mase:

- do 19 = ispodprosječna tjelesna masa
- od 20 – 25 = prosječna tjelesna masa
- iznad 25 = iznadprosječna tjelesna masa

Vrijednosti ovdje donesene mogu se primjenjivati za muškarce i žene iznad 16. godine, dok je za djecu i adolescente neophodno koristiti tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol.

Kod dijagnosticiranja poremećaja hranjenja treba obratiti pažnju i na tjelesnu građu, dosadašnju tjelesnu težinu oboljeloga te očekivani indeks tjelesne mase u pojedinoj populaciji.

---

[99] Isto.

[100] Usp. N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004., str.35.-42.

Kod djevojaka i mladića zbog drukčijeg hormonalnog funkcioniranja mijenja se uzrastom i razlikuje se proporcija masnog tkiva u odnosu na mišićno tkivo.

Djevojčice se drugačije oblikuju od mladića pa se pomalo zaokruže. To se događa zbog koncentriranja masnog tkiva u pojedinim dijelovima tijela. Tako kod djevojaka masno tkivo postaje izvor estrogena koji uzrokuje pojavu pubertetskih promjena. Nakon puberteta djevojke jedu manje pa tako i unose manje hrane u tijelo nego što su unosile kao kada su primjerice bile dvanaestogodišnjakinje. U njihovu tijelu mijenja se proporcija masnoće i ona je veća jer je prestala potreba potrošnje energije na rast. Takva promjena u tijelu očituje se na oblik tijela djevojaka i upravo u toj stvarnost leži temelj nezadovoljstva i razlog zašto su u toj dobi djevojke više nezadovoljne sobom i svojim tjelesnim izgledom nego li mladići.

Mnoge djevojke u nekoj fazi nezadovoljstva svojim izgledom i u težnji za savršenim proporcijama tijela pribjegavaju dijetama, izgladnjivanjima ili izbacivanjima hrane. Zbog pretjerivanja u izbacivanju hrane koje sa sobom nosi smanjivanje masnoće u tijelu dolazi do mogućeg pada estrogena pa tako može doći i do gubitka mjesečnice.[101] Sve te promjene utječu na itekako već labilnu psihu oboljelih uz već postojeće psihološke čimbenike koji pogoduju nastanku poremećaja hranjenja.

4.3. Psihološki čimbenici u nastanku poremećaja hranjenja

U proučavanju nastanka poremećaja hranjenja značajnu ulogu zauzimaju psihološki čimbenici. Kada se proučavaju psihološki čimbenici onda se najčešće promatraju i proučavaju anksiozni poremećaji, depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi vezani uz autonomiju i osobine ličnosti.

Dijeta se smatra najčešćim precipitirajućim faktorom kod nastanka poremećaja hranjenja, ali se proučavaju i karakteristike ličnosti. Istraživanja su pokazala kako su osobe na dijeti emocionalno labilnije od osoba koje nisu na dijeti. Takve osobe pokazuju intenzivnije reakcije i na pozitivne i na negativne događaje, one imaju nešto nižu razinu samopoštovanja i kod njih se može primijetiti povećana neurotičnost i anksioznost.

Što se tiče psihološke sličnosti osoba koje su na dijeti s osobama koje imaju poremećaj hranjenja može se uočiti kako i jedna i druga skupina pokazuju nisko samopoštovanje, nezadovoljstvo vlastitim izgledom te smanjenu internalnu osjetljivost ili svjesnost. Hrana se za njih dijeli na dobru i lošu (dihotomiziranje hrane), obje skupine pokazuju pojačanu kognitivnu usmjerenost na

[101] Usp. V.VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998., str. 32.-33.

hranu i oblik vlastitog tijela. Valja razlikovati dihotomiziranje hrane kod osoba na dijeti i onih koji imaju poremećaj hranjenja. Dok je za prve dihotomiziranje vezano samo uz hranu kod osoba s poremećajem hranjenja dihotomiziranje se širi na sva životna područja.

Osobe s poremećajem prehrane razvile su neke osobine koje nisu karakteristične za osobe koje drže dijetu. To su strah od starenja, nepovjerenje u individualnim odnosima i klinička depresija. Osim navedenoga tu se ubraja zloporaba droga i lijekova te obiteljski problemi.

Osobe oboljele od anoreksije ozbiljne su i šutljive, često krute u mišljenju s opsesivno-kompulzivnim karakteristikama. Najčešće su niskog samopoštovanja i loše prihvaćaju vlastitu seksualnost. Ovakve osobe imaju visoku ovisnost o nagradi, brinu se rade li pravu stvar, pokazuju nesigurnost u vezama. Oboljele označava karakteristika da pod svaku cijenu nastoje ispuniti socijalna očekivanja. Anoreksičari su negativističke i tvrdoglave osobe koje su osjetljive i uvredljive. Osobe koje su oboljele od bulimije pokazuju društvenost, ekstrovertiranost i impulzivnost sa posebno izraženim negativnim emocijama.

Kod bulimičara prevladavaju osjećaji srdžbe, straha, bijesa, ljutnje i tjeskobe. Kada se govori o anoreksiji tu se navode anksiozne osobe koje izbjegavaju nove podražaje i imaju nizak rezultat na pozitivnoj emocionalnosti, dok kod bulimije su to osobe impulzivnog ponašanja i kod njih prevladavaju negativne emocije. Prema vlastitim iskazima, anoreksične osobe pate od osjećaja neučinkovitosti, manjka autonomije, imaju slabije socijalne vještine, ovisnosti i perfekcionizma. Anoreksične osobe imaju visoku tendenciju izbjegavanja sukoba[102], ali zanimljivo je kako je trećina oboljelih sklono kleptomaniji što se dovodi u vezu sa opsesivno– kompulzivnom ličnošću anoreksičnih pacijenata.[103]

Osobe oboljele od bulimije su impulzivnijeg ponašanja, one pokazuju veću otvorenost novim iskustvima, a nije rijetko da imaju problema sa zlouporabom droga i alkoholiziranjem. Što se tiče njihovog odnosa s drugim ljudima, oni su često u burnim odnosima pa tako i kada se promatraju njihove seksualne navike gdje su seksualno slobodniji. Bulimičari češće pokušaju suicid, imaju impulzivni kognitivni stil i nisku toleranciju na frustraciju.

Komorbiditet poremećaja hranjenja s drugim psihijatrijskim bolestima: kod 22 % pacijentica koje boluju od anoreksije nervoze ili bulimije nervoze dijagnosticiran je i poremećaj ličnosti; kod 2,5 % oboljelih od anoreksije ili bulimije postoji i akutna shizofrenija dok se kod 1% oboljelih javlja manična psihoza.

[102] T. ŠKORO, *Tajna bulimije: život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009., str. 32.
[103] Usp. Isto, str. 65.-70.

Pacijentice oboljele od anoreksije nervoze najčešće imaju dijagnosticirani opsesivni poremećaj ličnosti, dok se kod pacijentica s bulimijom nervozom češće dijagnosticira histrionični i/ili granični poremećaj ličnosti.[104]

Prema navedenome treba uzimati u obzir osobine ličnosti kod tumačenja poremećaja hranjenja premda se ne može sa sigurnošću utvrditi koja je njihova točna ulogu u nastanku poremećaja hranjenja.

4.4. Poremećaji hranjenja i karakteristike ličnosti

Sve je više istraživanja koja ističu značenje karakteristika ličnosti u nastanku i održavanju poremećaja hranjenja. Ličnost osobe formira se u djetinjstvu i kroz adolescenciju do odrasle dobi. Prema tome, longitudinalna istraživanja nametala bi se kao najbolje rješenje za otkrivanje uloge čimbenika koji utječu na ličnost pojedinca pa možda i vjerojatnost nastanka poremećaja hranjenja. Zbog nepraktičnosti longitudinalnih istraživanja takva su istraživanja rijetka, dok su transverzalna istraživanja opterećena poznatim nedostatcima.

Ranija istraživanja ukazuju na postojanje psihološke sličnosti među pacijenticama s poremećajima hranjenja. Uvriježeno se smatra se da su anorektične osobe tihe i povučene, uredne, da su to osobe koje poštuju red i pravila, da su obilježene kao one koje imaju snažnu potrebu za nagradama i odobravanjem od strane drugih te da najčešće imaju opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti. Njima se pripisuju karakteristike perfekcionizma, opsesivno i neprilagodljivo mišljenje, negativnu samoprocjenu, socijalnu neprilagođenost, potiskivanje vlastite seksualnosti, smanjenu spolnu želju, u većem postotku boluju od anksioznosti i depresije. Bulimične osobe najčešće pokazuju granični poremećaj ličnosti i kako navode istraživanja izrazito su impulzivne i ekstrovertirane. Kod njih se najčešće nailazi na otvorenost prema novim iskustvima. Povećana je učestalost uzimanja i zlouporabe psihoaktivnih tvari i lijekova, alkohola i stimulansa. Ta su konzumiranja alkohola i opojnih tvari najčešće povezani s nekim od poremećaja ličnosti. Za procjenu složenih struktura ličnosti autori su se služili raznim instrumentima i polazili od različitih teorijskih pristupa.

Posljednjih dvadesetak godina došlo je do mnogih istraživanja u otkrivanju povezanosti između osobina ličnosti i poremećaja u prehrani jer se u suvremenoj psihologiji mnogo značenja pridodaje važnosti proučavanja svih oblika psihopatologije u proučavanju mjernih osobina ličnosti. Tako je postalo dominantno mišljenje da je „nemoguće razumjeti prirodu psihičkih smetnji, uključujući njihov oblik kod svakog pojedinca, bez znanja o karakteristikama ličnosti iz

[104] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998., str. 27.-29.

kojih proizlaze“.[105] Poznavanje ličnosti može uspješno predvidjeti opće stanje, funkcioniranje i kliničku fenomenologiju, tijek i mogući razvoj poremećaja i ishoda različitih tretmana.

Stručnjaci koji se bave fenomenom poremećaja prehrane vjerojatno bez puno muke mogu povući paralele između slučajeva s kojim se susreću i prepoznati određene karakterne crte, temperament, stavove i ostalo. Najveća poteškoća na koju kliničari ovdje nailaze jest pokušaj razlikovanja premorbidnih osobina ličnosti od posljedica prošlog ili trenutnog oboljenja od poremećaja u prehrani.

Izgladnjivanje i nezdrave prehrambene navike mogu znatno utjecati na čovjekovu psihu i imati trajne posljedice na ličnost. Još jedna od poteškoća na koje stručnjaci koji pokušavaju povezati ličnost sa poremećajem hranjenja nailaze jesu sve metode prikupljanja izvještaja od oboljele osobe, koja često zbog zdravstvene nemogućnosti, poremećenih kognitivnih procesa obrambenih mehanizama poput potiskivanja ne mogu objektivno ocijeniti svoje stanje kao što ne mogu sigurno točno dati retrospektivni izvještaj o svojemu stanju. Ta nepouzdanost nije karakteristična samo za poremećaje hranjenja već za sve psihičke poremećaje. Specifičnost poremećaja hranjenja je u tome da se i iz dobivenih točnih analiza ne mogu objavljivati opći podatci po kojima se može zaključivati jer im nedostaje reprezentativni uzorak, imaju tek mali uzorak ispitanih muškaraca, a i djevojaka i mladića različitih rasa i dobnih skupina.

Postoje četiri temeljna empirijska modela koji omogućavaju prikaz detaljnog odnosa između karakteristika ličnosti i psihopatoloških poremećaja.

1) Prvi je „Predispozicijski model“ koji opisuje koliki je rizik od nekakve vrste patološkog poremećaja s obzirom na karakterne osobine ili poremećaj ličnosti. Po ovom se modelu smatra da je izvor patologije ličnosti i poremećaja prehrane drugačiji i da su one potpuno neovisne jedna o drugoj.
2) „Model zajedničkog uzorka“ isto pretpostavlja da su poremećaji u ličnosti i poremećaji hranjenja neovisni entiteti, ali da mogu imati zajednički uzrok. Tu se najčešće među uzrocima pojavljuju razvojni uzroci, problemi u obitelji, biološki patološki procesi.
3) „Model komplikacije“ iznosi tezu da su poremećaji ličnosti rezultat poremećaja hranjenja. Ovaj model se lako dokaže, ako se određene patološke ponašajne osobine povuku nakon potpunog izlječenja od poremećaja hranjenja. Ličnost je u ovom modelu samo posljedica anoreksije ili bulimije, premda se u teoriji premorbidne osobine ličnosti mogu mijenjati tokom oboljenja.

[105] D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja- Od razumijevanja do liječenja,* Medicinska naklada, Zagreb, 2013., str. 101.

5. „Patoplastični model“ pretpostavlja da već utvrđene patološke osobine i poremećaj hranjenja utječu međusobno na razvojni put oba poremećaja. Kod ovog modela postoji mogućnost kombiniranja s „predispozicijskim modelom“ tako da osobina ličnosti ipak utječe na mogućnost razvitka poremećaja hranjenja.

Provjera navedenih modela obavljena je pomoću transverzalnih istraživanja u kojemu su ispitivali različitost osobina kod akutnih slučajeva poremećaja hranjenja. U takvoj se vrsti istraživanja gubi mogućnost prikupljanja bitnih informacija, recimo, toka poremećaja, koji bi bio moguć u longitudinalnim istraživanjima. Ipak, za određivanje etiologije to i nije nužno već je najpotrebnije procijeniti karakteristike oboljelih prije i poslije poremećaja prehrane. To omogućuje identifikaciju rizičnih faktora relevantnih za ovu vrstu psihosomatskih poremećaja.
Većina studija se služi metodom prisjećanja, koja je kao što je gore navedeno, često vrlo neprecizna jer ovisi o objektivnosti i dosjećanju oboljele osobe. Umjesto prospektivnog nacrta korišten je i nacrt za osobe koje su se oporavile od poremećaja hranjenja koje su bile ispitivane prije i poslije bolesti pa su se tražile sličnosti i razlike u psihološkom stanju osobe.[106] Iako se u ovoj vrsti istraživanja izbjegava mogućnost da osoba u akutnom stanju ne može biti objektivna, isto tako je moguće da je bolest ostavila trag na psihi koji ne mora biti patološki ili je patološki samo se više ne očituje u poremećaju u prehrani. Zato ni tu vrstu istraživanja ličnosti ne možemo u potpunosti izjednačiti s onom u kojoj bi istraživali premorbidnu ličnost.
Postoje i obiteljske studije koje pretežito koriste modele „zajedničkog uzorka“ ili „model komplikacije“. Genetska istraživanja mogu doprinijeti „predispozicijskom“ ili modelu „zajedničkog uzorka“. Razvojem genetike uskoro će biti moguća ispitivanja o ulozi različitih i potencijalno rizičnih gena i alela, koja će mnogo pridonijeti razumijevanju uloge temperamenta i ličnosti u nastanku poremećaja hranjenja. [107]
Često se koristi *Tellegenovvišedimenzionalni upitnik ličnosti*kojeg čine tri faktora Prvi je *pozitivna emocionalnost*, a sadrži skale socijabilnosti, postignuća i zadovoljstva.[108]Drugi je faktor *negativna emocionalnost* i on sadrži skale stresnih reakcija, alijenacije i agresije. Treći je faktor *sputanost* i on se odnosi na kontrolu nasuprot impulzivnosti, izbjegavanje ozljeđivanja i štetnih iskustava, te tradicionalizam.

[106] Usp. N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004., str. 161.- 163.
[107] D. MARČINKO, Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013., str. 104.
[108] Usp. N. AMBROSI-RANDIĆ, *Nav. Dj.*, str. 101.- 118.

Činjenica da osobe s poremećajem hranjenja i nakon oporavka imaju visoke rezultate na nekim od navedenih skala (najčešće na skalama negativne emocionalnosti), mogla bi značiti da te osobe i prije nastupa poremećaja hranjenja imaju specifičnu strukturu ličnosti. Zato je najbitnije na početku terapije odrediti nekoliko faktora: karakternu patologiju koja je dominantna u oboljele osobe, prisutnost ili nedostatak integracije identiteta, mehanizme obrane koji su dominantni, objektne odnose i antisocijalne crte ličnosti. Procjena objektnih odnosa i antisocijalne crte ličnosti smatraju se prognostički temeljnim, kroz cijeli spektar poremećaja ličnosti.[109]

Radi boljega uvida u neke karakteristike ličnosti koje mogu povećati rizik za nastanak poremećaja hranjenja ovdje se može proanalizirati problem oslanjajući se na *"Bigfive" model ličnosti (Velika petica ličnosti)*autora Costa i McRae[110], koji polazi od sljedećih pet velikih dimenzija ličnosti:

1. EKSTROVERZIJA (*pričljiv , asertivan* ,…. nasuprot… *miran , povučen*)
2. UGODNOST (*simpatičan, ljubazan, blag, topao*,….. nasuprot… *svadljiv, hladan*..)
3. SAVJESNOST (*organiziran, temeljit*,… nasuprot …..*površan, nepažljiv*)
4. NEUROTICIZAM ili EMOCIONALNA STABILNOST / NESTABILNOST (*napet, anksiozan, nervozan, osjetljiv*…..)
5. KULTURA, INTELEKT, OTVORENOST KA ISKUSTVU(*širokih interesa, maštovit, inteligentan, originalan,*…..nasuprot....*pomanjkanje interesa, plitak, jednostavan,*…).

"BIG FIVE" MODEL LIČNOSTI

Ovaj model je najaktualniji model ličnosti i kao takav proizašao je iz tzv. *Leksičkog* pristupa. Model se temelji se na metodi u kojoj ljudi u svakodnevnim transakcijama koristili riječi kako bi opisali svoje ponašanje i ponašanje ljudi oko sebe; ako su važne karakteristike po kojima se ljudi međusobno uspoređuju tada će one biti kodirane u njihovom jeziku.

Tako se dolazi do toga da što su individualne razlike među ljudima veće da će ih oni više primjećivati, htjeti će više pričati o njima i na kraju će smisliti riječi za njihovo označavanje.

[109] Usp. D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013., str. 8.-9.

[110] Isto.

Izdvojene su riječi iz Websterovog rječnika kojima se opisuje ličnost (npr. povučen ili otvoren) i dobili 18 000 pojmova. Nakon toga krenuli su klasificirati pojmove u četiri kategorije. Prva kategorija bila je *crte ličnosti* (agresivan, socijabilan, inteligentan,…), druga je bila *privremena stanja* (zbunjen, radostan, tužan, …), treća je bila *socijalna evaluacija* (dobar, pošten,…) i četvrta kategorija je bila *sve ostalo*(fizičke karakteristike).[111]

Ove podatke proučavao svrstalo se u pet velikih faktora. Uslijedila su istraživanja koja su uglavnom završavala s pet dobivenih faktora, iako ti faktori nisu u svim istraživanjima bili jednaki. Ipak, formulacija koju su predložili i koja je korištena u njihovom instrumentu NEO Personality Inventory (NEO-PI)[112], čini se najšire NEO-PI-R uključuje hijerarhijsku organizaciju osobina ličnosti; postoji pet velikih osobina ličnosti, a svaka od njih je podijeljena na određeni broj crta ličnosti. Oni predlažu sljedećih pet širokih dimenzija: *neuroticizam, ekstroverzija, otvorenost ka iskustvu, ugodnost i savjesnost.*

Neuroticizam je općenita sklonost doživljavanju psihološkog stresa i negativnog afekta. To su npr. ljutnja, krivnja, strah, tuga, i sl. Također se odnosi i na lošu prilagodbu, kao npr. postojanje iracionalnih ideja, slabe kontrole impulsa i lošeg suočavanja sa stresom. Ovaj konstrukt je vrlo poznat i sadržan u gotovo svim modelima ličnosti dosad.

Ektroverzija je vrlo dobro utvrđena dimenzija ličnosti, povezana je s interpersonalnim karakteristikama, kao što je socijabilnost kao ključni element, te toplina i dominantnost. Tu su također uvršteni i elementi temperamenta, kao aktivitet, traženje uzbuđenja i pozitivna emocionalnost.

Otvorenost ka iskustvu u ranijim modelima ličnosti nije prepoznata kao jedna od osnovnih dimenzija, iako su neke njene facete često bile dio teorija i upitnika ličnosti. Priroda ove dimenzije bila je predmet različitih interpretacija od strane autora različitih usmjerenja, a često je nazivana *"petim faktorom"*. *Intelektom* je nazivaju autori leksičkog usmjerenja dok drugi predlažu naziv *"otvorenost ka iskustvu"*. Intelektualni i umjetnički interes čine osnovu ove dimenzije, a zajedno s aktivnom imaginacijom, potrebom za raznolikošću, neovisnosti prosudbe i brigom o vlastitim osjećajima. Otvorenost ka iskustvu jasno je različita od mentalne mogućnosti pojedinca, a pokazuje samo umjerenu pozitivnu povezanost s edukacijskom inteligencijom, ali povezana je s mjerama kreativnosti i divergentnog mišljenja.

[111] N. AMBROSI-RANDIĆ, *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, 2004., str. 62.
[112] Isto.

Ugodnost je primarno interpersonalna dimenzija, iako je manje poznata, baš kao i ekstraverzija,. Osnova ove dimenzije je altruizam. Stoga su osobe visoke ugodnosti dobronamjerni, nježni, spremni pomoći drugima i surađivati s njima, te imaju pozitivna očekivanja od drugih ljudi.
One osobe koje su na negativnom polu ove dimenzije su antagonistične, egocentrične, ne surađuju s drugima i nemaju povjerenja u druge ljude. Autori ističu da je zanimljivo vidjeti kako se pozitivan pol dimenzije ugodnosti općenito smatra socijalno poželjnijim i znakom bolje prilagodbe, međutim, osobine opisane na negativnom polu dimenzije su često potrebne za uspješno svakodnevno funkcioniranje. Nadalje, pretjerano visoka ugodnost, isto kao i pretjerano niska, mogu biti neadaptivne i patološke karakteristike.

Savjesnost je peta velika dimenzija u modelu Coste i McRaea. Savjesnost se odnosi na samodisciplinu, osjećaj dužnosti i želju za postignućem. Osoba koja je savjesna uobičajeno je dobro organizirana, odlučna, svrhovita, točna, odgovorna, pouzdana i dovršava zadane zadatke. Akademski uspjeh povezan je s pozitivnim polom ove dimenzije, dok je negativan pol povezan s impulzivnim ponašanjem.

Ovaj model uz pohvale primio je i neke kritike koje ćemo ovdje navesti. Tako je jedna od najvećih zamjerki ovom modelu činjenica da nije dovoljno i jednoznačno određen, odnosno, različiti autori imaju različite verzije faktora. Pa tako na primjer, peti faktor neki autori nazivaju "intelektom", neki "kulturom", a neki "otvorenosti ka iskustvu". Zbog toga određivanje predmeta mjerenja postaje višeznačno i neprecizno. Ovdje se u pitanje dovodi i svrstavanje neuroticizma, kao urođene osobine ličnosti u isti model s osobinama koje osoba usvaja uglavnom odgojem, kao npr. savjesnost.
Kod Big five modela, kao i kod svakog hijerarhijskog modela ličnosti krećući se prema višim hijerarhijskim pojmovima gube se konkretne informacije. Tako u psihometrijskim terminima, to znači da nužno gubimo informacije o pojedinim česticama ako ih svedemo na skalne vrijednosti, a zatim nužno gubimo informacije o skalnim vrijednostima ukoliko ih kategoriziramo u faktore.
Iz ovog modela proizašao je i upitnik, NEO-PI-R i kao takav ima vrlo dobre mjerne karakteristike, ali je najčešće kritiziran zbog svoje dužine trajanja te nejasno ili dvosmisleno formuliranih izjava na nekim česticama (npr. čestica br.4: "Znam biti ciničan i skeptičan prema namjerama drugih", br.65: "Nastojim biti obaviješten i obično donosim pametne odluke", br.87: "Nisam veseli optimist" i sl.).

Iz svega navedenog moguće je primijetiti da su indeks tjelesne mase, neuroticizam i ekstroverzija dobri prediktori kada se radi o nastanku poremećaja hranjenja, a vezano uz osobine ličnosti tu su uistinu bitni otvorenost iskustvima, savjesnosti i ugodnosti. U nastavku će biti više riječi o terapiji koja se provodi kod osoba kod kojih je dijagnosticiran poremećaj hranjenja.

5. TERAPIJE OSOBA S POREMEĆAJEM HRANJENJA

Kada se sumnja na anoreksiju, bulimiju ili bilo koji drugi poremećaj hranjenja, zdravstveni djelatnici u sklopu dijagnoze ne smiju za dijagnosticiranje poremećaja uzeti samo indeks tjelesne mase. Cjelokupnu procjenu treba temeljiti na i tjelesnim znakovima, brzini mršavljenja i na laboratorijskim testovima o opće zdravstvenom stanju.

Kada se donose odluke o liječenju osobe s poremećajem hranjenja, kao i kod svake druge vrste poremećaja, treba uzeti u obzir želi li osoba terapiju i kakvu vrstu terapije želi.

Psihoterapija koje se mogu provoditi kod oboljelih od anoreksije i bulimije dijelimo na individualne, multidisciplinarne, psiho/ dinamske kognitivno-bihevioralne, kognitivno-analitičke i biološke.

Njihov je cilj potaknuti osobu na zdravu prehranu, stvaranje pozitivne slike prema hrani, povećanje tjelesne mase, olakšavanje psihičkih kriza i fizički i psihički oporavak. Psihološko liječenje osoba s anoreksijom traje najmanje šest mjeseci. Pri pogoršanju ili dugotrajnom stacioniranju psihološkog ili fizičkog stanja ne treba izbjegavati hospitalizaciju.

U Hrvatskoj postoji Specijalistički zavod za poremećaje prehrane u Klinici za psihijatriju Medicinskog fakulteta KBC-a u Zagrebu koji je osnovan početkom 2012.Ondje se nalazi čitav tim stručnjaka za poremećaje hranjenja, imaju bolničku, dnevno/bolničku i ambulantnu službu za poremećaje prehrane. Bitno je da u radu s osobama koje imaju poremećaje prehrane sudjeluju profesionalci različitih pa čak i interdisciplinarnih struka, jer su poremećaji prehrane vrlo složeni i zahtijevaju pomoć sa psihijatrijskog, psihološkog, pedijatrijskog, nutricionističkog, farmaceutskog, liječničkog stajališta.

Krajem 2014. godine otvorena je Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu[113] na adresi Jankomir 11, 10 090 Zagreb. Program dnevne bolnice je prilagođen radno i tjelesno kompetentnim osobama.

U Dnevnoj bolnici sudjeluje tim stručnjaka sličan onomu već spomenutog Specijalističkog zavoda, a razlikuju se u tome što je Dnevna bolnica namijenjena isključivo punoljetnim osobama koje imaju dijagnosticiranu anoreksiju, bulimiju ili nespecifični poremećaj hranjenja, uz uvjet da im je indeks tjelesne mase manji ili jednak petnaest. Njihovi programi i terapije se provode svaki radni dan u obliku raznih radionica i radnih grupa. Temelj rada je psihoterapija, a radi se na nekoliko razina – kognitivnoj, bihevioralnoj, psiho/ dinamskoj i nutricionističkoj.

[113] Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ Zagreb, http://www.pbsvi.hr/hr/, (12.4.2017.)

Nakon intenzivnijih terapija u početku liječenja, održavaju se tjedni sastanci na kojima se prati pomak pojedinaca. Ti tjedni sastanci traju najmanje šest mjeseci, a ako stručnjaci koji prate osobe s poremećajem prehrane procijene da je potrebno, pacijenti te terapije mogu posjećivati i duže, ponekad i godinama.

Centar za poremećaje hranjenja BEA osnovan je u srpnju 2012. godine u Zagrebu. BEA[114] se nalazi na adresi Donje Prekrižja 15c, 10 000 Zagreb.

Centar BEA je udruga koja se bavi informiranjem o poremećajima hranjenja, prevencijom i psihosocijalnom podrškom. Osim već pedesetak godina istraživanim poremećajima anoreksije i bulimije, BEA se bavi i naglašava rastući trend poremećaja ortoreskije i bigoreksije (poremećaj iz spektra manoreksije, naziva se još i muskularna dismorfija; temelji se na pretjeranoj zaokupljenosti razvojem mišića)[115] koji još nisu medicinski potpuno definirani i zato službeno spadaju u nespecifične poremećaje hranjenja. Centar se bavi mladim ljudima i u cilju im je da nauče prihvaćati svoje nesavršenosti i da razvijaju unutarnju ravnotežu i tako ojačaju emocionalnu stabilnost.

Ova udruga nudi besplatno Savjetovalište za oboljele i bližnje, redovne tjedne psiho-edukacije vikendima, razne grupe za pružanje podrške oboljelima poput grupa podrške, posebno za djevojke i posebno za mladiće, nutricionistička grupa, psiho/ dinamske radionice. Za udrugu BEA specifično je i hvale vrijedno što provode preventivne programe u srednjim školama u Zagrebu i okolici i organiziraju usavršavanja za stručnjake koji se bave poremećajima prehrane kojih, s obzirom na rastući trend oboljelih, svakako treba više. Centar je neprofitna organizacija i opstaje i financira isključivo putem donacija. Redovno ga podržavaju državne i gradske institucije poput Nacionalne zaklade za razvoj civilnog društva, Gradski ured za zdravstvo, socijalnu skrb i obrazovanje grada Zagreba i Ministarstvo zdravlja.

Liječenje osoba s anoreksijom i bulimijom je upravo zbog svoje interdisciplinarnosti, dugoročnog procesa i česte nezainteresiranosti oboljelih za oporavkom veoma zahtjevno. Bitno je staviti naglasak na psihološku komponentnu problema u kojemu se nalaze, dok se istovremeno pokušava dovesti tjelesna težina i zdravlje anoreksične ili bulimične osobe u red. Kada se stručnjaci slože da je osoba bolje i da joj više ne treba bolnička terapija, svakako je potrebno nastaviti s psihološkim liječenjem najmanje godinu dana nakon završene bolničke terapije.

Ono bi trebalo biti usmjereno na osobni doživljaj svoga tijela, tjelesne mase, zdrave hrane kao i na biheviorale probleme tijekom uzimanja hrane te praćenje pomaka u mentalnom i fizičkom zdravlju pacijenta.

[114] BEA-Centar za poremećaje hranjenja: http://www.centarbea.hr/, (12.4.2017.)
[115] http://rječnik.neologizam.ffzg.unizg.hr.:bigoreksija, (6.5.2017.)

Poseban je oprez potreban u davanju lijekova osobama koje pate od anoreksije ili bulimije. Zbog poremećaja u probavnom sustavu, a time i u kardiovaskularnom sustavu zbog nedostatka elektrolita te u konstantnim lošim stanjem imuniteta, posebno treba biti oprezan s lijekovima koji mogu imati štetan učinak na rad srca. To su ujedno i najčešći lijekovi koji se pripisuju osobama s poremećajem prehrane - antipsihotici, triciklički antidepresivi ili antihistaminici.

Ciljni je tjedni porast tjelesne mase od 0,5 do 1 kg za hospitalizirane pacijente i 0,5 kg za one koji se liječe ambulantno. To zahtijeva 3500 – 7000 dodatnih kalorija na tjedan. Povećanje unosa hrane u prehranu oboljelih kod njih izaziva odbojnost i otpor, ne samo prema hrani, već i prema onima koji tu hranu nameću. Zato je veoma bitno gotovo neprimjetno i postupno povećavati unos kalorija i podizati tjelesnu masu oboljelih jer je to najčešće jedini način da se stvori pozitivan učinak i pomak u fizičkom liječenju.

Specijalist konzultant je neophodan u liječenju oboljelih koji su u teškim zdravstvenim stanjima. Iako to inače nije praksa, ako osoba s anoreksijom odbija svako hranjenje, a život joj je ugrožen zbog neuhranjenosti primjenjuje se prisilno hranjenje. Ono je svakako uvijek krajnja opcija kojoj se podliježe samo ako nema drugog načina da pacijent ostane izvan životne opasnosti. Oni kojima je ugrožen život i nemaju stabilne životne funkcije potrebno je hospitalizirati, dok ostale oboljele od poremećaja hranjenja nije potrebno hospitalizirati. Ako se sumnja na poremećaj hranjenja kod bliske osobe, potrebno ju je uputiti kod liječnika opće prakse.

Ovisno o iskustvu liječnik opće prakse će se konzultirati sa stručnjakom za poremećaj na kojega se sumnja ili će sam uputiti pacijenta na program samopomoći ili grupne terapije. Programi za pomoć onima koji pate od poremećaja hranjenja se provoditi u specijaliziranim centrima gdje se osim pomoći oboljelima pruža i potpora i savjetovanje njihovim najbližima, provode se preventivni i edukacijski programi. Kao dodatna pomoć pri psihoterapiji mogu se uključiti u grupe potpore u kojima upoznaju druge ljude s istim problemima, rade na socijalizaciji, jačanju samopouzdanja, radu na pozitivnoj slici o sebi i savladavanju negativnih emocija.

Liječnici osobama koje boluju od bulimije uz terapije mogu propisati i antidepresive ili fluoksetin koji je najčešće propisivani lijek koji je za terapije osoba oboljele od bulimije odobrila Američka agencija za hranu i lijekove. Pokazalo se da se konzumiranjem fluoksetina postiže pozitivan učinak u akutnoj fazi bulimije, dok je kao preventiva njegov djelovanje umjereno.

Antidepresivi su se pokazali učinkoviti pri smanjenju učestalosti faza prejedanja i čišćenja. Kod bulimičara koji ne povraćaju, već se uglavnom čiste pretjeranim korištenjem laksativa i diuretika neophodno je provjeravati koncentraciju i kvalitetu elektrolita u organizmu. Ako dođe do disbalansa elektrolita potrebno je nadoknaditi izgubljene elektrolite kroz oralno uzimanje tvari koje nedostaju organizmu da bude u homeostazi.

Za gotovo sve pacijente dovoljno je pratiti napredak u liječenju ambulantno, dok je kod onih osoba kod kojih postoji rizik od samoubojstva ili samoozljeđivanja hospitalizacija nužna.
U terapeutskom odnosu važno je dobro procijeniti vrstu i oblik terapije i kako ona može utjecati na oboljeloga. Ako je organizacija ličnosti granična, bitna je procjena *acting out* pulzija, koje mogu biti i povod za prekid terapije. Što je manja izražen poremećaj ličnosti vjerojatnost da će terapije biti uspješne su veće. Ako netko ima manje izraženu anksioznost ili bolju samokontrolu, manje patološke samokritičnosti i slično, onda je funkcionalnost terapije na višem nivou.

5.1. Individualna i multidisciplinarna terapija

Budući da niti jedan slučaj anoreksije i bulimije nije u potpunosti identičan potrebno je svakome od njih pristupiti individualizirano. Ovaj pristup temelji se na osobnim karakteristikama svakoga tko ima poremećaj u prehrani. Ovakva terapija je najučinkovitija kada se ne radi o tipičnim primjerima bulimije. Naglasak se stavlja na osobna iskustva, ali može biti manjkava kada se radi o veoma introvertiranim slučajevima kada se oboljeli ne može dovoljno otvoriti i progovoriti o svemu što ga muči i tako ni specijalisti ne mogu dobiti dovoljno podataka za pomoć.
Introvertiraniji su ljudi i inače skloniji težem oporavku jer zatvorenost dovodi o manjka komunikacije između njega i osobe kojoj se može povjeriti na terapiji. Iako nije lako, ova vrsta terapije je najbolja upravo za zatvorene i povučene ljude, one koji ne preferiraju rad u skupinama i upoznavanje s novim ljudima mogu doživjeti stresno. Bulimija nerijetko dovodi do tjeskobe, pa bi se te negativne emocije trebale što više suzbijati i oboljelom se treba omogućiti što ugodniji oporavak. Individualna terapija je odlična kada je osoba koja je oboljela od poremećaja u prehrani već imao prilike upoznati osobu s kojom će razgovarati i već je stekao nekakvu razinu povjerenja. Ova vrsta terapije je najbitnija u početnim stadijima bulimije, njom se detaljnije sagledavaju okolnosti oboljenja, tip osobnosti oboljele osobe i povijesti bolesti da i se što bolje odredila daljnja terapija.
U ovom obliku rada sa pacijentom stavlja se naglasak na koncept saveza.
Već je Freud označavao pacijenta kao suradnika i govorio kako se tijekom liječenja treba udružiti sa pacijentovim egom.[116] Prva faza ovakve terapije uključuje pacijentovu vjeru u terapeuta kao potencijalnog izvora pomoći. Ovo se odnosi na sigurni, podržavajući odnos na

[116] Usp. I. BEGOVAC, *Savez u individualnoj psihoterapiji*, *Psihoterapijski pravci*, Medicinska naklada, Zagreb, 2014. , str. 31.- 35.

početku terapije. Druga faza označava pacijentovo ulaganje i vjeru u terapijski proces i posvećenost radu.[117]

Anoreksija se ponekad može uspješno liječiti instrumentalnim uvjetovanjem tako da se osobi ponudi neka poželjna nagrada za već i malo konzumiranje hrane te ju se kasnije metodom „oblikovanja“ uspijeva pridobiti na sve normalnije uzimanje hrane.[118]

Konvencionalna medicina

Psihoterapija, redovito medicinsko praćenje i vođenje prehrane trebali bi biti dijelom svakog programa liječenja anoreksije.[119] Važna je suradnja znanstvenih stručnjaka iz više grana znanosti da bi proces liječenja bio što uspješniji.

Liječenje anoreksije razlikuje se ovisno o stadiju u kojem se bolesnik prepozna i pacijentovoj spremnosti na suradnju. Ukoliko pacijent izgubi više od 25% svoje uobičajene težine hospitalizacija je nužna.

Od liječenja prvenstveno se radi na individualnoj psihoterapiji kako bi se otkrili emocionalni problemi i uzroci te teškoće međuljudskih odnosa koji se možda nalaze u pozadini poremećaja. Ako pacijent živi s obitelji, može pomoći obiteljska terapija dok bihevioristička terapija pomaže u promjeni loših zdravstvenih i prehrambenih navika. Važno je sa pacijentom proći prehrambenu edukaciju i medicinsko praćenje, za cilj se može uzeti točno određeni raspon težine. Manjak cinka može se nadomjestiti uzimanjem dodatnih količina cinkovog sulfata, a kako nedostaje i ostalih hranjivih tvari, treba i njih uzimati kroz nadomjestak, ako pacijent već odbija normalne količine hrane. Po potrebi, pacijentu se mogu davati antidepresivi, sredstva za pojačavanje apetita kao i sredstva protiv tjeskobe.

Psihološko liječenje bulimije može uključivati pojedinačnu, obiteljsku ili skupnu psihoterapiju. U liječenju bulimije često se primjenjuju bihevioristička ili kognitivna terapija. Bihevioristička se terapija usredotočuje na mijenjanje navika i to u prvom redu radi se na mijenjaju loše navike prejedanja i čišćenja, a seanse se obično posvećuju analiziranju ponašanja te se osmišljavaju načini kako da se navika promjeni. Između dogovorenih seansi bulimičar treba slijediti točno određene upute. U liječenju se koristi kognitivna terapija koja u fokus stavlja uobičajeno ponašanje, a to je terapiji cilj istražiti i suprotstaviti se negativnim mislima koje se nalaze u

[117] Usp. I. BEGOVAC, *Savez u individualnoj psihoterapiji*, *Psihoterapijski pravci*, Medicinska naklada, Zagreb, 2014. , str. 33.

[118] B. PETZ, *Uvod u psihologiju , Psihologija za nepsihologe*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2010., str. 175.

[119] Usp. SKUPINA AUTORA, *Veliki obiteljski savjetnik o zdravlju*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2001., str. 122.-123.

pozadini destruktivnih navika. Pojedinačna ili skupna psihoterapija u središte stavlja emocionalna iskustva i odnose koji su stvarni uzrok bulimije.
Antidepresivi u kombinaciji sa psihološkim oblicima liječenja jedno su od uporišta u liječenju bulimije. Lijekovi poput sertralina i fluoksetina pomažu više od tricikličkih antidepresiva poput amtriptilina i imipramina, a efikasniji su jer su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina koji regulira funkcije poput apetita, osjećaja boli i ponašanja. Serotonin u ravnoteži daje osjećaj lagode, opuštenosti i zadovoljstva, što može pomoći kada su oboljeli tjeskobni.

Alternativni načini liječenja

Ovi oblici liječenja mogu pomoći kod nekih simptoma anoreksije, a mogu poslužiti i kao korisni dodatci liječenju usmjerenom na prehranu i emocionalne korijene poremećaja.
Alternativni načini liječenja bulimije ne zahvaćaju uzroke u korijenu poremećaja, ali mogu pomoći u ublažavanju nekih tjelesnih tegoba koje su posljedica poremećaja. Kod liječenja ljekovitim biljem kod anoreksije upotrebljavaju se one biljke koje smanjuju tjeskobu ili depresiju. Korijen bijelog sljeza (*althaea officinalis*) ili prah brijesta (*ulmus fulva*) koriste se za umirivanje bolova u želudcu ili upale usne šupljine koji se često javljaju kao posljedice bulimije.

Liječenje ljekovitim biljem

Ova vrsta alternativnog načina liječenja može pomoći kod umirivanja. Za opuštanje želudčanih mišića pacijentu se nudi žuta gencijana (*gentiana lutea*) ili bilo koje drugo gorko sredstvo za probavu.[120] Anis je biljka intenzivnog i karakterističnog mirisa koja može biti odlično sredstvo za smirenje, ona umiruje i jača živce te pomaže protiv razdražljivosti, tjeskobe, promjena u raspoloženju i napadaja panike. Aromatska svojstva već poznatih biljaka kojima se smanjuju simptomi napetosti, stresa i tjeskobe, poput lavande, matičnjaka i kamilice, mogu pomoći u određenoj mjeri i često su dobra alternativa i prirodan način ublaživanja negativnih osjećaja. Psihoterapija u kombinaciji sa antidepresivima prvotni je način liječenja uz savjetovanje o prehrani. Važnu ulogu ima psiholog ili psihijatar koji ima iskustva u rješavanju poremećaja vezanih uz prehranu. Važno je da pacijent ide na savjetovanje glede prehrane. Postoje klinike specijalizirane za poremećaje hranjenja i one mogu osigurati sinergiju usluge psihijatra, psihoterapeuta i nutricionista.

[120] Usp. SKUPINA AUTORA, *Veliki obiteljski savjetnik o zdravlju*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2001., str. 122.-123.

Prehrana

Prehrana bez šećera i obogaćena hranjivim tvarima pomaže kod smanjenja prejedanja. Bulimičar treba izbaciti alkohol, kofein, glavninu soli, cigarete i sredstva za pojačavanje okusa. Preporuča se raznolika prehrana uz dodatne količine vitamina c (sto miligrama), vitamina skupine B (50 miligrama) te vitaminske/ multimineralne dodatke prehrani.

Multidisciplinarni tretman

Najčešće multidisciplinarne tretmane dobivaju bulimičari, kojima je osim psihologa, psihijatara i liječnika potrebna i pomoć, na primjer, stomatologa, iako nije loše ni za jednu vrstu poremećaja u prehrani uključiti što više raznih specijalista za cjelovitiji, brži i učinkovitiji oporavak od poremećaja. Posebnost ovih vrsta poremećaja je u tome što je temelj i izvor poremećaja duboko psihološki, pa čak i sociološki, dok su posljedice zdravstvene, a liječenja uključuju i nezaobilazne nutricionističke stručnjake te psiho/dinamsku terapiju.

5.2 Psihodinamska terapija

Ova vrsta terapije je najčešće korištena terapija u svrhu oporavka od anoreksije nervoze ili bulimije nervoze. Psihoterapija se temelji na odnosu između terapeuta i oboljele osobe i koristi fenomene takozvanog „prijenosa“ i „protuprijenosa“.
Prijenos ili transfer je pojava u psihoterapijskom procesu, kao i u svakom drugom odnosu između oboljele osobe i liječnika, to jest terapeuta, u kojemu oboljela osoba komunikacijom nesvjesno prenosi osjećaje iz ranog djetinjstva ili neke druge osjećaje koje je razvio kasnije, najčešće uslijed traumatskog događaja, a mogu biti i prijenosi odnosa sa važnim i bliskim ljudima iz svoje okoline. Potisnuti osjećaji izlaze na vidjelo kada terapeut svojim pitanjima navede osobu koja pati od poremećaja na ponovno suočavanje s njima.
Cilj takve metode terapije je da se u oboljeloj osobi potaknu pozitivne emocije, osjećaj za ljubav i brigu, osvijesti vlastita volja, snaga i odlučnost, oslabi superego zbog kojega su najčešće previše samokritični i osjećaju stalnu krivnju. Sve to donosi mnoge pozitivne učinke a psihu mlade osobe, pogotovo jer oslobađa od anksioznosti koja je čest pratitelj bulimije. Takvo stanje svijest može vratiti osobu u zdravo mentalno, a zatim i fizičko stanje.

U težim slučajevima bulimije psiho/dinamska terapija služi za održavanjem pacijentice na životu, onemogućuje napredak oboljenja i priprema teško oboljelu osobu za trenutak kada će joj se moći pomoći. Psihoterapeuti koji se bave psiho/dinamskom terapijom mogu staviti naglasak na druge aspekte koje su osobu dovele do sadašnjeg stanja. Neki terapeuti preferiraju određene metode na koje se uvijek usredotoče, a neki ih mijenjaju s obzirom na individualne karakteristike pacijenata i stadij ozdravljenja u kojemu se nalaze. Često i škola koju su psihoterapeuti pohađali može utjecati na pristup oboljeloj osobi. Neki će psiholozi naglasak staviti na razvijanje empatije, neki na simbiotsku fazu razvoja se najčešće usredotočuju psihoanalitički psihoterapeuti, dok će neki fokus staviti na objektivne odnose i rane obrane.

Liječnik ili terapeut mora biti veoma senzibilan kada su u pitanju odnosi s oboljelima od bulimije, jer oni mogu biti veoma razdražljivi i nepredvidivi. Poremećaj ponekad zahtjeva propisivanje medikamenata, s tim da se treba poštovati volja oboljelih ako odbija uzimati tablete. Psihoterapeut mora uzeti u obzir i tjelesno stanje bolesnika, iako je on zadužen za psihološki aspekt bolesti. Za razliku od odnosa psihoterapeuta i oboljele osobe kada se radi o drugim psihičkim poremećajima, kod bulimije terapeut mora brinuti za sve aspekte zdravstvenog stanja oboljele osobe jer je ono izravno povezano s psihičkim ozdravljenjem. On se mora baviti ciljanom težinom oboljele osobe, zahtijevati barem minimalnu tjelesnu težinu koja ne narušava zdravstveno stanje, često mora porazgovarati s liječnikom opće prakse ili nutricionistom te s obitelji i najbližima ako uvidi da je problem izraženog socijalnog karaktera. Ova metoda je veoma korisna jer pomaže mladim djevojkama sagledati sebe i svoje tijelo realno, vraća osjećaj moći nad svojim tijelom koji se često gubi pri obiteljskim ili drugim traumama, dokazano smanjuje paniku koja se javlja pri pomisli na hranu ili debljanje, može dovesti do boljih odnosa s obitelji što često rezultira bržim oporavkom, smanjuje tjeskobu i vraća osjećaj samokontrole koji ne ovisi o tjelesnoj težini. Psiho/dinamska terapija je jedna od rijetkih koja za cilj ne uzima stabilizaciju tjelesne težine, već teži promjeni ličnosti koja je odgovorna za poremećaj. Možemo primijetiti da je uspješnost ove metode u tome što detektira srž problema i poremećaj se povlači kada se povuče njegov uzrok.

Bitno je napomenuti jednu manjkavost ovog pristupa, teško je pronaći upravo taj početni problem ako osoba nije voljna surađivati i biti iskrena prema sebi čak i kad to može biti bolno. Preduvjet je: dobrovoljno liječenje oboljele osobe i želja za oporavkom. Ovo je pogodnije za osobe koje boluju od bulimije jer one u pravilu imaju jaču želju za liječenjem. Hilde Bruch smatra da je najvažnija klasificirajuća terapije i ona koja potiče samosvjesnost osobe.

Osim do sada navedenih koristi se i kognitivno-biheviоralna terapija.

5.3. Kognitivno- bihevioralnaterapija

Bulimija i ostali poremećaji hranjenja mogu biti izravno povezani s negativnim kognitivnim stilom osobe i pogrešnim vrijednostima koje ta osoba slijedi kako bi ostvarila neke postavljene ciljeve.

Poremećaji hranjenja su gotovo bez iznimke u vezi s kognitivnom distorzijom, rigidnošću, patološkom opsesijom prema količini i vrsti hrane. Može se raditi i o problemima s potiskivanjem seksualnosti, nezadovoljstvom s tjelesnim promjenama, tjelesnom težinom ili plodnošću.[121]

Kognitivno-bihevioralna terapija fokus stavlja na pronalaženje i razumijevanje potisnutih problema i disfunkcionalnih stavova koje je oboljela osoba potisnula. Osnovni cilj rada sa oboljelim osobama je postavljanje novog i normalnog, balansiranog obrasca prehrane, proširivanje izbora hrane, promjena osobnih pogleda na hranu, tijelo i zdravlje.

Posebnu kognitivno-bihevioralnu terapiju razvio je Christopher Fairburn sa odjela za istraživanje poremećaja u prehrani sa Sveučilišta u Oxfordu osamdesetih godina prošloga stoljeća. Njegov model kognitivno-bihevioralne terapije ima u cilju pomoći pacijentima na osnovu tradicionalne kognitivno-bihevioralne terapije, a to je prvo pomoći osobi da shvati, razumije, uoči i mijenja svoje misli koje ju navode na destruktivno ponašanje i da sama svjesno mijenja svoju okolinu, stavove i naposljetku samo djelovanje koje pridonosi poremećaju u prehrani.

Svrha terapije je da oboljela osoba izvrši konkretne korake k svom ozdravljenju. To rade malim metodološki pomno izabranim zadatcima, kroz nagrađivanje poželjnih ponašanja, postavljanje kratkoročnih ciljeva i tako dalje. Ova metoda je dokazano najučinkovitija metoda u suzbijanju bulimije, i uspješna je u preko polovice slučajeva.

Zanimljivo je da ista metoda primjenjivana na anoreksičnim djevojkama nema isti efekt, te pomaže u neznatnom broju kod istraženih slučajeva.

Ovakva se terapija provodi u bolnicama, bolničkim ustanovama ili u klinikama za mentalno zdravlje.

Najefikasnija je u brzoj promjeni simptoma bulimije, pogotovo određenih simptoma, dok se psiho/dinamske metode koriste za promjene u globalnom funkcioniranju oboljele od bulimije. Jedna od efektivnih terapija je i biološka terapija.

[121] Usp. D.MARČINKO, *Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013., str. 45.-60.

5.4. Biološka terapija

Oboljeli od bulimije često obolijevaju i od depresije, anksioznih poremećaja i poremećaja osobnosti.[122] Jedno od osnovnih obilježja bulimičara jest gubitak kontrole nad vlastitim odlukama, a to se najviše očituje u uzimanju hrane zbog koje je osoba oboljela od bulimije najzabrinutija i najviše pažnje pridodaje prehrani.

Polovicom dvadesetog stoljeća dogodio se procvat psihofarmakologije koja je omogućila masama ljudi mirnije snove, lakše podnošenje životnih nedaća i smanjenje potrebe hospitalizacije ljudi sa psihičkim poremećajima. Što se tiče poremećaja prehrane takav se uspjeh još nije dogodio. U biološkoj terapiji su najviše istraženi antidepresivi. Dokazi o njihovoj učinkovitosti su istraženi i pet od šest poznatih antidepresiva je djelotvorno kada se radi o depresiji bulimične osobe, a to su: citalopram, escitalopram, fluoksetin, fluvoksamin i sertralin.

Ovi lijekovi mogu dokazano smanjiti frekvenciju faza prejedanja i čišćenja, a često dovode do smanjenja težine. Od stane američke agencije za hranu i lijekove za sada je odobren samo fluoksetin za liječenje bulimije. Odobren je samo u primjeni za liječenje odraslih osoba. Fluoksetin liječnici najčešće prepisuju na 60 mg dnevno, u toj dozi je pokazao najveću učinkovitost, on osim smanjenja epizoda prejedanja i čišćenja smanjuje apetit što dovodi do višeg samopouzdanja bulimične osobe, a samim time i do većeg optimizma i želje za oporavkom.

Antidepresivi su podjednako uspješni u terapiji održavanja i u kratkotrajnom liječenju. Struka ih smatra umjereno učinkovitima u kratkotrajnim slučajevima, jer mnogi slučajevi u istraživanjima ne budu do kraja privedeni jer osobe odustanu od terapije. Iako nema odobrenih lijekova za bulimiju kod djece i mladih u akutnim slučajevima se preporuča fluoksetin zbog dokazanog djelovanja na odraslim osobama.

Antikonvulzivi ili antiepileptici prvenstveno služe u svrhu smirivanja epileptičnih napada, no u zadnje vrijeme su se pokazali učinkovitima u liječenju bipolarnog poremećaja jer im je jedan od efekata i stabilizacija emocija i raspoloženja.[123]

Antikonvulzivi djeluju tako da suzbijaju brze reakcije u mozgu koje uzrokuju napadaje sprječava oštećenja mozga koja se mogu pojaviti prilikom napadaja. Od antikonvulziva najviše je istraživan topiramat u svrhu liječenja bulimije. On dovodi do smanjenja tjelesne težine tako što je antagonist glutamatnih kaitnih/AMPA receptora.[124]

---

[122] A. KHERIATY, *Pobijedite depresiju snagom vjere*, Verbum, Split, 2014. , str. 43.

[123] Usp. D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013., str. 52.-53.

[124] Isto.

Glutamat dovodi do povećanja tjelesne težine, a topiramar ima antiglutamatni učinak pa dovodi do smanjenja tjelesne težine.

Učinak topiramata su istraživale dvije paralelne studije, otvorene studije, naturalističke studije i prikaz slučajeva. Topiramat znatno smanjuje tjelesnu masu i broj epizoda prejedanja i čišćenja. Slični rezultat dobiveni su istraživanjem jednog drugog antikonvulziva koji se naziva zonisamidom. Za njega se pretpostavlja da je inhibitor glutaminske transmisije. Iako su dokazano pomogli u redukciji tjelesne težine, za sada su antiepileptici smatrani samo kao privremeno rješenje poremećaja bulimije.

Nadomjesci prehrani kao što su vitamini i minerali ne pružaju neku adekvatnu pomoć, zapravo gotovo ništa i ne čine, ali ih vole i rado preporučuju i liječnici i oboljele djevojke. Liječnici posežu za nadomjescima prehrani jer im to barem malo smanjuje osjećaj bespomoćnosti i misle da vitamini i minerali bare djelomično mogu nadomjestiti to što oboljeli ne dobivaju putem hrane, a bulimičarke rado to prihvaćaju jer znaju da ih to neće udebljati.[125] U biti, može se spriječiti nedostatak nekog od oligoelemenata u organizmu, ali tjelesna težina ostaje zabrinjavajuće niska. Normalnom prehranom i redovnim jelom svi se nedostatci vitamina i minerala nadomjeste vrlo brzo. [126]

Potpuni lijek za poremećaje hranjenja bi trebao gotovo potpuno smanjiti vodeće simptome akutnih slučajeva. Za takav se lijek godinama provode istraživanja s lijekovima različitih djelovanja. Za sada, uloga psihofarmatika je ograničena na smirivanje negativnih psihičkih stanja. To znači da su znanstvenici na dobrom putu pronalaženja adekvatnog lijeka koji bi učinio više no što mogu antidepresivi ili ostali lijekovi koji služe prvenstveno u svrhe liječenja nekih drugih oblika psihičkih poremećaja te su značajni uz kombiniranje sa nutricionističkim savjetovanjima.

5.5. Nutricionističko savjetovanje

Nutricionističko savjetovanje je nezaobilazna za svakoga tko pati od nekog od poremećaja prehrane a želi poboljšati svoje zdravlje. Liječničko – nutricionističko savjetovanje najčešće započinje pregledom općeg zdravstvenog stanja osobe. Mjeri se krvni tlak, pregledavaju se srce i pluća, elektrokardiogram, obavlja se anamneza i laboratorijski testovi. To je veoma bitno da se

[125] Usp. V. ŠKORO-PETRANOVIĆ, O. ŽAJA, I. BANJARI, Pokazatelji uhranjenosti i nutritivna potpora adolescentica oboljelih od anoreksije nervoze, u: *Hrana u zdravlju i bolesti*, 2 (2014.), str. 63.- 70.

[126] Usp. D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.str. 50.-55.

vidi koliko je zdravlje narušeno neodgovarajućom prehranom.[127] Zatim se obavljaju pregledi nutritivnog statusa organizma koje uključuje antropometrijska mjerenja poput težine, visine, indeksa tjelesne mase, postotka ukupne masnoće u organizmu, procjena dnevnog unosa hrane, izračunavanje optimalne količine hrane koja bi se trebala unositi te upitnik o prehrambenim navikama oboljeloga.

Nutricionisti znaju da upitnik ne smije biti glavno mjerilo jer se osobe s poremećajem prehrane često zavaravaju ili namjerno lažu u upitnicima, ali može doći kao dobar pokazatelj jesu li te osobe već pomirene sa situacijom i iskrene sa sobom ili mogu iznenaditi pa iskreno odgovarati i tako pomoći pri liječenju. Nakon nutritivnog i zdravstvenog pregleda, nutricionisti sastavljaju niz individualnih savjeta za svakog, ovisno o svemu što su proučili, od građe tijela do alergija koje možda neki imaju na određenu hranu pa sve do kroničnog manjka nekih hranjivih tvari. Uz nutricionističko savjetovanje mnogi nutricionisti savjetuju paralelan rad psihologa, a nutricionisti nakon danih savjeta i dijete nastavljaju pratiti oboljelog, prate napredak i mijenjaju prehranu ako je potrebno uz stalne laboratorijske kontrole.

Od svih hranjivih tvari jedino ugljikohidrati imaju sposobnost stvaranja osjećaja poput onih koji se javljaju kod ovisnika o alkoholu ili drogama. Zato su ugljikohidrati bolna točka bulimičnih osoba. Njihova svojstva stvaraju naviku napadaja prejedanja. Nutricionisti su zato posebno pažljivi kada planiraju prehranu bulimičnih osoba. Za razliku od ugljikohidrata, masti i bjelančevine ne mogu dovesti do ovisnosti čak ni prekomjernom konzumacijom jer ne dovode do izlučivanja inzulina koji je glavni kemijski krivac za nastanak opsjednutosti hranom.

U biti, kod bulimične osobe želja za hranom, to jest ugljikohidratima, nije psihološka već fiziološka. Ona je nastala poremećajem metabolizma, na nju se organizam navikao i zato je, poput ovisnosti o drogama, uvijek jača od snage volje. Bulimičari svoju potrebu za hranom tako zadovoljavaju prejedanjem i nakon toga se sve opet vrti u krug. Ova je spoznaja bitna za samu oboljelu, kao i za njene roditelje, da se podigne svijest o tome da ona stvarno ne može pomoći sebi samo snagom volje.[128]

Takvo objašnjenje izaziva u roditeljima osjećaj empatije i razumijevanja, neki od njih se vjerojatno i sami sjete kako nekada nisu mogli prestati jesti nešto što im je bilo iznimno ukusno i ugodno. Ova je ovisnost stvorena i kod pretilih osoba i ima sličan mehanizam.

Djelovanjem inzulina se pomoću tri mehanizma stvaraju debljajuća djelovanja. Prvi je izazivanje osjećaja stalne gladi i to samo za ugljikohidratnom hranom.

---

[127] Usp. D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.str. 50.-55.

[128] T. ŠKORO, *Tajna bulimije – život pod maskom*, Vanis, Pula, 2009., str. 152.

Drugi je pretvaranje unesene hrane u masti, a treći sprječava trošenje već stvorenih nakupina masni u tijelu. Unošenjem ugljikohidrata u organizam, inzulin uvijek preko navedena tri debljajuća faktora uspješno djeluje na povećanju naše tjelesne mase i povećanja udjela masti u tijelu. Bulimične osobe odmah nakon obroka, najčešće pune ugljikohidrata i masti, povraćaju i tako ne daju vremena tijelu da dođe do debljanja.

Cilj početka plana prehrane bulimične osobe je smanjiti patološku žudnju za ugljikohidratima. To smanjuje napadaje prejedanja, a samim time i povraćanje. Metabolički proces se tako vraća u normalu. Prehrana bi prvih tjedan dana trebala biti siromašna ugljikohidratima što će za sobom povući niz pozitivnih reakcija tijela, uključujući odmor iscrpljene gušterače. Bulimičnu osobu koja bude stavljena na režim prehrane s vrlo niskim ugljikohidratnim udjelom treba educirati o tome kako nastaje masno tkivo i da nema straha od debljanja jedenjem svega što joj je propisano. Takva dijeta uključuje tri zdrava i oblina obroka tokom sedam dana. Žudnja za ugljikohidratima pada s padom inzulina u krvi, a potpuni prestanak želje za ugljikohidratima kroz najviše dva dana. Hrana koja se jede u prvoj fazi je obična hrana s kojom se svi susreću, samo što ima veoma mali postotak ugljikohidrata.

Količine hrane nisu striktno određene, čak je i poželjno da oboljele jedu sve dok se ne zasite. U prvoj fazi je najbitnije striktno se držati jelovnika, ne dodavati nešto to nutricionist nije preporučio, ne jesti ništa što sadržava saharozu ili brašno, ne preskakati obroke i ne jesti ništa između obroka. Dopuštene su male količine umjetnih sladila koje ne sadržavaju šećer, a preporučuju se prirodni zaslađivači poput stevije. Hrana se može normalo začiniti i soliti. Svakoga dana potrebno je popiti dovoljno vode, oko dvije litre je optimalno.

Nutricionisti preporučuju vođenje dnevnika jela, ali i želja i planova za budućnost kao svoj ispušni ventil i emocionalnu analizu. Dnevnik može postati oslonac i motivacija kada oboljela želi odustati. On je podsjetnik da joj je već bilo teško i koliko je već prošla. Pravilan ritam obroka dati će osjećaj kontrole koji bulimičnim osobama inače nedostaje, dati će osjećaj sigurnosti. Smanjenje inzulina u krvi, pozitivni osjećaji koji se javljaju jer bulimičar napokon može obuzdati svoje žudnje za hranom i praćenje svog emocionalnog i tjelesnog napretka bude u organizmu izlučivanje serotonina, hormona sreće. On igra važnu ulogu u prevladavanju negativnih emocija i raspoloženje i uspješno brani osobu od depresije. Serotonin se izlučuje i vježbanjem pa zato mnogi pacijenti dobiju savjete nutricionista da se počnu baviti tjelesnim aktivnostima. Najbolji su aerobni treninzi od pola sata do sat vremena svaki dan. Aerobni treninzi su izvrsni za podizanje razine serotonina i dobar je za kardiovaskularni sustav koji je često pogođen u osoba koje su dulje vrijeme i ozbiljnije oboljele od bulimije.

Druga faza plana prehrane također traje tjedan dana. Nakon prvih sedam dana bulimičar je uspio obuzdati svoju ovisnost o ugljikohidratima i sada, malo po malo, može vraćati ugljikohidrate u prehranu. U ovoj je fazi bitno da su to ugljikohidrati s niskim glikemijskim indeksom, poput orašastih plodova i sjemenki. Druga faza ima u cilju izlučivanje inzulina u krvotok, ali to se mora dogoditi postepeno i polagano kako inzulin ne bi previše poskočio i opet uzrokovao želju za ugljikohidratima s visokom glikemijskim indeksom. Takva prehrana zahtjeva veliki unos povrća u organizam, a nutricionisti sastavljaju pran prehrane bogat sirovim i kuhanim povrćem. Povrće je izvrsno za tijelo jer sadrži, uz male količine škroba, mnogo vitamina, minerala, vlakana i vode. Bitni su antioksidansi koji štite tijelo i zdravlje tijela, usporavaju negativne procese u organizmu, pomoću njih se tijelo rješava nepotrebnih tvari. Osim povrća, od kojih je najzastupljenija grupa u dijeti upravo ona zelenog i lisnatog povrća, u drugoj fazi se uvode nemasni mliječni proizvodi poput mlijeka, jogurta i svježih sireva. Dopušteni su mali međuobroci ako su zdravi. Za međuobrok je dozvoljeno jesti sjemenke, orašaste plodove i voće. Iako imaju malo ugljikohidrata, a puno drugih potrebnih hranjivih tvari, sjemenke i orašasti plodovi imaju vrlo visoku energetsku vrijednost, znači izuzetno su kalorični. Njihova se doza zato ograničava na tridesetak grama po jednom međuobroku.

U drugoj fazi se smije jesti i čokolada, ali samo ako se radi o tamnoj čokoladi koja je puna antioksidansa. Tijekom ove faze bulimična osoba nastavlja kroz dnevnik pratiti svoje emocionalno stanje i unos hrane i nastavlja redovno aerobno vježbati. Tako se serotonin u mozgu izlučuje i osobu čini sretnom te ju tako odvlači od depresije i bulimije. Držanjem ovih nutricionističkih uputa osoba oboljela od bulimije više ne bi trebala osjećati želju za prejedanjem, a ni za povraćanjem jer zna da ovakvom prehranom ne šteti svome tijelu.

Treća faza prehrane dolazi nakon četrnaest dana striktnog držanja plana prehrane prema nutricionističkim pravilima. Ona je najzahtjevnija, jer joj je cilj jesti zdravo, raznoliko i umjereno cijeli život i više nikad ne upadati u faze prejedanja i pražnjenja. To je moguće samo ako oboljela osoba preuzme potpunu kontrolu na svojom prehranom. Oboljele osobe treba educirati i stalno podsjećati da je temeljni problem u inzulinu i što sve visoke razine inzulina čine našemu tijelu i psihi te da one same mogu kontrolirati svoje želje, a ne obrnuto.

Bulimičarima je potrebno jesti normalne i mješovite obroke koje oni sigurno i sami žele nakon nutricionističkih dijeta. U njihovoj se prehrani trebaju nalaziti sve vrste hrane – bjelančevine, ugljikohidrati, masti. Treba ih naučiti kako jesti ugljikohidrate bez da njihovo tijelo opet ne bude naviknuto na inzulin, u biti, kako je moguće i lako držati ga pod kontrolom.

Treća faza je najvažnija, jer ako pokleknemo u njoj onda je uzalud sav trud i napredak iz prve dvije faze. U trećoj fazi bulimična osoba uči što je to pravilna i cjelovita prehrana, određena

pravila s kojima se nikad ne mora bojati hoće li se udebljati i tako joj ne ostaje razloga za grižnju savjesti, uzimanje laksativa ili povraćanje. Poznavanje i razumijevanje glikemijskog indeksa ključno je u ovoj fazi. Osoba koja pati od bulimije dobiva tablicu glikemijskih indeksa ugljikohidrata pomoću koje prati koliko je dobrih ili loših ugljikohidrata unijela u svoje tijelo i kontrolira njihov unos u organizam. Sada osoba smije jesti ugljikohidrate, ali se mora bazirati na dobrim ugljikohidratima koje unosi u tijelo u obliku cjelovitih žitarica, povrća i voća, orašastih i koštunjavih plodova. Pet je dnevnih obroka, doručak, ručak, večera i dva manja međuobroka. Obroci po količini trebaju biti umjereni, količinski servirani kao, recimo, u restoranu.

Preporuča se jesti do 20 sati jer je potrebno gušterači da se odmori tokom noći, a ako se najedemo pred spavanje osiguravamo gušterači puno posla preko noći. Najvažnije je ovakvom prehranom stvoriti uzbuđenje i ugodu kod bulimične osobe, da se potpuno oslobodi straha i negativnih emocija vezanih uz hranu i da s užitkom osmišljava zdrave i ukusne obroke za sebe i nakon nutricionističke terapije. Ovaj program će pomoći samo djevojkama koje iskreno žele oporaviti se, koje žele surađivati i koje su otvorene za nov način gledanja na hranu.

Uz sve do sada navedene načina tretiranja oboljelih osoba, bitnu ulogu ima i Crkva koja može imati veliku ulogu u obliku podrške oboljelim osobama i obiteljima te ih voditi ka bržem oporavku.

6. CRKVENI PASTORAL I RAD S OSOBAMA RIZIČNOG PREHRAMBENOG PONAŠANJA

U ovoj cjelini istaknuti će se mogućnosti zajedničkog djelovanja obitelji kao temeljne jedinice društva koja je izravno pogođena nevoljama bolesti, Crkve kao nositeljice nade, socijalnih institucija, bolnica te psihijatrija kako bi udruženo mogle pomoći oboljelima, te će biti predstavljen jedan pastoralni plan preventivnog karaktera.

6.1. Preventivni utjecaj na prehrambene poremećaje

S obzirom na to da se poremećaj hranjenja najčešće javlja kod mladi ljudi koji prolaze kroz pubertet i adolescenciju mora im se posvetiti dodatna pažnja u odgoju. Roditelji su najvažniji usmjerivači djeteta koje prolazi kroz pubertet i najviše ovisno o njima dijete može vrlo mirno i zdravo proći kroz to turbulentno razdoblje ili može razviti neki od psihosocijalnih poremećaja. „Uz rano djetinjstvo pubertet je najvažnije doba ljudskoga života. Očituje se borbom za svoju ličnost, otkrivanjem ideala, zbunjenošću pred neslućenim otkrićima, dominacijom emocija. U jednu riječ –to je doba kriza.“[129]

Upravo zbog svih izazova koji stoje pred mladima u ranoj adolescentskoj dobi, oni postaju najosjetljivija skupina, najpodložnija poremećajima hranjenja. Traženje ideala je tipično za pubertet i ranu adolescenciju, a današnji svijet ne daje pravilnu sliku ideala mladim ljudima. Oni su često izgubljeni u konzumerističkom svijetu koji idealizira materijalizam, odbacuje sve što odstupa od idealne slike muškarca ili žene. Djevojke, a nerijetko i mladići, u dobi kada postaju muškarci i žene teško ostaju ravnodušni prema svemu što se prikazuje poželjnim i normalnim. Zato je temeljna zadaća roditelja, obrazovnih ustanova i Crkve dati im zdrav primjer suvremenog života, obitelji, spolnosti, odnosa s drugim ljudima i odnosa prema materijalnome.[130]

Za zdrav pogled na hranu i svoje tijelo potrebno je shvatiti da se vi ovi čimbenici prožimaju i daju individualnu sliku o tijelu svakome od nas.[131] Suvremeni svijet koristi seksualnost za tržište i profit, oslanjajući se na primarne reakcije ljudi i njihove nagone. Temeljna je zadaća kršćana dati im, prvenstveno primjerom, drugačiji pogled na tijelo.

[129] Usp. Ž. BEZIĆ, *Razvojni put mladih*, UPT, Đakovo, 1989., str. 22.- 25.

[130] Usp. I. ŠTENGL, Poremećaji hranjenja i sposobnost za sakrament ženidbe, u: *Bogoslovska smotra*, 1 (2012.), str. 15.-42.

[131] Usp. A. POKRAJAC – BULIAN, L. STUBBS, N. AMBROSI – RANDIĆ, Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji, u: *Psihologijske teme*, 13 (2014.), str. 91. - 104.

Danas je sve popularniji termin kult tijela, kojeg spominje i Ivan Pavao II u govorima, čak njih 129, o Teologiji tijela, upozoravajući na uznemirujući i sve prisutniji trend uzdizanja tijela i prevelike brige za vlastito tijelo težeći savršenstvu samo u fizičkom smislu. Papa Ivan Pavao II ne govori samo o tome, već i o spolnosti, ljubavi, romantičnim međuljudskim odnosima, kontracepciji i svemu ostalome što može predstavljati poteškoću mladim vjernicima kroz odrastanje i otkrivanje novog segmenta života – onog seksualnog i tjelesnog.

Upoznavanje s teologijom tijela može oboljele pomiriti s njihovim vlastitim tijelom, jer je teologija tijela prožeta prvenstveno ljubavlju prema vlastitom tijelu i poštovanjem prema tuđem tijelu. „Teologija tijela“[132] sastoji se od 129 govora sv. Ivana Pavla II. koje je držao na audijencijama od 1979. do 1984. godine. Oni govore o međusobnom odnosu žene i muškarca te njihovu odnosu prema Bogu. Jedan od citata iz „Teologije tijela“ koji se odnosi na tijelo kaže:

> „Tijelo, i jedino ono, sposobno je praviti vidljivim ono što je nevidljivo: duhovno i božansko. Ono je stvoreno kako bi u vidljivu stvarnost svijeta prenijelo otajstvo skriveno od pamtivijeka u Bogu i tako postalo njegov znak.“[133]

Svi koji imaju poremećaj u prehrani žele promijeniti svoj izgled i to si uzimaju za cilj, dok im teologija tijela može pomoći u shvaćanju da je njihovo tijelo onakvo kakvo treba biti i bez drastičnih intervencija na tijelu. Zato je bitno upoznati mlade ili buduće roditelje s mogućim poteškoćama s kojima se mladi danas bore do stvaraju percepciju o tijelu.

Zanimljivo je napomenuti da je poznati češki neurokirurg Sigmund Freud bio jedan od rijetkih koji su bili ravnodušni prema poremećajima prehrane, a anoreksiju je nazvao „melankolija seksualno nezrelih“. Dakle, i on je shvatio da se često u poremećajima prehrane radi o nekakvoj vrsti zadrške prema spolnoj zrelosti.

Mnoge slučajevi mladih djevojaka koje pate od poremećaja u prehrani počinju tako da se ona krene razvijati tjelesno, počinje dobivati primarna i sekundarna seksualna obilježja i mnoge od njih se osjećaju postiđeno i posramljeno kada primijete da njihovo tijelo više nije tijelo djeteta, već polako prelazi u tijelo žene. Moramo se zapitati zašto je to tako.

Teologija tijela djecu i mlade uči da je seksualnost dar od Boga, usko povezana sa zdravljem, nešto što moramo čuvati kao što moramo čuvati prirodu ili zdravlje drugih ljudi. Mladi koji svoje tijelo shvaćaju kao alat kojim bi postigli savršenstvo, neprirodnim kontroliranjem i mučenjem tijela postigli ideal koji je iskrivljen i prije svega neprihvatljiv u katoličkom nauku.

---

[132] IVAN PAVAO II., *Muško i žensko stvori ih/Kateheze o ljudskoj ljubavi*, Verbum, Split, 2012., str. 42.-121.

[133] https://www.bitno.net/vjera/10-predivnih-citata-teologije-tijela-sv-ivana-pavla-ii/ (22.5.2017.)

Zapravo, nepoštivanje tijela je tipičan primjer svetogrđa, baš kao i svaka druga intervencija na prirodi koja se protivi prirodnim načelima. Tijelo jest sveto, sam Isus je mnogo govorio o tijelu, pomoću tijela nam je postao bliži. Ako je Bog dao tijelo svome Sinu, tijelo nikako ne može biti nešto čega se trebamo sramiti i nipošto ne smije biti nešto što uništavamo.

Mladi koji boluju od poremećaja prehrane muče svoje tijelo zbog misli da njihovo tijelo nije dovoljno dobro ili da oni sami, dakle duh i tijelo, nije dovoljno dobro. Promičući prave katoličke vrijednosti mladima se može objasniti da njihovo tijelo nije izvor srama, već Božji hram. A sram je izravno povezan sa bulimijom, kao i sa svim drugima poremećajima hranjenja. Takav stav može pomoći suzbijanju srama i konačnom duhovnom, mentalnom i naposljetku tjelesnom ozdravljenju.

6. 2. Rad s mladima

U radu s mladima glavna misao vodilja treba biti naučiti mladog čovjeka kako da na zdrav i prihvatljiv način brinuti o svome zdravlju i tijelu.

Vježbanje je jedan oblik tjelesne aktivnosti koji ima povoljne učinke u razvoju mladog čovjeka. Treba naglašavati kako pretjerivanje u vježbanju može dovesti do neželjenih posljedica, na primjer smanjiti brzinu rasta kod intenzivnog treniranja hrvanja. Tako i mnoge balerine koje su izložene napornim vježbama često kasnije dobiju menstruaciju nego ostale djevojke. Slično se događa i atletičarkama koje uslijed velikih napora imaju neredovite menstrualne cikluse, a ponekad se zna dogoditi da im mjesečnica kasni po mjesec ili dva.[134]

Ne treba izostaviti ni psihološki pristup kada se radi s mladima. Oni često boluju od poremećaja hranjenja zbog nedovoljne pažnje u djetinjstvu ili zbog osjećaja neprihvaćenosti u društvu, a gotovo je uvijek prisutan osjećaj manje vrijednosti.

Zato je najbitnije u radu s mladima koji imaju poremećaje hranjenja pokazati suosjećanje, brigu i podršku. Mora se paziti jer se pretjerivanjem može dogoditi da to stvori kontraefekt, da se tada mladi osjećaju kao da ih se kroz rad s njima guši, kao da im se nešto „pametuje“ i oni znaju postati osorni i inatiti se još većim gladovanjima.[135]

Mladima treba ukazati na to da je takvu sliku o njima stvorila njihova okolina, jer nitko sebi ne želi loše i svim je ljudima zajedničko da žele biti zdravi. Nije loše s mladima sastaviti popis stvari koje žele postići u životu ili razgovarati o njihovim ciljevima i željama koje ne uključuju fizički izgled.

[134] Usp. R. VASTA, M. HAITH, S. A. MILLER, *Dječja psihologija*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2005., str. 202.-203.

[135] Usp. Isto.

To može dovesti do toga da osobe koje se razvijaju shvate svoj potencijal i što oni zapravo u životu žele raditi. Okrenuti prema onome što žele postići, uz malo sreće mogu zaboraviti ciljeve koji nemaju veze sa stvarnim uspjehom u životu. Recimo, mnogi smatraju da je lijepo imati obitelj jednog dana, biti uspješan u nekom sportu ili se baviti humanitarnom radom.

Kada mladi otkriju svoje aspiracije, na nama je da im objasnimo da je sve to moguće, ali ne ako se nezdravo odnosimo prema svojemu tijelu. Ne možemo osnovati obitelj ako zbog pothranjenosti izostaje menstruacija, ne može se biti vrhunski sportaš koji je na rubu umiranja jer ne jede, ne možemo pomagati drugima kada nemamo snage za to. Razgovor koji uključuje ono što bi oboljeli htjeli i ono što može doći kao posljedica ako se nastave ponašati neodgovorno prema svome tijelu u mladima može potaknuti želju za promjenom i promijeniti njihovu svijest o onome što su mislili da rade dobro. Umjesto medija koji im ruše samopouzdanje danas mladi imaju mogućnost praćenja kvalitetnih izvora informacija.

Poznat je slučaj časopisa *Pia*, koji je bio prvi hrvatski ženski katolički časopis usmjeren na pozitivne članke temeljene na katoličkim vrijednostima i učenjima Crkve. Izlazio je neko vrijeme u tiskanom obliku, a nakon toga u elektroničnom izdanju.

Kršćanski mediji paze na osjetljive mlade koji ih čitaju. Često umjesto destruktivnih poruka o iskrivljenim idealima donose istinske priče o pravim životnim situacijama i poteškoćama. Posebno bih izdvojila jedan članak koji mi se čini veoma korisnim u svrhu poboljšanja vlastite slike o tijelu.

Članak pod nazivom „10 načina da poboljšate sliku o svojemu tijelu“[136] donosi deset jednostavnih i kratkih savjeta za pozitivnije mišljenje o sebi. Svi ti savjeti baziraju se na tome da gledamo svoje pozitivne strane, vrline, ono što volimo na sebi i na svoju osobnost, da nam ne treba potvrda od drugih da bi bili bitni ili da bismo se dobro osjećali, da si svaki dan ponavljamo da reklame nisu stvarne i da u stvarnosti ne postoji savršena osoba.[137]

Upravo iz tog razloga potrebno je raditi s obiteljima kako bi one znale kako i koje vrijednosti usađivati svojim članovima.

6.3. Rad s obiteljima

Potrebno je da roditelji čim uoče nekakve poremećaje u ponašanju svoga djeteta reagiraju, a osobito ukoliko primijete da dijete ne želi jesti. Važno je osvijestiti roditelje da poremećaji u prehrani prate poremećaj cjelokupnog psihičkog stanja djeteta, ono je manifestacija neke njegove

[136] Časopis Pia: https://issuu.com/figulus/docs/pia2_preview, (7.4.2017.)
[137] *Pia*, Časopis za žene, 2 (2013.), str. 39.

unutarnje patnje i borbe.[138] Vrlo je važno pratiti dijete u doba puberteta i adolescencije jer se tada najčešće javlja neki od ova dva oblika poremećaja prehrane (anoreksija i bulimija).[139] Kad govorimo o osvješćivanju roditelja za ove probleme naglasak treba staviti na razumijevanje okoline koja stvara klimu za takve poremećaje zemlje u kojima se javljaju imaju dovoljno novca i hrane da se ne živi u oskudici hranom, osobito se javlja velik broj oboljelih u zapadnim zemljama. Mnoge obitelji danas žive pod velikom stresom i u našem suvremenom društvu lako se zaboravlja kako djeca trebaju osnovne, jednostavne stvari. To su prvenstveno osjećaji pripadnosti i razumijevanja. Nedostatak vremena za djecu učini da se obitelj otuđi, da se gubi prava povezanost na relaciji djeca- roditelji, a i među supružnicima.[140]

Kao što je slučaj s drugim poremećajima, i ovaj se javlja zbog želje za promjenom sebe, kada dijete osjeti da mu roditelj ili okolina ne daje dovoljno pažnje i razumijevanja ono se pokušava promijeniti u nadi da će tako doći do bolje situacije u obitelji ili među vršnjacima. Rad s roditeljima se često pokaže kao jedna od najbitnijih stavki na putu do ozdravljenja njihova djeteta. Potrebno je osloboditi roditelje osjećaja krivnje i stida da bi se mogli slobodno uključiti u terapiju i svoju roditeljsku ulogu u terapiji obavljati aktivno i s optimizmom.

Rad s roditeljima pomaže i djetetu i roditelju; dijete ima osjećaj da je bitno i da je roditeljima stalo do oporavka, a roditeljima pomaže u prevladavanju osjećaja nesigurnosti i krivnje, tako se roditelji ne osjećaju isključenima u terapiji. To kod njih potiče razinu osviještenosti o problemu kao i odgovornost kada nisu na terapiji, kada se vrate kući.

Glavni ciljevi rada s roditeljima su:[141]

1. Ponovno uspostavljanje osjećaja kompetencije kod roditelja,
2. Preformuliranje krivnje u istinsku zabrinutost,
3. Sposobnosti roditelja da promatraju svoju djecu odvojeno od sebe samih.

U suvremenim su istraživanjima pobijene neke teorije da su roditelji svojim patološkim psihološkim obrascima ili bilo kakvim postupcima izravno utjecali na razvoj poremećaja kod djeteta, što je vrlo opasno. Ne možemo jedno objašnjavati ili opravdavati koristeći drugo kao uzrok i krivca. To može ozbiljno naštetiti psihi roditelja, a svakako se pokazalo netočnim.

[138] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 2008., str. 65.- 77.
[139] Isto.
[140] Usp. G. PREUSCHOFF, *Odgoj djevojčica*, Naklada Kosinj, Zagreb, 2006., str. 145.-146.
[141] D. MARČINKO, *Poremećaji hranjenja - Od razumijevanja do liječenja,* Medicinska naklada, Zagreb, 2013. , str. 154.

U svakom slučaju roditelji griješe, ali uvijek sve to čine rade iz najbolje namjere i tako se to treba i promatrati. Čak i kada djeca otvoreno nešto prebacuju svojim roditeljima i krive ih, bitno je obje strane podsjećati da se i greške događaju i onda kada ih najmanje želimo.[142]

Konflikt između oboljele osobe i jednog ili oba roditelja dovodi do malformacije u psihičkom zdravlju oboljele osobe, ono svakako može biti jedno od poticaja na poremećaj. Roditelje zato ne treba, često neopravdano, optuživati za probleme djeteta. Određeni tip obitelji iz kojeg dolaze osobe s poremećajem hranjenja nema. Najčešće se radi o običnim, radničkim obiteljima u kojima se cijene trud i disciplina, gdje se pridaje pažnja vanjskom izgledu. U obiteljima naizgled nema ništa čudno, no mnogi od njih se nakon nekog vremena zajedničkih terapija otvore i iznose na vidjelo probleme koje su potiskivali do te mjere da možda više ni nisu znali da ih imaju. Potiskivanje osjećaja je nešto što je i dijete usvojilo kao normalno. Najčešće se radi o konfliktu između supružnika. Dok je majka dominantna, otac je pasivan i odsutan, najčešće zbog posla ili jednostavno zbog nezainteresiranosti za odgoj jer je u obitelji to majčina uloga.

Majka je vrlo kritična osoba, koja često ispada žrtva, nezadovoljna svojim životom i zato se često suprotstavlja svakom životnom zadovoljstvu, poput hrane ili seksualnosti. Zahtjevne su, ne očekuju ništa manje od izvrsnosti svoje djece, pogotovo djevojčice onda imaju želju za savršenim ocjenama i uspjesima na svakom polju.

Muška djeca su donekle otpornija na majčine zahtjeve, a često se događa kontraefekt, revolt kod njih koji ne stvara djecu perfekcioniste već delikvente. Takve majke se svakako više bave ženskom djecom, neke sigurno žele ostvariti uspjeh kroz dijete jer se nisu ispunile u životu na neki drugi način niti u njemu uživaju. Ne uživaju pretjerano ni u stalnoj i pretjeranoj brizi za dijete, ali osjećaju da je to nešto što se mora. Zbog općenitog nezadovoljstva svakog člana obitelji obroci mogu biti vrlo stresni i djeca ih već u ranoj dobi mogu početi izbjegavat, prvo zbog socijalnih i obiteljskih razloga. Na okupu za stolom često izbijaju svađe ili samo pasivno agresivni napadi. Majka se trudi praviti lijepe i zdrave obroke, ali u njima nitko ne uživa.

Nakon otkrivanja poremećaja prehrane sve obitelji reagiraju slično, trude se pomoći i prate svoje dijete. Objašnjavati nastanak poremećaja hranjenja samo obiteljskim faktorom se pokazalo neispravnim jer postoje mnoge djevojke koje su imale sretno i normalno djetinjstvo, roditelje koji su imali kvalitetan odnos i znali se postaviti u problemima i koje su oboljele od bulimije ili anoreksije. Uostalom, mnoge obitelji imaju više djece od kojih je samo jedno oboljelo, tako da se ne može raditi isključivo o obiteljskom faktoru. Te se činjenice trebaju iznijeti obiteljima da bi se smanji osjećaj srama i krivnje među roditeljima.

[142] Usp. H. L. HACKNEY, S. CORMIER, *Savjetovatelj - stručnjak*, Slap, Jastrebarsko, 2012., str. 307.-311.

Kod pacijentica se bolest razvija zbog niza problema na psihološkoj, biološkoj i društvenoj razini, ali se dubljom analizom često dokaže da je obitelj imala veliki utjecaj na početak i razvoj poremećaja. Osobe koje ne muče takve negativne emocije brže se i lakše otvaraju i pričaju o problemima što je korisno za proces terapije kao i za ponovnog građenja obiteljske zajednice bez potisnutih problema. Opsesivna želja za savršenstvom[143], koja je jedno od obilježja bulimičnih i anoreksičnih djevojaka, javlja upravo zbog prevelike zaštite i pažnje u najranijoj dobi. Tako djeca koja su perfekcionisti misle da roditelji od njih očekuju savršenstvo i da će bilo što nije savršeno odmah primijetiti jer prate svaki njihov korak. Takva djeca se uče ponašati u skladu sa očekivanjima roditeljima, a oni snažno žele ispuniti sva očekivanja jer nikad nisu osjećali negativne emocije prema roditeljima koji su ih konstantno mazili i pazili. Takva djeca postaju skrupulozna, s izraženim osjećajem stida i sramote, stalno osjećajući da im obitelj prati svaki korak, a oni silno ne žele napraviti ništa što bi posramilo obitelj. U djetinjstvu se djevojke najčešće uspješno odupiru svojim vlastitim željama zbog kojih bi došle u konflikt s roditeljima i obitelji, ali problemi nastaju kada djeca uđu u pubertet i u sebi osjete borbu između svojih želja i očekivanja roditelja.

Nesuglasice koje nastaju obitelj manje ili više svjesno prikriva i potiskuje. U adolescenciji se poremeti balans obitelji, jer se adolescenti i adolescentice nastoje odvojiti od roditelja i normi koje oni postavljaju. Roditelje to veoma smeta i žele učiniti sve da bi spriječili odvajanje od svojega djeteta, pogotovo u psihosomatskim obiteljima gdje je privrženost za dijete jaka, ponekad i patološka. Zato se djevojke u pubertetu osjećaju loše i nisu im ugodne promjene koje se događaju mimo njihove volje. One pokušavaju, barem na fizičkoj razini, spriječiti odrastanje za koje smatraju da je bolno. U njihovim je obiteljima normalno izbjegavati sukobe pod svaku cijenu pa im se izgladnjivanje čini kao dobar način izbjegavanja odrastanja.

Djevojkama je u koristi prikriti sve nesuglasice s roditeljima, a kada roditelji primijete da im dijete nije zdravo, pogotovo kada joj je život ugrožen u kasnijim stadijima poremećaja hranjenja, oni se baziraju samo na njezin oporavak i nesuglasice koje vrijeđaju tako odgojeno dijete padaju u drugi plan. To odgovara djevojkama koje pate od poremećaja hranjenja.

Jedna od stručnjaka koja se bavila problemom loše i nedostatne komunikacije u obitelji i povezanosti s poremećajima prehrane je već ranije spomenuta Mara Selvini Palazzoli. Ona je opisivala slučajeve obitelji u kojima netko boluje od poremećaja prehrane. Takve obitelji opisuje naglašavajući njihovu nemogućnost i nespremnost na kompromis.

[143] Usp. Ž. BEZIĆ, *Razvojni put mladih. Djetinjstvo i mladost*, U pravi trenutak, Đakovo, 1989., str. 142.-144.

Članovi obitelji nemaju sposobnost prilagođavanja novim situacijama pa kada se javi problem kod djevojaka obitelj najčešće odmogne umjesto da pomogne. Grubi odnosi između članova obitelji i međusobna netolerancija dovode do fizičkih napadaja, zabrana, kazni i vikanja. Kazne i zabrane često uključuju ili imaju veze s hranom. Također postoji problem odbacivanja svake ideje i stava kojega član obitelji uputi drugom članu obitelji. Takve se obitelji često nalaze u problemima kada moraju preuzeti odgovornost za nešto i uvijek objašnjavaju svoje postupke ističući da su to napravili za druge ili da je netko drugi zapravo krivac. [144]

Jedna od grešaka u povezivanju s obitelji je stvaranje takozvanih saveza. To daje oboljeloj mogućnost da nešto prešućuje jednom od roditelja. Osim toga, ako je u obitelji uobičajeno da se stvaraju savezi može doći do izolacije oboljele osobe kojoj to ruši već bolešću pogođen ego i samouvjerenost. Kada je poremećaj poznat svim članovima obitelji roditelji vidno pridaju više pažnje djetetu koje pati od poremećaja hranjenja. Druga djeca se zbog toga često osjećaju ugroženo i namjerno izoliraju djevojku koja pati od anoreksije ili bulimije.

Roditelji se u takvim obiteljima zapravo natječu tko je veća žrtva, izbjegavaju svaki otvoreni konflikt i tako nagomilavaju nesporazume koji ih dovode do gotove nesnošljivosti. Naizgled se sve čini u redu, brak idiličan, a djeci u obitelji se isto pokušava nametnuti ta predstava skladnog i sretnog braka iako djeca jasno, još od ranog djetinjstva, mogu osjećati nesuglasje i nedostatak komunikacije među partnerima.

Roditelji nikad nisu pričali otvoreno s djecom o problemima, pa djeca ni ne moraju svjesno shvatiti te probleme kao probleme već ih prihvaćaju i uče da je to normalan način komunikacije u obitelji i s supružnikom. Otac i majka pokušavaju zadobiti dijete na svoju stranu, no oboje moraju biti moralno superiorni i ne smiju djetetu otvoreno pričati o onome što ih muči kod supružnika. Nerijetko ni ne znaju što ih točno muči jer su godine potiskivanja svakog problema dovele do pomutnje u osjećajima koju više ni sami ne razumiju. Zato je bitno ići na terapije i poticati roditelje na razgovore, sa terapeutom i međusobno, kako bi napokon došli do onoga što ih muči i da bi nakon toga mogli prijeći na probleme djece.[145]

Sustavno potiskivanje svega što misli da ne valja može biti jedan od glavnih razloga zašto anoreksične osobe u pravilu imaju manje volje za liječenjem od bulimičnih. Liječenje zahtjeva priznavanje problema, a mnogim djevojkama je lakše i bezbolnije živjeti s poremećajem koji ih muči i iscrpljuje nego priznati problem svojoj obitelji i sebi.[146]

---

[144] Usp. Ž. BEZIĆ, *Razvojni put mladih. Djetinjstvo i mladost,* U pravi trenutak, Đakovo, 1989., str. 142.-144.

[145] Usp. V. VIDOVIĆ, *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 2008., str. 131.- 155.

[146] Isto.

U radu s obitelji treba naglasiti da izravnog krivca u obitelji nema, ali da disfunkcionalna obitelj ne dozvoljava temeljito ozdravljenje oboljele osobe. Bolja komunikacija, bez izostavljanja određenih članova obitelji, veća fleksibilnost u iznošenju stavova i općenito poboljšanje u interakciji između članova može dovesti do poboljšanja u odnosu oboljele djevojke i njezine slike o sebi, tijelu i zdravlju.

6.4. Strateški pastoralni plan

Strateški pastoralni plan koji bi bio provediv u radu temeljenom na katoličkom nauku imao bi preventivno djelovanje.

Ovaj program preventivnog pastoralnog djelovanja trebala bi voditi osoba koja je educirana i ima iskustva u komunikaciji s mladima. Voditelj (voditeljica) bi trebao biti osoba ovlaštena od Crkve za pastoralno djelovanje, imati određeni stupanj izobrazbe, bilo bi poželjno imati superviziju te ostvarivati blisku suradnju sa obiteljskim savjetovalištem. Ukoliko se ukaže potreba pokazati spremnost za suradnju sa drugim institucijama.[147]

Voditelj bi trebao voditi bilješke susreta s osnovnim podacima radi boljeg praćenja osoba koje vodi. Od voditelja se očekuje da bude vedar i opušten, dobronamjeran, iskren tako da mladi osjete prijateljsku klimu na susretima i da susreti urode boljim plodovima.[148] Treba imati na umu da se mladi vole osjećati slobodno i neugroženo. Voditelj bi morao dobro procijeniti grupu koju ima pred sobom, naći načina da ih motivira za razgovor i razmišljanje. Ukoliko im se pristupi s poštovanjem bit će više otvoreni za suradnju unatoč ranjivosti i nesigurnosti u sebe.

Ovaj pastoralni plan bi se provodio s djecom i mladima u nekoliko etapa.

- Prva etapa bila bi rad s djecom koja se pripremaju za sakrament Pričesti. Susreti bi trajali 45 minuta. Djeca u ovoj dobi nastoje graditi odnos prema sebi kao osobi u odrastanju. U ovoj etapi bi se kod djece razvijala svijest o činjenici da Isus pod prilikama kruha i vina dolazi svakome od nas bez obzira kakvi smo (povučeniji, društveniji, niži, deblji, spretniji i slično.)

  Djeca bi kroz nekoliko susreta (igrice, radionice, pravljenje panoa…) koji bi se proveli u nekoliko mjeseci prije primanja sakramenta uočili međusobne različitosti i sličnosti. Učili bi se slaganju s vršnjacima.

[147] R. NELSON - JONES, *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007., str. 63.- 91.

[148] E. LUKAS, *Što nas u životu pokreće. Logoterapijski pristupi*, Oko tri ujutro, Zagreb, 2013., str. 55.-78.

Cilj ovoga dijela pastoralnog plana bio bi prihvaćanje drugoga, različitoga od mene u mnogočemu, a jednakoga po tome što smo svi ljubljena djeca Božja. Tu se javlja uzimanje Isusa i njegovih dviju zapovijedi ljubavi kao normativ djelovanja te razvijanje kritičnosti prema sebi i svome osobnom odnosu s Bogom. U tome stadiju razvoja razvijaju savjest, moral i ljestvicu vrijednosti..

- Druga etapa bi se provodila počevši sa djecom 7. i 8. razreda u sklopu nekoliko susreta unutar svake katehetske godine do završetka srednje škole. Kako su djeca u toj dobi zaokupljena više samima sobom nego li bilo kojom drugom osobom u ovoj fazi naglasak se stavlja na njih. S njima se analiziraju temeljne dimenzije čovjeka, oni uočavaju važnost ravnoteže i skladnog rasta svih dimenzija.

  Djeca u dobi od oko 12- 18 godine trebaju moći prihvatiti svoj fizički izgled i svoju mušku/ žensku ulogu. U toj dobi razvijaju se novi odnosi s vršnjacima oba spola, postepeno se emocionalno odvajaju od roditelja i odraslih. Sada oni izgrađuju vlastite vrijednosti u skladu s adekvatnom znanstvenom slikom svijeta. Roditelji nisu jak autoritet pa s njima nevoljko razgovaraju i traže savjete.

  Teme koje bi se protezale u ovom drugom dijelu pastoralnog plana bile bi prilagođene uzrastu s kojim voditelj radi i bile bi na drugi način obrađivane u pojedinim godištima.

  Neke od tema bile bi: moja tjelesnost, vrednote u ljudskom životu, odabir zvanja i zanimanja, moć medija, kriteriji uspjeha, stereotipi ljepote, poznati bez uljepšavanja, popularnost, kreiranje i praćenje trenda, iskreno prijateljstvo, šminkanje, moda, piramida prehrane i tjelovježba. Ove teme bi se obrađivale po jedna na svakom susretu (45 min). Ukoliko bude interesa za određenu temu ona se može produbiti i dodatno istraživati (posebice kod srednjoškolaca). Ukoliko voditelj može doći do nekog stručnjaka koji bi bio gost predavač na jednom od susreta to bi bilo korisno.

  Cilj ovog dijela pastoralnog plana je pomoći mladim ljudima da se formiraju u što cjelovitije i potpunije osobe pred koje svakodnevno život stavlja veće i odgovornije zadaće. Tek mlada osoba koja je posloženih prioriteta i koja Boga stavlja u centar svoga života može nesebično djelovati na dobro zajednice i tako rasti. Istinske vrijednosti moraju postati i ostati temelj mladima. Mladi u ovom dijelu programa trebaju što realnije sagledavati svijet oko sebe, vidjeti da nitko nije idealan i nitko nije bez problema. Treba voditi računa da su pred voditeljima mladi koji su nerijetko skloni idealizirati nešto ili nekoga te zbog toga sa određenom dozom opreza voditi razgovore da se ne osjećaju prozvanima ili povrijeđenima.

Ukoliko voditelj primijeti kako u određenoj grupi ima visokorizičnih osoba za nastanak poremećaja pozove ih na individualni razgovor. U razgovoru valja biti oprezan jer svaki poremećaj prehrane sa sobom nosi uzrok koji može biti više ili manje bolan za osobu.

Tijekom prvog susreta nikako ne treba inzistirati na tome da nam sugovornik „otvori dušu“ već osobu treba pustiti da govori što hoće s tim da voditelj treba mudro usmjeravati razgovor kako bi što bolje upoznao situaciju. Ukoliko osoba ima poteškoća koje bi mogle biti savladane kroz redovne preventivne grupne susrete ne treba inzistirati na individualnim razgovorima ali se osoba treba opreznije pratiti sa posebnom brigom. Ako voditelj procijeni da je osoba već zašla u sfere poremećaja treba inzistirati na makar jednom individualnom razgovoru da se dogovore o daljnjim koracima koje treba poduzimati. Ukoliko oboljeli odbija surađivati voditelj se treba konzultirati i dogovoriti sa suradnicima što dalje, naravno uz pomoć obitelji.

O težini bolesti ovisi suradnja voditelja koji je detektirao stanje oboljelog sa ostalim institucijama.

Bilo da se radi o osobama oboljelima od poremećaja hranjenja ili onih koji pripadaju rizičnim skupinama najbolji rezultati mogli bi se dobiti kombinacijo više metoda i taktika koje bi postepeno mijenjale sliku labilnog pojedinca o vlastitom tijelu. Potrebna je suradnja stručnjaka od liječnika opće prakse, psihologa, učitelja u školi, roditelja i obitelji kako bi rezultati bili što bolji.

ZAKLJUČAK

Ovaj završni specijalističli rad pruža detaljniji uvid u problematiku poremećaja prehrane, na čelu sa anoreksijom i bulimijom kao najpoznatijima iz spektra bolesti poremećaja prehrane.
U prvom dijelu rada iznosimo poremećaje prehrane kroz povijesni aspekt te se može zaključiti kako je problematika anoreksije i bulimije poznata još od vremena drevnih civilizacija. Liječnik Richard Morton u 17. stoljeću prvi je opisao slučajeve anoreksije, ali danas je pojava ove bolesti dosta učestalija nego tada jer se poremećaj širi poput trenda.
Odnos modne scene prema modelima i utjecaj istih na obične ljude koji prate modne trendove putem medija opisan je u drugom poglavlju. Nameću se određeni standardi poimanja „lijepoga“, previše se naglašava atraktivnost vanjštine na uštrb nutrine pojedinca. Zaključak ovog poglavlja je da se osobe mogu lako pogubiti u želji da stalno budu u trendu. Ovo poglavlje progovara o pitanju pretilost u današnjem društvu i stigmatizaciji iste. Rad u ovom dijelu daje primjere XXL modela kao poticaj da se i takvo tijelo može vrednovati te se da zaključiti kako danas postoji taj fenomen jer je na snazi pretjerano idealiziranje vitkosti kod žena kao ključne komponente ženstvenosti.
Treći dio rada bavi se anoreksijom i bulimijom i daje definicijsko određenje poremećaja hranjenja. Ovdje valja zaključiti da anoreksija i bulimija u mnogome jesu slične, čak se često isprepliću, ali nikada ne mogu biti iste jer svaka ima svoje specifičnosti. Anoreksija i bulimija poremećaji su u prehrani koji najčešće pogađaju djevojke od rane adolescencije pa do tridesetih godina. Opisani su neki slučajevi u ovom poglavlju. Jedna je stvar sigurna- lako je uvući se u stanje svijesti koje neprestano brine o fizičkom izgledu i kalorijama, a ponekad je gotovo nemoguće izvući se iz beznadnog očaja kojeg poremećaji u prehrani za sobom vuku. Ovo poglavlje donosi precizniju sliku i analizu više poremećaja prehrane te zaključuje kako anoreksija, manoreksija, ortoreksija i pregoreksija imaju isti ili sličan temelj bolesti.
Čimbenici poremećaja hranjenja opisani su u četvrtoj cjelini rada. Tu se prvenstveno govori o socijalnim (socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žena, glorifikacija poremećaja hranjenja, osuđivanje pretilih, uspoređivanje…), biološkim (dob, spol i tjelesna težina) i psihološkim (psihološke karakteristike, ponašanje…). Važan zaključak ovog poglavlja je činjenica kako je pojavnost poremećaja kod žena čak devet puta učestaliji nego kod muškaraca zbog gore navedenih čimbenika.
Peto poglavlje prikazuje mogućnosti koje donosi pojedina terapija osoba s poremećajem prehrane. Ovdje se mogu naći neke terapije koje bi se mogle koristiti za liječenje poremećaja prehrane.

Tu se govori o individualnoj i multidisciplinarnoj terapiji, psihodinamskoj, kognitivno-bihevioralnoj terapiji i biološkoj terapiji. Opisano je terapijsko djelovanje s osobama koje boluju od poremećaja prehrane u Hrvatskoj (Specijalistički zavod za poremećaje prehrane u Klinici za psihijatriju Medicinskog fakulteta KBC-a u Zagrebu, Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu, Centar za poremećaje hranjenja BEA). Takvih odjela prije nije bilo u Hrvatskoj što ukazuje na potrebe u našoj zemlji za liječenjem problema u prehrani. Mnoge se udruge bave pružanjem samopomoći, pogotovo kroz društvenu interakciju što je uvijek za svaku pohvalu. U Hrvatskoj se vidljivo budi svijest o ozbiljnosti i brojnosti oboljelih od anoreksije, bulimije ili drugih poremećaja hranjenja. Kraj ovog poglavlja govori o nutricionističkom savjetovanju sa zaključkom kako treba oboljelu osobu pridobiti da se osjeća ugodno u planiranju obroka i pripremi hrane, da nema straha od iste. Stoga je od iznimne važnosti kontinuirano obrazovati adolescente glede prehrane, tjelesne kondicije i načina življenja.

Zadnje, šesto poglavlje posebno se osvrće na ulogu Crkve u radu s oboljelima. Ova cjelina zaključuje kako je bitna stalna suradnja između oboljele osobe i Obitelji, Crkve, bolnice i nekih drugih institucija ukoliko se pokaže potrebno. Oni trebaju razumjeti da osoba koja pati od poremećaja prehrane ima iracionalan strah prema hrani i debljanju te je na njima odgovornost da prate situaciju koja često izmakne kontroli. Stručnjaci iz raznih područja, od psihologa do nutricionista, svim snagama trebaju djelovati kako bi, uz malo sreće, mogli osigurati oporavak osobe koja je oboljela od poremećaja prehrane. Odnos pacijenta i liječnika ili psihijatra mora biti povjerljiv i prijateljski, inače se oboljeli može osjećati ugroženo i terapije ne mogu imati nikakav pozitivan učinak na njegovo psihofizičko zdravlje. Pozitivan odnos pridonosi lakšem provođenju terapije i ranom otkrivanju simptoma. Posebno je stavljen naglasak na rad s mladima i obiteljima. Na kraju poglavlja iznesen je jedan model strateškog preventivnog pastoralnog plana, a opisan je i profil osoba unutar Crkvene zajednice koja bi kompetentno mogla voditi osmišljeni program

LITERATURA

Djela:

ANIĆ, V., GOLDSTEIN, I., *Rječnik stranih riječi*, Novi Liber, Zagreb, 1999.

ANTON, S., KNEŽEVIĆ, M. Z., *Anorexia Nervosa*, Socijalna psihijatrija, Zagreb, 1996.

AMBROSI – RANDIĆ, N., *Razvoj poremećaja hranjenja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2004.

AMERIČKA PSIHIJATRIJSKA UDRUGA, *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Naklada Slap, 1996.

BEGOVAC, I., *Savez u individualnoj psihoterapiji*, Psihoterapijski pravci, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.

BEZIĆ, Ž., *Razvojni put mladih*, UPT, Đakovo, 1989.

CLAUDE–PIERRE, P., *Tajni jezik prehrambenih poremećaja*, Nacionalna i sveučilišna knjižnica, Zagreb, 2000.

COSTIN, C., *Poremećaji prehrane*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2010.

DAVISON, G. C., NEALE, J. M., *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Zagreb, 1999.

DROPULIĆ, N., MARČINKO. D., *Anoreksija. Težina ljepote*, Profil, Zagreb, 2014.

FAIRBURN, C. A., BROWNELL K. D., *Eating Disorder and Obesity*, A Comprenhensive Handbook, The Guilford Press, 2002.

HACKNEY, H. L., CORMIER, S., *Savjetovatelj- stručnjak*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2012.

IVAN PAVAO II, *Muško i žensko stvori ih / Kateheze o ljudskoj ljubavi*, Verbum, Split, 2012.

KHERIATY, A., *Pobijedite depresiju snagom vjere*, Verbum, Split, 2014.

LUKAS, E., *Što nas u životu pokreće. Logoterapijski pristupi*, Oko tri ujutro, Zagreb, 2013.

MARČINKO, D. (i suradnici), *Poremećaji hranjenja - Od razumijevanja do liječenja,* Medicinska naklada, Zagreb, 2013.

NELSON - JONES, R., *Praktične vještine u psihološkom savjetovanju i pomaganju*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2007.

PETZ, B., *Uvod u psihologiju. Psihologija za nepsihologe*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2010.

POKRAJAC-BULIAN, A., *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja,* doktorska disertacija, Filozofski fakultet u Zagrebu, 2000.

PREUSCHOFF, G., *Odgoj djevojčica*, Naklada Kosinj, Zagreb, 2006.

RAKEL, R. E., *Osnove obiteljske medicine*, Medicinska biblioteka, Zagreb, 2005.

SKUPINA AUTORA, *Veliki obiteljski savjetnik o zdravlju*, Mozaik knjiga, Zagreb, 2001.

ŠKORO, T., *Tajna bulimije život pod maskama*, Vanis, Pula, 2009.

VASTA, R., HAITH, M. M, MILLER, S. A., *Dječja psihologija*, Slap, Jastrebarsko, 2005.

VIDOVIĆ, V., *Anoreksija i bulimija*, Biblioteka časopisa „Psiha“, Zagreb, 1998.

Članci:

FOLNEGOVIĆ-ŠMALC, V., Anoreksija - komorbiditet i diferencijalna dijagnoza, u: *Medix*, 52 (2004.), str. 48.- 49.

JURČIĆ, Z., Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze, u: *Medix,* 52 (2004.), str. 40.- 45.

KAŠTELAN, D., KORŠIĆ, M., Endokrinološki poremećaji u anoreksiji, u: *Medix,* 52 (2004.), str.45.- 46.

KNEŽEVIĆ, A.,TARLE, Z. I ŠUTALO, Erozije u pacijenata s anoreksijom i bulimijom nervozom, u: *Acta stomatologica Croatica*, 4 (1999.), str. 447.- 453.

PERANIĆ, S., Ortoreksija, u: *Zdrav život,* 135 (2016.), str. 25.

POKRAJAC – BULIAN, A., STUBBS, L., AMBROSI – RANDIĆ, N., Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji, u: *Psihologijske teme* 13 (2004.), str. 91.- 104.

SAMBOL, K., CIKAČ, T., Anoreksija i bulimija nervoza - rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini, u: *Medicus*, 2 (2015.), str. 165.- 171.

SOVIĆ, J., STARČEVIĆ, I., KATUNARIĆ, M., Erozivne promjene na tvrdim zubnim tkivima u osobe s poremećajem hranjenja - prikaz slučaja, u: *Medix*, 104/105 (2013.), str. 268.- 272.

ŠKORO PETRANOVIĆ, V., ŽAJA, O., BANJARI, I., Pokazatelji uhranjenosti i nutritivna potpora adolescentica oboljelih od anoreksije nervoze, u: *Hrana u zdravlju i bolesti*, 2 (2014.), str. 63.- 70.

ŠTENGL, I., Poremećaji hranjenja i sposobnost za sakrament ženidbe, u: *Bogoslovska smotra*, 1 (2012.), str. 15.- 42.

VIDOVIĆ, V., Psihodinamski pogled na anoreksiju nervozu u djece, u: *Pedijatrija danas,* 6 (2010.) 2., str. 117.- 126.

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

VODANOVIĆ, M., Poremećaji jedenja (anoreksija i bulimija) i oralno zdravlje, u: *Zdrav život* 67 (2009.), str. 34.- 36.

NEZIROVIĆ, V., Ponosna sam što sam anoreksična, u: *Cosmopolitan*, 9 (2004.), str. 23.

Internetski izvori:

http://www.elle.hr/lifestyle/kako-postati-model/, (8.2.2017.)
http://www.index.hr/xmag/clanak/amerika-razmislja-o-donosenju-zakona-o-dozvoljenoj-tezini-za-modele/338559.aspx, (8.2.2017.)
http://www.srednja.hr/Novosti/Svijet/XXL-modeli-se-skinuli-u-borbi-protiv-diskriminacije-pretilih, (15.1.2017.)
https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/special-issues/pregnancy/pregorexia, (22.5.2017.)
http://www.fashion.hr/sokantan-svijet-pro-ana-stranica.aspx, (12.3.2017.)
http://www.cybermed.hr/clanci/anoreksija_nervoza, (13.4.2017.)
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2344777, (2.1.2017.)
http://www.apa.org/monitor/2013/10/hunger.aspx, (15.5.2017.)
http://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/klinickapsihijatrija%201.pdf, (15.5.2017.)
https://www.nationaleatingdisorders.org/anorexia-nervosa-males, (10.5.2017.)http://blog.dnevnik.hr/thin/, (20.4.2017.)
http://www.fashion.hr/sa-modnih-pista/fitness--zdravlje/sokantan-svijet-pro-ana-stranica-33703.aspx, (16.5.2017.)
https://www.eatingdisorderhope.com/about/pro-recovery-movement-and-eating-disorders/pro-recovery-movement-mia-ana, (16.6.2017.)
http://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/najtezi-slucaj-anoreksije-sa-157-cm-ima-36-kilograma.html, (14.4.2017.)
http://www.index.hr/black/clanak/muskarci-sve-skloniji-zenskom-poremecaju--anoreksiji/402967.aspx, (10.5.2017.)
http://www.tportal.hr/portalplus/teen/10563/Manoreksija-muska-anoreksija.html, (4.5.2017.)
http://www.stampar.hr/hr/novosti/strucni-skup-ortoreksija-opsesija-zdravom-prehranom-ili-crno-bijeli-svijet-26-veljace-2016, (25.4.2017.)
https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/special-issues/pregnancy/pregorexia, (22.5.2017.)
https://www.nationaleatingdisorders.org/anorexia-nervosa-males, (10.5.2017.)
http://www.apa.org/monitor/2013/10/hunger.aspx, (15.5.2017.)
http://bjp.rcpsych.org/content/176/2/197, (12.4.2017.)
http://thinkcroative.weebly.com/intervju/lucija-lugomer, (20.4.2017.)
http://www.your-bulimia-recovery.com/bulimia-case-study.html, (24.4.2017.)
http://bulimicboy.blogspot.co.uk, (11.4.2017.)
http://nzeatingdisorderspecialists.co.nz/, (4.3.2017.)
http://www.pbsvi.hr/hr/, (12.4.2017.)
http://www.centarbea.hr/, (12.4.2017.)
https://issuu.com/figulus/docs/pia2_preview, (7.4.2017.)
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069934, (2.1.2017.)
http://rječnik.neologizam.ffzg.unizg.hr.:bigoreksija (6.5.2017.)
https://www.bitno.net/vjera/10-predivnih-citata-teologije-tijela-sv-ivana-pavla-ii/ (22.5.2017.)