Perfekcionizam i poremećaji hranjenja

Radić, Tanja

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:973619

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-20**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Tanja Radić

Perfekcionizam i poremećaji hranjenja

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

Popis kratica:

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 5. izdanje (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. edition*)

FBT – Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (*Family Based Therapy*)

FDA – Agencija za hranu i lijekove (*Food and Drug Administration*)

MEC – Neadaptivne evaluacijske brige (*Maladaptive Evaluative Concerns*)

MKB-10 – 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

MPS-F – Multidimenzionalna skala perfekcionizma-Frost (*Multidimensional perfectionism scale-Frost*)

MPS-H – Multidimenzionalna skala perfekcionizma-Hewitt (*Multidimensional perfectionism scale-Hewitt*)

OOP – Drugima-usmjeren perfekcionizam (*Other-Oriented Perfectionism*)

PAS – Pozitivna težnja postignućima (*Positive Achievement Strivings*)

SOP – Sebi-usmjeren perfekcionizam (*Self-Oriented perfectionism*)

SPP – Društveno propisan perfekcionizam (*Socially prescribed perfectionism*)

SADRŽAJ

Sažetak

Summary

1. UVOD 1

2. PERFEKCIONIZAM 2

2.1. Koncept perfekcionizma i mjerni instrumenti 2

2.2. Neadaptivni i adaptivni perfekcionizam 5

2.3. Perfekcionizam i poremećaji hranjenja 6

2.4. Psihološke intervencije usmjerene na perfekcionizam 7

3. POREMEĆAJI HRANJENJA 9

3.1. Epidemiološka obilježja poremećaja hranjenja 9

3.2. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji za poremećaje hranjenja 9

3.3. Klinička obilježja anoreksije 10

3.4. Klinička obilježja bulimije 12

3.5. Zajednička obilježja anoreksije i bulimije 13

3.6. Terapijski pristup 13

3.6.1. Teškoće u terapiji 15

4. PERFEKCIONIZAM, POREMEĆAJI HRANJENJA, SAMOOZLJEĐUJUĆE I SUICIDALNO PONAŠANJE 16

4.1. Uži i širi kontekst samoozljeđujućeg ponašanja 16

4.2. Poremećaji hranjenja i suicidalnost 18

4.3. Perfekcionizam i suicidalnost 18

4.2.1. Društveno propisan perfekcionizam i suicidalnost 18

4.2.2. Drugima-usmjeren perfekcionizam i suicidalnost 20

4.2.3. Sebi-usmjeren perfekcionizam i suicidalnost 20

5. VEZA POREMEĆAJA LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA 22

5.1. Dijagnostika poremećaja ličnosti u sklopu poremećaja hranjenja 22

5.2. Povezanost patološkog narcizma, perfekcionizma i poremećaja hranjenja 23

6. ULOGA OBITELJSKIH ODNOSA I OBITELJSKE TERAPIJE U LIJEČENJU POREMEĆAJA HRANJENJA 24

6.1. Psihodinamika i struktura obitelji oboljelih od anoreksije 24

6.2. Psihodinamika i struktura obitelji oboljelih od bulimije 26

6.3. Obiteljska terapija u poremećajima hranjenja 26

6.3.1. Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (FBT) 27
7. MENTALIZACIJA I POREMEĆAJI HRANJENJA 29
7.1. Mentalizacija i prementalizacijski modeli 29
7.2. Prementalizacijski modeli u poremećajima hranjenja 30
7.3. Mentalizacijski bazirana terapija poremećaja hranjenja 32
8. ZAKLJUČAK 34
9. Zahvale 35
10. Literatura 36
11. Životopis 39

Sažetak

Naslov rada: Perfekcionizam i poremećaji hranjenja

Autor: Tanja Radić

Perfekcionizam je višedimenzionalna crta ličnosti koja ima adaptivne i neadaptivne funkcije. Neadaptivni perfekcionizam veže se uz više različitih psihijatrijskih poremećaja među kojima su i poremećaji hranjenja. Osim što stvara predispoziciju za razvoj bolesti, perfekcionizam otežava uspješno provođenje terapije te pridonosi nepovoljnom ishodu bolesti, a ujedno je i neovisni prediktor suicidalnog rizika. U zadnje vrijeme sve veća pozornost posvećuje se psihološkim intervencijama usmjerenim na perfekcionizam u sklopu liječenja poremećaja hranjenja.

Poremećaji hranjenja spadaju u češće psihijatrijske poremećaje. Glavni predstavnici te skupine su anoreksija nervoza i bulimija nervoza, a dijagnoza se postavlja na temelju kriterija koje daje DSM-5 ili MKB-10. Poremećaji hranjenja javljaju se pretežno u adolescenciji kod ženskog spola sa sve većom tendencijom pojave u ranijim dobnim skupinama. Visok mortalitet svrstava ih na prvo mjesto među svim psihijatrijskim poremećajima. Etiopatogeneza nije u potpunosti razjašnjena, ali se smatra da važnu ulogu imaju biološki, psihološki i sociokulturalni čimbenici. Liječenje ovih poremećaja je sveobuhvatno jer objedinjuje zbrinjavanje tjelesnih komplikacija, psihoterapiju te katkad i farmakoterapiju. Dokazan je određeni stupanj učinkovitosti više različitih psihoterapijskih tretmana, no sveukupno gledano ishodi terapije često nisu zadovoljavajući. Obiteljska terapija po Maudsleyjevom modelu pokazala se metodom izbora za liječenje anoreksije u adolescentnoj dobi. Jedan od novijih pristupa u liječenju poremećaja hranjenja je mentalizacijski bazirana psihoterapija.

Ključne riječi: perfekcionizam, poremećaji hranjenja, suicidalnost, obiteljska terapija, mentalizacijski bazirana psihoterapija

Summary

Title: Perfectionism and eating disorders

Author: Tanja Radić

Perfectionism has been conceptualized as a multidimensional construct. There are two forms of perfectionism: adaptive and maladaptive. Maladaptive perfectionism is implicated in a range of psychiatric disorders including eating disorders. Except the fact that perfectionism can lead to eating disorders, it interferes with treatment and contributes to unfavorable outcomes of therapy. Perfectionism is also independent predictor of suicide risk. Psychological interventions targeting perfectionism within eating disorders have been lately in focus.

Eating disorders are group of common psychiatric disorders mostly known by anorexia nervosa and bulimia nervosa. Criteria for those disorders are given by DSM-5 or ICD-10. Eating disorders typically develop during adolescence with tendency of having even earlier onset. They mostly affect women. Eating disorders have the highest mortality rate of any mental illness. Etiopathogenesis is not completely clear, although it is assumed that biological, psychological and sociocultural factors contribute to their development. Treatment is comprehensive because it encompasses physical care, psychotherapy and sometimes pharmacotherapy. There is evidence to support effectiveness of different psychotherapy treatments, however, overall outcomes are often unfavorable. Family-based therapy is gold standard for treating anorexia in adolescence. Mentalisation-based therapy is one of new approaches in treating eating disorders.

Key words: perfectionism, eating disorders, suicidality, family therapy, mentalisation-based therapy

1. UVOD

Crte ličnosti su relativno nezavisne, opće i razmjerno trajne karakteristike koje nalazimo u sklopu cjelovite strukture ličnosti. Perfekcionizam je jedna od crta ličnosti koja je prepoznata kao funkcionalna i kao disfunkcionalna. Za neke ljude ta osobina je glavna snaga i poticaj za ispunjavanje vlastitih potencijala, postizanje samoaktualizacije i uživanje životne radosti, dok je za druge ona stalni izvor frustracije i nezadovoljstva. Oduvijek mi je bilo zanimljivo promatrati ljude i njihove osobine, njihovo životno okruženje i odrastanje, te kako to sve skupa utječe na njihovo ponašanje i cjelokupno životno funkcioniranje.

Perfekcionizam često prepoznajemo kod osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. Osim što igra ulogu predisponirajućeg čimbenika, radi se o crti ličnosti koja uvelike utječe na tijek bolesti i ishod terapije. S druge strane, pojavnost poremećaja hranjenja je u porastu, naročito u mlađim dobnim skupinama. Terapijski uspjesi su postignuti, no ne može se pobjeći od činjenice da su oni za sada relativno skromni, što predstavlja velik izazov za istraživanje novih mogućnosti u terapijskom procesu.

Kroz ovaj rad nastojat ću prikazati trenutne spoznaje o poimanju i značenju perfekcionizma, njegovoj ulozi u poremećajima hranjenja te vezu jednog i drugog sa samoozljeđujućim i suicidalnim ponašanjem. Promatranje ove osobine ličnosti dopunit ću razmatranjem veze između poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja. Također ću ukratko prikazati poremećaje hranjenja s posebnim osvrtom na ulogu obitelji i obiteljske terapije te mentalizacijski baziranu terapiju, kao relativno novu psihoterapijsku tehniku s obećavajućom ulogom u liječenju poremećaja hranjenja.

2. PERFEKCIONIZAM

Perfekcionizam je osobina koja je odavno privukla pozornost znanstvenika jer je prepoznata kao rizični i održavajući čimbenik za razvoj različitih psihičkih poremećaja, između ostalog i poremećaja hranjenja. Broj istraživanja koja se bave perfekcionizmom bio je u drastičnom porastu kroz zadnjih 30-40 godina, što je uvelike doprinijelo boljem razumijevanju samog pojma perfekcionizma, toga što taj pojam podrazumijeva te kako on utječe na psihičke teškoće odnosno mentalno zdravlje. Koncept perfekcionizma uvelike se promijenio. Razumijevanje perfekcionizma išlo je od toga da je ta osobina u početku shvaćana kao pretežno negativna, te se razvio jednodimenzionalni koncept u kojem se perfekcionizam promatrao kao nepoželjna, neadaptivna osobina. Danas većina autora priznaje višedimenzionalni koncept perfekcionizma po kojem on ima svoje neadaptivne, no isto tako i adaptivne, poželjne funkcije u obliku težnje za osobnim rastom i razvojem. Problem konceptualizacije veoma je važan pri interpretaciji istraživanja koja se bave perfekcionizmom jer su i mjerne skale koje se koriste za mjerenje perfekcionizma konstruirane iz različitih koncepata što je dovelo do nekonzistentnosti, čak i proturječnosti dobivenih rezultata. Tako su mjerne skale koje su se koristile u sklopu jednodimenzionalnog koncepta mjerile samo neke segmente onoga što danas zovemo neadaptivni perfekcionizam. Ne čudi da su svojevremeno upravo takva istraživanja služila kao potvrda perfekcionizma kao jednodimenzionalnog koncepta. Ipak, danas postoji dovoljno empirijskih dokaza i o adaptivnim aspektima perfekcionizma. Uočeno je da perfekcionizam ima više dimenzija, te je u skladu s time razvijeno nekoliko skala koje mjere različite dimenzije perfekcionizma (Greblo, 2012).

2.1. Koncept perfekcionizma i mjerni instrumenti

Tradicionalno shvaćanje perfekcionizma kao neadaptivnog seže još u početke 20. stoljeća kad je utjecaj psihodinamske teorije i Freuda bio vrlo jak. Perfekcionizam je smatran znakom neurotske ličnosti (Stoeber i Otto, 2006).

Hamachek (1978.) je naglašavao važnost razlikovanja dvije forme perfekcionizma, normalnog od neurotskog. Normalni perfekcionizam definirao je kao osobinu koja pojedinca motivira da nastoji dosegnuti realistično visoke ciljeve, pri čemu ostvarenje ciljeva ispunjava osjećajem zadovoljstva i vodi povećanom samopoštovanju. Neurotski perfekcionizam definirao je kao stremljenje k pretjerano visokim ciljevima, motivirano strahom od neuspjeha i brigom

da se ne razočaraju drugi ljudi, što posljedično dovodi do značajne psihičke boli i smetnji (Mistler, 2010; Zubčić i Vulić-Prtorić, 2008).

Iako je Hamachek naglašavao postojanje dva lica perfekcionizma, kroz osamdesete godine se zadržala pretežno negativna konceptualizacija perfekcionizma kao negativne, disfunkcionalne osobine i indikatora psihopatologije. Istraživanja su podupirala takvo viđenje. Studije na kliničkoj populaciji pokazale su visoku razinu perfekcionizma kod osoba oboljelih od depresije, opsesivno-kompulzivnog poremećaja i poremećaja hranjenja, a slično je dokazano i na nekliničkoj populaciji. Sva ta istraživanja provedena su u okviru jednodimenzionalnog koncepta perfekcionizma. Obje korištene skale odnosile su se na onaj dio perfekcionizma koji je uključen u psihopatologiju. Radilo se o subskali perfekcionizma u sklopu Inventara poremećaja hranjenja *(Eating Disorders Inventory)* i o Burnsovoj skali perfekcionizma koja je izvedena iz Skale disfunkcionalnih stavova *(Dysfunctional Attitudes Scale)*, skale koja je kreirana da bi se prepoznali disfunkcionalni stavovi tipični za pacijente s depresijom. Stoga nije iznenađujuće da je perfekcionizam smatran negativnim, disfunkcionalnim, čak i patološkim (Stoeber i Otto, 2006).

Velika promjena u poimanju perfekcionizma zbila se početkom devedesetih godina kroz rad dvije neovisne skupine istraživača koje su pokazale da je on u svojoj biti multidimenzionalna osobina (Stoeber i Otto, 2006).

Frost i suradnici razvili su Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma *(Multidimensional Perfectionism Scale-Frost – MPS-F)* koja razlikuje šest dimenzija perfekcionizma, a to su: Osobni standardi, Organiziranost, Zabrinutost zbog pogrešaka, Dvojba u vlastite aktivnosti, Roditeljska očekivanja i Roditeljska prigovaranja. Po njihovom viđenju perfekcionisti su osobe koje si postavljaju vrlo visoke standarde, jako su zabrinuti zbog mogućih pogrešaka te svaku pogrešku vide kao mjerilo svog neuspjeha. Zbog svega toga postaju neodlučni u situacijama u kojima trebaju napraviti neki potez ili donijeti odluku. Jako vole red i organizaciju. Od velike važnosti im je prijašnja i sadašnja evaluacija od strane roditelja (Frost i sur., 1990; Zubčić i Vulić-Prtorić, 2008).

Hewitt i Flett su konstruirali Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma *(Multidimensional Perfectionism Scale-Hewitt – MPS-H)* koja je i dan danas jedan od najčešće korištenih instrumenata na ovom polju. Njime se identificiraju tri dimenzije perfekcionizma: Sebi-usmjeren perfekcionizam *(Self-Oriented Perfectionism – SOP)*, Drugima-usmjeren perfekcionizam *(Other-Oriented Perfectionism – OOP)* i Društveno propisan perfekcionizam

(Socially Prescribed Perfectionism – SPP). Razlike u dimenzijama su u prvom redu u različitom objektu prema kojemu su perfekcionističke težnje i ponašanja usmjerena, a ne u samom obrascu ponašanja. SOP je intrapersonalna dimenzija. Perfekcionistička ponašanja usmjerena su prema sebi. Osoba teži savršenstvu, sama sebi postavlja vrlo visoke standarde i ciljeve te ne prihvaća vlastite pogreške i neuspjehe. Samu sebe jako strogo evaluira. U konačnici, sebi-usmjeren perfekcionizam izaziva visoku razinu samokritičnosti i pospješuje osjećaj krivnje. OOP je interpersonalna dimenzija i podrazumijeva zapravo iste obrasce ponašanja, ali usmjerene ne prema sebi, već prema drugima. Takve osobe imaju nerealno visoka očekivanja od značajnih osoba u svom okruženju, smatraju važnim da drugi ljudi budu savršeni i sve rade savršeno, ne dopuštaju im pogreške te strogo evaluiraju druge. Iz takvog oblika perfekcionizma proizlazi manjak povjerenja u ljude, mišljenje da nitko nije dovoljno dobar, svaljivanje krivice na druge i osjećaji neprijateljstva prema drugima. SPP je inerpersonalna dimenzija u kojoj osoba teži ostvariti visoko postavljene ciljeve i očekivanja koje percipira kao postavljene od strane drugih, značajnih osoba u njenom okruženju. Dakle, javlja se doživljaj izvana nametnute potrebe za postizanjem savršenstva, doživljaj da okolina sve strogo evaluira i nameće visoke standarde. Osoba osjeća pritisak da mora biti savršena jer će u suprotnom biti odbačena. Ova vrsta perfekcionizma prožeta je strahom od negativne evaluacije i strahom od neodobravanja od strane drugih. Od sve tri dimenzije, ovaj tip perfekcionizma je povezan s najširim spektrom psiholoških problema (Hewitt i Flett, 1991).

Unatoč očiglednoj razlici ove dvije skale, ispostavilo se da se pojedinačne dimenzije iz obje skale mogu svesti u dvije konačne strukture, pri čemu je jedna u svojoj osnovi adaptivna, a druga neadaptivna. Prva je nazvana Pozitivna težnja postignućima (*Positive Achievement Strivings – PAS)*, a obuhvaća dimenzije: SOP, OOP, Osobni standardi i Organiziranost, te je povezana s većom razinom pozitivnih afekata. Druga je nazvana Neadaptivne evaluacijske brige (*Maladaptive Evaluative Concerns – MEC*) i obuhvaća dimenzije: SPP, Zabrinutost zbog pogrešaka, Dvojba u vlastite aktivnosti, Roditeljska očekivanja i Roditeljska prigovaranja, te je povezana s većom razinom negativnih afekata. Općenito se predominantno MEC povezuje s patologijom (Stoeber i Otto, 2006; Goldstein i sur., 2014).

Još jedna interesantna i korisna skala je Revidirana skala težnje perfekcionizmu (*Almost Perfect Scale-Revised – APS-R*) koja uključuje 3 subskale: Visoki standardi, Red i Diskrepancija. Njome se razlikuju u prvom redu perfekcionisti od neperfekcionista po tome što postižu visoke rezultate na skali visokih standarda, a često i na skali reda. Nadalje, visoki rezultat na skali diskrepancije jasno odjeljuje neadaptivni od adaptivnog perfekcionizma, što je

i najvažniji doprinos ovog mjernog instrumenta. Diskrepancija se odnosi na osjećaj nezadovoljstva i distresa koji su uzrokovani percipiranim velikim razilaženjem između postavljenih visokih standarda i sposobnosti da se te standarde i dostigne. Osoba samu sebe vidi kao nedovoljno sposobnu za ostvarivanje visoko postavljenih ciljeva, a s druge strane uporna je u postavljanju teško dostižnih ciljeve, što rezultira osjećajem nekompetentnosti (Mistler, 2010).

2.2. Neadaptivni i adaptivni perfekcionizam

Začarani krug nezadovoljstva u neadaptivnom perfekcionizmu započinje stremljenjem k nerealno visokim ciljevima. Prilikom ostvarivanja postavljenih ciljeva neadaptivni perfekcionisti su prekomjerno fokusirani na izbjegavanje pogrešaka, izrazito su kritični sami prema sebi, odnosno misle da će drugi biti vrlo kritični prema njima te su tijekom izvedbe anksiozni. Vlastita postignuća im vrlo rijetko izazivaju osjećaj sreće jer uvijek pronalaze nešto što nije u potpunosti zadovoljilo visoke kriterije. Nadalje, u slučaju uspjeha započinju reevaluirati inicijalno zadane ciljeve, uslijed čega zaključuju da su ciljevi bili prenisko postavljeni. Uoče li propust, skloni su i najmanji neuspjeh generalizirati na čitavu izvedbu, te na temelju toga procjenjivati vlastitu vrijednost. Razmišljaju po principu „sve ili ništa“, pri čemu je „sve“ kategorija kojoj teže te unatoč eventualnim objektivnim pokazateljima, a zbog svog mentalnog sklopa, oni tu kategoriju nikada ne dostižu. Jasno je da takav način razmišljanja značajno narušava svakodnevno funkcioniranje i cjelokupno življenje, naročito ako je upletena i potreba za odobravanjem od strane drugih (Greblo, 2012).

Adaptivni perfekcionisti si također zadaju visoke ciljeva, ali ti su ciljevi realni i dostižni. Zadacima pristupaju opušteno, spremni su prihvatiti pogreške te svoju osobnu vrijednost ne procjenjuju na temelju ishoda izvedbe. Neuspjeh je za njih svojevrsni izazov i stvara im motivaciju da potraže moguće uzroke i odaberu prikladno rješenje u smislu većeg zalaganja, promjene strategije rada, odnosno bilo koje metode koja će riješiti problem. Zacrtane ciljeve nastoje ostvariti pažljivo, ispravno i na vrijeme. Dobro su organizirani i vole red. No u pristupu su fleksibilni i ciljeve prilagođavaju trenutnim mogućnostima i okolnostima. Sposobni su uživati već i na putu prema uspjehu, a konačno ostvarenje ciljeva im izaziva sreću i zadovoljstvo (Greblo, 2012).

2.3. Perfekcionizam i poremećaji hranjenja

Perfekcionizam igra važnu ulogu u razumijevanju poremećaja hranjenja. Smatra ga se rizičnim čimbenikom za nastanak poremećaja hranjenja, podržavajućim faktorom bolesti i važnim prediktorom ishoda bolesti, odnosno terapije. Neki čak smatraju da postoje zajednički uzročni procesi u nastanku perfekcionizma i poremećaja hranjenja.

Osobe oboljele od anoreksije pokazuju visoku razinu perfekcionizma. Mjereno MSP-F postižu visoke rezultate na skalama Osobni standardi, Zabrinutost zbog pogrešaka i Roditeljska prigovaranja, a mjereno MPS-H visoke razine SOP-a i SPP-a. U kontekstu prethodno navedenih podataka, visoka razina SOP-a upućuje na to da se radi o osobama koje si postavljaju nerealno visoke ciljeve te uporno streme k dostizanju nemogućega. Ne odustaju, čak ni kada vide negativne posljedice svojih nastojanja. Iz takvog ponašanja konstanto proizlazi i temelj za kritiku prema sebi jer takve osobe u svojim očima nikada ne ostvare ono što su si zacrtale. Takav obrazac ponašanja mogao bi imati ulogu u podlozi simptomatologije anoreksije. Osoba ima visoke kriteriji oko ideala vlastitog izgleda, oblika i težine tijela. Nameće si strogi način za postizanje tih nerealno visokih ciljeva i uporno ustraje u svojoj namjeri. Stroga samoevaluacija vlastitog izgleda i postupaka pri postizanju gubitka tjelesne težine potiče prema još većoj restrikciji hrane i ekscesivnijem vježbanju. Javlja se krug u kojem ništa nije dovoljno dobro i gubi se veza s realnošću. Postignuti gubitak kilograma više nije dovoljan, treba smršavjeti još. Visoka razina SPP-a mogla bi biti u podlozi osjetljivosti na tuđe komentare vezane uz izgled. Koliko je važno za oboljele od poremećaja hranjenja da ispune očekivanja drugih, može se vidjeti na primjeru brojnih djevojaka koje navode da je pokretač poremećaja bio nečiji usputni negativni komentar o njihovom izgledu. Koji je, moglo bi se reći, potaknuo nelagodne osjećaje zbog neispunjavanja onoga što osoba percipira da drugi očekuju od nje. Također, SPP bi mogao imati ulogu i u predanosti modelu ljepote kojeg propagira zapadna civilizacija, a to je mršavost (Cockell i sur., 2002).

Mješovito visoki rezultati na skalama MPS-H i MPS-F ukazuju nam da osobe s poremećajima hranjenja imaju visoke razine i neadaptivnog i adaptivnog perfekcionizma. Neka istraživanja pokazuju da su, u odnosu na zdrave kontrole, neadaptivni aspekti u puno većoj mjeri zastupljeni u oboljelih od poremećaja hranjenja, dok su adaptivni slično zastupljeni u obje skupine (Marčinko, 2013).

Osim već opisana dva interpersonalna aspekta perfekcionizma (OOP i SPP), Hewitt i suradnici su naknadno prepoznali još jedan vrlo važan interpersonalni aspekt perfekcionizma

mjerljiv pomoću Skale perfekcionističke samoprezentacije *(Perfectionistic Self-Presentation Scale – PSPS)*, a to je nastojanje da se sebe prikaže savršenim pred drugima. Perfekcionizam u ovom obliku se očituje aktivnim trudom i radom na promociji i prezentaciji sebe kao savršenog i bez mane. Osoba nikome ne prikazuje i ne razotkriva svoje mane, propuste, nesavršenosti. Takav obrazac ponašanja karakterističan je za oboljele od poremećaja hranjenja. Kod njih postoje velike preokupacijske brige oko vlastitog izgleda i prezentacije, što im uzrokuje znatan stres. U sklopu perfekcionističke samoprezentacije dolazi do značajnog suzbijanja u ekspresiji ljutnje i drugih afekata. Na van se prikazuje samo ono što je poželjno. Doduše, moguće je da u neiskazivanju afekata ulogu igra i njihova smanjena sposobnost prepoznavanja vlastitih emocija, aleksitimija. Također, cijela obiteljska atmosfera i funkcioniranje u društvu je u velikoj mjeri posvećeno izgradnji javnog imidža obitelji kao savršene i psihološki stabilne (Cockell i sur., 2002).

2.4. Psihološke intervencije usmjerene na perfekcionizam

Perfekcionizam igra ulogu u više psihijatrijskih poremećaja. On često ometa proces liječenja te doprinosi lošijim ishodima liječenja. Terapijske intervencije usmjerene na perfekcionizam u sklopu različitih psihičkih poremećaja pokazale su određeni efekt u smanjenju nekih dimenzija perfekcionizma. Pokazalo se da takve intervencije ujedno umanjuju i simptomatologiju anksioznog poremećaja, depresije, opsesivno-kompulzivnog poremećaja te poremećaja hranjenja (Lloyd i sur., 2014).

Razina perfekcionizma važna je i za uspjeh terapije poremećaja hranjenja. Niža razina perfekcionizma povezana je s boljim odgovorom na terapiju te uspješnijim ishodima u dugoročnom praćenju (Marčinko, 2013).

Iako je literatura koja ukazuje na korist liječenja perfekcionizma u stalnom porastu, svega je par studija dokazalo pozitivan ishod liječenja perfekcionizma u sklopu poremećaja hranjenja, a neke studije takav učinak nisu uspjele dokazati. Naime, moguće je da se radi o podcjenjivanju učinka takvih intervencija jer su i standardnim liječenjem već obuhvaćeni neki aspekti koji se odnose na perfekcionizma, npr. kroz kognitivno-bihevioralnu terapiju se, između ostalog, radi i na popravljanju nerealno visokih ciljeva oko tjelesne težine i slike ideala tijela, odnosno na kognitivnim distorzijama, što uvelike ima veze i s djelovanjem na perfekcionizam. Osim toga perfekcionizam je crta ličnosti, pa je možda i nerealno očekivati velike pomake u kratkom vremenu provođenja intervencije. Dakle, postoji mogućnost da je uspjeh direktne

terapije perfekcionizma u sklopu poremećaja hranjenja u nekim istraživanjima zamaskiran. Stoga svakako ostaje otvorena opcija da se uz klasično liječenje nešto više pozornosti posveti perfekcionizmu i na taj način poboljšaju ishodi liječenja, kao i da se nađe znanstveno utemeljena potvrda tome i ustanove optimalni načini i metode intervencija (Goldstein i sur., 2014).

3. POREMEĆAJI HRANJENJA

3.1. Epidemiološka obilježja poremećaja hranjenja

Poremećaji hranjenja jedni su od češćih psihijatrijskih poremećaja. Tipična obilježja ovih poremećaja su veća pojavnost u ženskog spola (90%), početak bolesti najčešće u adolescentnoj dobi te velika ozbiljnost ovog psihijatrijskog entiteta koja se ogleda u visokoj stopi smrtnosti, pri čemu mortalitet doseže i do 20% (Marčinko, 2013). Sveukupna prevalencija poremećaja hranjenja procjenjuje se na 5% u općoj populaciji (Abbate-Daga i sur., 2016), prevalencija anoreksije na oko 1%, a bulimije 1-3% (Begić, 2011). Rezultati brojnih epidemioloških studija ukazuju na to da broj djece i adolescenata s poremećajima hranjenja od pedesetih godina naovamo postojano raste. Osobito zabrinjava uočeni porast pojavnosti bolesti u sve mlađim dobnim skupinama. U SAD-u je zabilježen porast broja hospitalizacija zbog poremećaja hranjenja u dobi mlađoj od 12 godina za preko 100% u periodu od 1999. do 2006. Vrhunac pojavljivanja anoreksije je u adolescenciji, između 12-18 godina (Marčinko, 2013). Bulimija se u prosjeku pojavljuje nešto kasnije od anoreksije, u završnoj adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi te se češće od anoreksije pojavljuje i u muškog spola (Begić, 2011). Glavni oblici poremećaja hranjenja su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Sve češće se uz njih spominje i poremećaj nekontroliranog hranjenja *(Binge Eating Disorder – BED)*, koji je nalik bulimiji ali bez kompenzatornog ponašanja.

3.2. Klasifikacija i dijagnostički kriteriji za poremećaje hranjenja

DSM-5 daje kriterije za dijagnozu tri specifična poremećaja hranjenja, a to su: anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj nekontroliranog hranjenja. Ostali poremećaji hranjenja svrstani su u dvije kategorije: drugi specificirani poremećaji hranjenja *(Other Specified Feeding or Eating Disorder – OSFED)* u koje se najčešće ubrajaju atipični oblici specifičnih poremećaja, odnosno slučajevi u kojima nisu zadovoljeni kriteriji učestalosti javljanja pojedinih simptoma te kategoriju nespecificirani poremećaji hranjenja *(Unspecified Feeding or Eating Disorder – UFED).*

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze prema DSM-5 su:

A. Ograničen unos energije u odnosu na potrebe koji dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i fizičko zdravlje. Značajno niska tjelesna

težina za odrasle definirana je kao težina manja od one minimalno normalne, a za djecu i adolescente kao težina manja od minimalno očekivane.

B. Intenzivan strah od dobivanja na težini ili debljanja, ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini, čak i uz postojeću značajno nisku težinu.
C. Poremećen doživljaj vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesnog oblika ili težine na samoevaluaciju ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti postojeće niske tjelesne težine.

Kriteriji za postavljanje dijagnoze bulimije nervoze prema DSM-5 su:

A. Ponavljajuće epizode prejedanja. Epizoda prejedanje ima sljedeća dva obilježja:
    1. Jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar 2 sata), količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju i u sličnim okolnostima.
    2. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem.
B. Ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci radi preveniranja porasta tjelesne težine, kao što su samoizazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili ekscesivno vježbanje.
C. Prejedanje i kompenzatorno ponašanje se oboje pojavljuju u prosjeku najmanje jednom tjedno kroz tri mjeseca.
D. Samoprocjena je neopravdano pod utjecajem tjelesnog oblika i težine.
E. Smetnje se ne pojavljuju isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

(American Psychiatric Association, 2013)

Kriteriji za dijagnozu anoreksije prema MKB-10 su: gubitak na težini, namjerno izbjegavanje hrane koja deblja, strah od debljanja i amenoreja. Razlikuju se dva tipa poremećaja. Restriktivni tip karakteriziran je izgladnjivanjem i ekscesivnim vježbanjem, a prežderavajuće/purgativni tip obilježen je povremenim prejedanjem koje je popraćeno purgativnim ponašanjem. Kriteriji za dijagnozu bulimije po MKB-10 gotovo su istovjetni onima u DSM-5, osim što je potrebna učestalost epizoda prejedanja dva puta tjedno kroz tri mjeseca (Marčinko, 2013).

3.3. Klinička obilježja anoreksije

Anoreksija nervoza je psihijatrijski poremećaj obilježen niskom tjelesnom težinom, intenzivnim strahom od debljanja i poremećenom percepcijom težine i oblika tijela. Razlikuju

se dva tipa anoreksije, jedan je restriktivni, obilježen restrikcijom u unosu hrane te ekscesivnim vježbanjem, a drugi je prežderavajuće/purgativni tip, obilježen povremenim napadajima impulzivnog prejedanja popraćenih povraćanjem ili nekim drugim oblikom kompenzatornog ponašanja. Poremećaj najčešće započinje u adolescenciji kada se javljaju intenzivne tjelesne promjene koje osoba ne prihvaća. Anoreksija se javlja u svrhu negacije odrastanja i spolne zrelosti. Zadržavanjem dječačkog tjelesnog oblika, oboljeli nastoje ostati u fazi latencije i izbjeći neminovni konflikt osamostaljivanja u adolescenciji koji budi potisnute separacijske strahove. Oboljeli započinju izbjegavati hranu koja deblja, preskakati obroke, ne žele jesti u javnosti ili sa svojim obiteljima, jedu sve manje, te kroz neko vrijeme unos hrane postaje minimalan. Uz to vrlo često jako puno vježbaju. Kroz te aktivnosti oboljeli često vraćaju natrag osjećaj izgubljene kontrole te postižu svojevrsnu čvrstoću i snagu kroz strogu samodisciplinu. Takav doživljaj simptoma otežava terapijski pristup, simptomi postaju dio identiteta, dapače doživljavaju se u neku ruku kao spasonosni, stoga oboljeli nemaju dobar uvid u bolest i teško se „odriču“ svojih simptoma. Jedan dio oboljelih, većinom oni impulzivnije naravi i labilnijeg raspoloženja, povremeno podlegne nagonu za prekomjernim hranjenjem koje je zatim popraćeno kompenzatornim ponašanjima, ne bi li se efekt pojedenog poništio. Percepcija vlastitog tijela, njegovog oblika i težine iskrivljena je i poremećena (Hotujac, 2006; Begić, 2011; Marčinko 2013). Osjećaj vlastite vrijednosti u velikoj je mjeri ovisan o izgledu. Često se javljaju osjećaji bezvrijednosti, neadekvatnosti i srama te opća negativna samoprocjena (Burney i Irwin, 2000). Javlja se i smanjenje seksualnog nagona, bolesnice u velikom dijelu izbjegavaju intimnost i seksualnost. Postoji intenzivan strah od dobivanja na tjelesnoj težini i debljanja. Amenoreja je dugo po DSM-u bila kriterij za postavljanje dijagnoze, no u posljednjoj verziji je izbačena. Neki od razloga su što se postojanjem tog kriterija zanemarivalo postojanje bolesti u muškaraca i postojanje bolesti u preadolescenciji. Također uočeno je da neke djevojke s anoreksijom zadržavaju menstruaciju. Po uobičajenom patofiziološkom shvaćanju, uslijed gubitka masnog tkiva, pada razina leptina na nedovoljnu da bi stimulirala os hipotalamus-hipofiza-gonade. Iz nepoznatih razloga oko 20% pacijentica razvije amenoreju već i prije gubitka tjelesne težine, a u 30% je potreban znatan gubitak tjelesne mase da bi došlo do izostanka menstruacije. S druge strane, amenoreja zna perzistirati i pri potpunom oporavku tjelesne težine (Marčinko, 2013). Uz anoreksiju se povezuju karakteristike poput perfekcionizma, rigidnih obrazaca mišljenja, opsesivnosti i kompulzivnosti (Phillipou i sur., 2015). Rigidne, perfekcionističke i opsesivne osobe sklonije su oblikovanju i pridržavanju bolnih i restriktivnih dijeta koje su za zdrave osobe nezamislive i neizdržive. Psihijatrijski

komorbiditeti se često nađu uz anoreksiju, pri čemu su depresija, poremećaji ličnosti, anksiozni poremećaj i opsesivno-kompulzivni poremećaj najčešći (Marčinko, 2013).

Anoreksija kao psihijatrijski poremećaj dovodi do niza somatskih promjena i poremećaja. Najočigledniji tjelesni znak je mršavost, no prisutne su brojne tjelesne manifestacije: anemija, leukopenija, osteoporoza, deficiti vitamina i minerala, hipoalbuminemija i hipoproteinski edemi, elektrolitska neravnoteža, dehidracija, bradikardija, aritmije, hipotermija, hiperkortizolemija, lanugo dlačice, suha koža smanjenog turgora itd. Dugotrajno izgladnjivanje prije ili poslije dovodi i do atrofije mozga. Sve te tjelesne promjene značajno narušavaju zdravstveno stanje oboljelih, a u nekim trenucima i direktno ugrožavaju život (Hotujac, 2006; Marčinko, 2013).

3.4. Klinička obilježja bulimije

Bulimija je poremećaj hranjenja obilježen epizodama prekomjernog nekontroliranog jedenja koje su popraćene različitim vrstama kompenzatornih ponašanja. Oboljele osobe u kratkom vremenskom periodu unesu veliku količinu hrane, sveukupne visoke kalorijske vrijednosti, često bez probira, pri čemu je čin jedenja doživljen kao nekontroliran. Osoba ima osjećaj da ne može stati, da ne kontrolira svoje ponašanje te jede brzo i slabo žvače hranu. Takve epizode obično se odvijaju u tajnosti (Hotujac, 2006; Marčinko, 2013). Nakon epizode prejedanja, obilježene dubokim osjećajem gubitka kontrole, javlja se snažan osjećaj krivnje i gađenja. Krivnja je i inače prepoznata kao osjećaj koji otvara pred sobom mogućnost popravljanja situacije. Za razliku od srama, radi se o „lakšoj“ emociji jer proizlazi iz negativne evaluacije nekog ponašanja, dok sram proizlazi iz negativne evaluacije čitavog selfa (Burney i Irwin, 2000). Stoga oboljela osoba poseže za kompenzatornim ponašanjima ne bi li ispravila počinjenu grešku i smanjila osjećaj krivnje. To je najčešće samoinducirano povraćanje, no može biti i upotreba laksativa, diuretika, raznih biljnih pripravaka, provođenje posta ili ekscesivno vježbanje. Stroga perfekcionistička narav doprinosi ovom začaranom krugu prejedanja i pražnjenja u toliko što potplamsava negativnu evaluaciju ponašanja. Oboljeli od bulimije najčešće imaju normalnu ili povišenu tjelesnu težinu, nerijetko su na dijetama i strogim režimima, no isto tako nerijetko u njima popuste i podlegnu impulzivnom nagonu hranjenja. Osim komorbiditeta prisutnih u anoreksiji, u bulimiji su čest komorbiditet i ovisnosti (Hotujac, 2006; Begić, 2011; Marčinko, 2013). Za razliku od anoreksije u kojoj je rani početak bolesti povezan s boljim ishodom, rani početak bulimije povezan je s lošijim ishodom, češćim samoozljeđivanjem i zapostavljanjem od strane roditelja u djetinjstvu (LeGrange i Lock, 2007).

Somatska očitovanja ove bolesti mogu biti oštećenja zubne cakline uslijed učestalog povraćanja, rane na rukama zbog samoinduciranja povraćanja, hipokalemija, hiponatremija, hipokloremijska alkaloza, otečene slinovnice, upale ždrijela, srčane i skeletne miopatije, zastoj srca uslijed elektrolitskih poremećaja itd. (Hotujac, 2006; Begić, 2011; Marčinko, 2013).

3.5. Zajednička obilježja anoreksije i bulimije

Zajednička obilježja ova dva poremećaju su prekomjerna fokusiranost i zaokupljenost oblikom i težinom tijela, pretjeran utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenu i osjećaj vlastite vrijednosti te strah od dobivanja na težini. Zajedničko im je i postojanje specifičnih ponašanja vezanih uz hranjenje i održavanje tjelesne težine. Osim ovih pretežno kognitivnih i bihevioralnih manifestacija, zajednički su im i brojni korijeni, a to su određene razvojne teškoće, teškoće u separaciji, odnosno odvajanju selfa od objekta te specifična struktura obitelji. Oba poremećaja prožeta su negacijom i strahom od odrastanja, odvajanja i seksualnosti, te se često opisuju kao poremećaji nastali uslijed neuspjele adaptacije na zahtjeve adolescencije.

Sve u svemu, etiologija ovih poremećaja je nedovoljno razjašnjena, no smatra se da bolest proizlazi iz interakcije bioloških, psiholoških i sociokulturalnih čimbenika (Hotujac, 2006; Marčinko, 2013). Zapadni svijet na sva zvona propagira mršavost kao ideal ljepote. Neke žene počinju svoje tijelo smatrati nepoželjnim u usporedbi s medijski sveprisutnim idealom mršavog tijela, te tako mogu razviti snažan osjećaj srama. Sram zbog vlastitog tijela zauzvrat potiče patološke obrasce ponašanja u svezi s hranom. Sram i krivnja povezani s jedenjem, a osobito sram vezan uz doživljaj svog tijela, u značajnoj su korelaciji s ozbiljnošću simptoma poremećaja hranjenja (Burney i Irwin, 2000). Zanimljiv je primjer, često navođen u literaturi, utjecaja medija na pojavnost anoreksije. Naime, na otoku Fiji tradicionalno su se poštovala krupna tijela, a anoreksija je bila gotovo nepoznat pojam. Nekoliko godina nakon uvođenja televizijskog programa nezadovoljstvo vlastitim tijelom je drastično naraslo i postotak simptoma poremećaja hranjenja kod adolescentica popeo se na razinu onog prisutnog u SAD-u u istoj dobnoj skupini (Marčinko, 2013).

3.6. Terapijski pristup

Stabilizacija tjelesnog stanja uvijek je prvi prioritet. Sve snage uperene su u realimentaciju i ispravljanje eventualno nastalih metaboličkih poremećaja. U bolničkim uvjetima od velike je pomoći kognitivno-bihevioralni pristup jer je on usmjeren na prekid

patoloških obrazaca hranjenja te edukaciju vezanu uz prehranu i uspostavu adekvatne tjelesne težine. Tek po stabilizaciji tjelesnog stanja otvara se prostor za dublju i intenzivniju psihoterapiju (Marčinko, 2013).

Najčešće primjenjivane i najčešće istraživane psihoterapijske tehnike u ovoj indikaciji su: kognitivno-bihevioralna terapija, psihodinamske metode i obiteljska terapija. Koriste se i brojne druge npr. mentalizacijski bazirana psihoterapija, interpersonalna psihoterapija, na temperamentu bazirana terapija, bihevioralna terapija usmjerena na prihvaćanje emocija (Abbate-Daga, 2016). Obiteljska terapija po Maudsleyjevom modelu smatra se zlatnim standardom za adolescentnu populaciju oboljelu od anoreksije, ali u pojedinim slučajevima individualna terapija ima bolji učinak. Stoga, stav je da se za tu populaciju može ponuditi i individualna i obiteljska terapija kao prvi izbor. Jasnog stava oko najbolje terapije za odrasle oboljele od anoreksije nema (Satir i sur., 2011). Sveobuhvatne analize podupiru učinkovitost psihodinamskog pristupa u smislu remisije bolesti po završetku terapije i u daljnjem praćenju, osobito u slučajevima anoreksije. Međutim, učinak na simptomatologiju je slabiji nego u kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Iz tog razloga javlja se potreba modernizacije psihodinamskih tehnika u smjeru aktivnijeg rad na simptomima i ponašanjima, što se naročito odnosi na oboljele od bulimije (Abbate-Daga i sur., 2016). Unatoč raznim terapijskim uspjesima i mogućnostima, Fairburnov rad (2005.) potvrđuje općenito loš ishod tretmana, često odustajanje od terapije, minimalna poboljšanja i veliku učestalost relapsa nakon provedene terapije (Satir i sur., 2011). Donekle je to odraz nepoznavanja točne etiologije poremećaja i vjerojatne važnosti više različitih čimbenika koji se udružuju u oblikovanju bolesti. Uspješnost liječenja anoreksije najveća je u adolescentnoj dobi, a najmanja u fazi kad bolest postane kronična (Marčinko, 2013).

Farmakoterapija je u ovoj indikaciji slabije učinkovita od psihoterapije. Postoje studije (na manjem uzorku) koje dokazuju učinkovitost olanzapina u anoreksiji. Olanzapin je antipsihotik druge generacije koji kao nuspojavu ima povećanje apetita i porast tjelesne težine, što je u ovoj indikaciji poželjno. Povoljni učinak vjerojatno ostvaruje i svojim utjecajem na dopaminergički i serotoninergički sustav. Fluoksetin je jedini lijek kojeg je američka Agencija za hranu i lijekove *(Food and Drug Administration, FDA)* odobrila za liječenje bulimije, a spada u inhibitore povratne pohrane serotonina. Dokazano je da smanjuju broj epizoda prejedanja i povraćanja, ublažava žudnju za ugljikohidratima, ispravlja patološka ponašanja i stavove u svezi s uzimanjem hrane i ublažava simptome depresije (Marčinko, 2013).

3.6.1. Teškoće u terapiji

Terapeuti se u susretu s oboljelima od poremećaja hranjenja susreću s brojnim teškoćama. Općenito postoji slaba motivacija za terapijom, kao i ambivalencija prema njoj. Oboljeli često ne priznaju da su bolesni, toliko su se identificirali sa svojom bolešću da više uopće ne vide razliku između sebe i bolesti, a uz to simptome interpretiraju i na pozitivan način. Na takvim temeljima gotovo je nemoguće uspostaviti dobar terapijski odnos, koji je jedan od ključnih prediktora pozitivnog ishoda terapije u svim psihoterapijskim metodama. Pristup oboljelima od poremećaja hranjenja mora biti odmjeren. Oboljeli često pokazuju „ne ulazi“ sistem obrane. Nikoga ne puštaju unutra, osobito ako ga dožive kao nametljivog i nasrtljivog. Reaktivira se obrazac u kojem se oboljeli osjećaju kao da ih terapeut pokušava kontrolirati i nametati im što da misle i osjećaju, kao što su to nekada radili roditelji, od čega oboljeli bezglavo bježe i zatvaraju se. Davno je Hilda Bruch prepoznala ovaj obrazac ponašanja i sugerirala da kod oboljelih od poremećaja hranjenja ne treba koristiti klasične psihoanalitičke interpretacije. Učestala koegzistirajuća karakterna patologija također uvelike negativno utječe na uspjeh terapije, kao i na uspostavu dobrog terapijskog saveza (Satir i sur., 2011; Marčinko, 2013).

4. PERFEKCIONIZAM, POREMEĆAJI HRANJENJA, SAMOOZLJEĐUJUĆE I SUICIDALNO PONAŠANJE

Perfekcionizam, poremećaji hranjena, samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje su pojmovi koji su međusobno povezani i isprepleteni na više različitih načina i smjerova. Perfekcionizam je vrlo česta crta ličnosti osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. Smatra ga se rizičnim čimbenikom za poremećaje hranjenja, a isto tako ga se dovodi u svezu i s većom učestalošću pokušaja suicida. Poremećaji hranjenja se sami u svojoj biti mogu promatrati kao samoozljeđujuće ponašanje u kojem osoba neposredno uništava svoje tijelo i šteti samoj sebi. S druge strane, kao najevidentniji aspekt samoozljeđujućeg ponašanja, relativno velik dio oboljelih od poremećaja hranjenja, osim samoozljeđujućeg ponašanja, pokazuje i suicidalno ponašanje. Samoozljeđujuće ponašanje katkad dovede i do smrtnog ishoda, te samo po sebi povećava sveukupni suicidalni rizik.

4.1. Uži i širi kontekst samoozljeđujućeg ponašanja

Po uobičajenom shvaćanju, samoozljeđujuće ponašanje je svjesni i namjerni čin nanošenja ozljeda samom sebi bez svjesnog suicidalnog motiva (Koutek i sur., 2016). Prototip takvog ponašanja je rezanje, gašenje opušaka po tijelu i sl. Ono može varirati od nisko do visoko letalnog. Određene karakteristike samoozljeđujućeg ponašanja upućuju na visok rizik suicida (snažna suicidalna namjera, visoka letalnost odabrane metode, poduzete mjere opreza od razotkrivanja i pridružene psihijatrijske bolesti), stoga uvijek treba oprezno pristupiti samoozljeđujućem ponašanju. Rizik ponavljanja takvog ponašanja je velik, kao i rizik kasnijeg suicida. Više od 5% ljudi koji su zaprimljeni u bolnicu zbog samoozljeđujućeg ponašanja će u idućih 9 godina počiniti suicid (Skegg, 2005).

Neke psihijatrijske bolesti smatraju se visoko rizičnima za pojavu samoozljeđivanja. Interesanto je da su to depresija, anksiozni poremećaj, ovisnosti i poremećaji ličnosti (Skegg, 2005), upravo i najčešći komorbiditeti poremećaja hranjenje. Osim toga, samoozljeđujuće ponašanje je često impulzivno. Čak i u slučajevima sa skoro fatalnim ishodom, odluka može biti donesena u zadnji čas. Osobe oboljele od poremećaja hranjenja koje iskazuju prejedajuće i purgativne simptome, često pokazuju probleme kontrole impulsa (Marčinko, 2013). Stoga ne čudi da je učestalost samoozljeđujućeg ponašanja u osoba oboljelih od poremećaja hranjenja također zapravo visoka (30-40%). U takvih osoba povećan je i rizik suicidalnog ponašanja (Koutek i sur., 2016).

Samoozljeđujuće ponašanje se više veže uz ženski spol jer su, barem u trenutnom zapadnjačkom društvu, žene puno sklonije svoju agresiju usmjeriti na sebe, dok su muškarci skloniji usmjeriti ju prema van (Turp, 2003). Ako bismo poremećaje hranjenja promatrali u širem kontekst samoozljeđujućeg ponašanja, možda bi u prethodno navedenome mogao ležati jedan od odgovora zašto se poremećaji hranjenja češće javljaju u ženskog spola. Neki vezu sa ženskim spolom pripisuju češćem depresivnom raspoloženju i poremećenom jedenju te češćom romantičnom involviranošću u ženskog spola (Skegg, 2005).

Bristolsko istraživanje ukazalo je da je glavni razlog samoozljeđivanja „oslobođenje od osjećaja“, što ukazuje na to da čin samoozljeđivanja osobi služi za otklanjanje napetosti i olakšanje psihičkog stanja, prije nego za privlačenje pozornosti (Turp, 2003).

U osoba koje iskazuju samoozljeđujuće ponašanje postoji temeljna loša povezanost psihe i tijela koji kao da se integriraju na trenutak kad se tijelu učini nešto loše i bolno čime ga se ponovno osjeti kao svoje. Winnicott smatra da je za ujedinjenje psihe i tijela u razvoju iznimno važna uloga majke. Kliničko iskustvo i istraživanja o teškoćama djece koja su u skrbi ustanova ukazuju na to da je neadekvatna majčina briga povezana sa smanjenim kapacitetom za brigu o samom sebi i s povećanim rizikom samoozljeđujućeg ponašanja (Turp, 2003).

Službeni dijagnostički priručnici, poput DSM-5 i MKB-10 vrlo usko definiraju samoozljeđujuće ponašanje, dok ga kliničari u svom radu često definiraju puno šire. U trenutnim službenim dijagnostičkim priručnicima, nigdje se neće naći poremećaji hranjenja svrstani pod samoozljeđujuće ponašanje, dok će ga većina stručnjaka upravo tako opisati. Teorijsko šire viđenje samoozljeđujućeg ponašanja podrazumijeva, osim onih dramatičnih i lako uočljivih oblika takvog ponašanja, koji su vjerojatno tek vrh sante leda, i one suptilnije i teže prepoznatljive. Prekomjerno jedenje, nejedenje, povraćanje, preintenzivno vježbanje, sve bi se to moglo svrstati u skupinu unutarnjeg samoozljeđujućeg ponašanja (Turp, 2003).

Samoozljeđujuće ponašanje je u biti psihosomatski fenomen u smislu da psihološka uznemirenost pronalazi fizičku formu izražavanja. Taj izražaj može biti svjestan, iako je često opisivan kao nevoljan ili potpuno nesvjestan. Neki autori se u velikoj mjeri zalažu da se poremećaji hranjenja gledaju u kontekstu psihosomatske bolesti, odnosno izražaja afekta kroz somu (Turp, 2003).

4.2. Poremećaji hranjenja i suicidalnost

Stopa smrtnosti osoba oboljelih od poremećaja hranjenja izuzetno je velika, najveća među svim psihijatrijskim dijagnozama, osobito za anoreksiju. Takva visoka stopa prvenstveno je posljedica teških fizičkih komplikacija koje ova psihijatrijska bolest nosi. Osim toga značajan dio smrtnih ishoda je posljedica suicida. Petina smrti osoba s anoreksijom pripisuje se suicidu (Arcelsus, 2011). Impulzivnost, agresivnost, beznađe, teškoće u vještinama razrješavanja problema i perfekcionizam, neovisni su prediktori suicidalnog ponašanja koje je uvijek potrebno procijeniti u kontekstu procjene rizika suicidalnog ponašanja (Marčinko, 2013).

4.3. Perfekcionizam i suicidalnost

Perfekcionizam, iako je neovisni prediktor suicidalnog ponašanja, nije jednoznačno s njime povezan, što je i u skladu s njegovom višedimenzionalnom konceptualizacijom. Neki aspekti perfekcionizma su u pozitivnoj korelaciji sa suicidalnim idejama, neki s pokušajima, dok su neki čak i u negativnoj korelaciji, dakle možemo ih smatrati i protektivnima za pokušaje suicida. Veza između perfekcionizma i suicidalnog ponašanja nije direktna, a postoje i brojne varijable koje ju modificiraju.

U literaturi se odavno spominje teoretska uloga perfekcionizma u suicidu. Govori se o perfekcionizmu kao crti ličnosti koja stvara predispozicijsku vulnerabilnost za suicid. Hollender (1965.) i Shaffer (1974.) ustanovili su da je među adolescentima koji su počinili suicid bilo puno onih opisanih kao perfekcionisti i samokritične osobe (Flamenbaum i Holden, 2007). S vremenom je sve više istraživanja potvrdilo pozitivnu korelaciju perfekcionizma i vjerojatnosti suicida (Blatt, 1995; Hewitt i sur., 1994), kao i to da različite dimenzije perfekcionizma mjerene Multidimenzionalnom skalom perfekcionizma različito koreliraju s vjerojatnošću suicida (Hewitt i sur., 1992).

4.2.1. Društveno propisan perfekcionizam i suicidalnost

Istraživanja konzistentno pokazuju da su veće razine SPP-a povezane s većom razinom suicidalnih ideja (Hunter i O'Conner, 2003) i da ta veza nije posredovana osjećajem beznađa i depresivnosti, kao što se to dugo smatralo (Hewitt i sur., 1992).

Nastojeći prodrijeti u onaj najposredniji motiv svakog suicida, neovisan o psihijatrijskoj dijagnozi, Shneidman (1993.) je predložio tezu da je nepodnošljiva psihička bol, koja je

uzrokovana neispunjenim psihološkim potrebama, direktno povezana sa suicidom i da je upravo ona medijator između suicida i svih drugih relevantnih psiholoških faktora koji se s njime povezuju, a to su najčešće depresija i osjećaj beznađa. U skladu sa Shneidmanovom teorijom, veza perfekcionizma i suicida također je u potpunosti posredovana razinom psihičke boli, čak toliko, da kad se u istraživanju statistički anulirao utjecaj razine psihičke boli i neispunjenih psiholoških potreba, veza između perfekcionizma i suicidalnosti je nestala. Perfekcionizam povećava vjerojatnost suicida u onoj mjeri u kojoj povećava osjećaj psihičke boli, dok sam po sebi nema učinak. SPP dovodi do veće razine psihičke boli i povezan je s ozbiljnijim pokušajima suicida, za razliku od drugih dimenzija perfekcionizma. Kao glavni uzrok psihičke boli ustanovljena je usporedba sebe s postavljenim standardima. Na tragu ovakvih dokaza, suicidalnost među perfekcionistima mogla bi se smanjiti identificiranjem neispunjenih psiholoških potreba i umanjivanjem psihičke boli (Flamenbaum i Holden, 2007).

Nadalje, SPP je jedina dimenzija koja dokazano povećava vjerojatnost pokušaja suicida, a ne samo suicidalnih misli (Hunter i O'Conner, 2003). Ako tome pridodamo već spomenute ozbiljnije pokušaje suicida i veće razine psihičke boli zabilježene u osoba s visokom razinom SPP-a, moglo bi se zaključiti da je ta dimenzija najopasnija i najrizičnija za suicidalnost.

Uz sve to osobe s visokom razinom SPP-a imaju teškoće s generiranjem pozitivnih misli o budućnosti, što se pokazalo značajnom karakteristikom osoba koje su pokušale počiniti suicid. Potvrda da manjak pozitivnog razmišljanja o budućnosti igra centralnu ulogu u procesu suicida, otvara širom vrata kognitivnoj terapiji i intervencijama u svrhu stvaranja pozitivnih kognitivnih shema, prizivanja dobrih uspomena i bržeg dolaženja do pozitivnih misli da bi se spriječilo suicidalno ponašanje (Hunter i O'Conner, 2003). Važnost sposobnosti pozitivnog razmišljanja o budućnosti, ogleda se i u tome da optimizam kao neovisna varijabla umanjuje negativne elemente visoke razine SPP-a i time smanjuje rizik suicida (Blankstein i sur., 2007).

Na temelju prethodno navedenih saznanja o SPP-u i suicidalnosti, moglo bi se reći da je u onoga tko doživljava da okolina ima visoka očekivanja, a s druge strane, sam osjeća da ne uspijeva ostvariti ta visoka očekivanja i smatra da će ga okolina pri svakoj, pa i najmanjoj pogrešci osuditi, odbaciti i smatrati nekompetentnim, razumljiv mentalni sklop u kojem se na budućnost gleda negativno, štoviše, u kojem se ni ne može zamisliti pozitivan ishod kad je kroz naočale takve osobe uvijek sve bilo nedovoljno dobro, odnosno loše.

U istom kontekstu, razumljivo je i da percepcija neispunjenih očekivanja stvara konstantan osjećaj poraza i bezvrijednosti, što onda sveukupno rezultirata osjećajem

nepodnošljive psihičke boli, potrebom za bijegom od nje te osjećajem da ne postoji izlaz i spas. Ovakvo viđenje bilo bi u skladu i sa Shneidmanovom teorijom, kao i s Baumeisterovim te Williamsovim i Pollockovim modelom suicidalnog ponašanja.

4.2.2. Drugima-usmjeren perfekcionizam i suicidalnost

Koliko je, iako nekada možda prihvatljivo, no danas uistinu nezgodno i neprecizno reći da perfekcionizam povećava vjerojatnost suicida, najbolje vidimo iz istraživanja koji sugeriraju da OOP možda čak i smanjuje vjerojatnost pokušaja suicida, odnosno da djeluje zaštitno (Hunter i O'Conner, 2003).

OOP je povezan s većom razinom pozitivnog razmišljanja o budućnosti, koju se smatra protektivnom za suicid, odnosno terapijski napori su upravo usmjereni u podizanje razine pozitivnih misli u svrhu prevencije suicida (Hunter i O'Conner, 2003). Razina OOP-a značajno je niža u osoba koje su pokušale počiniti suicid nego u onih koje nisu. Uočeno je i da s porastom razine OOP-a suicidalne namjere postaju manje ozbiljne, te da su pretežno povezane s manipulativnim motivima. Za razliku od toga, namjere su kod SPP-a i SOP-a povezane s unutarnjim osjećajem uznemirenosti, a unutarnji motivi za suicid su općenito poznati kao značajni neovisni prediktori suicidalnih ideja i pokušaja. Stoga, tendencija da se druge strogo i negativno procjenjuje, skupa s narcističnim pogledom na sebe, mogla bi imati protektivnu ulogu u suicidu (Flamenbaum i Holden, 2007). U prilog takvom viđenju ide i podatak da je niski stupanj narcizma snažan prediktor ozbiljnog suicidalnog ponašanja (Freudenstein i sur., 2012).

Na temelju ovih saznanja, micanjem fokusa sa sebe i prebacivanjem očekivanja, pa tako i krivnje na druge, moguće je da se zaobilazi čitav lanac koji započinje osjećajem krivnje i bezvrijednosti, a završava velikom psihološkom patnjom te da pogled na budućnost lakše biva svjetliji.

4.2.3. Sebi-usmjeren perfekcionizam i suicidalnost

Pomalo su iznenađujući i rezultati vezani uz SOP. Neka istraživanja ga povezuju sa suicidalnošću, neka tu vezu opovrgavaju. Najčešći zaključak je da se na temelju razine SOP-a ne može predvidjeti suicidalnost (Hunter i O'Conner, 2003). SOP je pozitivno povezan i s narcizmom, a narcizam negativno s ozbiljnošću suicidalnih ideja (Freudenstein i sur, 2012).

Moguće je da se radi o tome kako su kroz SOP integrirani i neki adaptivi i neadaptivni aspekti perfekcionizma, što posljedično dovodi do oprečnih rezultata po pitanju suicida. No

možda se radi i o utjecaju nekih varijabli koje modificiraju vezu između perfekcionizma i suicidalnosti, a koje se nisu uzimale u obzir. Kao primjer može poslužiti saznanje da dobra podrška od strane značajnih drugih osoba kod žena uvelike smanjuje vezu između SOP-a i suicidalnih razmišljanja, a u muškaraca između SOP-a i inerpersonalnog beznađa. Ista varijabla utječe i na vezu OOP-a i suicida i to tako da se pri manjku obiteljske podrške povećava povezanost OOP-a i suicidalnih ideja (Blankstein i sur., 2007).

5. VEZA POREMEĆAJA LIČNOSTI I POREMEĆAJA HRANJENJA

Postoje uvjerljivi dokazi u zadnjih 30 godina za vezu poremećaja hranjenja i poremećaja ličnosti koji se odnose uglavnom na veću prevalenciju poremećaja ličnosti u oboljelih od poremećaja hranjenja, te na veću prevalenciju poremećaja ličnosti u onih bolnički liječenih od poremećaja hranjenja. U literaturi se najčešće navodi povećana učestalost izbjegavajućeg, ovisnog, opsesivno-kompulzivnog i graničnog poremećaja ličnosti (Von Lojewski i sur., 2013), no neki autori navode i visoku prevalenciju narcističnog poremeća (Gordon Dombeck, 2010).

Prema Kernbergu u svakog pacijenta oboljelog od poremećaja hranjenja potrebno je procijeniti dominantnu karakternu patologiju, antisocijalne crte ličnosti, integraciju identiteta, objektne odnose i dominantne mehanizme obrane. Za bolje razumijevanje prirode psihičkih smetnji i njihovog pojavnog oblika važno je znati karakteristike ličnosti iz kojih proizlaze. Tip i ozbiljnost poremećaja ličnosti jedan je od glavnih prognostičkih faktora kod oboljelih od poremećaja hranjenja (Marčinko, 2013). Teži oblici poremećaja ličnosti su povezani s lošijom prognozom poremećaja hranjenja (Von Lojewski i sur., 2013). Teži stupanj patološkog narcizma, graničnu i psihotičnu strukturu ličnosti, Kernberg smatra najrezistentnijima na terapiju. Poremećaje hranjenja karakteriziraju ekstremi: perfekcionizam, rigidnost u mišljenju, iskrivljeno razmišljanje, opsesivnost i kompulzivnost, sram i degradacija samog sebe te negativnost (Marčinko, 2013).

5.1. Dijagnostika poremećaja ličnosti u sklopu poremećaja hranjenja

Prijavljivana prevalencija poremećaja ličnosti u oboljelih od poremećaja hranjenja varira od 27-95% što je zaista širok raspon. Jedan od mogućih uzroka tako širokog raspona je učestalo korištenje vlastito konstruiranih mjernih instrumenata koji precjenjuju prisutnost poremećaja ličnosti. Kad se koriste validirani, visoko strukturirani intervjui tada se uglavnom zamjećuju niže prevalencije (Von Lojewski i sur., 2013). Nadalje, postoji problematika oko razlučivanja temeljnih crta ličnosti koje su postojale i prije poremećaja hranjenja od onih koje su nastale kao posljedica poremećaja, bilo da se radi o onim crtama prisutnim u akutnoj bolesti, bilo onim koje ostaju kao svojevrsni ožiljak preboljelog poremećaja hranjenja. Poznato je da izgladnjivanje i kaotične prehrambene navike mogu pojačati rigidnost u mišljenju, opsesivnost i iritabilnost (Marčinko, 2013). Moguće je da se u istraživanjima često ne izuzimaju osobine prisutne kao manifestacija akutne bolesti, te se u takvom konteksu pokazuje visoka prevalencija poremećaja ličnosti (Von Lojewski i sur., 2013), što zapravo nije točno jer se izražaj nekih crta

ličnosti smanjuje smirivanjem simptoma poremećaja hranjenja. Značajna korelacija između karakterne patologije i negativnog raspoloženja sugerira da bi popravljanjem raspoloženja mogle nestati karakteristike koje osobi pripisuju karakternu patologiju (Phillipou i sur., 2015) što također govori u prilog pretjeranom dijagnosticiranju poremećaja ličnosti među populacijom oboljelom od poremećaja hranjenja.

5.2. Povezanost patološkog narcizma, perfekcionizma i poremećaja hranjenja

U svrhu razumijevanja veze patološkog narcizma i poremećaja hranjenja, narcizam je nužno promatrati kao poremećaj koji ima svoja dva lica, grandiozno i vulnerabilno. Grandiozni narcizam karakteriziraju: osjećaj vlastite grandioznosti, samodopadnost, vjerovanje u svoju posebnost, preokupiranost fantazijama o bezgraničnoj moći, uspjehu i ljubavi, taština, potreba za divljenjem od strane drugih, manjak empatije prema ljudima, iskorištavanje drugih za postizanje osobne dobrobiti, zavist i arogancija. Pozitivna slika o sebi zadržava se omalovažavanjem mišljenja i postupaka drugih, napadanjem onih koji ih kritiziraju i konstantnim superiornim postavljanjem naspram drugih. Vulnerabilni narcizam u prezentaciji je potpuno drugačiji. U sklopu vulnerabilnog narcizma individue su preosjetljive na mišljenje drugih, nesigurne, na najmanju kritiku doživljavaju jak sram i povlače se, imaju snažnu potrebu za odobravanjem od drugih te lošu sliku o sebi. Iako je vanjski izgled važan za oba lica narcizma, u vulnerabilnom narcizmom osjećaj vlastite vrijednosti gradi se na temelju vanjskog izgleda. Pretjeran utjecaj vanjskog izgleda na samoprocjenu jedno je od obilježja koje on dijeli s poremećajima hranjenja. Vulnerabilni narcizam se povezuje sa značajnom preokupacijom tjelesnom težinom i većom pojavnošću simptoma poremećaja hranjenja. Stoga, može se na njega gledati kao na rizični čimbenik za razvoj poremećaja hranjenja. Iako se simptomi poremećaja ličnosti često jako teško liječe, nastojanjima na tome da osoba nauči bazirati osjećaj vlastite vrijednosti na unutarnjim vrijednostima i vrlinama mogli bi se reducirati simptomi poremećaja hranjenja u osoba s vulnerabilnim narcizmom (Gordon i Dombeck, 2010). Patološki narcizam u svezi je i s perfekcionizmom. Dualna priroda narcizma ogleda se u površinskom postojanja grandioznog selfa uz omnipotentne narcistične obrane poput perfekcionizma, sklonosti superiornosti i pokazivanju moći, dok u dubini postoji fragilni self ispunjen osjećajem srama, poniženja, praznine, koji je sklon depresivnim reakcija uslijed naglašene narcistične vulnerabilnosti i prekomjerne potrebe za odobravanjem od drugih (Marčinko i Rudan, 2013).

6. ULOGA OBITELJSKIH ODNOSA I OBITELJSKE TERAPIJE U LIJEČENJU POREMEĆAJA HRANJENJA

Obiteljski odnosi smatraju se jednim od važnih čimbenika u nastajanju poremećaja hranjena, bilo da se radi o odnosu majke i dijeteta ili općenito o obiteljskoj dinamici. Mnogi stručnjaci smatraju da upravo obiteljski odnosi čine glavnu ulogu u patogenezi ovih poremećaja (Marčinko, 2013). Više od polovice oboljelih opisuje svoju obitelj kao disfunkcionalnu ili funkcionalnu, ali uz konflikte, a tek manjina kao potpuno funkcionalnu i harmoničnu (Koutek i sur., 2016). Pojava bolesti povratno djeluje na obiteljske odnose, te postaje dodatni uzrok patoloških odnosa među članovima obitelji. Obiteljska terapija za liječenje poremećaja hranjenja razvila se na temeljima Minuchinovog modela psihosomatske obitelji. Psihosomatska obitelj je tip disfunkcionalne obitelji karakteriziran nepostojanjem granica među članovima obitelji, prezaštitničkim ponašanjem među članovima, izbjegavanjem ili nerješavanjem konflikata, visokom rigidnošću, odnosno niskim nivoom adaptabilnosti u obiteljskim interakcijama. Neki autori kao petu karakteristiku navode i uključenost djeteta u sukob roditelja (Kog i sur., 1985). Ovakav tip obitelji prepoznat je kod oboljelih od poremećaja hranjenja, što podupire pogled u kojem se poremećaji hranjenja smatraju psihosomatskim bolestima. Cilj obiteljske terapije je utjecati na ometajuće psihološke probleme pojedinih članova, promijeniti i poboljšati interakcije među članovima, poboljšati obiteljsko funkcioniranje te raditi na snagama obitelji.

6.1. Psihodinamika i struktura obitelji oboljelih od anoreksije

Obitelji anoreksičnih bolesnica tipično su neupadljive, ne ističu se ni po čemu posebnom od drugih. Naizgled su radišne, pristojne, u skladu s društvenim normama, mogle bi poslužiti kao uzor. Dojam koji ostavljaju i nije toliko slučajan s obzirom na to da im je vrlo važan izgled na van. Kad se malo bolje uđe u obitelj, mogu se uočiti određeni sukobi i poremećaji u odnosima. Naizgled skladan brak roditelja zapravo je maska za latentni sukob među njima, uz mnogo prikrivene agresije. Majka je dominantna, a otac periferna figura u obitelji, te se javljaju teškoće u triangulaciji. Majka često ima perfekcionističke crte, te je nerijetko i sama preopterećena vlastitim izgledom i težinom. Postavlja visoka očekivanja i ciljeve za svoju djecu, naročito za kćeri. Svu svoju pažnju usmjerava na dobrobit svoje djece. Kao individua uglavnom nema bliskih prijateljica, što još više potplamsava simbiotski odnos majke i kćeri u kojem kći postaje najbolja majčina prijateljica. Takva pretjerana povezanost stvara kasnije u

životu separacijske teškoće. Otac je neadekvatan u svojoj ulozi, često je i fizički odsutan, ali čak i kad je fizički prisutan on je pasivan, manje važan, bez posebnog utjecaja unutar obitelji. Izostaje njegova važna uloga u razvoju djeteta u kojoj on ulazi u dijadni odnos i pomaže djetetu da se separira od majke. Psihodinamski gledano, na temelju odnosa s majkom stvara se slika samog sebe, okolnog svijeta te temelj svih budućih odnosa. Ukoliko je majka neadekvatna u svojoj ulozi, odnosno ako ne prepoznaje djetetove potrebe, nameće svoje viđenje djetetovih potreba umjesto da intuitivno osluškuje što dijete stvarno treba, ukoliko je tjeskobna i depresivna, utoliko se stvara slika majke kao pretežno lošeg objekta. Dolazi do internalizacije takvog negativnog objekta, koji je često doživljen i kao intruzivan. Kroz ove procese tijelo nesvjesno postaje simbol lošega, simbol loše majke i kao takvog ga treba pod svaku cijenu zaustaviti u rastu. Situacija eskalira u pubertetu kad tijelo mijenja svoj oblik i sve više postaje nalik majčinom. Restrikcijom hrane nastoji se udaljiti od svega što simbolizira majku. Osim toga, nastojeći skoro doslovno poništiti postojanje fizičke mase tijela, nastoji se zapravo poništiti utjecaj majke i svaka veza s njom, te konačno postići individuacija i samostalnost. U obitelji postoji prekomjerna okrenutost k djetetu i prezaštitnički stav. Pretjerana briga i zaštita sprječavaju dijete u razvoju osjećaja samostalnosti, kompetentnosti te interesa za aktivnostima izvan sigurnog obiteljskog okruženja. Granice u obitelji su slabe. Postoji premalo prostora za privatnost i autonomiju članova, a prekomjerna upletenost u prostor drugoga. Dijete se uči ponašati u skladu s roditeljskim očekivanjima i postaje potpuno odano obiteljskim vrijednostima. Iz toga postepeno proizlazi poricanje sebe i svojih potreba te težnja za savršenstvom. Obiteljska lojalnost postaje od primarne važnosti, a to kasnije ometa separaciju i individuaciju. Kriza nastupa u adolescenciji kad se u prirodnom tijeku razvoja osoba pokušava odvojiti od obitelji, a obitelj joj to ne dopušta, te je u konačnici natjera da odustane. Tada dolazi do bijega u bolest (Marčinko, 2013). Previše socijalizacije, kontrole i nadzora u obitelji, osobito od strane majke, u konačnici djeluje kontraproduktivno inicijalnim namjerama „zaštite“ i dovodi adolescenticu do uništavanja svog tijela (Shipton, 2004). Pojavom anoreksije odgađa se odrastanje koje izaziva sukob. Osim toga pojavom bolesti latentni sukobi roditelja su zasjenjeni brigom za dijete, te bolest prividno zbližava roditelje i ponovno ih spaja. Cjelokupno okruženje podržava bolest. Nikome nije u interesu da bolest nestane jer ona održava homeostazu u obitelji. Obitelj je obilježena rigidnošću u odnosima i funkcioniranju. Nastoji se pod svaku cijenu ne promijeniti i ne prilagoditi novome. Sukobi su pomaknuti izvan fokusa. Mišljenja se ne izražavaju otvoreno, diskusije i sukobi se izbjegavaju, problemi ostaju neriješeni, a često i neizrečeni i prolongiraju se kroz izbjegavajuće ponašanje. Kao odraz toga razvija se niska razina kritičnosti (Marčinko, 2013).

6.2. Psihodinamika i struktura obitelji oboljelih od bulimije

Obitelji bulimičnih pacijentica su u mnogo čemu slične obiteljima anoreksičnih pacijentica. Također postoji izražena obiteljska lojalnost uz snažnu tendenciju žrtvovanja sebe za potrebe drugih članova. To su ujedno i najdestruktivnija obilježja obitelji s bulimijom. Uspostavljanje odnosa s osobama izvan obitelji popraćeno je percepcijom da vanjski svijet stvara prijetnju obiteljskoj koheziji. Tako zapravo osoba s bulimijom, u nastojanju da ostane lojalna obitelji, ostaje u unutarnjem stanju napetosti i otuđenosti osjećajući se obaveznom podastrijeti svoj ego vrijednostima i idealima obitelji. Otac se opisuje kao manje brižan i manje osjećajan. Također postoje teškoće separacije, za koje je kao i za one u anoreksiji, ustanovljeno da se prenose transgeneracijski. Roditelji koji se nisu dobro separirali od svojih roditelja, ne dopuštaju svojoj djeci da se separiraju od njih (Pilecki i Józefik, 2013). Ipak za razliku od obitelji anoreksičnih pacijentica, ove obitelji odaju vanjski dojam veće dezorganiziranosti, češći su konflikti i otvoreno kritiziranje, a u terapiji kao da pozivaju terapeuta da uspostavi red (LeGrange i Lock, 2007). Majka je često opisana kao pasivna i nedovoljno emocionalno angažirana u brizi oko djeteta. Dijete takvu majku nesvjesno percipira kao majku koja ga odbacuje i nije za njega dovoljno emocionalno raspoloživa. U manjku dobrog konstantnog objekta, dijete se okreće hrani, koja je prvi most između njega i majke, te tako održava koheziju selfa. S obzirom da ne dobiva ono što mu je potrebno u odnosu s majkom, oslanja se na hranu kao pouzdan objekt kojeg može kontrolirati (Ruangsri, 2009).

6.3. Obiteljska terapija u poremećajima hranjenja

Obiteljska terapija jedan je od osnovnih načina liječenja poremećaja hranjenja. Uočena i prethodno opisana važnost obiteljskih odnosa i dinamike u nastajanju i održavanju simptoma bolesti, kao i činjenica da se poremećaji hranjenja najčešće javljaju u dobi u kojoj osoba još uvijek živi sa svojim roditeljima, čine obiteljsku terapiju razumljivim odabirom. Katkad se u literaturi anoreksija navodi čak kao paradigma obiteljske terapije, kao što se fobije spominju kao paradigma bihevioralne terapije (LeGrange i Lock, 2007). Različite vrste obiteljskih terapija razlikuju se po različitom naglasku na uzročne i održavajuće čimbenike, iz čega proizlaze i donekle različiti terapijski ciljevi, metode i ishodi. Brojna istraživanja provedena su na temu učinkovitosti pojedinih vrsta obiteljske terapije, njihove međusobne usporedbe te usporedbe s drugim načinima liječenja poremećaja hranjenja, no međutim, rezultati su nerijetko upitni zbog korišenja premalih uzoraka, značajnog rizika pristranosti i manjka podataka o

načinju provođenja istraživanja. Sustavna analiza randomiziranih kontroliranih istraživanja pokazala je da postoje samo određeni dokazi koji sugeriraju da je obiteljska terapija kratkoročno bolja u postizanju remisije od uobičajenog načina liječenja, no za bilo kakve zaključke o tome je li neki tip obiteljske terapije bolji od drugog ili bolji od drugih načina liječenja, nije bilo dovoljno dokaza. Analiza je generirala hipotezu da bi obiteljska terapija mogla imati superiorni učinak u skupini mlađih nekroničnih pacijenata (Fisher i sur., 2010). Upravo su to Lock i Le Grange uspjeli i dokazati. Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (*Family Based Therapy – FBT*) pokazao se superiornijim u odnosu na individualnu psihoterapiju u skupini pacijenata od 12 do 18 godina kod kojih je bolest trajala kraće od tri godine. Tada se prvi put sa sigurnošću moglo reći da je FBT zlatni standard za terapiju adolescenata oboljelih od anoreksije (Marčinko, 2013).

6.3.1. Maudsleyjev model obiteljske psihoterapije (FBT)

FBT za liječenje adolescentne anoreksije je od svih postojećih terapija empirijski najpotkovanija. Radi se o ambulantom obliku obiteljske terapije koji se klasično provodi kroz period od 6-12 mjeseci u dvadeset seansi, iako se i kraći oblik od deset seansi pokazao podjednako učinkovitim. Težište je na ponovnom uspostavljanju normalnog obrasca prehrane i uspostavljanju normalne tjelesne težine oko čega se udružuju svi članovi obitelji. U ovom pristupu uzroci poremećaja se ne razmatraju. Dapače, zauzima se nepatologizirajući stav prema obitelji, koja ne samo da se ne gleda kao krivac i uzrok poremećaja, već se gleda kao najveća vrijednost i najvažniji alat za postizanje ozdravljenja. Nastoji se prekinuti začarani krug osjećaja krivnje roditelja i kritiziranja od strane djeteta. Roditelji kao glavni odgovorni postaju izvor ozdravljenja. Način na koji se to postiže uvelike se poklapa s Minuchinovom teorijom disfunkcionalne psihosomatske obitelji. Sama terapija sastoji se od tri dijela. U prvome dijelu cilj je ponovno uspostaviti normalan obrazac hranjenja, a odgovornost za to u potpunosti preuzimaju roditelji. Kad se postigne normalna prehrana i dogovorena tjelesna težina, slijedi druga faza u kojoj se kontrola nad hranjenjem vraća adolescentu. U završnoj fazi odvija se povratak u normalno adolescentno ponašanje i život. Poticanjem roditelja da preuzmu odgovornost, da se udruže u naporima k ozdravljenju te da zauzmu odlučniji stav oko prehrane svog djeteta, zapravo se značajno mijenja struktura u obitelji. Konačno jačaju granice koje su do tada bile slabe i smanjuje se isprepletenost članova te počinje suočavanje s konfliktima, koji su se do sada izbjegavali. Kroz jačanje granica omogućuje se i izbjegavana individuacija adolescenta. Ona još više jača kad adolescent preuzima kontrolu nad svojim hranjenjem. Bolest

se nastoji eksternalizirati kako ona više ne bi bila faktor koji održava homeostazu u obitelji, da se osvjesti da obitelj postoji i opstoji neovisno o bolesti, da se smanji osjećaj krivnje i ispravi percepcija da je bolest tu kako bi osoba privukla pažnju. Postiže se oporavak u smislu povratka tjelesne težine i regulacije menstrualnog ciklusa u 70-90% bolesnica, što smanjuje i potrebu za hospitalizacijom, a učinci su se pokazali prisutnima i 4-5 godina nakon liječenja (Marčinko, 2013).

FBT se pokazao učinkovitim i u liječenju bulimije u adolescenata. Osnovni princip terapije je isti, razlike proizlaze iz nekih osobitosti bulimije i obitelji bulimičnih pacijenata. Pacijentice s bulimijom u osnovi imaju duboki sram zbog svojih simptoma i doživljavaju ih kao ego distone i neželjene, te su sklonije boriti se protiv njih, dok pacijentice s anoreksijom posjeduju i neku vrstu ponosa na svoje simptome koji su ego sintone prirode, te teže uopće prihvaćaju da su bolesne. S druge strane, evidentni simptomi izgladnjivanja u anoreksiji lakše motiviraju roditelje oko nastojanja uspostavljanja prehrane, dok je u bulimiji potreban veći trud terapeuta oko osvješćivanja ozbiljnosti bolesti i buđenja motivacije da se s njome uhvati u koštac. U prvoj fazi nastoji se suzbiti impulzivno prejedanje i povraćenje. Sve dok se to ne postigne nema govora o općenitoj obiteljskoj dinamici i adolescentnim problemima. Tek u drugoj fazi, kad adolescent sam ovlada svojim ponašanjem vezanim uz hranu, može se započeti govoriti o eventualnim obiteljskim problemima, no samo o onima koji su vezani uz stavove o hrani, dijetama te samom poremećaju. Tek u trećoj fazi razmatraju se širi obiteljski i adolescentni problemi. Radi se na povećanoj individuaciji i reorganizaciji obitelji u kojoj se sada adolescent odcjepljuje (LeGrange i Lock, 2007).

7. MENTALIZACIJA I POREMEĆAJI HRANJENJA

7.1. Mentalizacija i prementalizacijski modeli

Mentalizacija je model koji se temelji na razvojnoj psihologiji i psihoanatičkom pogledu, a uključuje i revidiranu verziju teorije privrženosti, sa snažnim nastojanjem da u sebe integrira i novija postignuća i saznanja s polja neuroznanosti. Prva mentalizacijski bazirana terapija razvijena je od strane Batemana i Fonagya u svrhu liječenja graničnog poremećaja ličnosti. S obzirom na određene temeljne sličnosti između graničnog poremećaja ličnosti i poremećaja hranjenja, kao što su smanjene reflektivne funkcije, i s obzirom na poznato koegzistiranje ova dva poremećaja, razvijena je i mentalizacijski bazirana terapija za poremećaje hanjenja (Skårderud, 2007).

Mentalizacija se definira kao proces nesvjesnog i svjesnog interpretiranja i pripisivanja značenja ljudskom ponašanju, postupcima, emocijama, razmišljanjima i namjerama. Kao takva ključna je u normalnoj komunikaciji i uspostavljanju odnosa s ljudima. Temeljni kapacitet za mentalizaciju stječe se u ranom djetinjstvu kroz odnos s majkom. Mentaliziranjem se konstantno oblikuje i unapređuje naše razumijevanje sebe i svijeta. Mentaliziranje je sposobnost razmišljanja o drugoj osobi iznutra, sposobnost ulaženja u njezin um i razumijevanje tog uma vlastitim umom, ali na temelju postavki te druge osobe, dakle u konteksu njezinog razvoja, psiholoških konflikata, ličnosti itd. Isto tako mentalizacija je i sposobnost gledanja sebe iz vana, primjene i neke druge perspektive pri pogledu na sebe, sposobnost razmišnjanja o vlastitim mentalnim stanjima, sposobnost „umovanja o umu“ (Skårderud, 2007).

Temelj dobrog kapaciteta za mentalizaciju je adekvatan odnos s primarnim skrbnikom, najčešće majkom, u sklopu kojeg se razvija siguran stil privrženosti. Nesigurna privrženost, visoka afektivna uzbuđenost i trauma u privrženosti potkopavaju kapacitet za mentalizaciju (Skårderud, 2007). Stoga, neki ljudi imaju bolji kapacitet za mentalizaciju te pokazuju veću fleksibilnost u razmišljanju, prihvaćaju promjenjivost, uzimaju u obzir nesvjesne motive, razvojnu perspektivu, imaju razvijenu simbolizaciju i smisao za humor. Takvi ljudi se u konačnici bolje nose s vlastitim i tuđim emocionalnim stanjima i lakše postižu smirenje u stanjima tenzije. Loš kapacitet za mentalizaciju karakteriziran je nefleksibilnošću, rigidnošću, nemogućnošću sagledavanja različitih perspektiva, konkretnim mišljenjem, slabom regulacijom afekata i impulzivnim reagiranjem (Marčinko, 2013).

Osobe koje imaju kompromitiran kapacitet za mentalizaciju funkcioniraju na jednom od prementalizacijskih modela. Jedan od takvih je model psihičke ekvivalencije u kojem ne postoji razlikovanje unutrašnjeg mentalnog svijeta od vanjskog iskustva, zatim model pretvaranja u kojem osoba, iako opisuje svoje osjećaje i mentalna stanja, zapravo nema stvarnog razumijevanja stvarnosti i povezivanja stvarnog svijeta s unutarnjim mentalnim stanjima. Moglo bi se reći da se osoba pretvara da mentalizira, te da se zapravo radi o pseudomentalizaciji. U teleološkom modelu misli i osjećaji se izražavaju kroz konkretnu akciju, odnosno ponašanje (Marčinko, 2013).

7.2. Prementalizacijski modeli u poremećajima hranjenja

Osobe oboljele od poremećaja hranjenja imaju značajno snižen kapacitet za mentalizaciju, što je posljedica vrlo niske učestalosti sigurnog stila privrženosti u toj skupini. Fonagy i suradnici (1996.) su ustanovili da najveći dio oboljelih pokazuje preokupirani stil privrženosti, naročito oni oboljeli od prežderavajuće/purgativnog tipa anoreksije, zatim po učestalosti slijedi odbacujući tip, osobito čest kod bolesnika s restriktivnom anoreksijom, a najmanje je zastupljen slobodni stil privrženosti. Funkcioniranje je prementalizacijsko. Doživljaj vlastitog tijela je kombinacija psihičke ekvivalencije u kojoj nema razlike vanjskog i unutarnjeg, osjećaji su prestvarni, ne postoje metafore i modela pretvaranja u kojem ne postoji stvarna povezanost vanjskog realiteta i stanja uma. Osim toga većina simptoma odraz je teleološkog principa funkcioniranja (Marčinko, 2013).

U poremećajima hranjenja gotovo da bode za oči konkretiziranje simptoma. Emocije su konkretizirane tijelom. Tijelo ima simboličku ulogu, služi kao jezik komunikacije s drugima i samim sobom. Reduciran je simbolički kapacitet i oštećene su reflektivne funkcije. Ono što osoba misli i osjeća ne uspijeva reflektirati. Drugim riječima, osoba svoje misli i osjećaje ne uspjeva adekvatno detektirati, pridodati im značenje niti uspostaviti simboličku metaforu na temelju prethodnih iskustava, već u manjku svega toga, misli i osjećaje pretvara u nešto konkretno, materijalno, odnosno pretvara ih u simptome i senzomotorna iskustva. Na isti način se i doživljaji vanjskog svijeta direktno pretaču u određena mentalna stanja. Ovaj fenomen na manje-više sličan način opisan je od različitih autora pod različitim imenima kao npr. psihološka ekvivalencija, konkretizam ili konkretizirane metafore (Skårderud, 2007).

Termin konkretizirane metafore možda najpreciznije opisuje događanja u oboljelih od poremećaja hranjenja, odnosno anoreksije. Nastojat ću na primjeru objasniti taj fenomen.

Polazna točka je neka usporedba, npr. osjećaj emocionalne preplavljenosti je kao osjećaj prepunjenosti hranom. Takav način povezivanja još uvijek nije patološki, dio je normalnog načina funkcioniranja dokle god postoji sloboda u reflektivnom prostoru i metaforama. Ono što se zbiva u anoreksiji je to da „kao“ postaje „jest“ i gubi se simbolika, te tako osjećaj neugodne preplavljenosti emocijama postaje jednak neugodnom osjećaju prepunjenosti hranom. Nakon toga, ta metafora se konkretizira u stvarnom činu nejedenja i održavanja želuca praznim, što je za osobu ekvivalentno osjećaju emocionalnog olakšanja. Problem i razlika naspram normalnog uspoređivanja i simboliziranja stvari je i ta da osoba uopće nije svjesna da njoj osjećaj praznog želuca znači osjećaj emocionalne slobode. Dakle nema svijesti o konkretiziranju metafore. Za nju je to doista tako (Skårderud, 2007).

Simbolička značenja simptoma u poremećajima hranjenja su raznovrsna, mnogobrojna, a često i potpuno kontradiktorna. Postoje tendencije generaliziranog shvaćanja simptoma u sklopu nekog psihijatrijskog gledišta, koja sam uostalom i ja navodila u ovom radu, no ovdje želim istaknuti da je simbolika simptoma vrlo individualna i da mentalizacijski pristup naglašava važnost individualne interpretacije simbolike simptoma. U svakom pojedinom slučaju treba nastojati doći do značenja simptoma za baš tu osobu, radije nego a priori pristupiti s nekim objašnjenjem. Znači, svo znanje o mogućim simbolizacijama neka nam služi kao pomoć i inspiracija da kod svakog pacijenta nanovo dođemo do toga što je u pozadini njegove priče i koja je simbolika. U tu svrhu Skårderud je pokušao izdvojiti i sistematizirati najčešće simbolizacije. Podijelio ih je u specifične i složene. Osim već prije navedenog osjećaja punine/praznine, od specifičnih tjelesnih metafora učestale su: čistoća, prostornost, težina/lakoća, čvrstoća i otklanjanje, a od složenih: kontrola, vulnerabilnost/zaštita i osjećaj vlastite vrijednosti. Čistoća se može javiti u obliku niskokalorične hrane, malo komada hrane koji se na tanjuru ne dodiruju, javlja se kao odgovor na kaotični svijet, prepun svega i svačega, nepredvidiv i predstavlja želju za simplificiranjem života. Kad je sve konfuzno i isprepleteno, anoreksija je tu kao nešto jednostavno, osnovno, minimalističko, a hrana na tanjuru je oskudna, razdvojena i to izaziva smirenje. Poistovjećivanje fizičkog zauzimanja prostora tijelom s pravom na zauzimanje tog prostora, uz nisko samopoštovanje i negativnu samoevaluaciju, može rezultirati osjećajem da oboljela osoba ne može podnijeti toliku količine sebe u prostoru, te se mora smanjiti, minimalizirati. Potreba za osloncem u životu se može konkretizirati u potrebu za osjećanjem tijela kao čvrstog, koščatog ili mišićavog. Osjet masti i potkožnog tkiva može se poistovjetiti s osjećaj nestabilnog tla pod nogama, pa osoba mora smršavjeti da bi osjetila kosti, čvrstoću, tlo pod nogama. Moguće je da gubitak kilograma predstavlja otklanjanje

nečeg što ne valja i želju za stvaranjem kompletnog identiteta nanovo. Manjak kontrole nad vlastitim životom može potaknuti ekscesivnu kontrolu nad unosom hrane, čime se vraća natrag osjećaj kompetentnosti, kontrole i snage. Osjećaj vulnerabilnosti zbog emocionalne otvorenosti dovodi do zatvaranja usta i tijela, te anoreksija postaje zaštita od vanjskih prijetnji. Kroz ove primjere vidljiva je raznovrsnost simboličkog značenja. Jedan te isti simptom može imati više različitih značenja za jednu osobu, čak i kontradiktornih (npr. osjećaj snage zbog kontrole težine i hranjenja uz osjećaj vulnerabilnosti i posljedičnog postojanja anoreksije kao zaštite), a isto tako isti simptom može imati potpuno drugačije značenje za drugu osobu (Skårderud, 2007).

7.3. Mentalizacijski bazirana terapija poremećaja hranjenja

Mentalizacijski pristup poremećajima hranjenja shvaća ih kao poremećaje selfa i regulacije afekta. Različiti stresovi mogu prijetiti integritetu selfa, na što self odgovara konkretizacijom i nalazištem uporišta u tijelu, što ukazuje na vulnerabilan i iskrivljen self . Na simptome se gleda kao na prenositelje simboličkog značenja. Oni su često samo nesretni pokušaj oporavka unutarnje kohezije. Osnovni cilj ovakve terapije je oporaviti mentalizaciju. Autori se uglavnom slažu da se tu radi o regresiji ili nedovoljnoj razvijenosti simboličkog kapaciteta. Dobar terapijski savez je u svim vrstama psihoterapije ključan za postizanje povoljnog ishoda. U sklopu terapijskog saveza reaktivira se sustav privrženosti, te je vrlo važno paziti da ne dođe do njegove hiperaktivacije jer tada dolazi do kolapsa mentalizacije odnosno do nemogućnosti regulacije afekta, nemogućnosti samosmirivanja i impulzivnih reakcija. Dobar terapijski savez i stvaranje sigurne privrženosti uz terapeuta već samo po sebi jača kapacitet mentaliziranja. U mentalizacijski baziranoj terapiji u fokusu nam je pacijentov um. Često se zauzima stav neznanja i istinske zainteresiranosti za time što se to točno događa u pacijenovom umu, potrebno je i iskazivanje empatije. Važan cilj je formirati, odnosno proširiti reflektivni prostor, prostor u kojem će se mentalna stanja zadržati bez da se odmah konkretiziraju. Cilj je pobuditi zanimanje za mentalnim stanjima, njihovim interpretacijama i utjecaju na ponašanje (Skårderud, 2007; Marčinko, 2013).

Nastoje se istražiti okidači za određena emocionalna stanja, identificiraju se i opisuju i najmanje razlike koje se uoče u mentalnim stanjima. Terapeut ističe postojanje različitog viđenja iste stvari sa svoje strane i strane pacijenta. Razmatra se koji događaji iz prošlosti bi mogli utjecati na sadašnje mentalno stanje i zašto. Terapeut zrcali ono što mu je pacijent daje, pri čemu jasno razlučuje svoja iskustva od pacijentovih. Pristup je aktivan, terapeut često postavlja pitanja, komentira i predlaže alternativna viđenja i razmišljanja, no uvijek iz pozicije

„ja ništa ne znam“. Ideja je da pacijent nauči da postoji više perspektiva, više viđenja, dok je sam sadržaj interpretacije nevažan i ne smije biti u fokusu. Tako se izbjegava negativni efekt klasične psihoanalitičke interpretacije, koju oboljeli od anoreksije doživljavaju kao izraz terapeutove superiornosti i nametljivosti, a pred kojom bježe i zatvaraju se. Važno je umjereno dozirati ovakav aktivan pristup jer će i on inače biti shvaćen kao prenapadan i prijeteći. Zajedničko istraživanje simbolike simptoma uz otvorenost interpretiranju simptoma kao pozitivnih može djelovati oslobađajuće. Kroz takav otvoren stav terapeut pokazuje da razumije kompleksnost poremećaja, a to je za oboljele jako važno jer oni često imaju osjećaj da ih nitko ne razumije i da je to kod njih sve drugačije nego u psihijatrijskim knjigama. No u nekim stvarima je poželjno zauzeti stav eksperta, kao npr. u pokazivanju znanja o modelima psihopatologije, te u sklopu toga educirati pacijenta. Na taj se način stvara atmosfera u kojoj pacijent ima mogućnost preuzimanja aktivne uloge u liječenju. Stvar oko koje nema pregovaranja je uzimanje hrane, no treba nastojati i da se izjave oko nužnosti uzimanja hrane ne upućuju preautoritativno i prestrogo, moralizirajućim ili prijetećim tonom jer to stvara strah, otpor i nesuradnju. Čak je dobro dopustiti tjelesnu aktivnost dokle god je ona u normalnim granicama. U razgovoru oko hrane, terapeut mora pokazati čvrstoću i fleksibilnost. U svrhu premošćivanja praznine između primarnih afektivnih iskustava i njihovih simboličkih reprezentacija, aktivno se stavlja fokus na svaki doživljeni afekt s opsežnom elaboracijom o njemu. Identificira ga se i to ne samo kroz ponašanje, već mu se daje ime i opisuje ga se, istražuje se u kontekstu emocija i nedavnih događaja iz pacijentovog života i u konačnici u kontekstu emocija u odnosu s terapeutom. Naposljetku pažnju treba posvetiti istraživanju iskustava s hranom i tijelom. Treba ih povezati s emocionalnim i kognitivnim iskustvima te iskustvima u odnosima, prenijeti ih u govorni jezik da bi se o njima moglo razgovarati kao o nečem fizičkom i metaforičkom. Time se zapravo radi na dekonkretizaciji simptoma.

Sve u svemu, naglasak je na oporavku mentalizacije, razumijevanju i razlučivanju vanjskog od unutarnjeg te na dekonkretizaciji simptoma (Skårderud, 2007).

8. ZAKLJUČAK

Perfekcionizam je višedimenzionalna osobina te kao takva ima i poželjna i nepoželjna obilježja. Prevaga poželjnih perfekcionističkih obilježja omogućuje osobi da vodi relativno ugodan i uspješan život na putu prema samoaktualizaciji, dok prevaga negativnih obilježja oduzima brojne male životne radosti, značajno otežava svakodnevno funkcioniranje te čini osobu podložnom razvoju različitih psihijatrijskih entiteta među kojima su i poremećaji hranjenja. Nadalje, perfekcionizam značajno ometa uspješno provođenje terapije poremećaja hranjenja, a povećava i suicidalni rizik. U kontekstu sveukupno nedovoljno dobrog ishoda različitih vrsta terapije, sve veće pojavnosti ovih poremećaja te zahvaćenosti sve mlađih dobnih skupina, javlja se potreba za reevaluacijom saznanja o ovim poremećajima i primjenjivanim terapijskim tehnikama. Otvorena su vrata za dodatna promišljanja i istraživanja u svrhu boljeg razumijevanja uzročnih čimbenika, temeljne psihopatologije i simptomatologije, što bi moglo doprinijeti razvoju preciznijih psihoterapijskih tehnika i pristupa. Na tragu takvog razmišljanja nešto detaljnije sam se osvrnula na mentalizacijski baziranu terapiju i dotaknula temu psihijatrijskih intervencija usmjerenih na perfekcionizam u sklopu poremećaja hranjenja.

9. Zahvale

Zahvalila bih mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na srdačnoj pomoći i ustupljenim materijalima. Zahvalila bih i svojim roditeljima koji su uvijek bili uz mene i pružali mi podršku, kako za vrijeme studija, tako i kroz čitav moj život. Zahvaljujem i svim prijateljima koji su moje studentske dane učinili ljepšim i ugodnijim. Također bih zahvalila i svojoj novoosnovanoj obitelji koja mi je dala dodatnu motivaciju u ispunjenju svojih ciljeva, pa tako i u izradi ovog diplomskog rada.

10. Literatura

Abbate-Daga G, Marzola E, Amianto F, Fassino S (2016). A comprehensive rewiew of psychodynamic treatments for eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(4), 553-80.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing, (2013).

Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *JAMA Psychiatry. 68*(7), 724–31. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Begić D (2011). *Psihopatologija.* Zagreb: Medicinska naklada.

Blankstein KR, Lumley CH, Crawford A (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *25*(4), doi: 10.1007/s10942-007-0053-6

Blatt SJ (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, *50*(12), 1003-20.

Burney J, Irwin HJ (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, *56*(1) 51–61, doi:10.1002/(SICI)1097-4679(200001)56:1<51::AID-

Cockell SJ, Hewitt PL, Seal B, Sherry S, Goldner EM, Flett GL, Remick RA (2002). Trait and Self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, *26* (6), 745–58.

Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, Issue 4. Art. No.: CD004780. doi:10.1002/14651858.CD004780.pub2

Flamenbaum R, Holden RR (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(1), 51-61.

Freudenstein O, Valevski A, Apter A, Zohar A, Shoval G, Nahshoni E i sur. (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, *53*(6), 746-52.

Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, *14*(5), 449-68.

Goldstein M, Peters L, Thornton CE, Touyz SW (2014). The treatment of perfectionism within the eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*, *22*(3), 217-21. doi: 10.1002/erv.2281

Gordon KH, Dombeck JJ (2010). The associations between two facets of narcissism and eating disorder symptoms. *Eating behaviors. 11*(4), 288-92, https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.08.004

Greblo Z (2012). Što se skriva iza pojma "perfekcionizam"? Povijest proučavanja i pregled različitih konceptualizacija perfekcionizma. *Psihologijske teme*, *21*(1), 195-212.

Hewitt PL, Flett GL (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, *60*(3), 456-70.

Hewitt PL, Flett GL, Turnbull-Donovan W (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology*, 31: 181–190. doi:10.1111/j.2044-8260.1992.tb00982.x

Hewitt PL, Flett GL, Weber C (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, *18*(5), 439-60.

Hotujac Lj i sur. (2006). *Psihijatrija.* Zagreb: Medicinska naklada.

Hunter EC, O'Connor RC (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British journal of social and clinical psychology*, *42*(4), 355-65.

Kog E, Vandereycken W, Vertommen H (1985). The psychosomatic family model: A critical analysis of family interaction concepts. *Journal of Family Therapy*, *7*, 31–44. doi:10.1046/j..1985.00663.x

Koutek J, Kocourkova J, Dudova I (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12, 787–93. http://doi.org/10.2147/NDT.S103015

Le Grange D, Lock J (2007). *Treating bulimia in adolescents: a family-based approach.* London; New York: The Guilford Press.

Lloyd S, Schmidt U, Khondoker M, Tchanturia K (2015). Can Psychological Interventions Reduce Perfectionism? A Systematic Review and Meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. *43*(6), 705-31. doi: 10.1017/S1352465814000162.

Marčinko D i sur. (2013). *Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja.* Zagreb: Medicinska naklada.

Marčinko D, Rudan V, ur. (2013). *Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost – doprinos međunarodnoj raspravi.* Zagreb: Medicinska naklada.

Mistler BA (2010). A dissertation presented to the graduate school of the University of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy: Forgiveness, perfectionism, and the role of self-compassion, University of Florida.

Phillipou A, Gurvich C, Castle DJ, Rossell SL (2015). Are personality disturbances in anorexia nervosa related to emotion processing or eating disorder symptomatology? *Journal of Eating Disorders*. *3*(34), DOI 10.1186/s40337-015-0071-1

Pilecki MW, Józefik B (2013). Perception of transgenerational family relationships: Comparison of eating-disordered patients and their parents. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, *19*, 1114–24. http://doi.org/10.12659/MSM.889432

Ruangsri T, (2009). Dissertation submitted to Auckland University of Technology in partial fulfilment of the degree of Masters of Health Science in Psychotherapy: Why food?: An exploration of the psychodynamics of the use of food in eating disordered clients and the implications for treatment, Auckland University of Technology

Satir AD, Goodman D, Shingleton R, Porcerelli J, Gorman B, Pratt ME i sur. (2011). Alliance-Focused Therapy for Anorexia Nervosa: Integrative Relational and Behavioral Change Treatments in a Single-Case Experimental Design. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. *48*(4). 401-20. doi:10.1037/a0026216.

Shipton G (2004). *Working with eating disorders: A psychoanalytic approach.* London; New York: Palgrave Macmillan.

Skårderud F (2007). Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa – an interview study. *European Eating Disorders Review*, *15*(3), 163-74.

Skårderud F (2007). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa – theory. *European Eating Disorders Review, 15*(4), 243-52.

Skårderud F (2007). Eating One's Words, part III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa – an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review, 15*(5), 323-39.

Skegg K (2005). Self-harm. *Lancet, 366, 1471-83*

Stoeber J, Otto K (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*(4) 295-319. doi:10.1207/s15327957pspr1004_2

Turp M (2003). *Hidden self-harm: narratives from psychotherapy.* London; New York: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Von Lojewski A, Fisher A, Abraham S (2013). Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? *Psychopathology. 46*(6), 421-26 https://doi.org/10.1159/000345856

Zubčić T, Vulić-Prtorić A (2008). Multidimenzionalna skala perfekcionizma (MPS-F). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika. 4*, 23-35. Sveučilište u Zadru

11. Životopis

Rođena sam 27.10.1988. u Osijeku. Pohađala sam OŠ Jurja Habdelića u Velikoj Gorici. Maturirala sam 2007. godine u II. Općoj gimnaziji u Zagrebu s odličnim uspjehom. Iste godine upisala sam Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Aktivno govorim i pišem engleski jezik te imam osnovno poznavanje njemačkog jezika. Tijekom početnih godina fakultetskog obrazovanja bila sam član psihijatrijske sekcije.