

# Poremećaji hranjenja i poremećen odnos prema hrani kod djece i adolescenata

---

**Patković, Dragana**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:382646>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-01-25**



*Repository / Repozitorij:*

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



**SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI**  
**MEDICINSKI FAKULTET U PULI**  
**Prijediplomski stručni studij Sestrinstvo**

**Dragana Patković**

**POREMEĆAJI HRANJENJA I  
POREMEĆEN ODNOS PREMA HRANI  
KOD DJECE I ADOLESCENATA**

**Završni rad**

**Pula, 2023.**

**SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI**  
**MEDICINSKI FAKULTET U PULI**  
**Prijediplomski stručni studij Sestrinstvo**

**Dragana Patković**

**POREMEĆAJI HRANJENJA I  
POREMEĆEN ODNOS PREMA HRANI  
KOD DJECE I ADOLESCENATA**

**Završni rad**

**JMBAG:** 0303086466, redovni student

**Studijski smjer:** Prijediplomski stručni studij Sestrinstvo

**Kolegij:** Dijetetika

**Znanstveno područje:** Biotehničke znanosti

**Znanstvena grana:** Nutricionizam

**Mentor:** Vedrana Fontana Mikulić, mag. nutr., pred.

**Pula, 2023.**



## IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani Dragana Patković, kandidat za prvostupnika ovime izjavljujem da je ovaj *Poremećaji hranjenja i poremećen odnos prema hrani kod djece i adolescenata*, rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

U Puli, 26.09.2023. godine.

Student

---



## IZJAVA

### O korištenju autorskog djela

Ja, Dragana Patković, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom *Poremećaji hranjenja i poremećen odnos prema hrani kod djece i adolescenata*, koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama. Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 26.09.2023. godine.

Student

---

# Sadržaj

1. UVOD .....	1
2. POREMEĆAJI HRANJENJA I POREMEĆEN ODNOS PREMA HRANI .....	4
2.1. ČIMBENICI RAZVOJA POREMEĆAJA HRANJENJA .....	11
2.1.1. Biološki čimbenici .....	12
2.1.2. Psihološki čimbenici.....	14
2.1.3. Sociokulturni čimbenici .....	16
2.1.4. Internet kao sociokulturni čimbenik.....	19
2.2. POREMEĆAJI HRANJENJA ZA KOJE POSTOJE DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI .....	22
2.2.1. ANOREKSIJA NERVOZA .....	23
2.2.1.1. Simptomi i znakovi upozorenja – fizički.....	27
2.2.1.2. Simptomi i znakovi upozorenja – emocionalni i bihevioralni .....	29
2.2.2. BULIMIJA NERVOZA .....	30
2.2.2.1. Simptomi i znakovi upozorenja – fizički.....	33
2.2.2.2. Simptomi i znakovi upozorenja – emocionalni i bihevioralni .....	34
2.2.3. POREMEĆAJ S PREJEDANJEM .....	35
2.2.4. POREMEĆAJ HRANJENJA U RANOM DJETINJSTVU .....	38
2.2.4.1. Pika .....	38
2.2.4.2. Poremećaj s ruminacijom .....	39
2.2.4.3. Poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane .....	41
2.2.5. DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJI HRANJENJA ILI JEDENJA.....	44
2.2.6. NESPECIFICIRANI POREMEĆAJI HRANJENJA .....	45
2.3. POREMEĆAJI HRANJENJA ZA KOJE NE POSTOJE DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI .....	46
2.3.1. Ortoreksija nervoza .....	46
3. LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA .....	50
3.1. Liječenje anoreksije nervoze .....	51
3.2. Liječenje bulimije nervoze.....	55
3.3. Liječenje poremećaja s prejedanjem .....	56
3.4. Liječenje poremećaja hranjenja u ranom djetinjstvu .....	56
3.4.1. Liječenje pike .....	56
3.4.2. Liječenje poremećaja s ruminacijom .....	57
3.4.3. Liječenje poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa.....	57

3.5. Liječenje poremećaja hranjenja za koje ne postoje dijagnostički kriteriji .....	59
3.6. Liječenje poremećaja hranjenja u Hrvatskoj .....	59
4. PREVENCIJA I ULOGA MEDICINSKE SESTRE .....	61
5. ZAKLJUČAK .....	66
LITERATURA .....	67
SAŽETAK .....	73
SUMMARY .....	74

## **Popis korištenih kratica**

AN – anoreksija nervoza

BN – bulimija nervoza

Ca – kalcij

CRP – c-reaktivni protein

DM – diabetes mellitus

DKS – diferencijalna krvna slika

DSM - dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

EKG - elektrokardiogram

HCG – humani korionski gonadotropin

ITM – indeks tjelesne mase

JIL – jedinica intenzivnog liječenja

K - kalij

kcal – kilokalorija

KKS – kompletna krvna slika

Mg - magnezij

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

Na - natrij

npr. – na primjer

NZG – nazogastrična sonda

ON – ortoreksija nervoza

OŠ – osnovna škola

SŽS – središnji živčani sustav

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

tj.- to jest

TM – tjelesna masa

TV – tjelesna visina



## 1. UVOD

Hrana održava život i pokreće pojedinca. Sva zbivanja u vezi s ljudskom egzistencijom najuže su povezana s hranom, bilo s gladovanjem pučanstva i pojedinca, bilo s punim zadovoljstvom društva koje može bez problema doći do hrane. Grčki liječnik Hipokrat (460. – 370. prije Krista) prvi je koji je već u to davno doba jasno izrazio misao: „*Medicinska znanost ne bi bila otkrivena niti pronađena i ne bi postala predmetom istraživanja kad bi isto jelo i piće odgovaralo i bolesnu i zdravu čovjeku*“ (Živković, 2002). Stoljećima je postojalo veliko zanimanje za odnos prehrane i tjelesne mase s emocionalnim i fiziološkim zdravljem.

Nazivi poput poremećaji prehrane, poremećaji jedenja i prehrambeni poremećaji te poremećaji uzimanja hrane primjeri su različitih izraza koji se koriste se kod opisivanja poremećaja hranjenja. „Smatraju se trećom najučestalijom kroničnom bolesti kod adolescenata, a često su prisutni i kod djece te ih treba doživljavati kao značajan problem“ (Knez i sur., 2008). Svjetska stopa prevalencije poremećaja hranjenja od početka 21. stoljeća do 2018. godine povećala se sa 3.4% na 7.8% (Havrle, 2022). Poremećaji hranjenja povezani su s prehrambenim navikama i ponašanjem, a karakteristični su za razvijene zapadne zemlje (Batista i sur., 2018).

Smatra se da posljednjih desetljeća poremećaji hranjenja imaju sve češću pojavnost u SAD-u. Prema nekim podacima navodi se da je 1-2% adolescenata koji boluju od anoreksije, a 2-4% koji boluju od bulimije nervoze, dok u Velikoj Britaniji ima 70 000 pacijenata koji boluju od anoreksije i 125.000 pacijentica koji boluju od bulimije nervoze, sa pretpostavkom o velikom broju osoba kod kojih dijagnoza nije postavljena (Pačić-Turk, Tomašić, Divčić, 2013). Prema posljednjim epidemiološkim procjenama u Republici Hrvatskoj 40.000 ljudi ima zdravstveni problem poremećaja hranjenja (Dnevna bolnica za poremećaje hranjenja, 2021). „Istraživanje na uzorku hrvatskih srednjoškolaca pokazalo je da čak 50.4% djevojaka i 24% mladića ima iskustva sa provođenjem dijete. Nezadovoljstvo tijelom dovodi do negativnih stavova prema hranjenju, zabrinutosti tjelesnom masom i dijetom te naposljetku može dovesti do poremećaja hranjenja. “Raširenost poremećaja hranjenja direktno je proporcionalna s učestalošću provođenja restriktivne dijete“ (Pokrajac, Mohorić, Đurović, 2007). Kod adolescenata dolazi do sve češće pojave zabrinutosti za svoje tijelo i pokušaja držanja restriktivnih dijeta koji zabrinjavaju jer ovakvi modeli ponašanja čine rizične čimbenike

za kasniji razvoj poremećaja hranjenja (Ambrosi – Randić, 2004). „Uz epidemiologiju poremećaja hranjenja vežu se i specifični problemi jer oboljeli nastoje umanjiti ili prikriti svoje zdravstveno stanje te izbjeći stručnu pomoć, ali i pored toga može se reći da su poremećaji hranjenja treća najčešća kronična bolest kod adolescenata“ (Knez i sur., 2008).

Iako se poremećaji hranjenja pretežito javljaju kod mlađih osoba, prema rezultatima istraživanja koje su proveli Sveučilište Sjeverne Karoline u Chapel Hillu i časopis SELF (online istraživanje na uzorku od 4.023 žena koje su detaljno odgovarale na pitanja o svojim prehranbenim navikama), 65% američkih žena u dobi od 25 do 45 godina ima poremećen odnos prema hrani što pokazuje da se ove navike mogu javiti kod žena svih rasa i etničkih skupina te da se mogu pojaviti i u odrasloj dobi ili prijeći u kronični oblik (Carolina Public Health, 2008). Prema jednom istraživanju, 75% žena prijavilo je da ima poremećen odnos prema hrani ili simptome koji se odnose na poremećaje hranjenja, 53% žena, iako već ima poželjnu tjelesnu masu, i dalje pokušava smršavjeti, njih 39% navodi da zabrinutost za hranu ili tjelesnu masu utječe na njihovo zadovoljstvo dok 27% njih smatra da bi bili "izuzetno uznemireni" ako bi dobili samo pet kilograma, a 13 % njih puši kako bi smršavjelo (Carolina Public Health, 2008).

Smatra se da se danas pridaje velika važnost tjelesnom izgledu, a ideali ženske ljepote, koji podrazumijevaju vitkost, vrlo često graniče sa ekstremnom mršavošću. Takvi ideali često su promicani od strane medija i modne industrije. Istovremeno se danas bilježi i porast stope pretilosti u zemljama u razvoju kao posljedicu sjedilačkog načina života, manje tjelesne aktivnosti te prehrane koja sadrži industrijski prerađene namirnice (Božić i sur., 2017). Iako je pažnja više usmjerena na žene, danas su i muškarci sve češće izloženi medijskim pritiscima usmjerenih na dijete i mišićava tijela, što je dovodi do dramatičnog porasta poremećaja hranjenja i kod muškaraca (Božić i sur., 2017).

Izloženost takvom sociokulturnom pritisku, usmjerenog najviše prema osobama ženskog spola, ali sve više i prema osobama muškog spola, reflektira se na psihičko zdravlje, a samim time i na pojavu različitih simptoma karakterističnih za poremećaje hranjenja (Simić, 2022). „U pogledu terminologije moramo naglasiti da se u prijevodima na hrvatski jezik klasifikacija MKB-10 i DSM-IV ovi poremećaji nazivaju poremećajima hranjenja iako bi ispravan prijevod s engleskoga bio poremećaji jedenja (eng. *eating*

*disorders*) jer taj oblik naglašava aktivnu ulogu pacijenta u manifestacijama poremećaja“ (Vidović, 2009). Iako se liječenje najčešće provodi u ustanovama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, uloga primarne zdravstvene zaštite nije zanemariva (Palčevski i sur., 2008).

**Svrha** ovog rada je predstaviti i definirati poremećaje jedenja i poremećen odnos prema hrani kod djece i adolescenata, u dobi kada i samo odrastanje predstavlja veliki izazov, opisati simptome i znakove poremećaja, čimbenike pojavljivanja te tretmane kojima se ovi problemi liječe ili kojima se ublažavaju simptomi.

### **Metodologija rada**

Radi se o analitičkom, retrospektivnom radu te je za pisanje ovog rada korištena pristupačna, relevantna literatura dostupna putem interneta, znanstvenih članaka, istraživačkih radova, udžbenika te druge dostupne literature. Rad je strukturiran u nekoliko dijelova, odnosno naslova i podnaslova.

## 2. POREMEĆAJI HRANJENJA I POREMEĆEN ODNOS PREMA HRANI

Hranjenje se može definirati kao proces kod kojeg su uključeni doživljaji vanjskog, a tako i unutarnjeg svijeta te je povezan sa iskustvima i emocijama još od najranijeg razvoja (Marčinko, 2013). „Poremećaji hranjenja i jedenja obilježavaju trajne smetnje s jedenjem ili postupcima povezanim s jedenjem koje dovode do promjena u uzimanju ili apsorpciji hrane, što značajno šteti tjelesnom zdravlju ili psihosocijalnom funkcioniranju“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Ravnoteža unosa i potrošnje energija bitna je za regulaciju rasta, razvoja pretilosti, odnosno pothranjenosti (Bralić i sur, 2014).

Danas postoji sve više osoba koje se svojim prehrambenim preferencijama razlikuju od onoga što se smatra adekvatnim i normalnim. Takva odstupanja i razlikovanja mogu biti pokazatelji da je kod većine slučajeva riječ o određenom psihičkom problemu koji se zajednički naziva poremećaj hranjenja (Simić, 2022). Poremećaji hranjenja i jedenja česti su medicinski i psihološki problem u adolescenciji (Vidović, 2009), doba koje predstavlja prijelazno razdoblje između djetinjstva i odrasle dobi te u kojemu dolazi do raznih emocionalnih i kognitivnih promjena praćenih individualizacijom, odnosno periodom u kojemu pojedinac izgrađuje osobni identitet, vlastite vrijednosti i stavove (Grgić, 2023), a mogu se javiti i u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu (Vidović, 2009) pa se zbog toga klasificiraju kao razvojni poremećaji (Ambrosi – Randić, 2004). Svi su dijelom psihijatrijske prirode (Ćuk i Rožman, 2021).

Obično se poremećaji hranjenja registriraju u ranoj adolescenciji kao anoreksija ili bulimija. Smetnje hranjenja mogu se pojaviti već u ranoj dječjoj dobi u obliku jedenja nejestivih stvari i taj poremećaj može nestati odrastanjem (Moro, Frančišković i sur, 2011). Nastup poremećaja hranjenja kod djece odnosi se na poremećaje hranjenja koji se pojavljuju prije 14. godine. Ponekad se koristi i termin „rani nastup“, no on dovodi do zabune jer neki autori njime označavaju nastup u adolescenciji (do 18.god) za razliku od nastupa u odrasloj dobi (Ambrosi – Randić, 2004).

U razdoblju rane adolescencije, kada se mlade osobe suočavaju sa mnogim tjelesnim promjenama, uključujući i povećanje masnih naslaga, tjelesni izgled u tom razdoblju nerijetko odstupa od društvenog ideala ženskog tijela. To adolescenti mogu vidjeti kao

potencijalan razlog za mnoge odstupajuće prehrambene navike kao što su neredoviti obroci i restriktivne dijetete kako bi postigli mršavost (Livazović i Mudrinić, 2016).

Kako se simptomi anoreksije i bulimije nervoze mogu jednim dijelom preklapati, u novije vrijeme sve češće su i mješovite slike, odnosno prelazak iz jednog poremećaja u drugi. Kod nekih osoba mogu se naći i karakteristike oba poremećaja pa se tada koristi izraz „atipični poremećaj hranjenja“ (Marčinko, 2015).

Međutim, iako nisu ispunjeni ovi kriteriji, ne mora nužno značiti da osoba ima zdrav odnos prema hrani i tjelesnoj masi. Primjerice, simptomi poremećenog odnosa prema hrani mogu sadržavati simptome slične onime kod poremećaja hranjenja poput ograničavanja unosa hrane, preskakanje obroka, prejedanja, izazivanja povraćanja (samoprovocirano povraćanje ili pretjerana tjelesna aktivnost) te korištenje tableta za mršavljenje i/ili laksativa (Psychology Today, 2014).

Kada bi promatrali načine hranjenja ljudi, mogli bi ih svrstati u tri opsežne skupine. Prva bi bila uobičajeni odnosno intuitivni način hranjenja ili zdrav odnos prema hrani u kojem osobe kroz prehranu brinu o sebi, ali prehrana ne predstavlja opterećenje; većinom jedu u skladu sa svojim fizičkim potrebama, odnosno prvenstveno zadovoljavaju svoje potrebe za hranom, a ponekad i želje za hranom. Ovakav način prehrane ni na koji način ne narušava njihovo svakodnevno fizičko i društveno funkcioniranje. Zatim postoji poremećen odnos prema hrani kojem se pridaje sve više pažnje jer se pokazalo da je velik postotak osoba u razvijenim zemljama, osobito žena, koji ima poremećen odnos prema hrani. Za poremećen odnos prema hrani ne postoji službena dijagnoza i ne postoje službeni dijagnostički kriteriji. Ovakav oblik ponašanja u hranjenju ostaje često neprepoznat jer je društveno prihvatljiv odnosno smatra se uobičajenim i podržava se preskakanje obroka, razne restrikcije i hrane i količine hrane te osjećaj srama i krivnje oko jedenja određene hrane. Uz zdrav i poremećen odnos prema hrani imamo i poremećaje hranjenja koji su službeno priznati kao dijagnoza i koji mogu vidno narušavati fizičko, psihičko i društveno funkcioniranje osobe.

Poremećen odnos prema hrani se može opisati na način da se obrasci hranjenja razlikuju od kulturalnog standarda, odnosno normativnog načina jedenja od tri glavna obroka dnevno (uz opcionalne međuobroke), koji se često nalazi u zapadnim kulturama. Svako odstupanje od kulturalnih normi upućuju na mogućnost razvoja poremećenog odnosa prema hrani, a ta odstupanja mogu biti povezana sa kasnijim

razvojem poremećaja hranjenja. Poremećen odnos prema hrani koji uključuje takva odstupanja od kulturalnih normi većinom je praćen osjećajem srama, krivnje te anksioznosti ili drugim neugodnim emocionalnim stanjima vezanim uz konzumaciju hrane i promišljanja o hrani.

Kod osoba koje imaju poremećen odnos prema hrani vrlo često se samopoštovanje temelji u velikoj mjeri ili čak isključivo s obzirom na oblik tijela i tjelesne mase. Osobe mogu imati poremećaj u načinu na koji doživljavaju svoje tijelo, primjerice osoba koja se nalazi u zdravom rasponu tjelesne mase, ali i dalje misli da ima prekomjernu tjelesnu masu. Osobe mogu prekomjerno i kompulzivno vježbati. Također mogu opsesivno brojati kalorije ili pratiti svoj unos hrane. Pristup prehrani je strog poput konzumiranja samo određene hrane, nefleksibilno vrijeme obroka, odbijanje konzumiranja hrane u restoranima ili izvan vlastitog doma (Psychology Today, 2014).

Prema svemu navedenom možemo vidjeti kako se većina opisanog potiče i podržava od strane društva kao način brige o zdravlju i tijelu, a zapravo predstavlja jedan opterećujući način funkcioniranja koji može negativno utjecati na zdravlje pojedinca.

Precizne procjene poremećenog odnosa prema hrani teško su dostupne, ali smatra se da pogađa između 50% i 70% žena. U uzorku od preko 1600 adolescenata, 61% osoba ženskog spola i 28% osoba muškog spola prijavilo je poremećen odnos prema hrani (primjerice, izgladnjivanje ili preskakanje obroka, konzumiranje malih količina hrane, pušenje cigareta radi gubitka tjelesne mase). U jednom novijem istraživanju adolescenata u Velikoj Britaniji iz 2018. godine, navodi se da je među četrnaestogodišnjacima koji su sudjelovali u istraživanju, njih 17,9% imalo značajne brige u vezi svojeg izgleda i tjelesne mase, dok je u uzorku šesnaestogodišnjaka njih 40,7% imalo neki oblik poremećenog odnosa prema hrani (izgladnjivanje, čišćenje ili prejedanje), od toga je 11,3% bilo u skladu s dijagnostičkim kriterijima za poremećaje hranjenja. Smatra se da se više restriktivnih dijeta za mršavljenje, bilo da se radi o isprekidanom postu, alkalnoj dijeti (eng. *alkaline diet*) ili keto dijeti (eng. *ketogenic diet*), može svrstati, po definiciji, pod poremećen odnos prema hrani. Smatra se da i 35% osoba koje započnu s restriktivnom dijetom kroz vrijeme mogu razviti potrebu za mršavljenjem koja može imati patološke karakteristike. Od tih osoba, 20-25% može razviti poremećaje hranjenja (Psychology Today, 2014).

Ono što je možda još problematičnije, jer je prikriveno i normalizirano, jesu proizvoljna pravila koja se odnose na hranu što znači da osobe ne moraju nužno biti na restriktivnoj dijeti, ali mogu usvojiti brojna uvjerenja vezana uz hranu i izgled, količinu hrane i način hranjenja koja ih čine anksioznima i nezadovoljnima te mogu upućivati na poremećen odnos prema hrani.

Bitno je razlikovati poremećen odnos prema hrani od poremećaja hranjenja. Osobe koje boluju od poremećenog odnosa prema hrani imaju slične ili iste simptome kao osobe koju boluju od poremećaja hranjenja, a razlika se svodi na stupanj ozbiljnosti tih simptoma. Oni se pojavljuju rjeđe ili je stupanj ozbiljnosti niži. Međutim, poremećen odnos prema hrani treba shvatiti ozbiljno, iako simptomi možda nisu toliko ekstremni kao kod dijagnosticiranog poremećaja hranjenja. Kod osoba sa poremećenim odnosom prema hrani postoji rizik od razvoja poremećaja hranjenja i vjerojatno je da u anamnezi postoji povijest depresije i/ili anksioznosti ili postoji rizik za razvoj anksioznosti i depresije u nekom trenutku u budućnosti (Psychology Today, 2014).

Osobe koje boluju od poremećaja hranjenja trebaju potražiti stručnu pomoć budući da poremećaji hranjenja mogu utjecati na svaki organski sustav u tijelu. Vjerojatnost tjelesnog i emocionalnog oporavka veća je ukoliko se osoba s poremećajem hranjenja ranije obrati liječniku (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022). „Glavna karakteristika poremećaja hranjenja je to što sekundarne smetnje nastaju ponajprije zbog promjena u hranjenju, a ne zbog bilo koje druge tjelesne ili psihičke bolesti“ (Marčinko, 2013). „Ljudi oboljeli od poremećaja hranjenja dijele sličnu svakodnevnicu. Oboljele osobe cijeli dan podređuju hrani i odnosu prema njoj – razmišljaju što i kada će jesti, jesu li previše ili premalo pojeli, kako će se iskupiti za prekomjernu konzumaciju hrane kao i na koji način ju mogu izbjeći. Stoga se njihovi simptomi mogu svesti na poremećenu sliku o vlastitom tijelu, poremećene navike jedenja te gubitak ili dobitak na tjelesnoj masi koji vode bitnom smanjenju kvalitete života i oštećenjima socijalnog i osobnog razvitka“ (Simić, 2022).

Veliki utjecaj tjelesnog izgleda i tjelesne mase u samoevaluaciji pojedinca, pored neredovitih i neadekvatnih obrazaca hranjenja, predstavlja zajedničko obilježje različitih oblika poremećaja hranjenja (Božić i sur., 2017), no tjelesna masa, „odnosno debljina i mršavost, rezultat su složenih bioloških, psiholoških i socijalnih procesa“ (Ambrosi – Randić, 2004). Iako su anoreksija nervoza i bulimija nervoza najpoznatiji

poremećaji hranjenja, poremećaj s prejedanjem smatra se najčešćim poremećajem. Poremećaj s prejedanjem je 2013. godine uvršten u DSM – V kao zasebni poremećaj hranjenja.

Treba napomenuti da se pretilost (gojaznost) trenutno ne ubraja u poremećaje hranjenja, nego je uključena u MKB (Međunarodna klasifikacija bolesti) „kao poremećaj općeg zdravstvenog stanja jer nedostaju evidentni dokazi da je povezana sa psihološkim sindromom i sindromom ponašanja“ (Ambrosi – Randić, 2004).

Određeni ključni simptomi poremećaja hranjenja (npr. preokupacija težinom i njezina kontrola) mogu se pronaći, s različitim razinama intenziteta, u svim glavnim dijagnozama poremećaja hranjenja, dok se drugi simptomi (npr. ponašanje čišćenja) odnose na neke pojedince unutar glavnih kategorija poremećaja hranjenja, ali ne na sve. Kao rezultat toga, pacijenti s dijagnozom anoreksije nervoze, bulimije nervoze i poremećaja hranjenja koji nisu drugačije specificirani mogu biti vrlo slični u pogledu nekih simptoma, ali različiti u pogledu drugih (Spindler i Miloš, 2007).

Anoreksija i bulimija predstavljaju poremećaj u hranjenju koji se pojavljuje u prvom redu u prethodno zdravih mladih osoba koje su razvile opsesiju održavanja vitkosti. Kritični znak koji razlikuje ta dva poremećaja je tjelesna masa koja je kod anoreksije najčešće ispod vrijednosti za normalnu tjelesnu masu ( $ITM < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ), a kod bulimije je često normalna tjelesna masa ili su pacijentice prekomjerne tjelesne mase i pretile (Sedić, 2007). „Neke osobe s poremećajima hranjenja često se važu te su zato zabrinute za svako, pa i najmanje variranje u tjelesnoj masi, a druge pak potpuno izbjegavaju vaganje i stalno su u strahu zbog težine“ (Ćuk i Rožman, 2021). Ponavljano vaganje ohrabruje osobe da se usmjeravaju na svoju težinu samokritično i s ogorčenjem što rezultira negativnim promjenama u raspoloženju i samopoštovanju. Osobe sa poremećajima hranjenja razlikuju se usporedno s drugim osobama po učestalosti vaganja. „U općoj populaciji 60% žena važe se 1 – 4 puta mjesečno, 20% uopće se ne važe, a preostalih 20% važe se više od 4 puta mjesečno. Kod osoba s poremećajima hranjenja (posebno kod bulimije i poremećaja s prejedanjem) broj onih koji se važu 1 – 4 puta mjesečno nešto je manji i iznosi 35% – 45 %, no povećan je broj onih koji se važu 9 – 27 puta mjesečno i iznosi 25%. U skupini osoba koje boluju od bulimije čak se 27% osoba važe više od 28 puta mjesečno“ (Ambrosi – Randić, 2004).



Isto tako, može se primijetiti prisutnost zaokupljenosti oblikom tijela, što objašnjava često provjeravanje izgleda tijela (primjerice, promatranje dijelova tijela u ogledalu, dodirivanje nakupina sala rukama, uspoređivanje vlastita tijela s tijelima drugih osoba). Ponekad, prevelika važnost koja se pridaje tjelesnoj masi i obliku tijela, može rezultirati osjećajem prezira prema vlastitom tijelu, što se kasnije može manifestirati izbjegavanjem gledanja vlastitog tijela ili osoba može izbjegavati izlaganje pojedinih dijelova tijela pogledima drugih ljudi (Ćuk i Rožman, 2021).

Indeks tjelesne mase (ITM) najčešća je metoda koja se koristi za procjenu stanja uhranjenosti te učestalosti pothranjenosti i pretilosti unutar populacije (Božić i sur., 2017). Razvio ga je Adolphe Quetelet tijekom 19. stoljeća (Svjetska zdravstvena organizacija), a izražava težinu u odnosu na visinu i izračunava se prema formuli: tjelesna težina u kg (kilogramima) podijeljena kvadratom visine izraženim u metrima –  $ITM = \text{kg}/\text{m}^2$  (Ambrosi – Randić, 2004). Na primjer, odrasla osoba koja teži 70 kg i čija je visina 1,75 m imat će ITM od  $22,9 \text{ kg}/\text{m}^2 \rightarrow 70 \text{ (kg)}/1,75^2 \text{ (m}^2) = 22,9 \text{ kg}/\text{m}^2$  (Svjetska zdravstvena organizacija).

ITM se može relativno jednostavno izračunati ili očitati iz tablice. „Vrijednosti preporučenog ITM-a iste su za oba spola, iznosi 18,5 – 24,9 kg/ m<sup>2</sup> prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije za europsko stanovništvo. Ove se norme mogu primjenjivati za muškarce i žene iznad 16 godina, dok je za djecu i adolescente neophodno upotrebljavati tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol“ (Ćuk i Rožman, 2021).

U svakidašnjoj praksi u Hrvatskoj najčešće se primjenjuju standardi Svjetske zdravstvene organizacije – *WHO Child Growth Standards* za praćenje rasta predškolske djece i nacionalne krivulje za djecu od 6,5 godina do 18 godina (Bralić i sur, 2014). Kod djece, ITM se izračunava kao za odrasle, a zatim se uspoređuje sa z- rezultatima ili percentilima. Tijekom djetinjstva i adolescencije omjer težine i visine varira ovisno o spolu i dobi tako da su granične vrijednosti koje određuju stanje uhranjenosti osoba u dobi od 0 do 19 godina specifične za spol i dob (Svjetska zdravstvena organizacija).

Poremećaji hranjenja u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu mogu rezultirati neuspjehom ili usporavanjem fizičkog i psihičkog napretka djeteta. Nedostatan unos hranjivih tvari može negativno utjecati na tjelesni razvoj, osobito na razvoj mozga što

posljedično utječe na kognitivni i emocionalni status djeteta u budućnosti. Slabo fizičko i psihičko napredovanje te sazrijevanje djeteta može biti uzrokovano lošim socioekonomskim stanjem obitelji ili zlostavljanjem djeteta (Vidović, 2009). „Dječji nastup poremećaja hranjenja treba jasno razlikovati od poremećaja uzimanja hrane u ranom djetinjstvu“ (Ambrosi – Randić, 2004), od poremećaja hranjenja u dojenačkoj dobi ili izbirljivosti u djece. Najranija poznata dob u kojoj su opisana djeca s anoreksijom nervozom je dob od sedam godina. Važno je napomenuti kako je većinom riječ o anoreksiji budući da se bulimija nervoza rijetko javlja prije četrnaeste godine (Vidović, 2009). „Smatra se da je ranija prisutnost poremećaja hranjenja povezana sa pogoršanim dugoročnim ishodom“ (Grgić, 2023).

Kako bi se postavila dijagnoza ovih bolesti neophodno je ispunjavanje dijagnostičkih kriterija navedenih u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-5), odnosno Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB). Naime, uporaba strogo definiranih kriterija kod dijagnosticiranja može otežati uočavanje poremećaja hranjenja u ranoj fazi i njegovim asimptomatskim oblicima pa se zato velika pažnja pridaje odstupajućim obrascima ponašanja kod hranjenja (Knez i sur., 2008). Također, mnogi oboljeli kriju svoje smetnje te i zbog toga dijagnosticiranje poremećaja hranjenja može biti otežano. „Međutim, ukoliko su kod adolescenta prisutni nagli ili postupni gubitak na tjelesnoj masi uz umor, tjeskobu, stres, depresiju, glavobolju, gubitak kose, krhke nokte ili nepodnošenje hladnoće treba posumnjati na prisustvo poremećaja hranjenja“ (Palčevski i sur., 2008). U kliničkoj praksi vrlo često se događa da se pacijenti “ne uklapaju”, nego se mnogi od njih moraju svrstati u “nespecifične poremećaje jedenja” (Vidović, 2009).

Veliki problem kod poremećaja hranjenja je u neuočavanju navedenih simptoma, ili neprihvatanju prisustva problema, što dovodi do narušenog fizičkog i mentalnog stanja sa lošim ishodom bolesti (Ćuk i Rožman, 2021). „Ranim otkrivanjem i praćenjem oboljelih može se prevenirati prelazak bolesti u kronični oblik i nastanak brojnih zdravstvenih problema“ (Ćuk i Rožman, 2021).

## 2.1. ČIMBENICI RAZVOJA POREMEĆAJA HRANJENJA

U etiologiji zasebnih poremećaja hranjenja (anoreksije, bulimije, poremećaj s prejedanjem) navode se različiti biološki, psihološki, osobni i okolinski čimbenici čime se ističe kompleksnost uzroka spomenutih poremećaja (Božić i sur., 2017). Ovi čimbenici mogu različito djelovati kod različitih ljudi tako da dvije osobe s istim poremećajem hranjenja mogu imati vrlo različite perspektive, iskustva i simptome (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

„Razvoj poremećaja hranjenja može se sagledati kao proces koji se sastoji od tri različita stadija. Početni stadij obuhvaća vrijeme od rođenja do pojave onoga što nazivamo prethodnicom u ponašanju. Tijekom tog razdoblja pojedinac može biti izložen predisponirajućim čimbenicima. Ti se čimbenici, prema definiciji, javljaju prije nastupa poremećaja hranjenja i povećavaju rizik za njegov razvoj. Drugi stadij obuhvaća razdoblje od razvoja prethodnika do jasnog nastupa poremećaja. U najvećem broju slučajeva prethodnik je restriksijska dijeta koja se često javlja prije anoreksije i bulimije nervoze“ (Ambrosi – Randić, 2004). U tom razdoblju precipitirajući čimbenici u kombinaciji s restriksijskom dijetom mogu povećati opasnost za nastanak poremećaja. Neka istraživanja ukazuju na to da tijekom adolescencije 80% mladih provodi restriksijsku dijetu, a utjecaj takvog postupanja na zdravlje je dvoznačan (Ambrosi – Randić, 2004).

Iako dijetoterapija potencijalno može biti učinkovit način liječenja kod određenih bolesti kod kojih se pokušava i kroz prehranu spriječiti ili ublažiti poremećaji kao što su kardiovaskularni poremećaji i dijabetes, ipak, treba pažljivo pristupiti jer svaki postupak koji podsjeća na restrikciju može imati utjecaja na razvoj poremećaja hranjenja budući da je restriksijska dijeta u adolescenciji povezana s nastankom poremećaja hranjenja. Premda još nije točno razjašnjena uloga restriksijske dijetete u nastanku poremećaja hranjenja, osobe koje provode restriksijsku dijetu smatraju se posebno rizičnom skupinom za razvoj poremećaja hranjenja.

Tri su načina kojima osobe koje drže restriksijsku dijetu pristupaju:

- 1) izbjegavanje jela (npr. izbjegavanje jela između dvije epizode prejedanja)
- 2) ograničavanje količine (kontrola nad količinom hrane)

3) izbjegavanje hrane (izbjegavanje određene vrste hrane, često se opisuje kao „zabranjena“, „loša“ i „opasna“) (Ambrosi – Randić, 2004).

„U ovom se kontekstu nameće jedno vrlo značajno pitanje - koji su to čimbenici koji u kombinaciji s dijetom mogu dovesti do poremećaja hranjenja? Među događajima koji mogu predstavljati precipitirajuće čimbenike nalazimo one koji su dio normalnog razvoja kao što su nastup puberteta, napuštanje roditeljskog doma ili početak novih veza, no isto tako nalazimo i one negativne - smrt bliske osobe, bolest te različite komentare u vezi s izgledom. U trećem stadiju održavajući čimbenici u interakciji sa zaštitnim određuju kada će bolest nastupiti i hoće li biti prolaznog karaktera ili će se uvrstiti kao kronična“ (Ambrosi – Randić, 2004). Prema Bralić (2014) prisutnost nekih čimbenika rizika ne znači nužno da će se bolest razviti i obrnuto – odsutnost čimbenika rizika nije jamstvo da se bolest neće pojaviti. Pubertet je sam po sebi čimbenik rizika za razvoj poremećaja prehrane, koji se smatra neprikladnim odgovorom na pubertetske događaje (Batista i sur., 2018). Uzroci nastanka poremećaja hranjenja mogu biti biološki, psihološki i socijalni (Vidović, 2009).

#### 2.1.1. Biološki čimbenici

U biološke čimbenike ubrajamo naslijeđe, smetnje u metabolizmu i lučenju hormona, dob, pubertetske promjene, spol i dr. Ovi elementi sami po sebi ne mogu objasniti poremećaje hranjenja, već predstavljaju elemente koji „olakšavaju“ razvoj poremećaja. Dobivaju na snazi kada se isprepliću s drugim varijablama sociokulturne prirode, a javljaju se kod pojedinaca koji se posebno ranjivi sa psihološkog aspekta kao npr., osobe niskog samopoštovanja (Ambrosi – Randić, 2004).

„Biološka predispozicija je djelomično genetska“ (Vidović, 2009). Tvrdnje da su uzroci nastanka anoreksije nervoze genetskog podrijetla nisu nove. Već 1860. god. Marce govori o „predispoziciji bolesti koja je uzrokovana naslijeđem“ (Ambrosi – Randić, 2004). Iako su provedena brojna istraživanja, još uvijek se ne može sa sigurnošću utvrditi je li prijenos anoreksije nervoze uglavnom uzrokovan genetskim ili okolinskim čimbenicima. Neki autori su ustanovili prisustvo rizičnih čimbenika u prenatalnom i perinatalnom razdoblju (Ambrosi – Randić, 2004). „U bliskoj obitelji često se nalaze osobe s poremećajem hranjenja, one s poremećajem afekata (depresija), osobe

sklone ovisnostima, posebno o alkoholu ili drogama te osobe koje boluju od dijabetesa“ (Vidović, 2009).

Bitne podatke navode i neka istraživanja poremećaja hranjenja kod djece školskog uzrasta, a oni se odnose na podatke da djeca već u osnovnoj školi priželjkuju mršav izgled, više od onoga kako trenutno izgledaju. U prosjeku 45% njih navodi kako želi biti mršavije, 37% pokušava smanjiti tjelesnu masu, a 6,9% djece na adaptiranoj verziji Upitnika navika hranjenja (eng. *Eating Attitude Testa ili EAT-26*) ostvaruje rezultat u okviru patološkog. Odbijanje hrane, rituali tijekom obroka, fobična ponašanja i visok rezultat na razini internalizacije na Skali procjene ponašanja djece (eng. *Child Behavior Checklist - CBCL*) prisutni su u djece školske dobi (Ambrosi – Randić, 2004). Rana je adolescencija razdoblje koje uključuje prijelaz iz djetinjstva u adolescenciju, a središnju odrednicu predstavljaju začeci tjelesnih promjena povezanih s pubertetom. Smatra se da na mnoge aspekte ranog adolescentnog razvoja i iskustva utječu tjelesne, ali i s njima povezane hormonalne promjene. Razlike u proporciji tjelesnih masnoća između žena i muškaraca povezane su sa spolno tipičnim, hormonalnim funkcioniranjem. „Prosječan 18 -godišnji mladić troši 25% kcal više nego 12 – godišnjak, dok je proporcija masnoće u njihovom tjelesnom sastavu tek neznatno promijenjena. S druge strane, djevojke nakon puberteta jedu manje nego što su jele kao 12 – godišnjakinje, no proporcija masnoće u njihovom tjelesnom sastavu bitno je veća jer se energija više ne troši za potrebe rasta“ (Ambrosi – Randić, 2004).

Kod poremećaja hranjenja može se primijetiti kako je prevalencija za osobe ženskog spola viša u odnosu na prevalenciju za osobe muškog spola. „Mnoga istraživanja ukazuju na to da su žene nezadovoljnije svojim tijelom od muškaraca, a izgleda da je upravo tjelesna masa prvi izvor tog nezadovoljstva. Kod oba spola atletski status može predstavljati faktor rizika za razvoj poremećaja hranjenja i zabrinutosti zbog tijela. Utvrđeno je da su gimnastičari, atletičari, *body builderi*, veslači i hrvači skupine s povećanim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja“ (Ambrosi – Randić, 2004).

### 2.1.2. Psihološki čimbenici

U psihološke faktore ubrajamo depresivnost, anksioznost, sniženo samopoštovanje, poremećaje ličnosti, poremećaje predodžbe o tijelu, traumatska iskustva, perfekcionizam, probleme u autonomiji i sl. Za mnoge je ljude tjelesna shema središnja kognitivna struktura sustava o sebi. Aktivacija te tjelesne sheme može obojiti percepciju drugih aspekata o sebi. Osjećaj samopoštovanja usko je povezan sa zadovoljstvom tijela ili tjelesnim samopoimanjem (eng. body image) (Ambrosi – Randić, 2004). „Pearlson i suradnici (1981) ističu da je riječ o dvodimenzionalnom konstrukt koji u sebi sadrži percepcije tijela i stavove prema tim perceptima“ (Lemut, 2014). Budući da se u našoj kulturi velika pažnja posvećuje izgledu, nije začuđujuće kako mnoge mlade žene, bez obzira na to imaju li poremećaj hranjenja ili ne, smatraju da njihova vrijednost ovisi o posjedovanju idealnog tijela (Ambrosi – Randić, 2004). Budući da je vanjski izgled genetski definiran i ne može se utjecati na taj ishod, vrlo je bitno kakva će biti reakcija okoline na tjelesni izgled jer će upravo reakcija okoline utjecati na razvoj tjelesnog samopoimanja kod mladih osoba (Lemut, 2014).

Naglo promijenjeni oblik i dimenzije tijela imaju psihičke posljedice koje se prvenstveno ogledaju kao negativna percepcija tijela i negativna samoevaluacija. Stavovi se formiraju u ranoj adolescenciji u odnosu na tijelo, a prehrana može u konačnici pogodovati razvoju kliničke slike poremećaja hranjenja (Batista i sur, 2018). „Osnovna pretpostavka kognitivno-bihevioralnih modela je iskrivljena slika o tjelesnoj masi i izgledu tijela, a uključuje fobiju od debljine ili težnju da se dostigne izgled žene promican u društvu. Djevojke se u pubertetu suočavaju s tjelesnim promjenama, različitim osjećajima vezanim uz vlastito tijelo te reproduktivnim statusom koji zahtijeva reorganizaciju slike o sebi, a u tom pogledu među njima postoje velike individualne razlike“ (Pačić-Turk, Tomašić, Divčić, 2013).

U jednom kanadskom istraživanju na uzorku od 277 studenata oba spola, napominje se kako „studentice imaju negativniju sliku o sebi, više ulažu u izgled i češće imaju negativne emocije vezane uz izgled tijela, za razliku od studenata. Također, pokazalo se da djevojke žele promijeniti svoju tjelesnu masu i biti mršavije nego što jesu, dok su mladići nezadovoljni izgledom mišića gornjeg dijela tijela (prsa, trbuh i ruke)“ (Lemut, 2014).

Samopoštovanje žena prije puberteta i u adolescenciji bitan je čimbenik u njihovoj predodređenosti za razvoj poremećaja hranjenja (Batista i sur., 2018). „Problem u području samopoštovanja javlja se kada samopoštovanje nije internalizirano, već je vezano uz vanjske faktore kao što su tjelesni izgled ili situacije u kojima čine nešto za nekoga drugog“ (Ambrosi – Randić, 2004).

Neki autori smatraju kako su žene danas u statusu unutarnjeg sukoba zbog očekivanja da istodobno budu uspješne u više različitih uloga (Pačić-Turk, Tomašić, Divčić, 2013). Često isticanje vitkosti i negativno percipiranje pretelih osoba, može izazvati intenzivan osjećaj nezadovoljstva tijelom i zabrinutosti tjelesnom masom, osobito kod osoba ženskog spola (Pokrajac, Mohorić, Đurović, 2007).

Za većinu mladih cura društveni ideal ljepote biološki je nedostižan što može rezultirati niskim samopouzdanjem nakon neuspjelih pokušaja postizanja takvog ideala. Nezadovoljstvo tijelom dovodi do depresije ako je praćeno visokim stupnjem važnosti koja se pridaje predodžbi o tijelu. Depresivni simptomi mnogo su češći u akutnoj fazi poremećaja hranjenja, nego u remisiji. Isto tako depresivni poremećaj nije jednak kod svih tipova poremećaja hranjenja, već izgleda posebno učestao kod varijanti s bulimijom gdje je pacijent uznemiren gubitkom kontrole nad vlastitom prehranom. Biološki i psihološki faktori u recipročnoj su interakciji što stvara poteškoće pri određivanju vode li neki depresivni simptomi poremećajima hranjenja ili problematično jedenje dovodi do depresije. Depresija može nastati i zbog prethodnih neuspješnih dijeta te predstavlja svojevrsno „gorivo“ za poremećaje hranjenja koji su izravan pokušaj suzbijanja osjećaja bespomoćnosti (Ambrosi – Randić, 2004).

Isto tako, zadirivanje tijekom adolescencije značajno je povezano sa nezadovoljstvom, poremećajima hranjenja i samopoštovanjem. Trauma zbog pretrpljenog zadirivanja može biti etiološki mehanizam za pacijentov uvjetovani strah od socijalnog neodobravanja u vezi s tjelesnim oblikom (Ambrosi – Randić, 2004). „Svi oni mogu dovesti do značajnih zdravstvenih komplikacija kao što su metaboličke, gastrointestinalne, kardiološke, mišićne, hematološke te anomalije središnjega živčanog sustava. Kardiološke su komplikacije uz suicid česti uzroci mortaliteta i to posebno kod anoreksije nervoze“ (Ambrosi - Randić, Pokrajac - Bulijan i sur., 2008). „Neka istraživanja pokazuju da su osobe sa poremećajima hranjenja češće preživjele traumu u djetinjstvu i bile izložena nasilnoj okolini. Izravni učinci toga su nisko

samopouzdanje, sram i negativno poimanje vlastitog tijela“ (Pačić-Turk, Tomašić, Divčić, 2013).

Traumatska iskustva, naročito seksualna zlostavljanja, često su se povezivala sa rizikom od razvoja poremećaja hranjenja, međutim, prema nekim dubljim istraživanjima, takva iskustva mogu biti prisutna i kod razvoja drugih psihičkih poremećaja, stoga se ne mogu isključivo povezivati sa poremećajima hranjenja (Dalle Grave, 2015).

Isto tako, zadirkivanje tijekom adolescencije značajno je povezano sa nezadovoljstvom, poremećajima hranjenja i samopoštovanjem. Trauma zbog pretrpljenog zadirkivanja može biti etiološki mehanizam za pacijentov uvjetovani strah od socijalnog neodobravanja u vezi s tjelesnim oblikom (Ambrosi – Randić, 2004).

Prema nekim podacima, ono što se sa sigurnošću može reći jeste da će veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja imati osobe koje su bile izložene izrugivanju zbog svog tijela (Dalle Grave, 2015). To je logičan zaključak jer se vršnjačko ili obiteljsko zadirkivanje oko oblika i veličine tijela povezuje s nižim samopouzdanjem i većim nezadovoljstvom izgleda (Simić, 2022). „Samim tim osobe žele „ispraviti“ svoje tijelo te se podvrguju strogim restriktivnim dijetama ili drugim oblicima restrikcije koji su, kao što je ranije spomenuto, jasni simptomi poremećaja hranjenja“ (Simić, 2022).

### 2.1.3. Sociokulturni čimbenici

Socijalni su faktori izravno povezani s obilježjima kulture. Vještine koje osoba uči u djetinjstvu, a i kasnije, mogu joj omogućiti da drži u ravnoteži često suprotstavljene osjećaje i porive (Marčinko, 2013). „Sredstva javnog informiranja zasigurno su najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala te zbog toga imaju važnu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja“ (Ambrosi – Randić, 2004). Društveni utjecaj priznat je i vrlo često istraživani čimbenik budući da je prepoznat pritisak od strane medija i vršnjaka sa porukom „da je samo vrlo mršava osoba lijepa i popularna“ (Vidović, 2009). „Sve se više javlja fenomen objektivacije tijela prema kojem ono predstavlja simbol uspjeha i neuspjeha. Pod pojmom objektivacije tijela podrazumijeva se društveno stvorena teorija koja ljudsko tijelo, ponajviše žensko, smatra objektom koji se treba gledati i koji treba biti evaluiran od strane drugih“ (Simić, 2022).



Prema literaturi, može se utvrditi da neki socijalni čimbenici mogu posebno utjecati na nastanak poremećaja hranjenja, a to su, primjerice „socijalni pritisak mršavosti, promijenjena socijalna uloga žena, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema osobama u većim tijelima i tendencija ka socijalnom uspoređivanju“ (Ambrosi – Randić, 2004).

Utjecaj društva na kulturnu definiciju privlačnosti različito se odražava na muškarce i žene. Socijalna komparacija počinje od toga da osobe koje češće uspoređuju svoj izgled sa izgledom drugih osoba, imaju veću šansu za razvijanje nezadovoljstva tijelom (Ambrosi – Randić, 2004).

U nekim radovima može se primijetiti i feminističko stajalište. Oni navode kako je „složena i kontradiktorna uloga žene u suvremenom, ali još uvijek patrijarhalnom, društvu ta koja dovodi do nesigurnosti koja je u osnovi anorektične težnje za savršenstvom i autonomijom“ (Ambrosi – Randić, 2004). Usporedba s vitkim i poznatim ženama iz medija pojačava negativne emocije o njihovoj težini i obliku tijela, osobito ako je slika o njihovom tijelu negativna (Batista i sur., 2018). S obzirom na važnost koja se pridaje izgledu u našoj kulturi, nije teško zamisliti kako mlade žene (sa poremećajem hranjenja ili bez) mogu smatrati da njihova vrijednost ovisi o posjedovanju savršenog tijela (Ambrosi – Randić, 2004). Važno je naglasiti da studije ne mogu objasniti zašto samo neki adolescenti koji su izloženi kulturnim porukama postanu zabrinuti za tijelo i za mršavljenje (Batista i sur., 2018).

U našem je društvu, kao i u mnogim drugima, pojava vanjskih, tjelesnih obilježja odraslih povezana s očekivanjem odraslog ponašanja. Razdoblje srednje škole može biti rizično za mlade djevojke u pogledu razvoja poremećaja hranjenja, naročito jer se nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i provođenje restriktivnih dijeta smatra društveno prihvatljivim. Neka istraživanja pokazuju korelaciju između tih kulturoloških fenomena i puberteta. Među djevojkama postoje znatne individualne razlike s obzirom na ozbiljnost njihova nezadovoljstva tijelom, držanja dijete te poremećenosti navika i stavova u vezi s hranjenjem. „Potvrđeno je da djevojke koje rano sazrijevaju iskazuju negativnije stavove o vlastitom tijelu i drže dijete u većem stupnju nego što to čine njihove vršnjakinje koje su u trenutku dostizanja puberteta bile starije“ (Ambrosi – Randić, 2004). Čak i stres zbog toga može dovesti da budu podložnije različitim patologijama, uključujući i poremećaje hranjenja. Isto tako, djevojke koje počinju rano

izlaziti, mogu se ranije suočiti s ponašanjem odraslih i usvojiti takvo ponašanje „kao da su odrasle“. Jedan od tih oblika može biti i držanje restriktivne dijete, sa svim popratnim stavovima i sviješću o tjelesnim oblicima, uz usvajanje ideje mršavosti kao vrijednom cilju. „Simmons i Blyth (1978) su dokazali da djevojke imaju veću vjerojatnost, nego dječaci, da dožive prijelaz iz osnovne u srednju školu paralelno s nastupom puberteta i početkom izlaženja.“ Djevojke koje dožive te promjene istovremeno doživljavaju veću tjeskobu, a ona se manifestira padom samopoštovanja. Možemo reći da pubertet, sa svojim popratnim povećanjem težine, udaljava djevojke od kulturnog ideala mršavosti koju mogu povezivati sa uspjehom te ponekad počinju držati restriktivnu dijetu kako bi izgledale privlačnije (Ambrosi – Randić, 2004).

Tjelesni ideali tijekom prošlosti mijenjali su se na temelju društvenih i kulturnih utjecaja. Kroz različite povijesne periode, tjelesni ideali su se nametali na različite načine i tako oblikovali način na koji su ljudi vrednovali i doživljavali svoja tijela. Takvi ideali su često bili nerealistični i postavljali su visoke standarde ljepote, koji su većini bili nedostižni, što je rezultiralo nezadovoljstvom vlastitim tijelom i poteškoćama sa samoprihvatanjem. Od 20 – ih godina prošlog stoljeća i tjelesnog ideala kao mršavog, ravno siluetiranog izgleda i ravnim bokovima, preko 30 – ih i 50 - ih godina kada je tjelesni ideal postao više ženstven s naglaskom na obline, u 60 – ima dolazi do pojave vitkog i androgenog izgleda. Iako je u 70 – ima ideal bio fit i zdrav pojavom aerobik i fitness trendova, s mišićavim tonusom, i dalje je bio naglasak na vitkost. Dolaskom ere supermodela tijekom 80 – ih godina, tjelesni ideal postao je izrazito mršav i zadržao se sve do 2000- ih godina kada se naglasak stavlja na fitness izgled koji promovira mišićava tijela. Prema Dalle Grave (2015) neka istraživanja navode kako se između 1960. godine i 1990. godine povećala učestalost prikazivanja cijelog tijela modela, u odnosu na 50 – te kada se pokazivalo samo njihovo lice, dok drugo istraživanje koje je ispitalo konfekcijski broj modela s naslovnica ženskih časopisa (Cosmopolitan, Glamour, Vouge) od 1959. godine do 1999. godine, navodi kako se konfekcijski broj znatno smanjio, što znači da se smanjio i ITM te opseg grudi i bokova. Iako je u posljednjem desetljeću tjelesni ideal postao sve više usmjeren na prihvaćanje raznolikosti, naglašavajući važnost samopoštovanja i prihvaćanja sebe onakvima kakvi jesmo, i dalje postoje trendovi koji utječu na razmišljanje mladih, kao najrizičnije skupine. Učenje kritičkog načina razmišljanja prema postavljenim i nametnutim idealima može pomoći u borbi protiv negativnih utjecaja idealiziranih slika tijela.

#### 2.1.4. Internet kao sociokulturni čimbenik

Zahvaljujući modernoj tehnologiji, ljudima je omogućen pristup različitim sadržajima koji su osmišljeni kako bi olakšali život, pri čemu su novi oblici medija nadomjestili tradicionalne poput televizije, radija i novina (Prnjak, 2019).

„Pokazano je kako postoji velika povezanost obolijevanja od poremećaja hranjenja s korištenjem društvenih mreža“ (Simić, 2022), „iako nije svaka društvena mreža jednaka po vrsti sadržaja, količini informacija i načinu komunikacije“ (Prnjak, 2019). Mogućnosti uređivanja fotografija i korištenje filtera koji se koriste na društvenim mrežama vrlo često utječu na promjenu percepcije, a kako takve opcije u stvarnosti ne postoje, mnogi ljudi se odlučuju na promjenu oblika tijela. „Za to postoje brojni vodiči i inspiracije, od naizgled bezazlenih snimki vježbanja na *YouTubeu* do vrlo štetnih proana blogova na *Tumblr*“ (Havrle, 2022). Na nekim društvenim mrežama (primjerice *TikTok*) postoje upozorenja (eng. *trigger warning*) koja, prije gledanja sadržaja sa ozbiljnim i osjetljivim temama, upozoravaju korisnike na takve teme te im daju mogućnost da izbjegnu gledanje takvog sadržaja. Mišljenja o tome su različita, od onih da su takva upozorenja nepotrebna do onih koji smatraju da su korisna te da pomažu (Havrle, 2022). „Najranjivija od svih skupina su djeca i adolescenti jer upravo oni provode najviše vremena na društvenim mrežama, koristeći ih pretežno na pasivan način. Mladi u prosjeku na društvenim mrežama provode sedam sati, što je najviše vremena potrošenog na neku aktivnost ako izuzmemo spavanje. Tome u prilog ide i nalaz Federa i suradnika (2020) koji govori kako se učestala uporaba društvenih mreža može povezati s većim brojem simptoma psihopatologiji. Aktivno korištenje društvenih mreža podrazumijeva objavljivanje bilo kojeg sadržaja koji je dostupan drugima dok se pasivno korištenje odnosi na pretraživanje i pregledavanje tuđeg sadržaja. Pasivno je korištenje ono kojim se služi većina djece i adolescenata. Puno češće mladi samo pomiču ekran (eng. *scrolling*) na društvenim mrežama, nego što objavljuju. Takav je pristup, više povezan s pojavom psihopatoloških simptoma od aktivnog korištenja“ (Simić, 2022). „Prema opsežnoj studiji u kojoj su se ispitala djeca i adolescenti u dobi od 8 do 18 godina o korištenju medija i tehnologija (njih više od 2 600 na području Sjedinjenih Američkih Država), dobiveni rezultati pokazali su da adolescenti u prosjeku provedu 7 sati i 22 minute koristeći medije i tehnologiju. Rezultati istraživanja

provedenog među 667 hrvatskih i njemačkih učenika osnovnih i srednjih škola u dobi 11 – 18 godina pokazali su da je od ukupnog broja ispitanih adolescenata s karakteristikama narušenog mentalnoga zdravlja njih 39 % umjereno ili teško ovisno o internetu“ (Grgić, 2023). Među osobama koje na internetu traže informacije o zdravlju, oko polovine traži način na koji može izgubiti na težini, a približno jedna četvrtina traži informacije o poremećajima hranjenja (Ambrosi-Randić, Pokrajac-Bulijan i sur, 2008).

Dijeljenje slikovnih prikaza mršavih tijela te metoda smanjivanja tjelesne težine s ciljem postizanja ideala mršavosti poznato je pod nazivom thinspiration, a tradicionalno se povezuje s takozvanim „Pro-Ana“ (anoreksija) i „Pro-Mia“ (bulimija) stranicama (Jureković, 2021). Ove stranice veličaju i promoviraju poremećaje hranjenja kao stil života, a njihovo je korištenje povezano s brojnim štetnim ishodima. Međutim, u posljednje se vrijeme thinspiration sadržaji sve češće pronalaze i na društvenim mrežama poput *Instagrama*, *Facebooka*, *Pinteresta*, *Tumblr*, *Twittera* i drugih (Jureković, 2021).

Neka istraživanja impliciraju na povezanost između gledanja online sadržaja vezanih uz poremećaje hranjenja i ponašanja, iako se priroda ovog odnosa još uvijek istražuje. Posebno zabrinjavaju „pro“ zajednice koje mogu imati za cilj poticanje razmišljanja koja su karakteristična za osobe oboljele od poremećaja hranjenja (Branley i Covey, 2017). Prema istraživanju Branley i Covey (2017), u kojemu su usporedili dvije popularne platforme društvenih mreža, koje su u tisku povezivale s poremećajima hranjenja, *Twitter* i *Tumblr*, navode kako objave na tim pro – ana stranicama mogu potaknuti jedni druge da se uključe u slična ponašanja. Pro - zajednice normaliziraju takvo ponašanje dajući korisniku osjećaj da je prihvatljivo, opravdano, a ponekad čak i poželjno. Pro-ana postovi uključivali su sadržaj koji je prikazivao želju za uključivanjem u pro – ana ponašanja bez ikakvih naznaka da je oporavak poželjan i bez očitog prepoznavanja poremećaja hranjenja kao negativnog ponašanja. Naglasak je stavljen na samokontrolu nad gladi i to se smatralo postignućem. Znakovi gladi također su bili pokazatelji uspjeha, odnosno „zvuk kruljenja želuca“ jednak je „zvuku pljeska“. Neki pro-ana postovi nudili su ili tražili podršku za poticanje pro - ana ponašanja, primjerice savjete o produljenju posta i prevladavanju nesvjestice zbog nedostatka hrane. Poremećaji hranjenja prikazani su kao izbor životnog stila u nekim postovima s korisnicima koji dijele „motivacijski“ materijal, primjerice slike mjernih traka i citate poput "nastavi, ništa nije tako dobro kao biti mršav". Jedan ponavljajući citat viđen je

na brojnim objavama na *Tumblr*: "stopala zajedno, bedra razmaknuta." Najstrože „thinspiration“ slike sadržavale su hashtagove kao što su *#bones*, *#ribs* i *#sexy* i ponekad su se nazivale „bonespiration“ ili „bonespo“ (Branley i Covey, 2017).

Proučavanje pro-ana stranica važno je ne samo zbog otkrivanja i praćenja brojnih odstupajućih oblika ponašanja koje opisuju njihovi korisnici, već i zbog uvida u osnovne mehanizme koji održavaju i šire ideologiju mršavosti pod svaku cijenu. Krajnji je cilj ovakvih analiza izrada plana aktivnosti i preventivnih mjera u cilju zaštite tjelesnoga i mentalnoga zdravlja adolescenata (Ambrosi-Randić, Pokrajac-Bulijan i sur, 2008). „Internalizacija nerealnih ideala može biti posljedica učestale izloženosti takvim sadržajima u medijima što vodi ka stvaranju mršavog tijela kao norme. Moguće je da, ukoliko sudjelovanje u aktivnostima društvenih mreža potakne nezadovoljstvo tijelom, takvi negativni ishodi dovedu do posljedica u vidu poremećaja hranjenja“ (Prnjak, 2019). U zadnje vrijeme može se primijetiti porast trenda koji je vezan uz „zdrav način života“, a podrazumijeva „zdravo hranjenje“ i redovnu tjelesnu aktivnost. Uz ovakve trendove vrlo često se povezuje i idealiziranje fit, čvrstog tijela (eng. *fitspiration*), a fotografije koje prikazuju takav izgled mogu utjecati na negativno poimanje vlastitog tijela. „Dakle, vrsta sadržaja, kao i njegov oblik (tekstualni, slikovni) mogu utjecati na način na koji će količina vremena provedenog na društvenim mrežama imati učinak na zadovoljstvo tijela njihovih korisnika“ (Prnjak, 2019). „Društvene mreže, dakako, nisu zamišljene da životu oduzimaju kvalitetu, već da joj doprinose. One su izvrstan prostor za izražavanje vlastitih ideja, mišljenja i problema, za upoznavanje različitih ljudi, kultura, običaja i jezika te služe kao nepresušiv izvor informacija i znanja“ (Simić, 2022).

Za dobrobit svake osobe važno je na koji način i s kime provodi svoje vrijeme. Prema tome, vrlo je važno i kako će pojedina osoba, osobito djeca i mladi, provoditi svoje vrijeme na internetu. „Ono što je važno istaknuti je kako samo korištenje društvenih mreža nema jednaku snagu na razvoj pojedinca kao i način na koji se koriste, što često može podrazumijevati pregledavanje sadržaja vezanog uz promoviranje određenog oblika tijela, promoviranje zdravog načina života, dijetnih pravila, restrikcija ili kompulzivnog vježbanja. Razvoj vlastitog identiteta, samopouzdanja i, na kraju, samopoštovanja bitno ovisi o povratnim informacijama iz okoline“ (Simić, 2022). Na ovaj način, društvene mreže pružaju mogućnost da pojedinac bude izložen negativnim povratnim informacijama, koje najčešće dolaze upravo tim putem. Ipak, ne mogu se

samo društvene mreže okriviti za negativno poimanje vlastitog tijela. One se mogu koristiti i u svrhu prevencije i kao pomoć kada se govori o poremećajima hranjenja što potvrđuju i neki pokreti, a jedan takav je i „body positivity“ pokret koji ima sve češću pojavnost na društvenim mrežama. Ovaj pokret ima za cilj sve oblike tijela prihvatiti i prezentirati kao ispravne, racionalne i vrijedne poštovanja te odbaciti trenutno dominirajuće ideale i pokrenuti nov način razmišljanja usmjeren ka funkcionalnosti i zdravlju, a ne samo ka izgledu. Isto tako, pojavila se potreba za razvojem alternativnog pokreta „body neutrality“. Cilj ovog pokreta je osvješćivanje ljudi da su više od svog tijela te se na taj način pokušava maknuti pritisak na djecu i mlade od strane društva. Budući da su društvene mreže najčešće mjesto gdje se takvi društveni apeli održavaju, može se zaključiti kako su one neutralne te se ljudima ostavlja mogućnost da odluče na koji način i u koje svrhe će ih koristiti. „Tu se otvara prostor novim rješenjima, ponajviše edukaciji djece i mladih o adekvatnoj prehrani, važnosti umjerene tjelesne aktivnosti i štetnosti neprovjerenih restriktivnih dijeta“ (Simić, 2022). Isto tako, ne smije se zaboraviti na edukaciju mladih o korištenju društvenih mreža te zaštite na njima. Potrebno je skrenuti pozornost na koje načine se mogu koristiti, ali i kako naučiti procesuirati informacije dobivene putem njih jer one mogu ugroziti našu samospoznaju (Simić, 2022).

## 2.2. POREMEĆAJI HRANJENJA ZA KOJE POSTOJE DIJAGNOSTIČKI

### KRITERIJI

Anoreksija i bulimija nervoza prvi put su se pojavile 1980. godine u DSM-III kao podvrste psihičkih poremećaja u razdoblju djetinjstva i adolescencije te su samostalno klasificirane (Marčinko, 2013), a nakon toga kriteriji za bulimiju nervozu revidirani su u DSM-III -R izdanju 1987.godine.

Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti MKB – 10 iz 1992. godine poremećaj s prejedanjem je prvi put uveden kao dijagnostička kategorija u DSM-IV izdanju 1994. godine. Nakon toga kriteriji za poremećaj s prejedanjem su revidirani u DSM-V izdanju 2013. godine (Marčinko, 2013). „Iako profesionalni interes za istraživanja poremećaja uzimanja hrane djeteta ima dugu povijest, dijagnostička kategorija "Poremećaji hranjenja u dojenačkoj i dječjoj dobi" po prvi puta je tek 1994. godine uvrštena u

klasifikaciju psihičkih poremećaja u četvrtom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV) Američkog psihijatrijskog udruženja. DSM-IV u kategoriju poremećaja uzimanja hrane u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu svrstava uz piku i poremećaj s ruminacijom i poremećaj hranjenja u dojenačkoj dobi ili ranom djetinjstvu“ (Vlašić – Cicvarić i sur, 2008).

Treba napomenuti kako su se kriteriji za ove poremećaje mijenjali tijekom godina kako bi se poboljšala preciznost dijagnoze i bolje razumjela priroda tih poremećaja. Ove promjene odražavaju napredak u znanstvenim istraživanjima i razumijevanju poremećaja hranjenja

### 2.2.1. ANOREKSIJA NERVOZA

Anoreksija dolazi od grčkih riječi *an* (ne) i *orexis* (glad, apetit) što bi u našem jeziku odgovaralo pojmu nedostatka apetita (Peršić i sur., 2008). Anoreksija nervoza je poremećaj ponašanja prema jelu i poimanju vlastitog tijela (Sedić, 2007) „kod kojeg osobe sebe vide s više tjelesne mase, iako su u stvarnosti premršave za svoju tjelesnu konstituciju“ (Krlježa, 2020). Ovaj poremećaj hranjenja prvi je opisao Richard Morton još 1689. godine „kao samovoljno izgladnjivanje žene koja je ravnodušno odbijala liječenje“. Naziv *anorexia* podrazumijeva gubitak apetita, a naziv *nervosa* upućuje na to da su razlozi emocionalne prirode (Ćuk i Rožman, 2021). Prvi opisani slučaj anoreksije star je 300 godina (Ambrosi – Randić, 2004).

Anoreksija može utjecati na ljude svih dobi, spola, seksualne orijentacije, rase i etničke pripadnosti. Povjesničari i psiholozi pronašli su dokaze da su ljudi pokazivali simptome anoreksije stotinama ili tisućama godina unazad (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

Anoreksija nervoza kroničnog je tijeka sa znatnim gubitkom na težini praćen strahom od debljanja (Sedić, 2007). Obično se javlja u ranom pubertetu, iako smo svjedoci pomaka prema mlađim dobnim skupinama (Batista i sur., 2018). Najranije su opisana djeca s anoreksijom nervozom u dobi od sedam godina (Vidović, 2009). Simptomi se najčešće pojavljuju između 12. i 23. godine, a u 90% slučajeva između 15. i 17. godine (Sedić, 2007). „Zbog pojavnosti u osjetljivom razvojnom razdoblju, anoreksija nervoza može imati dugotrajne ireverzibilne učinke na razvojne procese - neadekvatan razvoj

sekundarnih spolnih obilježja, povećan rizik od osteoporozе, smanjen razvoj određenih moždanih struktura“ (Grgić, 2023).

Anoreksija nervoza postaje sve većim medicinskim, psihološkim i socijalnim problemom (Vidović, 2009). „Pojavljuje se kod 0,5 % – 1 % adolescentnih djevojaka. Bolest se općenito mnogo češće javlja kod žena. Može se javiti i prije puberteta, u srednjoj dobi pa čak i u menopauzi. Kod muškaraca se javlja obično u razdoblju adolescencije (Ćuk i Rožman, 2021), a pojavnost je češća u nekim profesijama, primjerice balerine i manekenke (Moro, Frančišković i sur, 2011) u kojima je mršavost imperativ“ (Knez i sur., 2008). Među osobama kod kojih se razvije anoreksija nervoza tijekom adolescencije i mlađe odrasle dobi, priličan je broj onih koji se potpuno oporave. Ipak, za oko 50% tih pacijenata, dugoročno gledano, prognoza nije povoljna. Učestalost pojavnosti depresije je visoka, a društveno i radno funkcioniranje je oštećeno. „Mortalitet uzrokovan komplikacijama zbog izglednjivanja ili suicidom kreće se oko 5% „ (Ambrosi – Radnić, 2004).

Osoba ne mora biti mršava ili premršava da bi se borila sa anoreksijom nervozom. Studije su otkrile da pojedinci krupnijeg tijela također mogu imati anoreksiju, iako postoji manja vjerojatnost da će im se dijagnosticirati zbog kulturoloških predrasuda o povećanoj tjelesnoj masi i pretilosti (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

Iako većina oboljelih od anoreksije nervoze navodi da je razlog pretjeranom izglednjivanju bila prekomjerna tjelesna masa, neka istraživanja ukazuju na to da je 20% oboljelih prije pojave anoreksije imalo tjelesnu masu manju od prosječne, dok je 50% imalo je normalnu tjelesnu masu, a tek 30% prekomjernu tjelesnu masu (Marčinko, 2013). U posljednje vrijeme sve češće se govori o zastupljenosti i specifičnosti anoreksije nervoze kod djece, a čini se kako se poremećaj, iako uobičajen za djevojčice na početku adolescencije, sve češće pojavljuje i kod dječaka pa je omjer 10:1 u korist ženskog spola u dječjoj dobi manji (Vidović, 2009). Anoreksiju kod mlađih osoba jednostavno je prepoznati, ne samo iznimnoj mršavosti, nego i po cjelokupnom izgledu pacijenta (Vidović, 2009). „U anoreksiji se, iako uzrokovan nedostatnom prehranom, gubitak tjelesne mase ne može povezivati s oskudicom živežnih namirnica ili nedostacima u prehrani, već je isključivo riječ o njezinu izboru količine hrane ili namirnica koje imaju malu kalorijsku vrijednost zbog postojećeg straha od debljanja.



Prema tome, riječ je isključivo o individualnom izboru hrane i načinu na koji bolesnica jede“ (Vidović, 2009). Restriksijska dijeta vrlo je čest i tipičan uvod u poremećaj hranjenja. Počinje naoko nedužno i nerijetko nije prepoznata kao opasnost. Ponekad je podupiru i roditelji, a vrlo brzo može izmaknuti kontroli (Vidović, 2009).

Danas, u suvremenom smislu riječi, dijeta označava specijalan način prehrane koji se zasniva na biranju pojedinih jela, na odricanju od pojedinih jela ili namirnica. Međutim, glagol diaitáo, diaitéin znači održavati na životu, liječiti, hraniti se i biti hranjen, živjeti, provoditi način života. Zanimljivo je da i riječi daíte znači jelo, obrok, gozba i riječ daitís koja također znači gozba, što se kosi sa današnjim značenjem riječi dijeta (Živković, 2002).

Prema DSM IV kriteriji za dijagnostiku su:

- a) namjerno mršavljenje (< 85% od očekivane tjelesne težine za dob i visinu); indeks tjelesne mase < 17,5 (BMI = težina (kg) / visina m<sup>2</sup>)
- b) jak strah od debljanja unatoč gubitku na težini
- c) poremećaj doživljaja veličine i oblika tijela, neprimjeren utjecaj tjelesne mase i oblika tijela na samoprocjenjivanje, nedostatak uvida u ozbiljnosti aktualno niske tjelesne mase
- d) amenoreja (najmanje tri ciklusa u nizu)“ (Vidović, 2009).

Kriteriji za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze prema DSM-V:

- a) „Ograničenje unosa energije u odnosu na zahtjeve koji vode značajno niskoj tjelesnoj masi s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Značajno niska tjelesna masa definira se kao masa koja je manja od minimalno normalne ili, kad je riječ o djeci i adolescentima, koja je manja od minimalno očekivane.
- b) Intenzivan strah od porasta tjelesne mase ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne mase, čak i uz značajno nisku tjelesnu masu.
- c) Smetnje u načinu doživljavanja vlastite tjelesne mase ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne mase ili oblika na samoprocjenu ili poricanje ozbiljnosti trenutne niske tjelesne mase“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Iako nisu ispunjeni svi kriteriji DSM-V za anoreksiju nervozu, i dalje može postojati ozbiljan poremećaj hranjenja. Atipična anoreksija podrazumijeva osobe koje ispunjavaju kriterije za anoreksiju, ali nemaju pothranjenu tjelesnu masu unatoč

značajnom gubitku kilograma. Još uvijek nisu jasne razlike u medicinskim i psihološkim učincima anoreksije i atipične anoreksije (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

Kriteriji prema MKB–10:

- gubitak na tjelesnoj masi
- namjerno izbjegavanje hrane za koju se smatra da deblja
- strah od debljanja
- endokrini poremećaji – amenoreja
- bez nagona za prejedanjem (Svjetska zdravstvena organizacija).

**MKB-9** šifra za anoreksiju nervozu je **307.1** i primjenjuje se neovisno o podtipu. **MKB-10** šifra je **F50** i ovisi o podtipu. Pojavljuje se u dva oblika:

- 1) **F50.01 restriktivni tip** – koji je najčešći i karakterizira ga samo strogo pridržavanje restriktivne dijeta i često kompulzivno vježbanje.
- 2) **F50.02 prejedajući - purgativni tip** – tijekom posljednja 3 mjeseca osoba je imala ponavljajuće epizode prejedanja ili pražnjenja, odnosno samoizazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Neki oboljeli namjerno povraćaju i najmanju količinu unesene hrane (Vidović, 2009). Prejedajući – purgativni tip anoreksije nervoze razlikuje se od bulimije nervoze po tome što se osobe prejedaju i prazne (laksativi, povraćanje ili neka druga kompenzacijska metoda) rjeđe od osoba oboljelih od bulimije nervoze. Postoji i tzv. **izmjenjujući tip** kod kojega se izmjenjuju ove dvije prakse (Krlježa, 2020). Zbog toga, podtipove treba upotrebljavati za opis trenutačnih simptoma, a ne dugoročnog tijeka poremećaja (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Navedeni rasponi u nastavku teksta izvedeni su iz kategorija pothranjenosti odraslih ljudi prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, a za djecu i adolescente trebalo bi upotrijebiti postotke ITM-a.

Stupanj pothranjenosti možemo podijeliti na blagi gdje je ITM  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>, umjereni gdje je ITM 16-16,9 kg/m<sup>2</sup>, zatim teški – ITM gdje je 15,99 kg/m<sup>2</sup> i vrlo teški gdje je ITM

<15 kg/m<sup>2</sup> . Svjetska zdravstvena organizacija smatra da ITM niži od 17,0 kg/m<sup>2</sup> pokazuje umjerenu ili tešku pothranjenost (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Svjetska zdravstvena organizacija smatra da ITM niži od 17,0 kg/m<sup>2</sup> pokazuje umjerenu ili tešku pothranjenost, dok ITM 17,0–18,5 kg/m<sup>2</sup> ili >18,5 kg/m<sup>2</sup> podrazumijeva nisku tjelesnu masu ako klinička anamneza i fiziološki podaci podupiru takav zaključak (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

„Diferencijalno-dijagnostički ekstremna mršavost u mlade osobe može biti posljedica nekih tjelesnih i psihičkih poremećaja. Zato treba biti posve siguran da pacijentica nema simptome endokrinoloških poremećaja ili tumora (hipertireoza ili druge endokrine bolesti, maligne bolesti, kronične infekcije), malapsorpcije, bolesti probavnog sustava (Peršić i sur., 2008) ili simptome drugih psihičkih poremećaja. Primjerice, često na anoreksiju nalikuju socijalne fobije u kojima osoba ima strah od jedenja pred drugima“ (Vidović, 2009). S druge strane, gubitak tjelesne mase ima znatan učinak na mozak i druge organske sustave jer potiče neurokemijske promjene koje onda dodatno naglašavaju nepovoljne crte ličnosti i u konačnici pogoršavaju simptome (Marčinko, 2015). Hipotalamus je glavni u procesu slanja poruka vezanih uz glad i energetske ravnotežu, preko inzulina i leptina. S padom tjelesne mase, razina tih tvari postaje abnormalna i nema jasne „komunikacije“ sa SŽS u vezi potrebe za hranom. Oboljeli od anoreksije ignoriraju „signalne poruke“ iz regija tzv. *nižeg mozga*, kao što je hipotalamus. *Više regije* mozga, kao što su frontalni korteks i inzula, bitne su u razumijevanju malnutricije kod anoreksije, ali isto tako su temeljne u procesuiranju emocija i sustava nagrada (Marčinko, 2015).

#### 2.2.1.1. Simptomi i znakovi upozorenja – fizički

Anoreksiju kod oboljelih jednostavno je prepoznati i uočiti, ne samo po izuzetnoj mršavosti, nego i po cjelokupnom izgledu (Vidović, 2009). Veliki gubitak na tjelesnoj masi, osobito ako je nastao u kratkom razdoblju, redovito je praćen gubitkom menstruacije ili odgođenim nastupom menarhe (Vidović, 2009). Budući da se hormoni, posebice estrogeni, koji utječu na mjesečni ciklus, ne stvaraju u dovoljnim količinama, počinju se trošiti zalihe iz masnih naslaga na bokovima. Kada se istroše sve masne naslage, količina estrogena prisutna u tijelu smanjuje se na razinu koja je nedovoljna

za regulaciju menstrualnog ciklusa. Ako izostane duže vrijeme, postoji opasnost da kosti počnu slabiti i lomiti se pa je onemogućen normalan razvoj kostura (Sedić,2007). Obično u početnoj fazi, kada traže pomoć ginekologa, ne prepoznaju ih kao osobe sa psihijatrijskim poremećajem, osim iznimno (Moro, Frančišković i sur, 2011). „Usporen rast, kao i mogućnost trajno niskog rasta je značajna medicinska komplikacija. Nastaje kao posljedica ozbiljnih hormonalnih poremećaja. Istraživanja pokazuju da iako pacijenti nakon nutritivske potpore nastave rasti, oni nikada ne dosegnu visinu koju bi mogli, sukladno svom genetskom potencijalu, a doseže se kasnije nego se to očekuje. Većina se poremećaja rješava oporavkom tjelesne težine, ali unatoč njenoj normalizaciji mogu trajati godinama, npr. amenoreja“ (Palčevski i sur., 2008).

Nerijetko se žale na napuhanost, trbušne tegobe i opstipaciju (MSD, 2010). „Usporeno pražnjenje, uz distenziju želuca je relativno česta komplikacija AN. Može uzrokovati rani osjećaj sitosti, povraćanje i abdominalnu bol. Ti bolesnici mogu imati poremećen osjet okusa. U onih koji povraćaju, javljaju se ozljede i/ili disfunkcije jednjaka, ezofagitis, Mallory-Weiss sindrom, a moguća je i perforacija jednjaka“ (Palčevski i sur., 2008), posjekotine i žuljevi na vrhu zglobova prstiju (posljedica izazivanja povraćanja), problemi sa zubima, poput erozije cakline, karijesa i osjetljivosti zuba te otekline oko područja žlijezda slinovnica (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022). Koža oboljelih od AN je ispućala i suha. „Može biti žućkaste boje zbog hiperkarotenemije, a nokti su krhki kao i kosa koja može ispadati“ (Palčevski i sur., 2008).

Isto tako, mogu se javiti i simptomi kao što su vrtoglavica, hladne, pjegave ruke i stopala ili oticanje stopala, sporo zacjeljivanje rana, poremećeno funkcioniranje imunološkog sustava, lanugo dlačice po cijelom tijelu (svijetle, tanke dlačice), poteškoće s koncentracijom, problemi sa spavanjem, a vrlo često se javlja i osjećaj hladnoće cijelo vrijeme (Nacionalna udruga za poremećaje prehrane, 2022), smanjeni bazalni metabolizam te opća slabost i količina energije (Ambrosi – Randić, 2004). „Kod jako pothranjenog bolesnika skoro svaki bitni organ može imati poremećenu funkciju. Može doći do dehidracije i metabolične alkaloze, a serumski K može biti nizak – sve se još dodatno može pogoršati povraćanjem i primjenom diuretika. Masa srčanog mišića, veličina komora i minutni volumen se smanjuju. Neki bolesnici imaju produljene QT intervale (čak i uz korekciju s obzirom na srčanu frekvenciju) koji, uz opasnost nastalu poremećajima elektrolita, mogu stvoriti sklonost tahiaritmijama. Može doći do iznenadne smrti, najvjerojatnije uslijed ventrikularnih tahiaritmija“ (MSD, 2010).

„Uz iste simptome kao i u adolescenata, djeca često dolaze na liječenje u lošem somatskom stanju jake izmršavjelosti, a često se tuže na fizičke tegobe kao što su mučnina, bol u truhu, nadutost ili otežano gutanje. Vrlo vješto i uspješno prikrivaju izbjegavanje hrane, a zaokupljenost vitkošću, koja je prisutna već u vrlo ranoj dobi obično poriču ili skrivaju. Iako su povraćanje i uzimanje laksativa rijetki, djeca ih također veoma vješto skrivaju“ (Vidović, 2009).

#### 2.2.1.2. Simptomi i znakovi upozorenja – emocionalni i bihevioralni

Pacijentice su uvjerenе da su debele ili da im je pojedini dio tijela loše oblikovan (Vidović, 2009). Većina bolesnika je vitko, ali su ipak zabrinuti za svoju tjelesnu masu i ograničavaju unos hrane (MSD, 2010).

Pacijenti s anoreksijom nervozom svoje tijelo vide drugačije u odnosu na njegov stvaran izgled. Primjerice pacijenti gledaju na sebe na jednak način čak i kad vide usporedno svoje slike gdje je razlika u tjelesnoj masi uočljiva. S druge strane neki pacijenti uočavaju činjenicu da im fizički izgledaju drugačije, ali im misli budu jače od činjenica te i nakon što promotre svoj izgled ostaju u uvjerenju da im je tijelo veće od željenog te prevlada strah od debljine i debljanja. Slika tijela oboljelih od anoreksije nervoze je većinom drastično drugačija od realnog izgleda tijela (Wenar 2003).

Sram kao snažna, a često nesvjesna sila, a isto tako i kao jedan od ekstrema kod poremećaja hranjenja, utječe na psihu i ponašanje osobe te ima značajne kliničke i interpersonalne posljedice. Djeluje kao unutrašnja kočnica koja koči izražavanje sebe u bilo kojem vidu. Ako je intenzivan, dugotrajan i nesvjestan, sram se subjektivno doživljava kao izraz neoporecive i trajne istine o sebi. Osoba pogođena takvim sramom prihvaća definiciju suštine svog bića onakvom kakvom diktira sram, a to znači da sebe doživljava kao biće s greškom. Takva percepcija svog unutrašnjeg bića osjeća se kao sram pri čemu je često uključena socijalna usporedba (Bilić, 2013).

Pacijentice oboljele od anoreksije pokazuju nefleksibilno razmišljanje te su suzdržani kod emocionalnog izražavanja (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022). U ponašanju se može primijetiti socijalno povlačenje, razdražljivost, nezainteresiranost za prije omiljene aktivnosti, smanjen interes za seksualnost te nisko samopoštovanje i osjećaj bespomoćnosti i neadekvatnosti, što sve podsjeća na depresivnost.

„Uznemirenost i naglašena potreba za kontrolom stalno su prisutne i odnose se jednako na vlastite tjelesne potrebe kao i na osobe u okolini nad kojima oboljeli pokušava zadržati vlast“ (Vidović, 2009). Svako suprotstavljanje njihovim željama ili očekivanjima može prouzročiti intenzivne reakcije. Često postižu iznimne rezultate u školi, skloni su perfekcionizmu i vrlo često pretjeraju u osobnim očekivanjima da postignu velike uspjehe pa se, posljedično tome, kod mnogih mogu vidjeti i znakovi opsesivno – kompulzivnog poremećaja (Vidović, 2009).

Najčešće, okolina na prvi pogled ne zamjećuje gubitak kilograma. Osoba vrlo često odbija obroke u krugu obitelji ili na javnom mjestu. Iako termin anoreksija označava gubitak apetita, taj simptom se pojavljuje tek u kasnoj fazi bolesti. Očigledno je da neki bolesnici neprekidno razmišljaju o hrani, strastveno skupljaju recepte i pripremaju hranu za druge. Neki bolesnici ne mogu stalno kontrolirati unošenje hrane te znaju povremeno pojesti izrazito veliku količinu hrane neuobičajenu za jedan obrok, osobito noću, da bi nakon toga izazvali povraćanje. Osobe koje boluju od anoreksije imaju poseban odnos prema hrani. Uobičajeno je da hrane ima svuda u kući, uvijek imaju puno slatkiša, čak i u džepovima. Jedu vrlo polagano te lome hranu u male komadiće (Moro, Frančišković i sur, 2011), a imaju posebne rituale tijekom obroka – rezanje zrna graška napola, ispijanje velikih količina vode, ostanak za stolom i nekoliko sati (Sedić, 2007).

### 2.2.2. BULIMIJA NERVOZA

Riječ *bulimia* grčkog je podrijetla i znači „bikova glad“ (Marčinko, 2013). Bulimiju nervozu opisao je Gerald Russell 1979. godine u članku „*Bulimija nervoza: uznemirujuća varijanta anoreksije nervoze*“ (Dalle Grave, 2015). „Obično započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi. Smatra se da je prosječna dob pojavljivanja oko 20. godine života“ (Marčinko, 2013). Također, bulimiju karakterizira želja za mršavošću, iako se to postiže drugačijim načinima od anoreksije. Želja za hranom koja se javlja kod osoba koje boluju od bulimije, često je prejaka da bi je savladali pa dolazi do prejedanja, nakon čega se javlja osjećaj krivnje koji onda rezultira epizodama povraćanja (Marčinko, 2013). „Bulimija je označena ponavljanjem napada prejedanja velikom količinom visokokalorične hrane u kratkom razdoblju (nekoliko sati)“ (Vidović, 2009). Istraživanja pokazuju da se učestalost epizoda

prejedanja kreće od 1 do 46 puta tjedno. Prosječno se epizoda prejedanja događa jednom dnevno pri čemu broj unesenih kalorija u napadu prejedanja može iznositi od 1,200 kcal do 11,500 kcal (National Centre for Eating Disorders, 2021). Tijekom epizoda prejedanja, prema nekim podacima, navodi se kako su osobe sklonije konzumiranju slatkiša i masne hrane, odnosno hrane bogate ugljikohidratima (primjerice kolači, torte, sladoled) (Attia i Walsh, 2019). Epizode prejedanja praćene su čišćenjem, tj. provociranim ili refleksnim povraćanjem, zluporabom laksativa, diuretika, emetika, gladovanjem ili pretjeranim vježbanjem (Sedić, 2007). „Prvi vrhunac prejedanja najčešće se pojavljuje u dobi od 14 godina, a drugi u kasnoj adolescenciji između 18. i 20. godine. Međunarodno istraživanje provedeno u općoj populaciji pokazalo je da je 26 % ženskih i 13 % muških adolescenata doživjelo epizodu prejedanja barem jednom u periodu od godinu dana. Važno je napomenuti da se epizode prejedanja u adolescenciji mogu povezati s razvojnim skokovima rasta te je samim time potrebno intenzivnije praćenje kako bi se potvrdila, odnosno isključila dijagnoza bulimije nervoze“ (Grgić, 2023).

Stupanj ozbiljnosti bulimije može se odrediti učestalošću epizoda čišćenja:

- Blaga: u prosjeku 1-3 epizode tjedno
- Umjerena: prosječno 4-7 tjedno
- Teška: u prosjeku 8-13 tjedno
- Ekstremna: 14 ili više puta tjedno (Nitsch i sur., 2021).

Pacijenti koji boluju od bulimije u 60 – 80 % slučajeva primjenjuju povraćanje kao primarnu metodu eliminacije (Sedić, 2007). „Iskusni“ pacijenti nakon nekog vremena nauče voljno povraćati bez posebnih podražaja (Vidović 2009).

Prema DSM-5, službeni dijagnostički kriteriji za bulimiju nervozu su:

- Ponavljajuće epizode prejedanja koje karakteriziraju idući čimbenici:
  - Jedenje, u određenom vremenskom razdoblju (primjerice, unutar nekog razdoblja od 2 sata), količine hrane koja je veća nego što bi većina ljudi pojela u sličnom vremenskom razdoblju i pod sličnim okolnostima.
  - Osjećaj nedostatka kontrole nad jedenjem tijekom epizode (primjerice, osjećaj da ne može prestati jesti ili kontrolirati što ili koliko jede) (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

- Ponavljajuće neprikladno kompenzacijsko ponašanje kako bi se spriječilo debljanje, kao što je samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova, gladovanje ili pretjerana tjelovježba.
- Prejedanje i neprikladno kompenzacijsko ponašanje javljaju se u prosjeku najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca.
- Na samoocjenjivanje pretjerano utječu oblik tijela i težina.
- Smetnja se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze“ (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

Postoje dva tipa bulimije nervoze :

- **purgativni tip** - osoba uobičajeno podliježe samoizazvanim povraćanjima ili zlouporabi laksativa, diuretika, odnosno sredstava za klistiranje;
- **nepurgativni tip** – ovaj tip karakterizira drugačije neodgovarajuće ponašanje, kao što je uzdržavanje od hrane ili pretjerano tjelesno vježbanje, ali ne pribjegava samoizazvanom povraćanju ili zlouporabi laksativa, diuretika, odnosno sredstava za klistiranje (Ćuk i Rožman, 2021).

Postavljanje dijagnoze kod bulimije nije teško jer, nerijetko, pacijenti to sami potvrde u početnim minutama intervjua. No, većina pacijenata pomoć potraži tek nekoliko godina nakon prvih znakova poremećaja, uglavnom kada te simptome krenu uočavati i članovi obitelji. Međutim, većina bolesnika pomoć potraži tek nekoliko godina nakon što se pojave prvi simptomi, uglavnom kada budu otkriveni od strane drugih članovi obitelji. Poremećaj je “tajna bolest” koju oboljeli nastoje što dulje prikriti zbog srama i krivnje (Vidović 2009). Etiološki čimbenici bulimije slični su čimbenicima kod anoreksije nervoze, iako je manjak samopouzdanja izraženiji. Ostali etiološki čimbenici su preokupiranost tjelesnom težinom, ekstremne dijeta, epizode prejedanja praćene samoinduciranim povraćanjem (Sedić, 2007). Kod nekih obitelji postoji podložnost za razvoj bulimije nervoze pa se tako u široj obitelji oboljelih mogu naći osobe podložne debljini, depresiji ili ovisnostima (Vidović 2009).



### 2.2.2.1. Simptomi i znakovi upozorenja – fizički

Epizode prejedanja i povraćanja mogu postati učestale i tada može doći do pojave posljedica u organizmu uzrokovanih bulimijom, primjerice poremećaj elektrolita i povraćanje krvi, a česta pojava je i podražaj jednjaka, karijes ili promjena boje zuba uzrokovana povraćanjem (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022). „Također je moguće oštećenje crijevne stijenke, nutritivni deficit i dehidracija. Smanjena koncentracija kalija i drugi poremećaji elektrolita mogu ugroziti život jer osobe s bulimijom mogu doživjeti zastoj srca što dovodi do iznenadne smrti“ (Marčinko, 2013).

Prejedanje ponekad može dovesti do nespecifične upale parotida zbog čega oboljeli imaju karakterističan izgled. Navodi se da su prepoznatljivi po ispucalim kapilarama konjunktive i žuljevima, odnosno ozljedama na rukama kao posljedica samoinduciranog povraćanja (Vidović 2009). Primjer takve ozljede može se navesti Russellov znak, koji je nazvan po Gerald Russellu, a prikazuje razvoj žuljeva na dorzalnoj strani dominantne ruke (Nitsch i sur., 2021). Oboljeli do razvoja karakterističnih simptoma najčešće nisu upadljivo mršavi, nerijetko mogu biti prosječne ili iznadprosječne tjelesne mase što može dodatno otežati rano uočavanje i sprečavanje daljnjeg razvoja bolesti. Nepravilnosti menstrualnog ciklusa, kod pacijentica ženskog spola, obično nisu jako izražene ni ozbiljne (Marčinko, 2013).

Mnogi ljudi s bulimijom nervozom također se bore s popratnim stanjima, kao što su:

- samoozljeđivanje (rezanje i drugi oblici samoozljeđivanja bez suicidalne namjere)
- zlouporaba supstanci
- impulzivnost (rizično seksualno ponašanje, krađa u trgovinama, itd.)
- diabulimija (namjerna zlouporaba inzulina za dijabetes tipa 1) (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

#### 2.2.2.2. Simptomi i znakovi upozorenja – emocionalni i bihevioralni

Pojava bulimije nervoze, za razliku od anoreksije, očituje se kod nešto starijih adolescenata (Knez i sur., 2008). Uglavnom započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi (Ambrosi – Randić, 2004).

Kod osoba koje boluju od bulimije izražena je nesigurnost, imaju nisku razinu samopouzdanja, nezadovoljni su i zaokupljeni tjelesnim izgledom, što je slično kao i kod osoba koje boluju od anoreksije. Nerijetko su skloni pretjeranom fizičkom vježbanju kako bi smanjili tjelesnu masu. „Tjelesna masa im je najčešće u normalnim granicama, dok jedan dio oboljelih ima blago povećanu ili smanjenu tjelesnu masu. Napadi prejedanja praćeni namjernim povraćanjem mogu se izmjenjivati s razdobljima namjernog gladovanja ili pretjeranog čišćenja čime pacijentice pokušavaju poništiti učinak uzimanja pretjerane količine hrane“ (Vidović 2009).

Kod osoba koje boluju od bulimije, čest odgovor i na manje bitne frustracije je prejedanje nakon čega dolazi do pojave osjećaja srama i krivnje, a onda, nakon epizode čišćenja, javlja se kratkotrajan osjećaj ushićenja (Sambol i Cikač, 2015).

Općenito, ponašanja i stavovi pokazuju da gubitak težine, restriktivne dijetete i kontrola hrane postaju primarni problemi. Dokazi o prejedanju, uključujući nestanak velikih količina hrane u kratkim vremenskim razdobljima ili puno praznih omota i posuda koje ukazuju na konzumaciju velikih količina hrane nakon kojih uslijede česti odlasci u kupaonicu popraćeni znakovima i/ili mirisima povraćanja, ostaci omota ili pakiranja laksativa ili diuretika. Neugodno im je jesti u blizini drugih te razvijaju prehrabene rituale (npr. jede samo određenu hranu ili grupu namirnica [primjerice, začini, odnosno dodaci hrani/preljevi/umaci], pretjerano žvaču te ne dopuštaju dodirivanje različitih vrsta hrane na tanjuru). Preskaču obroke ili uzimaju male porcije hrane u redovnim obrocima. Često su na restriktivnim dijetama, isprobavajući nove dijetete, uključujući izbacivanje cijelih grupa namirnica (bez šećera, ugljikohidrata, mliječnih proizvoda, ili vegetarijanstvo/veganstvo) (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022). „Pacijenti s poremećajem bulimije nervoze brinu se o svojem tjelesnom izgledu, važno im je kako ih drugi vide i jesu li seksualno atraktivni. Uobičajeni je tijekom bolesti kronični i traje mnogo godina s povremenim remisijama“ (Ćuk i Rožman, 2021).

### 2.2.3. POREMEĆAJ S PREJEDANJEM

Prejedanje je poremećaj prekomjernog unosa hrane (Ćuk i Rožman, 2021), količine koja je znatno veća od one koju bi većina ljudi pojela u sličnim okolnostima i u određenom vremenskom periodu (Pehar, 2015). „Ovo stanje ne prati izazivanje povraćanja ili čišćenje“ (Ćuk i Rožman, 2021). Poremećaj s prejedanjem pojavljuje se kod osoba normalne i povećane tjelesne mase te kod pretilih ljudi. Ono što najčešće prethodi prejedanju su neugodne emocije s kojima se osoba ne može nositi. Ostali okidači su interpersonalni stresori, restriktivna dijeta, neugodni osjećaji koji su povezani sa tjelesnom masom, oblikom tijela i hranom te dosada (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

U DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), „poremećaj s prejedanjem nije bio prepoznat kao zaseban poremećaj hranjenja, dok je u DSM-V poremećaj s prejedanjem uvršteno kao zaseban poremećaj hranjenja, uz anoreksiju i bulimiju te nespecifične poremećaje hranjenja“ (Božić i sur., 2017). „Kliničar treba uzeti u obzir okolnosti u kojima se uzima hrana - ono što bi se smatralo prekomjernim uzimanjem hrane u slučaju normalnog obroka, smatra se normalnim u slučaju slavljeničkog ili prazničkog obroka. „Određeno vremensko razdoblje“ predstavlja ograničeno razdoblje koje je, često, kraće od 2 sata. Zasebna epizoda prejedanja ne mora nužno biti ograničena samo jednim mjestom. Primjerice, osoba sa prejedanjem može započeti u restoranu, a zatim nastaviti nakon dolaska kući. „Kontinuirano uzimanje malih količina hrane tijekom dana ne smatra se prejedanjem“ (Pehar, 2015).

Kod ovog poremećaja naglašen je osjećaj gubitka kontrole tijekom epizode prejedanja, odnosno kada osoba osjeća da ne može kontrolirati količinu hrane koju uzima ili da ne može prestati jesti (Božić i sur., 2017). Ako osoba kaže da je odustala od toga da upravlja svojim jedenjem, smatra se da postoji gubitak kontrole. U nekim slučajevima prejedanje je planirano. Vrsta hrane koju osoba jede razlikuje se od pojedinca do pojedinca, ali i kod iste osobe. Prejedanje se više odnosi na abnormalnost u količini pojedene hrane, nego na jaku želju za nekom posebnom vrstom hrane. Kod mnogih osoba s poremećajem s prejedanjem nakon epizoda prejedanja slijedi restriktivna dijeta – to je drukčije nego kod bulimije nervoze gdje disfunkcionalno držanje dijete obično prethodi pojavi prejedanja (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Prema DSM-V (2014) dijagnostički kriteriji su:

- „Ponavljajuće epizode prejedanja
- Pojava obilježja uz epizode prejedanja (sram, gađenje, depresija)
- Prisutna izrazita nelagoda zbog prejedanja
- Ovakvo prejedanje pojavljuje se u prosjeku najmanje 1 tjedno tijekom 3 mjeseca
- Prejedanje koje nije povezano sa ponavljajućim, kompenzacijskim postupcima kao kod bulimije nervoze i ne pojavljuje se isključivo tijekom bulimije nervoze ili anoreksije nervoze“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Pojava ovog poremećaja postaje sve češća u posljednjem desetljeću sa podjednakom ili većom učestalosti nego anoreksija (Ćuk i Rožman, 2021). Prevalencijski podaci pokazuju da se poremećaj s prejedanjem pojavljuje kod 3.5 % žena i 2 % muškaraca. Žene općenito nerijetko pate od poremećaja hranjenja te su sklone jesti više, nego inače, od muškaraca u stresnim situacijama. Poremećaj s prejedanjem javlja se kod 5-10 % adolescenata, što ovaj poremećaj čini najčešćim u toj dobnoj skupini (Božić i sur., 2017).

Poremećaj s prejedanjem pojavljuje se sa depresijom. „Sve veća pažnja pridaje se i proučavanju poremećaja s prejedanjem kao zasebnog poremećaja hranjenja, ali i kao obrasca ponašanja što znači da ne mora nužno imati obilježja poremećaja. Poremećaju s prejedanjem treba pristupiti ozbiljno jer u odsutnosti pravovremenog liječenja može napredovati u ozbiljan poremećaj hranjenja, dok prejedanje kao obrazac hranjenja nakon nekog vremena može i prestati“ (Ćuk i Rožman, 2021).

Poremećaj s prejedanjem najčešće se javlja u kasnoj adolescenciji ili ranim dvadesetim godinama, a u prosjeku trajanje ovog poremećaja je osam godina. Prejedanje ne mora neophodno biti patološko stanje. Može se pojaviti zbog stresa ili kao pokušaj kontrole neugodnih osjećaja. „Ono što se smatra ključnim u razlikovanju prejedanja kao poremećaja hranjenja od prejedanja kao obrasca hranjenja jest osjećaj gubitka kontrole“ (Božić i sur., 2017).

U nastavku teksta bit će navedena karakteristična obilježja za epizode prejedanja:

- brz ili nekarakterističan unos hrane,
- unos hrane do osjećaja sitosti,

- konzumiranje većih količina hrane iako ne postoji osjećaj gladi,
- konzumiranje hrane nasamo zbog osjećaja srama,
- osjećaj gađenja prema samome sebi nakon konzumacije hrane, vidljiva nelagoda zbog prejedanja,
- „pojava prejedanja najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca te nepovezanost prejedanja sa neprikladnim kompenzacijskim postupcima i s anoreksijom i bulimijom“ (Livazović i Mudrinić, 2016).

Postoji nekoliko teorija kojima se pokušava pojasniti povezanost uzroka nastanka i održavanja poremećaja s prejedanjem. Najobuhvatnije pojašnjenje daje teorija izbjegavanja koja naglašava kako je poremećaj s prejedanjem isključivo posljedica želje da se izbjegne averzivna ili negativna svijest o sebi. Stoga, može se reći da poremećaj s prejedanjem ima funkciju smirivanja i oslobađanja od bolnih emocija, barem kratkoročno (Božić i sur., 2017). „Dodatno pojašnjenje ovih obrazaca problema i poremećaja u hranjenju nudi i model afektivne regulacije prema kojem se poremećaj s prejedanjem javlja zbog pokušaja reguliranja emocija, odnosno kao odgovor na stres ili ostala neugodna emocionalna stanja. Poremećaj s prejedanjem u takvim situacijama pruža udobnost, distrakciju i/ili olakšanje od averzivnih afektivnih stanja“ (Božić i sur., 2017). U objašnjenju poremećaja s prejedanjem nejasno je da li se pojedine osobe upuštaju u poremećaj s prejedanjem zbog potrebe za stimulacijom, izbjegavanja neugodnih emocija ili situacija ili zato što ne uzimaju u obzir moguće dugoročne posljedice takvog kompulzivnog ponašanja (Božić i sur., 2017).

Podložnost poremećaju s prejedanjem, osim što kratkoročno smanjuje negativno raspoloženje, nego i kratkoročno povećava pozitivno raspoloženje, a to može, preko sustava nagrađivanja, izazvati začarani kruga prejedanja. Također, važno je razlikovati pretilost i poremećaj s prejedanjem. Iako osobe s poremećajem prejedanja mogu imati prekomjernu tjelesnu masu zbog velikog kalorijskog unosa, sve osobe koje su pretile ne moraju imati poremećaj s prejedanjem (Božić i sur, 2017). Čini se da je poremećaj s prejedanjem razmjerno ustrajan i njegov je tijek, u smislu težine i trajanja usporediv s onim BN. Preklapanje ovog poremećaja i drugih poremećaja jedenja nije uobičajeno (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

## 2.2.4. POREMEĆAJ HRANJENJA U RANOM DJETINJSTVU

Poremećaji uzimanja hrane u ranom djetinjstvu „obilježeni su smetnjama hranjenja i uzimanja hrane, a obuhvaćaju specifične poremećaje kao što su pika, poremećaji s ruminacijom te poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane . Ono što razlikuje poremećaje hranjenja od poremećaja hranjenja u ranom djetinjstvu je pretjerana zabrinutost zbog tjelesne težine i oblika tijela koja je popraćena vrlo neadekvatnim i kaotičnim uzimanjem hrane. Drugi oblici poremećaja hranjenja djece prije 14. godine idu od emocionalnog poremećaja do pervazivnog sindroma odbijanja“ (Ambrosi – Randić, 2004). Prema istraživanju Marchi i Cohen (1990) koji su pratili i proučavali tijekom 2,5 godina dvije različite kohorte u dobi od 0 do 10 godina i od 9 do 18 godina, navodi se kako slab tek i probavni problemi prethode anorektičnom ponašanju, dok su pika i obroci u djetinjstvu karakterizirani borbom (koji upućuju na probleme u samoregulaciji hranjenja i ponašanja obitelji vezanog uz hranjenje) prediktori bulimije (Ambrosi – Randić, 2004).

### 2.2.4.1. Pika

**MKB-9** šifra za piku je **307.52** i primjenjuje se kod djece i odraslih. **MKB-10** šifra za piku je **F98.3** za djecu i **F50.8** za odrasle (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Osnovno obilježje pike je jedenje jedne ili više nehranjivih, neprehrambenih tvari i to ustrajno tijekom najmanje 1 mjeseca (Ambrosi – Randić, 2004), a to je dovoljno teško da zahtijeva pažnju kliničara. Tvari koje se uobičajeno jedu variraju s obzirom na dob i dostupnost, a mogu uključivati papir, sapun, tkaninu, kosu, konopac, vunu, zemlju, kredu, puder, boju, gumu, metal, šljunak, kameni ili drveni ugljen, pepeo, glinu ili led. Pojam neprehrambeni uključen je zato što se dijagnoza pike ne postavlja kad je riječ o jedenju dijetetskih proizvoda koji imaju barem minimalno hranjive sastojke. Obično nema općenite odbojnosti prema hrani. Jedenje nehranjivih, neprehrambenih tvari mora biti razvojno neprikladno. Predlaže se da za dijagnozu djeteta mora imati najmanje 2 godine da bi se isključilo razvojno prirodno stavljanje predmeta u usta što može dovesti do njihova gutanja. Jedenje neprehrambenih tvari može biti obilježje povezano s drugim psihičkim poremećajima. Ako se takvi postupci jedenja pojavljuju isključivo u kontekstu drugog psihičkog poremećaja, zasebnu dijagnozu pike treba postaviti jedino

ako je takvo jedenje dovoljno teško da zahtijeva dodatnu pažnju kliničara. Iako u nekim slučajevima postoji nedostatak vitamina ili mineralnih tvari (npr. cink, željezo) često se ne pronalaze specifične biološke abnormalnosti. U nekim slučajevima na ovaj poremećaj se pažnja može usmjeriti tek povodom općih zdravstvenih komplikacija (npr. mehanički problemi s probavom i crijevima, opstrukcija crijeva, perforacija crijeva, infekcije poput toksoplazmoze i toksokarijaze kao posljedice jedenja izmeta ili zemlje, trovanje kao posljedica jedenja boje koja sadrži olovo). U slučaju kada jedenje nehranjivih, neprehrambenih tvari služi prvenstveno kontroli tjelesne mase, primarna dijagnoza treba biti anoreksija nervoza (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Pika se može razviti u djetinjstvu, tijekom adolescencije i u odrasloj dobi, iako, najčešća pojavnost je u djetinjstvu. Pojavljuje se kod djece koja se inače normalno razvijaju, dok je kod odraslih pojavnost češća u okviru intelektualne onesposobljenosti, tijekom trudnoće ili u kontekstu nekih drugih psihičkih poremećaja. Ovaj poremećaj može biti smrtonosan, ovisno o tvarima koje se jedu. RTG abdomena, UZV i druge metode snimanja mogu otkriti opstrukcije povezane s pikom. Krvne pretrage i drugi laboratorijski nalazi mogu se upotrijebiti za utvrđivanje razine trovanja ili prirode infekcije (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Dijagnostički kriteriji za pika poremećaj:

- a) Ustrajno jedenje nehranjivih, neprehrambenih tvari tijekom najmanje 1 mjeseca.
- b) Ovo jedenje nehranjivih, neprehrambenih tvari ne odgovara razvojnoj fazi pojedinca.
- c) Ovakvo ponašanje vezano uz jedenje nije sastavni dio kulturalno podržavane ili društveno normativne prakse.
- d) Ako se postupci jedenja kao takvi pojavljuju u okviru nekog drugog psihičkog poremećaja (npr. intelektualna onesposobljenost [intelektualni razvojni poremećaj], poremećaj iz spektra autizma, shizofrenija) ili zdravstvenog stanja (uključujući trudnoću), oni su dovoljno teški da zahtijevaju dodatnu pažnju kliničara (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

#### 2.2.4.2. Poremećaj s ruminacijom

**MKB-10** šifra za poremećaj s ruminacijom je **F98.21** (Američka psihijatrijska udruga, 2014). „Kod poremećaja s ruminacijom javlja se opetovana regurgitacija (djelomično

probavljena ili neprobavljena hrana koja se vraća u usta bez mučnine ili vidljivog napinjanja, odnosno nagona za povraćanje koja se izbacila iz usta ili, vrlo često ponovno proguta) i prežvakavanje hrane“ (Ambrosi – Randić, 2004), a koja traje najmanje 1 mjesec (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Progutana, obično poluprobavljena hrana, vraća se u usta bez gađenja ili nevoljnog povraćanja. Povraćanje neprobavljene hrane, kao dio poremećaja treba biti učestalo, tj. pojavljuje se najmanje nekoliko puta tjedno, obično svakodnevno. Takvi se postupci ne mogu bolje objasniti nekim gastrointestinalnim ili drugim zdravstvenim stanjem (npr. gastroezofagealni refluks, stenoza pilorusa). Ako se takvi postupci jedenja pojavljuju u kontekstu nekog drugog psihičkog poremećaja ili zdravstvenog stanja (uključujući trudnoću), moraju biti dovoljno teški da zahtijevaju dodatnu pažnju kliničara i moraju biti primarni aspekt stanja pojedinca koje zahtijeva intervenciju. Ovaj poremećaj moguće je dijagnosticirati tijekom čitavog života, osobito kod osoba koje imaju i intelektualnu onesposobljenost. Kliničar može izravno promatrati ovakvo ponašanje kod mnogih pojedinaca. U drugim slučajevima, dijagnozu je moguće postaviti na temelju anamneze ili heteroanamneze. Pojedinci ponekad za svoje ponašanje kažu da je navika ili da je izvan njihove kontrole. Poremećaj s ruminacijom može se pojaviti u dojenačkoj dobi, tijekom djetinjstva ili adolescencije te u odrasloj dobi. Poremećaj u dojenačkoj dobi (obično između 3. i 12. mjeseca), često se sam povlači. Ovaj poremećaj može biti smrtonosan, obično u dojenačkoj dobi.

Može se pojavljivati i povremeno ili može neprekidno trajati sve dok se ne počne liječiti. Pothranjenost kao posljedica poremećaja može biti povezana sa usporavanjem rasta i može nepovoljno utjecati na cjelokupan razvoj i mogućnost učenja.

Dojenčad s ovim poremećajem imaju karakterističan položaj tijela koji uključuje napinjanje i krivljenje leđa s glavom zabačenom unatrag te pokrete sisanja koje čini jezikom. Katkada ostavljaju dojam da uživaju. Između epizoda povraćanja neprobavljene hrane katkada su razdražljivi i gladni (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Uobičajena obilježja djece s ovim poremećajem su gubitak tjelesne mase i nemogućnost postizanja očekivanog prirasta u tjelesnoj masi. Može se pojaviti pothranjenost i to unatoč očitj djetetovoj gladi i jedenju razmjerno velikih količina hrane, što je osobito vidljivo u teškim slučajevima kad povraćanje slijedi odmah nakon



svakog uzimanja hrane i kad se povraćena hrana izbacuje iz usta. Pothranjenost se može pojaviti i kod starije djece i kod odraslih. Adolescenti i odrasli nerijetko nastoje prikriti povraćanje, primjerice kašljanjem ili stavljanjem ruke na usta. Neki izbjegavaju jesti u društvu drugih ljudi zbog društvene nepoželjnosti takvog postupanja. To može prerasti u izbjegavanje jedenja prije uključivanja u socijalne situacije, npr. prije odlaska u školu ili na posao.

Dijagnostički kriteriji:

- Ponavljano povraćanje neprobavljene ili poluprobavljene hrane (regurgitacija) tijekom najmanje 1 mjeseca. Hrana koja je povraćena može se ponovo žvakati, gutati ili ispljunuti.
- Ovakva ponavljana regurgitacija hrane ne može se pripisati gastrointestinalnom ili nekom drugom zdravstvenom stanju.
- Ove smetnje jedenja ne pojavljuju se samo kod anoreksije nervoze, bulimije nervoze ili kod poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane.
- Ako se ovi simptomi pojavljuju u kontekstu nekog drugog psihičkog poremećaja ili zdravstvenog stanja, dovoljno su teški da zahtijevaju dodatnu pažnju kliničara (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

#### 2.2.4.3. Poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane

**MKB-10** šifra za poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane je **F50.8**. „Poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder - ARFID*) zamjenjuje i proširuje dijagnozu poremećaja hranjenja u dojenačkoj dobi i ranom djetinjstvu iz DSM-IV" (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Obilježen je stalnim, neadekvatnim uzimanjem hrane zbog čega izostaje dobivanje na težini ili se čak javlja znatan gubitak tjelesne mase (Ambrosi – Randić, 2004).

Dijagnostički kriteriji:

- a) Smetnje jedenja ili hranjenja (npr. očit nedostatak zanimanja za jedenje ili za hranu, izbjegavanje hrane temeljeno na osjetilnim obilježjima hrane, zabrinutost zbog nepovoljnih učinaka jedenja) koje se očituju u trajnom neuspjehu u

zadovoljavanju neodgovarajućih prikladnih hranidbenih i/ili energetskih potreba povezanih s jednim (ili više) od sljedećih simptoma:

- 1) Značajan gubitak tjelesne mase (ili nemogućnost postizanja očekivanog prirasta u tjelesnoj masi ili usporenost rasta kod djece).
  - 2) Značajan prehrambeni deficit.
  - 3) Ovisnost o enteralnom hranjenju ili o oralnim dodacima prehrani.
  - 4) Vidljivo otežano psihosocijalno funkcioniranje.
- b) Ove smetnje ne mogu se bolje objasniti nedostatkom hrane ili nekom povezanom kulturalnom prihvaćenom praksom.
- c) Smetnje jedenja ne ponavljaju se isključivo tijekom anoreksije nervoze ili bulimije nervoze i nema dokaza o smetnjama u osobnom doživljaju vlastite tjelesne mase ili oblika tijela.
- d) Ove smetnje ne mogu se pripisati nekom postojećem zdravstvenom stanju ili se ne mogu bolje objasniti nekim drugim psihičkim poremećajem. Kad se smetnje jedenja pojavljuju u kontekstu nekog drugog stanja ili poremećaja, težina smetnji jedenja veća je od one koja se može uobičajeno povezati s tim stanjem ili poremećajem i zahtijeva dodatnu pažnju kliničara (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Utvrđivanje da li je gubitak tjelesne mase značajan vrši se pomoću kliničke procjene – umjesto gubitka tjelesne mase, kod djece i adolescenata čiji razvoj još nije završen, prisutno je nenapredovanje na tjelesnoj masi ili visini koje se očekuje u njihovu razvoju. Značajnost prehrambenog deficita također se određuje kliničkom procjenom ( procjena unesene količine hrane, tjelesni pregled i laboratorijske pretrage, a utjecaj poremećaja na tjelesno zdravlje može biti slično kao kod anoreksije nervoze (hipotermija, bradikardija, anemija). U težim slučajevima, osobito kod dojenčadi, pothranjenost može biti opasna za život. „Ovisnost“ o enteralnom hranjenju ili o oralnim dodacima prehrani znači da je potrebno dodatno hranjenje da bi se zadržao unos odgovarajuće količine hrane. Primjeri koji zahtijevaju dodatno hranjenje su, primjerice, dojenčad kod koje se ne vidi napredak, a koju treba hraniti pomoću NZG sonde te djeca sa neurorazvojnim poremećajima ovisna o prehrambeno cjelovitim dodacima prehrani. Kod nekih pojedinaca, izbjegavanje ili ograničavanje unosa hrane katkada se temelji na osjetilnim odlikama hrane, primjerice kada je riječ o krajnjoj osjetljivosti na izgled, boju, miris, teksturu, temperaturu ili okus. Takvo se ponašanje opisuje kao „ograničeno

jedenje“ ili „izbirljivo jedenje“ ili „selektivno jedenje“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Izbjegavanje ili ograničavanje unosa hrane može biti i uvjetovana negativna reakcija povezana s uzimanjem hrane nakon čega je uslijedilo ili se očekivalo neugodno iskustvo poput gušenja, agresivnih pretraga gastrointestinalnog trakta (npr. ezofagoskopija) ili ponavljajuće povraćanje (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Može doći i do izbjegavanja cijele skupine namirnica, a kod težih slučajeva može doći i do izbjegavanja sve krute hrane (Brigham i sur., 2018). Za opis takvog stanja mogu se upotrebljavati i pojmovi *funkcionalna disfagija* ili *globus hystericus* (knedla u grlu). Može se javiti nedostatak zanimanja za jedenje ili za hranu. Mlađa dojenčad može biti previše pospana, uznemirena ili uzbuđena da bi bila hranjena. „Kod starije djece ili adolescenata smanjenje unosa hrane može biti povezano s općenitijim emocionalnim teškoćama koji ne zadovoljavaju kriterije za anksiozni, depresivni ili bipolarni poremećaj, a te se teškoće katkada nazivaju *emocionalni poremećaj izbjegavanja hrane*“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Iako izbjegavanje hrane koju oboljeli povezuju sa negativnim iskustvom u početku može smanjiti anksioznost, s vremenom može doći i do povećanja razine tjeskobe, budući da i dalje postoji neuravnoteženost i odstupanja od uravnotežene i adekvatne prehrane (Brigham i sur., 2018).

Izbjegavanje ili ograničavanje unosa hrane najčešće se pojavljuje u dojenačkoj dobi ili u ranom djetinjstvu, a može trajati i u odrasloj dobi. Trenutno nema dovoljno dokaza koji bi izravno povezivali poremećaj uzimanja hrane s naknadnom pojavom nekog poremećaja hranjenja. Poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane podjednako se pojavljuje i kod osoba muškog i kod osoba ženskog spola i to u dojenačkoj dobi i djetinjstvu. Javlja se pothranjenost, niska tjelesna masa, zaostajanje u rastu i potreba za umjetnim hranjenjem i to u odsutnosti bilo kojeg jasnog zdravstvenog stanja osim slabog unosa hrane. U komorbiditetu s poremećajem unosa hrane najčešće se pojavljuju anksiozni poremećaji, opsesivno - kompulzivni poremećaj i neurorazvojni poremećaj (osobito poremećaj iz spektra autizma, deficit pažnje, intelektualna onesposobljenost) (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Pacijenti mogu prijaviti simptome koji mogu biti slični akutnoj pothranjenosti, primjerice umor, vrtoglavica i sinkopa i/ili simptome slične dugotrajnoj pothranjenosti poput bolova u trbuhu, opstipacija, nepodnošljivost hladnoće, amenoreja, suha koža i gubitak kose. Prilikom pregleda znakovi pothranjenosti mogu uključivati kaheksiju, hipotermiju, bradikardiju i hipotenziju, lanugo dlačice te bljedilo kože (Brigham i sur., 2018).

Široka raznolikost oblika poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane zbog raznolikosti nedostataka specifičnih vitamina i mineralnih tvari posljedično ograničavanjem unosa hrane ili raznovrsnosti prehrane može dovesti do raznih posljedica, od nedostatka određenih mikronutrijenata do pothranjenosti, gubitka tjelesne mase, odnosno neuspjeha u dobivanju na tjelesnoj masi i visini kako pacijent napreduje kroz djetinjstvo i adolescenciju. Kod osoba ženskog spola može doći do amenoreje. Svi navedeni simptomi i znakovi mogu upućivati i na druge moguće prisutne bolesti, uključujući maligne bolesti, kronične gastrointestinalne poremećaje (primjerice celijakija, upalna bolest crijeva), endokrine poremećaje (primjerice hipertireoza, Addisonova bolest, dijabetes tipa 1), zarazne bolesti (npr. tuberkuloza ili virus humane imunodeficijencije), ili stanja koja ometaju žvakanje ili gutanje hrane (primjerice hipertrofija tonzila, oromotorna disfunkcija, ahalazija) te je zbog toga vrlo važno postaviti ispravnu dijagnozu (Brigham i sur., 2018).

#### 2.2.5. DRUGI SPECIFICIRANI POREMEĆAJI HRANJENJA ILI JEDENJA

**MKB-10** šifra je **F50.08**. „Ova se kategorija primjenjuje na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja i jedenja koji uzrokuje klinički značajnu patnju ili oštećenja u socijalnim, radnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ti simptomi ne zadovoljavaju sve kriterije ni za jedan poremećaj u dijagnostičkoj skupini poremećaja hranjenja ili jedenja“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014). „Ova kategorija poremećaja upotrebljava se kada kliničar odluči navesti specifičan razlog zašto klinička slika ne zadovoljava kriterije niti za jedan specifičan poremećaj hranjenja i jedenja. To se čini bilježenjem „drugi specificirani poremećaji hranjenja ili jedenja“ nakon čega uslijedi specifičan razlog za to, npr. „bulimija nervoza s rijetkom učestalošću“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

U daljnjem tekstu bit će navedeni primjeri kliničkih slika koje mogu biti specificirane uz uporabu oznake „drugi specificirani“:

- 1) **Netipična anoreksija nervoza** – svi kriteriji za anoreksiju nervozu su zadovoljeni, ali, unatoč značajnom mršavljenju, tjelesna masa osobe je unutar normalnog raspona ili veća.

- 2) **Bulimija nervoza** (s niskom učestalosti i/ili ograničenog trajanja) – zadovoljeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu, ali se prejedanje i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljuju, prosječno, rjeđe od 1 tjedno i/ili kraće od 3 mjeseca.
- 3) **Poremećaj s prejedanjem** (s niskom učestalošću i/ili ograničenog trajanja) – zadovoljeni su svi kriteriji za poremećaj s prejedanjem, osim što se prejedanje pojavljuje, prosječno, rjeđe od 1 tjedno i/ili traje kraće od 3 mjeseca.
- 4) **Poremećaj čišćenja** – ponavljajući postupci čišćenja kako bi se utjecalo na tjelesnu masu ili oblik tijela, (primjerice, samoizazvano povraćanje, zlouporaba laksativa, diuretika ili drugih lijekova), ali bez prejedanja.
- 5) **Sindrom noćnog jedenja** – ponavljajuće epizode jedenja noću, odnosno jedenje nakon buđenja ili uzimanje velikih količina hrane nakon večernjeg obroka. Kod osobe postoji svijest o jedenju i sjećanje na njega. Neuredan obrazac jedenja ne može se bolje objasniti nekim drugim poremećajem hranjenja ili nekim drugim psihičkim poremećajem, uključujući upotrebu psihoaktivnih tvari i ne može se pripisati drugom tjelesnom poremećaju ili učinku lijekova (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

#### 2.2.6. NESPECIFICIRANI POREMEĆAJI HRANJENJA

**MKB-10** šifra za ovaj poremećaj je **F50.9**. „Ova se kategorija primjenjuje na kliničke slike u kojima prevladavaju simptomi karakteristični za neki poremećaj hranjenja i jedenja koji uzrokuje klinički patnju ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja, ali ti simptomi ne zadovoljavaju sve kriterije ni za jedan poremećaj u dijagnostičkoj skupini poremećaja hranjenja i jedenja. Kategorija ovog poremećaja upotrebljava se kad kliničar odlučuje ne navesti specifičan razlog zašto nisu zadovoljeni kriteriji ni za jedan poremećaj hranjenja ili jedenja, a uključuje kliničke slike u kojima nema dovoljno podataka za postavljanje specifične dijagnoze, primjerice situacije u hitnoj službi“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Prema literaturi nespecificirani poremećaji hranjenja nazivaju se sivom zonom poremećaja hranjenja koji obuhvaćaju sve navike jedenja koje odstupaju od adekvatne prehrane, ali se smatraju adekvatnima ili čak i poželjnima. Među tim navikama spadaju i kronične dijete, „*intermittent fasting*“, namjerno pročišćavanje i zlouporaba laksativa (Simić, 2022).

Prema DSM-IV, dijagnoza nespecifičnih oblika poremećaja hranjenja može se postaviti u sljedećim slučajevima:

- Kod osoba ženskog spola, zadovoljeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu, osim što osoba ima redovite menstruacije.
- Ispunjeni su svi kriteriji za anoreksiju nervozu osim što, unatoč gubitku na tjelesnoj masi, osoba ima tjelesnu masu u normalnim okvirima.
- Ispunjeni su svi kriteriji za bulimiju nervozu osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

## 2.3. POREMEĆAJI HRANJENJA ZA KOJE NE POSTOJE DIJAGNOSTIČKI

### KRITERIJI

Pod skupinom poremećaja hranjenja za koje još ne postoji dijagnostički kriterij spadaju **pregoreksija** (poremećaj hranjenja u trudnoći kod kojega dolazi do pojave simptoma sličnih anoreksiji; javlja se strah od dobivanja na tjelesnoj masi koji je povezan sa trudnoćom), **diabulimija** (pojam koji je nastao u medijima i odnosi se na poremećaj hranjenja kod osoba koje boluju od dijabetesa, tipično DM tipa I, u kojemu osoba namjerno ograničava unos inzulina kojemu je krajnji cilj mršavljenje), **drunkoreksija** (opasna kombinacija gladi, prekomjernog konzumiranja alkohola i čestog prejedanja nakon noćnog provoda), **bigoreksija** (poremećaj hranjenja koji se često naziva i obrnuta anoreksija; najčešće je prisutan kod osoba muškog spola koji sebe vide kao osobe sitnije građe, nego što doista jesu što kasnije rezultira češćim odlascima u teretanu i želji za povećanjem mišićne mase) te **ortoreksija** (Ćuk i Rožman, 2002). U nastavku teksta bit će rečeno nešto više o ortoreksiji, koja, iako još uvijek nema službenu definiciju, pokazuje sve veći interes za istraživanjem.

#### 2.3.1. Ortoreksija nervoza

Iako nije službeno priznata u Dijagnostičkom i statističkom priručniku, svijest o ortoreksiji je u porastu (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022). „Pojam ortoreksija nervoza prvi put je definirana 1997. godine kao patološka opsjednutost

pravilnom prehranom, ali još uvijek nema službenu definiciju niti precizno utvrđene dijagnostičke kriterije“ (Rađa i sur., 2022).

Iako biti svjestan i zabrinut za nutritivnu kvalitetu hrane nije problem sam po sebi, ljudi s ortoreksijom postaju toliko fokusirani na takozvanu zdravu prehranu da zapravo štete vlastitom blagostanju. Bez formalnih dijagnostičkih kriterija, teško je dobiti točnu procjenu koliko ljudi ima ortoreksiju i radi li se o samostalnom poremećaju prehrane, vrsti postojećeg poremećaja prehrane poput anoreksije ili obliku opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Obzirom na dosad navedeno, „može se reći kako raste interes za istraživanjem ortoreksije nervoze, njezinim definiranjem te unaprjeđivanjem dijagnostičkih kriterija i instrumenata“ (Rađa i sur., 2022). Iako još uvijek nije točno određeno koji su obrasci ponašanja i stavovi o hrani obuhvaćeni kod dijagnosticiranja ortoreksije nervoze, može se reći kako se vrsta prehrane, vrijeme provedeno u rukovanju sa hranom i čitanje deklaracija te odabir namirnica povezuju sa ortoreksijom (Rađa i sur., 2022). „Za razliku od ostalih poremećaja hranjenja, ortoreksija je orijentirana na kvalitetu hrane, a ne na količinu. Suprotno osobama koje boluju od anoreksije ili bulimije, osobe s ortoreksijom rijetko su usredotočene na mršavljenje“ (Ćuk i Rožman, 2021).

Umjesto toga, usmjereni su na čistoću hrane i krajnje zaokupljeni prednostima zdrave prehrane. „Ključna je manifestacija patološka opsjednutost ispravnom ishranom, a karakteriziraju je i restriktivne dijetete te strogo izbjegavanje hrane za koju bolesnik vjeruje da je nezdrava ili nečista“ (Ćuk i Rožman, 2021). Osim prisutne zabrinutosti za konzumaciju zdrave hrane, osobe koje boluju od ortoreksije nervoze imaju i specifičan način na koji pripremaju hranu. U potpunosti mogu isključiti određene skupine namirnica iz svoje prehrane, odnosno one koje se smatraju nezdravima i temeljito osmišljavaju svaki obrok te način pripreme (Livazović i Mudrinić, 2016). „Prevalencija ortoreksije nervoze u stalnom je porastu te ona u općoj, a naročito mlađoj populaciji, iznosi između 6,9 % i 11,9 % dok prevalencija u rizičnim populacijskim skupinama koje su sklone razvoju poremećaja hranjenja može biti i do 6 puta veća. Naime, pregled istraživanja ukazuje na prevalenciju 22,7 – 34,9 % za studentsku populaciju, 41,9 – 67,3 % za zdravstvene radnike i dijetetičare i 37,0 – 51,8 % za sportaše. Grammatikopoulou i sur. (2018) uvidjeli su da se kod studenata dijetetike rizik od razvijanja ortoreksije smanjuje sukladno povećanjem znanja o pravilnoj prehrani, iako

studentska populacija spada u rizične za razvoj ortoreksije nervoze“ (Rađa i sur., 2022).

Smatra se da postoji veća pojavnost nekih ponašanja povezanih sa ortoreksijom u mlađoj adolescentnoj dobi, odnosno 15 i 16 godina. Neki autori navode da kako se povećava dob, tako dolazi i do smanjivanja pojavnosti ortoreksije. Protivno tome Donini i suradnici (2004) ističu da se prevalencija ortoreksije nervoze može povećati s dobi. Različiti navodi literatura upućuju na to da je ortoreksija još uvijek nedovoljno istražena, što ne iznenađuje s obzirom da se radi o relativno kasno definiranom poremećaju hranjenja (Livazović i Mudrinić, 2016).

Osobe koje boluju od ortoreksije nervoze nemaju za cilj gubitak tjelesne mase, nego strahuju od povećanja tjelesne mase. „Neka istraživanja ističu kako u osoba s prekomjernom tjelesnom masom (TM) može doći do razvoja ortoreksije u toku razdoblja redukcije tjelesne mase. „U tom slučaju, osobe na početku procesa redukcije tjelesne mase imaju ispravnu percepciju vlastitog tijela, a percepcija postaje iskrivljena te odnos prema hrani restriktivan kako odmiče proces redukcije“ (Rađa i sur., 2022).

Iako neka istraživanja navode kako osobe koje boluju od ortoreksije imaju veće samopouzdanje od osoba koje boluju od nekih drugih oblika poremećaja hranjenja, ipak, negativno poimanje vlastita tijela može izazvati dodatna uvođenja restrikcija u prehrani, ali i povećanu razinu tjeskobe. „Na razinu stresa, anksioznosti i emocionalne nestabilnosti uvelike utječu i stresni te neizvjesni periodi koji mogu povećati rizik za razvoj, ali i pogoršati postojeće simptome u osoba s poremećajem hranjenja. Primjerice, pandemijski period coronavirusa COVID-19, poremetio je strogu dnevnu rutinu važnu osobama s poremećajima hranjenja, dodatno ih usredotočio na brigu o vlastitom zdravlju te pojačao utjecaj medija, što je dodatno utjecalo na iskrivljenje percepcije o vlastitom tijelu i intenzitet simptoma bolesti u osoba s poremećajem hranjenja. Treba skrenuti pozornost na važnost educiranja mladih osoba o pravilnoj prehrani te potvrditi važnost interdisciplinarnog pristupa u liječenju ortoreksije nervoze, koja bi trebala uključivati i psihološku podršku“ (Rađa i sur., 2022).

Znakovi upozorenja i simptomi ortoreksije:

- Učestalo provjeravanje popisa sastojaka i oznaka nutritivne vrijednosti
- Povećana zabrinutost za zdravlje sastojaka.



- Izbacivanje sve većeg broja grupa namirnica (svi šećeri, ugljikohidrati, mliječni proizvodi, svo meso, svi životinjski proizvodi).
- Nemogućnost jedenja bilo čega osim uske skupine namirnica koje se smatraju zdravima ili čistima.
- Neobično zanimanje za kvalitetu onoga što drugi jedu.
- Provođenje više sati dnevno razmišljajući o tome koja bi se hrana mogla poslužiti u nadolazećim obrocima ili događajima.
- Pokazivanje visoke razine uznemirenosti kada sigurna ili zdrava hrana nije dostupna.
- Opsesivno praćenje blogova o hrani i zdravom načinu života na društvenim mrežama.
- Problemi sa poimanjem slike tijela mogu, a isto tako i ne moraju biti prisutni (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

Kao i anoreksija, ortoreksija uključuje ograničenje količine i raznolikosti hrane što povećava rizik za pothranjenosti. Zbog toga ta dva poremećaja dijele mnoge iste fizičke posljedice (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

### 3. LIJEČENJE POREMEĆAJA HRANJENJA

Zdravstveni sustav odraz je razvijenosti društva, socijalno-ekonomskog blagostanja, povijesne i kulturološke osjetljivosti prema zdravlju i bolesti populacije. Djeca se ubrajaju u vulnerabilni dio populacije pa je i organizacija sustava njihove zdravstvene zaštite kompleksna. Zdravstvena zaštita djece u Republici Hrvatskoj zakonski je određena i propisana u centraliziranom i funkcionalno povezanom piramidalnom sustavu na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. U Hrvatskoj se pedijatri na razini primarne zdravstvene zaštite skrbe o zdravlju i bolesti predškolske djece, iznimno, ako nemaju dovoljnu popunjenost predškolskom djecom, imaju mogućnost ugovaranja zdravstvene zaštite za djecu od 7 do 14 godina. U slučaju potrebe bolničkog liječenja, zbrinjavaju se osiguranici u dobi od 0 do 18 godina, u iznimnim kliničkim indikacijama (kronične bolesti) i dulje (Bralić i sur, 2014).

U medicini, pa tako i u psihijatriji, razlikovanje normalnog od abnormalnog, odnosno zdravog od bolesnog, ključno je u procesu postavljanja dijagnoze, ali i odabira terapijskog pristupa i procjene ishoda poremećaja. Kriteriji prema kojima se to razlikovanje obavlja su u somatskoj medicini standardizirani i često kvantificirani, a ipak se katkad događaju situacije gdje je to razlikovanje teško, osobito na početku pojavljivanja poremećaja. Ono što je prisutno u mnogim definicijama psihički normalnog jest sposobnost vlastite prilagodbe na zahtjeve okoline. Najčešća obilježja koja određuju abnormalno ponašanje jesu rijetko ili iznenadno pojavljivanje, osobna patnja, pomanjkanje uvida, poremećaj funkcioniranja i sl. (Begić, 2015). „Kada mršavljenje prelazi granice fizičke i psihičke izdržljivosti, nastaju dodatni psihosocijalni problemi te se narušava funkcioniranje raznih organskih sustava“ (Marčinko, 2013). „Liječenje poremećaja hranjenja zahtijeva multidisciplinarni pristup. Priroda bolesti uključuje (ne)svjestan otpor prema liječenju i nedostatak uvida u ozbiljnost problema pa to otežava započinjanje liječenja“ (Vidović, 2004). Individualan pristup bi trebao postojati prema svakom oboljelom i na taj se način može pronaći odgovarajuća kombinacija terapijskih metoda (Marčinko, 2013).

Liječenje poremećaja hranjenja dugotrajan je i mukotrpan proces u kojemu se oboljeli nakon tretmana nerijetko vraćaju starim lošim navikama te je zbog tog razloga izuzetno bitan stalni rad na sebi (Simić, 2022). „Bolnička liječenja bulimije potrebna su za 8-10% pacijenata, a neizbježna su kod 40% osoba s ozbiljnim komorbiditetom. Iz prikaza

sadašnjeg stanja psihijatrijskog liječenja anoreksije nervoze i bulimije u svijetu i uvida u načine liječenja pacijenata u Hrvatskoj vidljivo je da, iako se bitno ne zaostaje za tijekovima terapije, postoje problemi s kojima bi se trebalo suočiti i odlučiti na neke promjene u dosadašnjoj praksi. Iako nedostaju precizni epidemiološki podaci, svakodnevni priliv novih pacijenata ukazuje na potrebu za otvaranjem specijaliziranih odjela za liječenje poremećaja jedenja pri kliničkim bolnicama koji bi trebali biti prilagođeni specifičnim zahtjevima liječenja, opremljeni sadržajima koji su prijeko potrebni i posebno educiranim kadrovima“ (Vidović, 2004).

Ako stanje pacijenta ne iziskuje bolničko liječenje, idući korak u liječenju trebala bi biti psihoterapija. Pritom bi trebalo razmišljati i o specifičnim potrebama s obzirom na dob pacijenata i možda razdvojiti oboljelu djecu od adolescenata i mlađih odraslih (Vidović, 2004). „Kako neki podaci tvrde, nakon 4 - 8 godina otprilike 75% pacijenata se oporavilo, kod 20% razvio se kronični oblik poremećaja, dok je 5% umrlo“ (Pačić-Turk, Tomašić, Divčić, 2013).

### 3.1. Liječenje anoreksije nervoze

Postavljanje dijagnoze zasniva se na prisutnim simptomima i znakovima. Anoreksija nervoza može se uočiti na osnovi specifičnih simptoma i znakova, naročito gubitka >15% tjelesne mase kod mlade osobe (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2010).

Pravovremeno prepoznavanje rizika iznimno je bitno budući da uspjeh terapije ovisi o ranoj dijagnozi i liječenju (Sedić, 2007). „Kod oboljelih s anoreksijom nervozom osnovna je poteškoća u liječenju nedostatak uvida u ozbiljnost problema te svjesni, odnosno nesvjesni otpori u prihvaćanju pomoći“ (Vidović 2009).

Osobe koje boluju od anoreksije nervoze često vjeruju kako im nije potrebna terapija te im nedostaje kliničkog uvida, a nekad i nakon završetka višemjesečne psihoterapije (Krlježa, 2020). Zato je bitno sa pacijentima razviti odnos u kojemu će osjećati sigurnost i povjerenje. „Zadatak medicinskog osoblja jest prihvaćanje pacijentice i izbjegavanje osude njezina ponašanja ili nametanja mjera koje bi mogla doživjeti kao kaznu. Popravljanje tjelesnog stanja prvi je i osnovni zadatak na početku liječenja“ (Vidović 2009).

Oboljeli će rijetko samoinicijativno potražiti stručnu pomoć. Najčešće liječenje bude potaknuto od strane zabrinutih članova obitelji ili od strane liječnika obiteljske medicine. „Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze koju potkrepljuju i podaci dobiveni od članova obitelji ili prijatelja. Fizikalnim pregledom, mjerenjem visine i tjelesne mase te izračunavanjem ITM-a procjenjuje se težina pothranjenosti. Ostale dijagnostičke pretrage nemaju veliku ulogu u postavljanju dijagnoze, već u procjeni fizičkog stanja osobe i eventualnih komplikacija“ (Sambol i Cikač, 2015). Ako postoji nizak indeks tjelesne mase i tjelesna ugroženost, liječenje je primarno u domeni pedijatra, odnosno za starije od 18 godina u domeni specijalista interne medicine (endokrinolog, gastroenterolog) (Marčinko, 2015).

Pri teškim oblicima anoreksije nužna je hospitalizacija kao mjera koja može spasiti život. Bolničko liječenje potrebno je u slučajevima kada je medicinsko stanje teško i vezano je uz dehidraciju, tešku denutriciju ili disbalans elektrolita, kada postoji rizik za suicid ili nezadovoljavajuća obiteljska situacija, kada ne postoji motivacija i volja za izlječenjem (Sedić, 2007) te kod pacijenata koji su izgubili više od 25 % tjelesne mase (Ćuk i Rožman, 2021). „Ponekad je pri tome nužan i smještaj u JIL. Tijekom boravka nužna je procjena tjelesnog i psihičkog stanja bolesnika, stalno praćenje vrijednosti KKS, elektrolita (Na, K, Ca, P, Mg), biokemijskih vrijednosti, analiza urina, HCG-a kod žena te stalno praćenje rada srca EKG-om“ (Palčevski i sur., 2008). Kada je tjelesno stanje stabilizirano, psihijatar sa svojim timom nastavlja liječenje, uz suradnju sa drugim specijalistima, nutricionistima i drugim stručnjacima za poremećaje hranjenja (Marčinko, 2015). „Nutritivna procjena uključuje određivanje prehrambenih navika kod pacijenta i procjenu biokemijskih, metaboličkih i antropometrijskih parametara. Određivanje prehrambenih navika provodi se uz pomoć dijetetičkih metoda uključujući procjenu energetske unosa te unosa makronutrijenata i mikronutrijenata kao i prehrambene navike i ponašanje u vezi s prehranom. Dijetetičke metode koje se koriste u te svrhe su najčešće dnevnik prehrane, 24-satno prisjećanje i upitnik o učestalosti unosa namirnica te intervju o prehrambenim navikama“ (Ljubas Kelečić, Bender, Krznarić, 2013). Nije neobično da pacijenti koji boluju od anoreksije nerovoze navode netočne podatke pa se predlaže da se provedu dvije metode kojima bi se usporedili dobiveni rezultati prikupljeni različitim načinima te ustanovila moguća odstupanja. Zato se, na primjer, preporuča korištenje Dnevnika prehrane i Upitnika o učestalosti konzumacije hrane. „Mjerenje antropometrijskih parametara uglavnom

obuhvaća tjelesnu masu i visinu, ITM te debljinu kožnog nabora (područje tricepsa) i obujam nadlaktice nedominantne ruke u sjedećem položaju“ (Ljubas Kelečić, Bender, Krznarić, 2013). „Timski rad pedijataru ili internistu i psihijatara te uvježbane iiskusne medicinske sestre koje imaju potrebno znanje, vještine i smisao za rad s mladima i njihovim roditeljima bitne su komponente uspješnog liječenja. Da bi pacijenti imali poticaj za promjenu, obično se dogovara minimalna težina koju treba postići, a neki predlažu i maksimalnu kako bi se pacijentima dao osjećaj sigurnosti“ (Vidović 2009).

U ciklusu samoizgladnjivanja kod anoreksije nervoze, tijelu su uskraćeni esencijalni hranjivi sastojci potrebni za normalno funkcioniranje. Stoga je tijelo prisiljeno usporiti sve svoje procese kako bi sačuvalo energiju, što rezultira ozbiljnim medicinskim posljedicama (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022), a radi se o mehanizmu koji je vrlo koristan za samo preživljavanje ljudske vrste. Ušteda energije primjećuje se već u početku svake kalorične restrikcije i ostvaruje pomoću različitih mehanizama poput termogeneze, modifikacije tiroidnih hormona i smanjenju masnog tkiva. Smanjenje tjelesne mase dovodi do smanjenog trošenja energije za 15% do 30% (Ambrosi – Randić, 2004).

Ozbiljnost komplikacija koje se pojavljuju tijekom dohrane traži postupno povećanje kalorijskog unosa (Palčevski i sur., 2008). „U početku se daju svi potrebni nutrijenti, ali u manjoj količini, nego što se preporučuje za normalan organizam jer prebrzo vraćanje na normalnu količinu nutrijenata može dovesti do opsežnih perifernih edema“ (Sedić, 2007). „Isto tako, dobivanje na tjelesnoj masi treba biti postupno (500-1000 g na tjedan) zato što brzo dobivanje na tjelesnoj masi može uplašiti pacijente jer se može pojaviti osjećaj ponovnog gubitka kontrole“ (Vidović 2009). Ukoliko pacijent surađuje, hrana se može davati na usta. Ukoliko se takav način hranjenja ne pokaže uspješnim, potrebno je staviti nazogastričnu sondu (Sedić, 2007). Pacijenta treba uvjeriti da je najbolje početi sa malim, čestim obrocima. Ako to ne uspije, treba pokušati s tekućim ili polutekućim dijetama, svakako nastojeći izbjeći NZG jer cilj svake dijetoterapije je ponovno uspostavljanje uravnotežene prehrane. Također, potrebno je paziti na skrivanje hrane i potajno vježbanje (Sedić, 2007). Upotreba nazogastrične sonde ili primjena infuzije ponekad su neizbježni, iako pacijenti to percipiraju kao kaznu. Nerijetko se dovode u opasne situacije u kojima se manipulacijama žele “spasiti” (Vidović 2009).

Tijekom boravka u bolnici pojavljuju se različiti pristupi hranjenju te s obzirom na njih neke ustanove potiču pacijente da sami biraju svoje obroke, a druge imaju propisan plan hranjenja (Krlježa, 2020).

Izvanbolnički pacijenti trebali bi tjedno dobivati na tjelesnoj masi od 0,9 do 1,4 kg. Dohrana kod teško pothranjenih pacijenata tijekom bolničkog liječenja trebala bi započeti sa 20-30 kcal/kg/dan i povećavati se za 100 do 200 kcal/dan (ukupno 1500-1800 kcal/dnevno) u obliku hrane ili enteralnih pripravaka, a zatim u trećem tjednu može iznositi 3000-4000 kcal/dan što bi omogućilo porast tjelesne mase 1-2 kg na tjedan (Palčevski i sur., 2008). Svakako je poželjno je propisivanje individualnog plana prehrane za svakog pacijenta. Treba uzeti u obzir i preferencije pojedinog pacijenta pri odabiru hrane kako bi, u konačnici, uspjeh bio što bolji (Ljubas Kelečić, Bender, Krznarić, 2013). Treba naglasiti kako je neophodno pažljivo i kontinuirano praćenje i promatranje pacijenta i njegovih vitalnih funkcija (Palčevski i sur., 2008).

Kod izrade plana prehrane treba obratiti pažnju na propisane omjere makronutrijenata pa tako energetske udio proteina treba biti 15 – 30%, udio masti 25 -30%, a udio ugljikohidrata 50 – 55%." Isto tako, treba dati prednost ugljikohidratima s niskim glikemijskim indeksom (Ljubas Kelečić, Bender, Krznarić, 2013).

Za vrijeme bolničkog liječenja važno je držati se određenog programa (Sedić, 2007). Metoda izbora je psihoterapija i primjenjuje kada je pacijent izvan životne opasnosti (Vidović 2009). Naglasak mnogih programa za roditelje je na prehrani i skrbi o djeci bolničkog liječenja. Terapije kojima je glavni fokus obitelj, naznačene su kao jedne od najdjelotvornijih terapija za djecu i mlade (Krlježa, 2020), „budući da su upravo iznimno bliski i zapleteni odnosi u obitelji i pretjerano zaštićivanje te nedostatak autonomije ono što pacijenta na početku potiče na borbu za uspostavljanje kontrole nad svojim tijelom i životom, dok se u kasnijoj fazi prilazi individualnoj psihoterapiji“ (Vidović, 2009). Na žalost, psihofarmaci nisu pokazali osobitu učinkovitost u liječenju anoreksije. Ipak, u kliničkoj se praksi olanzapin pokazuje uspješnim u pogledu podizanja tjelesne težine ako pacijentice pristanu na takvo liječenje“ (Vidović, 2009). Veći se dio osoba koji boluju od anoreksije, uz pravodobno liječenje može oporaviti, dok se kod manjeg dijela oboljelih ipak razvije kronični oblik poremećaja. Budući da se radi o poremećaju koji se može razviti u kronični oblik, teško je procijeniti mortalitet kod ovog poremećaja. Također, trebalo bi naglasiti kako je liječenje bitno i neophodno te je bez liječenja teško

očekivati promjene (Vidović 2009). „U cijelosti, prognoza obično nije dobra ni kod bolesnika koji postignu odgovarajuću tjelesnu masu. Ostaje preokupacija hranom i tjelesnom težinom, socijalni kontakti vrlo su siromašni i mnogi pacijenti postaju depresivni. Dok se veći broj osoba oboljelih od anoreksije nervoze uspješno oporavi, kod manjeg broja osoba razvije se kronični poremećaj“ (Ćuk i Rožman, 2021).

### 3.2. Liječenje bulimije nervoze

Kod liječenja bulimije važno je korigirati ponašanje i ponavljajuće navike neumjerenog konzumiranja hrane i povraćanja, uz korekciju percepcije i neadekvatnog izražavanja emocija. „Kao i kod anoreksije, bolničko liječenje je potrebno u slučajevima kada je medicinsko stanje teško i vezano uz denutriciju, dehidraciju, elektrolitski disbalans, kada je visok suicidalni rizik, obiteljska situacija nezadovoljavajuća ili kada postoji smanjena motivacija za izlječenjem“ (Sedić, 2007). Kod osoba sa čestim ponavljanjem povraćanja ili čišćenja, potrebno je odmah u početku provjeriti vrijednosti elektrolita (Vidović 2009). Treba vršiti i auskultaciju crijeva jer bolesnici većinom imaju proširenje želuca budući da u kratkom vremenu želudac pretrpaju enormnom količinom hrane uslijed čega može nastati odgođeno želučano pražnjenje (Sedić, 2007).

Jedini poremećaj hranjenja kod kojeg su se lijekovi pokazali uspješnima jest bulimija nervoze. Istraživanja kontrolirana placebom pokazala su da različiti antidepresivi mogu umanjiti učestalost epizoda prejedanja i povraćanje (Wenar, 2003). Cilj psihoterapije je da pacijent nadvlada nedostatke svog razvoja, osjeća bespomoćnosti i poteškoća pri socijalnom kontaktu. Bolesnik treba sam otkriti i izraziti potisnute misli i osjećaje, a članovi zdravstvenog tima moraju poticati svaku inicijativu bolesnika i aktivno sudjelovanje u liječenju (Sedić, 2007). Liječenje bulimije nervoze temelji se na farmakoterapiji i tehnikama psihoterapije ili na kombinaciji oba pristupa (Ćuk i Rožman, 2021). „Američka agencija za hranu i lijekove (FDA) odobrila je fluoksetin (do 60 mg na dan) za liječenje bulimije. U načelu pacijentice imaju dobre izgleda za oporavak uz uporno i dugotrajno liječenje. Neke osobe, unatoč smanjenju intenziteta simptoma, povremeno i nakon dugo vremena, u posebno za njih neugodnim životnim situacijama, ponovno i povremeno dobivaju napadaje prejedanja i povraćanja“ (Vidović 2009).

### 3.3. Liječenje poremećaja s prejedanjem

Procjenu liječenja ugrožava labilnost prejedanja kao poremećaja. Kognitivno – bihevioralno liječenje učinkovito je u nadziranju prejedanja, ali nema velikog učinka na tjelesnu masu. Liječenjem sa SSRI se nadzire i prejedanje i tjelesna masa, no prekid liječenja je često praćen recidivom. Nekim osobama s poremećajem s prejedanjem pomogle su grupe za samopomoć koje slijede principe AA (Anonimnih alkoholičara), poput Anonimnih prejedatelja i Anonimnih ovisnika o hrani (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2010). Osobe s poremećajem s prejedanjem koje traže pomoć stručnjaka obično su starije od osoba s bulimijom nervozom ili anoreksijom nervozom koje traže stručnu pomoć (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

### 3.4. Liječenje poremećaja hranjenja u ranom djetinjstvu

Poremećaj hranjenja kod djece može se razmatrati ako se djetetovo zdravstveno stanje dovodi u opasnost, odnosno ako se djetetov rast i razvoj usporava te postoji deficit nutritivnih tvari. Dijagnostička procjena zahtijeva interdisciplinarni pristup. Heteroanamneza te promatranje odnosa između roditelja i djeteta može pomoći u otkrivanju ponašanja koje bi potencijalno moglo biti uzrok poremećaja. Svaki poremećaj zasebno zahtijeva različite pristupe u liječenju.

#### 3.4.1. Liječenje pike

Liječenje se bazira se na nedostatak mineralnih ili hranjivih tvari te dovođenje ovih tvari u ravnotežu. U mnogim slučajevima, postupci jedenja kod ovog poremećaja hranjenja povlače se kako nedostatak određenih tvari dolazi u okviru referentnih vrijednosti. Ako ponašanja nisu uzrokovana pothranjenošću ili ne prestanu nakon nutritivnog tretmana, u liječenju su dostupne i različite bihevioralne terapije. Prema literaturi, neki znanstvenici razvili su nekoliko različitih učinkovitih intervencija, uključujući preusmjeravanje pažnje osobe sa željenog objekta te nagrađivanje pacijenta za odbacivanje ili odlaganje predmeta koji nisu hrana (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).



### 3.4.2. Liječenje poremećaja s ruminacijom

Nakon što se isključi fizički uzrok poremećaja ruminacije, najčešći način liječenja poremećaja ruminacije uključuje kombinaciju vježbi disanja i promjena navika. Dijete s poremećajem ruminacije uči se prepoznati znakove i situacije kada je ruminacija vjerojatna, a zatim uči tehnike dijafragmalnog disanja koje treba koristiti nakon jela, a koje ih sprječavaju da povrate hranu. Na kraju nauče spriječiti naviku preživača zamjenjujući je tehnikama dubokog disanja (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

### 3.4.3. Liječenje poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa

U početnoj medicinskoj procjeni, liječnik bi trebao prikupiti podatke o prehranbenim navikama pacijenta. Oboljeli od poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane (eng. *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder - ARFID*) mogu imati različite izmijenjene navike hranjenja. Ključno je ispitati pacijentov stav prema tjelesnoj masi i slici tijela kako bi se isključili drugi poremećaji hranjenja. Psihološka procjena važna je za postavljanje dijagnoze. Potrebno je uraditi nutritivnu procjenu, laboratorijske pretrage (Mg, P, KKS, DKS, TSH, CRP i brzinu sedimentacije eritrocita te HCG kod amenoreje), EKG kod osoba sa bradikardijom kao i analizu urina. Važno je razmotriti i probir celijakije budući da postoji visoka stopa istodobne pojave celijakije i anoreksije nervoze (Brigham i sur., 2018).

Za pacijente koji su pothranjeni potrebno je odrediti ciljanu tjelesnu masu koju bi trebao postaviti liječnik te koja će pacijentu omogućiti da primjereno napreduje tijekom razvoja očekivanom brzinom s obzirom na njihovu dob, spol i genetski potencijal. Budući da je dijagnoza relativno nova, formalni alati za dijagnostičku procjenu još su u razvoju. Liječenje se može razlikovati od ambulantnog multidisciplinarnog liječenja do bolničkog liječenja. Ciljevi liječenja poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane slični su onima za druge restriktivne poremećaje hranjenja, uključujući korekciju tjelesne mase i ponovno uspostavljanje menstrualnog ciklusa (Brigham i sur., 2018).

Kod stanja uzrokovanih denutricijom, disbalansom elektrolita i drugim stanjima koje ugrožavaju život, potrebna je hospitalizacija radi praćenja pacijenta te postizanja uravnotežene prehrane. Neki od pacijenata zahtijevaju oralne dodatke prehrani,

hranjenje nazogastričnom sondom ili hranjenje gastrostomom kako bi se održala odgovarajuća prehrana. Hranjenje sondom može biti strategija liječenja koja spašava život u uvjetima akutne pothranjenosti, ali u većini slučajeva treba se smatrati privremenom mjerom za potporu krajnjem cilju liječenja, odnosno dobivanja odgovarajuće prehrane oralnim unosom. Treba razmotriti i nadoknadu određenih vitamina i mineralnih tvari, ako su laboratorijski rezultati ili simptomi klinički značajni ili ako je prehrana i dalje ograničena. Potrebna je brza nadoknada kako bi se izbjegli negativni učinci koje nedostatak vitamina B12, cinka, željeza, vitamina C i folata (skupina B vitamina) može imati na apetit, okus, raspoloženje i razinu energije što posljedično može utjecati na sposobnost pacijenta da sudjeluje u liječenju. Nakon postizanja adekvatne tjelesne mase i uzimanja barem dijela hrane na usta, započinje odvikavanje od hranjenja sondom koje se obično provodi pod strogim nadzorom u bolničkom ili dnevnom liječenju (Brigham i sur., 2018). Pacijente treba poticati da u svoju prehranu uključe hranu sa visokim udjelom deficitarnih hranjivih tvari bez obzira na suplementaciju jer kontinuirani unos tih hranjivih tvari neophodan je za održavanje zdravlja. Za pacijente čije stanje ne zahtijeva hospitalizaciju, liječnik treba razmotriti da li je izvanbolnička psihoterapija dovoljna ili je potrebno uputiti pacijenta na dnevno liječenje ili intenzivni izvanbolnički program liječenja poremećaja hranjenja (Brigham i sur., 2018).

Prema literaturi, neki pacijenti niske tjelesne mase kod poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane, mogu imati koristi od upotrebe *Cyproheptadina*, lijeka s antihistaminergičkim (antikolinergičkim) i antiserotonergičkim svojstvima. „Studija na djeci u dobi od 7 mjeseci do 6 godina s različitim poteškoćama u hranjenju navodi da su pacijenti koji su koristili *Cyproheptadin*, koji potiče povećani apetit i akomodaciju želuca, imali poboljšanja u povećanju tjelesne mase i pozitivne promjene u ponašanju tijekom obroka i hranjenja veća u odnosu na pacijente koji nisu uzimali *Cyproheptadin*“ (Brigham i sur., 2018). Prema literaturi, u Općoj bolnici Massachusetts, tim za klinički i istraživački program poremećaja hranjenja razvio je kognitivno-bihevioralnu terapiju za poremećaj izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane (eng. *cognitive - behavioral therapy for ARFID / CBT-AR*) za liječenje pacijenata u dobi od 10 godina i starijih, sa svim oblicima poremećaja izbjegavanja/ograničavanja unosa hrane čije stanje je stabilno i ne ovise o enteralnoj prehrani. Cilj ove terapije je povećanje tjelesne mase te raznovrsnosti prehrane. Iako se *Cyproheptadin* pokazao

korisnim, za liječenje poremećaja izbjegavanje/ograničavanje unosa hrane trenutno ne postoji psihotropni lijek koji je odobrila Američka agencija za hranu i lijekove (Brigham i sur., 2018).

### 3.5. Liječenje poremećaja hranjenja za koje ne postoje dijagnostički kriteriji

Trenutno nema kliničkih tretmana razvijenih posebno za ortoreksiju, ali mnogi stručnjaci ortoreksiju nervozu tretiraju kao vrstu anoreksije i/ili opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Stoga liječenje obično uključuje psihoterapiju kako bi se povećala raznolikost hrane koja se jede i izloženost hrani koja izaziva tjeskobu ili strah od nje kao i vraćanje tjelesne mase u ravnotežu (Nacionalna udruga za poremećaje hranjenja, 2022).

### 3.6. Liječenje poremećaja hranjenja u Hrvatskoj

Liječenje poremećaja hranjenja u Republici Hrvatskoj obično uključuje multidisciplinarni pristup kao što je bolničko liječenje i vanbolničko liječenje kroz udruge, centra i savjetovališta. U Hrvatskoj postoji nekoliko centara i savjetovališta za poremećaje hranjenja:

- 1) Klinika za dječje bolesti Zagreb – Zavod za pedijatrijsku gastroenterologiju, hepatologiju i poremećaje hranjenja
- 2) KBC Zagreb – Dnevna bolnica Zavoda za personologiju , poremećaje ličnosti i poremećaje hranjenja.
- 3) Klinika za psihijatriju Vrapče / KBC Zagreb – ova klinika ima Specijalizirani ambulantni program za poremećaje hranjenja koji pruža dijagnostiku, terapiju i podršku osobama s poremećajima hranjenja
- 4) Poliklinika za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba – Centar za poremećaje hranjenja kod djece i adolescenata
- 5) Psihijatrijska bolnica „Sveti Ivan“ – Dnevna bolnica za poremećaje hranjenja H(RANA) koji pruža dijagnostiku, terapiju, rehabilitaciju za osobe svih dobnih skupina s poremećajima hranjenja.

- 6) KBC Sestre milosrdnice – Centar za poremećaje u jedenju u djece i adolescenata
- 7) Centar za poremećaje hranjenja „BEA“ – pruža savjetovanja, psihološku podršku te informacije koji su oblici zdravstvene i psihoterapijske pomoći dostupni u njihovoj sredini i kako koristiti tu pomoć.
- 8) Udruga „Snaga u meni“ - djeluje na području Istarske županije, pruža edukacije, podršku oboljelima i njihovim bližnjima te usmjeravanje prema stručnjacima (psiholozi, psihijatri, pedijatri).

## 4. PREVENCIJA I ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Konvencija o pravima djeteta proizašla je iz Deklaracije o pravima djeteta koja je usvojena na Generalnoj skupštini Ujedinjenih naroda 20. studenoga 1959. godine. Deklaracija je akt koji je ponajprije imao moralnu snagu, a Konvencija je zakonom određena, sveobuhvatna, holistička i obvezujuća za sve države potpisnice. Konvencija o pravima djeteta poseban naglasak daje na „pružanje potrebne zdravstvene pomoći svakom djetetu s težištem na jačanju primarne i preventivne zdravstvene zaštite“. Republika Hrvatska je potpisnica Konvencije. Zdravstvena zaštita ima za cilj očuvanje zdravlja, sprečavanje, odgađanje, dijagnosticiranje i liječenje bolesti uzimajući u obzir potrebe pojedinca i populacije. Zdravstvena zaštita djece kompleksna je zbog njihova rasta i razvoja i specifičnosti postavljenih ciljeva u skladu s njihovom razvojnom dobi, a obuhvaća prevenciju i liječenje bolesti uz organizacijski objedinjene preventivne i kurativne koncepte. Zdravlje djeteta iziskuje holistički pristup pri čemu je partnerski odnos s roditeljima iznimno važan (Bralić i sur., 2014).

„Planiranje programa prevencije i probira bolesti složen je proces na koji utječu stavovi brojnih sudionika – kako stručnjaka, tako i opće populacije. Odnos društva prema prevenciji bolesti mijenja se u skladu sa svjetonazorom, društveno-političkim uređenjem i socijalno-ekonomskim mogućnostima. Programi prevencije i probira mogu se primijeniti na cjelokupnu populaciju s povećanim rizicima za razvoj bolesti ili pak individualno na pojedino dijete s čimbenicima rizika ili bez njih“ (Ćuk i Rožman, 2021). Radi se o intervenciji koja zahtijeva poznavanje faktora i procesa uključenih u poremećaj hranjenja (Ambrosi – Randić, 2004). Prevencija bolesti najisplativije je ulaganje društva s ciljem poboljšanja kvalitete života pojedinca i populacije. Međutim, problem je što su za mnoge bolesti još uvijek otvorena pitanja zašto, kako i kada nastaju, slijedom čega su i mogućnosti prevencije ograničene i najčešće usmjerene na postupke sekundarne i tercijarne prevencije (Bralić i sur., 2014).

Zdravstvena zaštita djece provodi se u savjetovalištim za predškolsku i školsku djecu, individualnim, kontinuiranim preventivnim pristupom. Prema planu i programu provode se sistematski i ciljani pregledi i probiri usmjereni na prepoznavanje odstupanja od primjerenog rasta i razvoja. Posebnu pozornost pridaje edukaciji pojedinaca i populacije o mjerama za očuvanje zdravlja i sprečavanje bolesti i njihovoj važnosti, a uspješna edukacija podrazumijeva motiviranost i edukatora i educiranost. Mnogi

čimbenici zdravlja izvan su sustava zdravstvene zaštite pa je i za prevenciju, osobito nezaraznih kroničnih bolesti, nužna integracija i koordinacija zdravstvenog, odgojno – obrazovnog i socijalnog sektora te društvenog okruženja. Prevencija bolesti provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini (Bralić i sur., 2014). „Općepoznata je važnost psihološke dobrobiti adolescenata za njihov zdrav emocionalni, socijalni, fizički, kognitivni i obrazovni razvoj. Medicinska sestra/medicinski tehničar djeluje na svim razinama prevencije, a edukacija adolescenta i obitelji predstavlja jednu od najvažnijih zadaća sestre u prevenciji poremećaja mentalnoga zdravlja. Medicinska sestra/medicinski tehničar promiče zdravlje te integraciju zdravstvenog odgoja u praksu, posjeduje specifična znanja o grupnoj terapiji i psihoedukaciji adolescenta i njegovih roditelja“ (Grgić, 2023).

Medicinska sestra / medicinski tehničar nerijetko je prvi kontakt u komunikaciji sa adolescentima koji se suočavaju sa problemom mentalnoga zdravlja. „Medicinska sestra / medicinski tehničar treba nastojati stvoriti podržavajući, motivacijski i pozitivan odnos s adolescentom te treba posjedovati vještinu aktivnog slušanja kako bi se moglo prepoznati i usmjeriti adolescenta koji se suočava s problemom na pronalazak rješenja“ (Bosančić, 2021). Profesionalnost koju medicinska sestra / medicinski tehničar izražava kroz primjenu načela jednakosti, uvažavanja individualnosti te pružanja potpore, empatije i razumijevanja, pristupačnost i postavljanje jasnih granica iznimno su bitni. „Strpljenje, ustrajnost i upornost medicinske sestre značajno djeluju na promociju mentalnog zdravlja te je SZO 2007. godine pozvala na prepoznavanje medicinskih sestara kao esencijalnog resursa koji bi trebao biti uključen u planiranje i provođenje skrbi na području mentalnog zdravlja“ (Bosančić, 2021).

Svrha razgovora medicinske sestre / medicinskog tehničara i adolescenta jeste stvaranje odnosa povjerenja u kojemu će adolescent bez straha od odbacivanja i osuđivanja moći podijeliti svoje misli i osjećaje (Grgić, 2023). „Takav odnos doprinosi ranom otkrivanju simptoma, pozitivnoj suradnji s pacijentom i članovima obitelji te lakšem provođenju terapije“ (Ćuk i Rožman, 2021). „Komunikacija se treba temeljiti na pravilima profesionalne komunikacije s naglaskom na komunikacijske i socijalne vještine aktivnog slušanja i empatije. Medicinska sestra / medicinski tehničar u razgovoru treba djelovati edukativno i savjetodavno. U razgovoru je potrebno izbjegavati: davanje osuđujućih primjedbi i vlastitih pretpostavki o situaciji i osjećajima,

pokazivati užasnutost ili šokiranost, neuvažavanje osjećaja adolescenta, naređivati ili navoditi da adolescent pretjeruje sa svojim osjećajima te doživljajima“ (Grgić, 2023).

Isto tako, jedan od zadataka sestrinske skrbi jeste i edukacija pacijenta, obitelji te šire zajednice. Ako socijalna sredina, uključujući obitelj, koja okružuje pacijenta ne razumije njegove emocionalne i društvene potrebe te se pravovremeno ne prepoznaju promjene ponašanja, javlja se mogućnost da će se pacijentu pogrešno pristupiti i kao posljedica toga može doći do razvoja mentalnih poremećaja. Edukaciju, naravno, treba prilagoditi dobi pacijenta i specifičnim potrebama svakog pojedinca, a edukativni materijali trebaju biti prilagođeni kognitivnoj razini pacijenta i obitelji te uključivati verbalne informacije, vizualne i tekstualne materijale (Grgić, 2023).

Medicinske sestre zaposlene u javnom zdravstvu ili patronažnoj službi posjeduju najveću samostalnost i autonomiju u provođenju zdravstvenog odgoja i intervencija promocije zdravlja. Njih se smatra lako dostupnim i prvom točkom kontakta s mladom osobom koja traži pomoć te one najčešće provode intervencije kao što su - važnost održavanja higijene i zdrave prehrane, važnost fizičke aktivnosti, promociju psihosocijalnog zdravlja, građenje samopouzdanja, adekvatnih načina suočavanja s konfliktima i zaštita od diskriminacije i zlostavljanja i dr. (Bosančić, 2021). Uloge medicinske sestre se mijenjaju, ovisе o stupnju obrazovanja, kliničkog iskustva, korištenju sestrinskih teorijskih okvira, osobnog interesa i lokaciji gdje se pruža klinička skrb. No, bez obzira na razinu iskustva, uloga medicinske sestre je procijeniti, dijagnosticirati, planirati, provesti i vrednovati odgovor pacijenta na provedene intervencije. Intervencije bi trebale biti osmišljene tako da smanjuju simptome, poboljšavaju odnose te pospješuju funkcioniranje pacijenta (Bešenić, 2017).

Trenutno stanje prevencije poremećaja hranjenja u nedostatku je relevantnih studija o učinkovitosti preventivnih programa. „Prevenciju bi trebalo provoditi od predškolske dobi. Medicinska sestra treba sudjelovati u izradi jelovnika za dječje vrtiće, škole, bolnice i druge ustanove u kojima borave djeca, adolescenti i odrasle osobe. Cilj zdravstveno-odgojnih aktivnosti, osim izlaganja djece zdravim namirnicama, jeste i upoznavanje djece sa osnovnim pojmovima vezanim za prehranu, osnovnim nutrijentima koji su potrebni za normalno funkcioniranje organizma te preporučenim dnevnim količinama hrane“ (Ambrosi – Randić, 2004).

Važno je da svaka od tih aktivnosti bude prilagođena djetetovoj dobi te prilagođena na način koji je za njega zanimljiv i razumljiv. Neke od tih metoda mogu biti i edukacija kroz igru (bojanke, slagalice), priče i slikovnice (koje se bave temama adekvatne prehrane, tijela i samoprihvatanja) te razgovor i dijalog (prilagođen njihovoj dobi; mogu se postavljati jednostavna pitanja, poticati ih na izražavanje svojih misli i osjećaja). Isto tako, ne smijemo zaboraviti da djeca vrlo često uče promatrajući odrasle, stoga je važno djeci pružiti primjer zdravih navika hranjenja i poimanja sebe i vlastitog tijela. Jedan od načina učenja može biti i uključivanje djecu u aktivnosti poput kuhanja i pokazati im kako se priprema zdrav obrok. Bitno je surađivati i sa roditeljima jer roditelji igraju ključnu ulogu u podučavanju djece o poremećajima hranjenja.

Važan bi cilj bio i razumijevanje vlastitog procesa prehrane s posebnim osvrtom na negativne efekte držanja restriktivne dijete i pomanjkanja dugoročnih pozitivnih efekata te razmatranje pozitivnih efekata umjerenog vježbanja i negativnih efekata pretjeranih kompenzatornih vježbi. Razvijanje strategija za odolijevanje zabrinutosti, zadirkivanju, pritiscima da se drži dijete te promidžbenim porukama o važnosti mršavosti isto bi tako mogao biti vrijedan cilj u sklopu takvih programa prevencije (Ambrosi – Randić, 2004).

Oboljele i njihove obitelji treba informirati o udrugama i grupama samopomoći u kojima mogu dobiti potrebnu pomoć i podršku. Razmjena informacija sa drugim članovima, koji prolaze kroz slične situacije, uvidjet će kako nisu sami u tome. Također, mogu dobiti i informacije o zdravstvenim ustanovama u kojima se mogu obratiti za pomoć, ako osjete da bolest izmiče kontroli (Ćuk i Rožman, 2021). Programi prevencije provode se u zdravstvenim i nezdravstvenim ustanovama i udrugama. Medicinska sestra/medicinski tehničar također može provoditi školske programe orijentirane na poboljšanje pristupa oboljelima, smanjenju stigmatizacije te senzibilizacije društva, davanja mogućnosti preispitivanja i izravnih intervencija u okruženju u kojem pacijenti (adolescenti) provode najviše vremena. „Neki važni čimbenici zaštite od poremećaja mentalnoga zdravlja su društvena podrška, optimizam i otpornost koje medicinska sestra / medicinski tehničar može poticati pregledom i upućivanjem na daljnje stručno savjetovanje te moguću daljnju zdravstvenu obradu“ (Grgić, 2023).

Tijekom školovanja važnu ulogu ima i Školska medicina pri Zavodu za javno zdravstvo. Prema Programu specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite učenika i studenata, timovi školske i adolescentne medicine provode specifične i



preventivne aktivnosti za učenike i studente s ciljem osiguranja nesmetanog rasta i razvoja te tjelesnog i psihičkog sazrijevanja. Primjerice, prema Programu preventivnih mjera provodi se skrining TM (tjelesne mase) i TV (tjelesne visine), predavanje o pravilnoj prehrani za treće razrede OŠ prema Nacionalnom kurikulumu Republike Hrvatske za predškolski, osnovnoškolski i srednjoškolski odgoj i obrazovanje te skrining za šesti razred OŠ. Prema situaciji i zahtjevima mogu se provoditi edukacije za djecu školske dobi, studente, roditelje i nastavnike putem predavanja, održavanja raznih radionica i tribina. Također, provode se obilasci škola i školskih kuhinja te se mogu izrađivati planovi školske prehrane. Medicinska sestra također sudjeluje i u praćenju, analiziranju te vođenju istraživanja [primjerice, mogu se pratiti ista djeca počevši od sistematskog pregleda 1. razreda OŠ (sistematski pregled), 3. razred (skrining), 5. razred (sistematski pregled), 6. razred (skrining), 8. razred (sistematski pregled)], ali i upućivanju djece i roditelja u Savjetovališta za prehranu te suradnja s njima.

Svjetski tjedan skretanja pažnje na poremećaje hranjenja obilježava se svake godine u zadnjem tjednu veljače s ciljem podizanja svijesti o ovoj problematici te kako bi se omogućila pomoć osobama kojima je potrebno liječenje. Ove godine u Hrvatskoj obilježavanje je bilo 25. veljače - 3. ožujka, a tema je bila: "*Budi ono što jesi!*". Svjetski dan borbe protiv poremećaja hranjenja (*World Eating Disorders Action Day*) obilježava se 2. lipnja. Ovakve akcije imaju za cilj potaknuti ljude na pozitivan pristup u prihvaćanju samih sebe i drugih, odbacivanju stigme i stereotipa nametnutih od strane društva, kulture ili trendova (Matešan, 2023).

## 5. ZAKLJUČAK

Poremećaji hranjenja i poremećen odnos prema hrani predstavljaju značajan javnozdravstveni problem među djecom i adolescentima diljem svijeta. Ovi poremećaji imaju ozbiljne fizičke, psihičke, emocionalne i socijalne posljedice na pojedince. Važno je naglasiti da poremećaji hranjenja nisu samo pitanje prehrane ili tjelesne mase, već su složeni mentalni poremećaji koji zahtijevaju multidisciplinarni pristup u dijagnostici, liječenju i prevenciji. Rana identifikacija i prevencija ključni su u borbi protiv ovih poremećaja.

U cilju prevencije poremećaja hranjenja i poremećenog odnosa prema hrani potrebno je uspostaviti holistički pristup koji uključuju edukaciju djece, adolescenata, roditelja, nastavnika i zdravstvenih stručnjaka. Promocija adekvatne prehrane i pozitivne slike o sebi trebale bi biti dio obrazovnih programa i javnih kampanja. Također je važno osigurati pravovremenu dijagnostiku i pristup kvalitetnom liječenju oboljelima. Multidisciplinarni timovi stručnjaka, uključujući liječnike raznih specijalizacija (psihijatre, pedijatre, interniste), medicinske sestre/tehničare, psihologe, nutricioniste te radne terapeute i psihoterapeute raznih usmjerenja, koji zajedničkim radom mogu pružiti sveobuhvatnu skrb i podršku.

Uz sve navedeno, kontinuirano istraživanje i praćenje trendova poremećaj hranjenja i poremećenog odnosa prema hrani ključno je za razumijevanje uzroka, faktora rizika i učinkovitih intervencija. Samo kroz zajedničke napore i suradnju možemo smanjiti utjecaj ovih poremećaja na zdravlje i dobrobit djece i adolescenata te im pružiti podršku u postizanju zdravog odnosa prema hrani i tijelu.

## LITERATURA

Ambrosi – Randić, N., Pokrajac – Bulian, A., Ogresta, A., Lacovich, M. (2008). Poremećaji hranjenja i internet: analiza sadržaja hrvatskih web stranica. *Psihologijske teme*, Vol. 17 No. 1. str. 37 – 55. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/32451> [Pristupljeno: 17.06.2023.]

Ambrosi – Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja hranjenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Američka psihijatrijska udruga (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje) (2014). Peto izdanje. U: Jukić, V, Arbanas, G. Jastrebarsko: Naklada slap.

Attia, E., Walsh, B.T. (2019). Bulimija nervoza. *HeMED*. [Online] Dostupno na: <https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12600> [Pristupljeno: 17.08.2023.]

Batista, M. i sur. (2018) Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta clinica Croatica* (Tisak). 3, str. 399 – 410. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/216056> [Pristupljeno: 12.07.2023.]

Begić, D., Jukić, V., Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Bešenić, A. (2017). *Medicinska sestra u očuvanju mentalnog zdravlja adolescenata*. [Online] Dostupno na: [file:///C:/Users/ja/Downloads/besenic\\_antonela\\_unin\\_2017\\_zavrs\\_struc.pdf](file:///C:/Users/ja/Downloads/besenic_antonela_unin_2017_zavrs_struc.pdf) [Pristupljeno: 17.08.2023.]

Bilić, V. (2013). *Poremećaji hranjenja i sram*. U: Marčinko, D. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.

Bosančić, P. (2021). *Značaj medicinske sestre u očuvanju mentalnog zdravlja mladih*. [Online] Dostupno na: [file:///C:/Users/ja/Downloads/bosancic\\_zavrsni\\_rad.pdf](file:///C:/Users/ja/Downloads/bosancic_zavrsni_rad.pdf) [Pristupljeno: 17.08.2023.]

Božić, D., Macuka, I. (2017) Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol. 53 No. 2. str. 1 – 16. Izvorni znanstveni članak. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/191731> [Pristupljeno: 01.07.2023.]

Bralić, I. (2014). *Prevenција u dječjoj bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada.

Branley, D.B., Covey, J. (2017). Pro-ana versus Pro-recovery: A Content Analytic Comparison of Social Media Users' Communication about Eating Disorders on Twitter and Tumblr. *Front Psychol.* 8: 1356. [Online] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554530/> [Pristupljeno: 23.08.2023.]

Brigham, K.S. i sur. (2018). Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. *Curr Pediatr Rep.* 6 (2). str. 107–113. [Online] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6534269/> [Pristupljeno: 06.09.2023.]

Carolina Public Health (2008). *Survey finds disordered eating behaviors among three out of four American women*. [Online] Dostupno na: <https://sph.unc.edu/cphm/carolina-public-health-magazine-accelerate-fall-2008/survey-finds-disordered-eating-behaviors-among-three-out-of-four-american-women-fall-2008/> [Pristupljeno: 03.09.2023.]

Ćuk, M., Rožman, J. (2021) Prevenција poremećaja prehrane. *Nursing journal*, Vol. 26 No. 1, 2021. str. 50 – 57. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/373621> [Pristupljeno: 11.07.2023.]

Dalle Grave, R. (2015). *Kako pobijediti poremećaje hranjenja – program temeljen na kognitivno – bihevioralnoj terapiji*. Zagreb: Veble commerce.

Dnevna bolnica za poremećaje prehrane H(RANA) (2021). [Online] Dostupno na: <https://www.pbsvi.hr/dnevne-bolnice/dnevna-bolnica-za-poremecaje-prehrane-hrana/> [Pristupljeno: 16.08.2023. ]

Grgić, I. (2023). Sestrinska skrb u prevenciji poremećaja mentalnog zdravlja u adolescenata. *Nursing journal*, Vol. 28 No. 1. str. 34-41 [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/299863> [Pristupljeno: 15.08.2023.]

Havrle, N.(2022). Centar BEA. [Online] Dostupno na: <https://www.centarbea.hr/node/315> [Pristupljeno: 17.08.2023.]

Jureković, I. (2021). Internetsko ponašanje osoba oboljelih od poremećaja hranjenja: kvalitativna studija. [Online] Dostupno na:

file:///C:/Users/ja/Downloads/diplomski\_rad\_-\_iva\_jurekovic\_internetsko\_ponasanje\_osoba\_oboljelih\_od\_poremecaja\_hranjenja\_konacna\_verzija.pdf [Pristupljeno: 20.08.2023.]

Knez, R., Pokrajac-Bulian, A., Peršić, M. (2008) Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*. 52 (Supl 1). str. 111 - 115. [Online] Dostupno na: <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2008/pdf/dok19.pdf> [Pristupljeno: 29.06.2023.]

Krleža, A. (2020) Anoreksija nervoza: etiologija, česti komorbidni poremećaji i terapija. *Psychē : Časopis studenata psihologije*, Vol. 3 No. 1. str. 7 – 14. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/266931> [Pristupljeno: 15.06. 2023.]

Lemut, I. (2014). *Spolne razlike u tjelesnom samopoštovanju i tjelesnoj aktivnosti studenata*. [Online] Dostupno na: <https://repositorij.ffos.hr/islandora/object/ffos%3A936/datastream/PDF/view> [Pristupljeno: 04.09.2023.]

Ljubas Kelečić, D., Vranešić Bender, D., Krznarić, Ž. (2013). *Osobitosti dijetoterapije i kliničke prehrane kod anoreksije nervoze*. U: Marčinko, D. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.

Marčinko, D. (2013). *Poremećaji hranjenja – dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja*. U: Marčinko, D. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.

Maslarda, D., Uršulin - Trstenjak, N., Bressan, L. (2020) Poremećaji u prehrani – pretilost: prehrambene navike, tjelesna aktivnost i samoprocjena BMI u Hrvatskoj. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, Vol. 6 No. 1 . str. 83-90. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/235103>. [Pristupljeno: 19.07.2023.]

Matešan, K. (2023). Nastavni zavod za javno zdravstvo splitsko – dalmatinske županije. [Online] Dostupno na: <https://nzjz-split.hr/svjetski-tjedan-skretanja-paznje-na-poremecaje-hranjenja/> [Pristupljeno: 01.08.2023.]

Moro, Lj., Frančišković, T. (2011) Bolesti hranjenja. U: Moro, Lj. (ur.). *Psihijatrija*. Udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada.

MSD priručnik dijagnostike i terapije (2010). Osamnaesto američko, drugo hrvatsko izdanje. U: Ivančević, Ž. Split: Placebo.

National Centre for Eating Disorders, NCFED (2021). [Online] Dostupno na: <https://eating-disorders.org.uk/information/bulimia-nervosa-a-contemporary-analysis/> [Pristupljeno: 09.09.2023.]

National Eating Disorder Association (NEDA) - Nacionalna udruga za poremećaje prehrane (2022). [Online] Dostupno na: <https://www.nationaleatingdisorders.org/information-eating-disorder> [Pristupljeno: 03.08.2023.]

Nitsch, A. i sur. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 88 (6) str. 333-343 [Online] Dostupno na: <https://www.ccjm.org/content/88/6/333> [Pristupljeno: 25.08.2023.]

Pačić – Turk, Lj., Tomašić, B. (2013) Povezanost demografskih, socijalnih i zdravstvenih čimbenika, neuroticizma i obilježja emocionalnosti s poremećajima hranjenja. *Klinička psihologija*, Vol. 6 No. 1-2. str. 1 – 25. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/246918> [Pristupljeno: 15.06.2023.]

Palčevski, G. i sur. (2008) Tjelesne komplikacije poremećaja hranjenja. *Pediatrics Croatica*, 52 (Supl 1). str. 121-125. [Online] Dostupno na: <http://hpps.kbsplit.hr/hpps-2008/pdf/dok21.pdf> [Pristupljeno: 20.07.2023.]

Pehar, I. (2015) *Poremećaj prehrane u dječjoj i adolescentnoj dobi*. [Online] Dostupno na: [file:///C:/Users/ja/Downloads/poremecaj\\_hranjenja\\_kod\\_djece\\_i\\_adolescenata\\_za\\_vrsni\\_rad2.pdf](file:///C:/Users/ja/Downloads/poremecaj_hranjenja_kod_djece_i_adolescenata_za_vrsni_rad2.pdf) [Pristupljeno: 16.06.2023.]

Pokrajac – Bulian, A., Mohorić, T., Đurović, D. (2007) Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme* 16, 1, str. 27-46. [Online] Dostupno na: <file:///C:/Users/ja/Downloads/Pokrajac,%20Mohoric,%20Djurovic%20-%20Odstupajuce%20navike%20hranjenja,%20nezadovoljstvo%20tijelom%20i%20ucestalost%20provodjenja%20dijete.pdf> [Pristupljeno: 01.06.2023.]

Pokrajac-Bulian, A., Calugi, S., Anić, P., Kukić, M., Mohorić, T., Damjanić, N. (2021) Zabrinutost za oblik i tjelesnu težinu, suzdržavanje u prehrani i kognitivni obrasci

hranjenja hrvatskih adolescenata. *Socijalna psihijatrija*, Vol. 49 No. 3 str. 202 – 213. [Online] Dostupno na: [file: https://hrcak.srce.hr/272104](https://hrcak.srce.hr/272104) [Pristupljeno: 05.06.2023.]

Prnjak, K. (2019). Odnos nezadovoljstva tijelom i društvenih mreža. *Psyche*, Vol. 2. str 69-69. [Online] Dostupno na: <https://openjournals.ffzg.unizg.hr/index.php/psyche/article/view/30/37> [Pristupljeno: 17.08.2023.]

Psychology Today (2014). *Disordered Eating or Eating Disorder: What's the Difference? Eating Disorder.* [Online] Dostupno na: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/contemporary-psychoanalysis-in-action/201402/disordered-eating-or-eating-disorder-what-s-the> [Pristupljeno: 03.09.2023.]

Rađa, K., Vukomanović, A., Panjkota Krbavčić, I. (2022). Percepcija tijela i učestalost ortoreksije nervoze u mladih osoba u Hrvatskoj. *Croatian Journal of Food Technology, Biotechnology and Nutrition* vol.17 (1-2). str. 34 – 39. [Online] Dostupno na: [https://www.researchgate.net/profile/Ines-Krbavcic/publication/366703003\\_Percepcija\\_tijela\\_i\\_ucestalost\\_ortoreksije\\_nervoze\\_u\\_mladih\\_osoba\\_u\\_HrvatskojBody\\_image\\_and\\_prevalence\\_of\\_orthorexia\\_nervosa\\_in\\_young\\_population\\_in\\_Croatia/links/6425778f315dfb4cceb42f/Percepcija-tijela-i-ucestalost-ortoreksije-nervoze-u-mladih-osoba-u-HrvatskojBody-image-and-prevalence-of-orthorexia-nervosa-in-young-population-in-Croatia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ines-Krbavcic/publication/366703003_Percepcija_tijela_i_ucestalost_ortoreksije_nervoze_u_mladih_osoba_u_HrvatskojBody_image_and_prevalence_of_orthorexia_nervosa_in_young_population_in_Croatia/links/6425778f315dfb4cceb42f/Percepcija-tijela-i-ucestalost-ortoreksije-nervoze-u-mladih-osoba-u-HrvatskojBody-image-and-prevalence-of-orthorexia-nervosa-in-young-population-in-Croatia.pdf) [Pristupljeno: 15.08.2023.]

Sambol, K., Cikač, T. (2015) Anoreksija i bulimija nervoza – rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicine. Pregledni rad. *Medicus*, Vol. 24 No. 2 ASK niske doze. str. 165 – 171. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/148323> [Pristupljeno: 21.07.2023.]

Sedić, B. (2007) Zdravstvena njega bolesnika u dječjoj i adolescentnoj dobi. U: Keros, P. (ur.). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb: Zdravstveno Veleučilište.

Simić, A. (2022) Poremećaji hranjenja kao nova pandemija mladih. *Psychē : Časopis studenata psihologije*, Vol. 5 No. 1. str. 156-163. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/438079> [Pristupljeno: 15.08.2023.]

Spindler, A., Milos, Gabriella. (2007) Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating behaviors*. Svezak 8, br. 3. str. 364 – 373. [Online] Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17606234/> [Pristupljeno: 26.06.2023.]

Svjetska zdravstvena organizacija [Online] Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index> [Pristupljeno: 02.08.2023.]

Svjetska zdravstvena organizacija. MKB – 10 Višeosna klasifikacija psihijatrijskih poremećaja i poremećaja ponašanja u djece i adolescenata. U: Matešić, K. Jastrebarsko: Naklada slap.

Vidović, V. (2009) Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, Vol. 18, No. 2. str. 185 – 191. [Online] Dostupno na: <file:///C:/Users/ja/Downloads/05%20Vidovic.pdf> [Pristupljeno: 05.06.2023.]

Živković, R. (2002). *Dijetetika*. Zagreb: Medicinska naklada.

Wenar, C. (2003) *Razvojna psihopatologija i psihijatrija – od dojenačke dobi do adolescencije*. U: Matešić, K. Sveučilišne knjige i priručnici – 6. Jastrebarsko: Naklada slap.



## SAŽETAK

Poremećaji hranjenja smatraju se trećom najučestalijom kroničnom bolesti u adolescenata; često su prisutni i u djece te ih je potrebno tretirati kao vrlo značajan problem. Svjetska stopa prevalencije poremećaja hranjenja od početka 21. stoljeća do 2018. godine popela se s 3.4% na 7.8%. Istraživanje na uzorku hrvatskih srednjoškolaca pokazalo je da čak 50.4% djevojaka i 24% mladića ima iskustvo s provođenjem dijete. Nezadovoljstvo tijelom dovodi do negativnih stavova prema hranjenju, zabrinutosti tjelesnom masom i dijetom te naposljetku može dovesti do poremećaja hranjenja. Uz epidemiologiju poremećaja hranjenja vežu se specifični problemi jer oboljeli nastoje umanjiti ili prikriti svoje zdravstveno stanje te izbjeći stručnu pomoć. Smetnje hranjenja mogu se pojaviti već u ranoj dječjoj dobi u obliku jedenja nejestivih stvari i taj poremećaj može nestati odrastanjem. Kod različitih oblika poremećaja hranjenja zajedničko obilježje je pretjerani utjecaj tjelesnog izgleda i težine u samoevaluaciji pojedinca uz neredovite ili kaotične obrasce unosa hrane. Za postavljanje dijagnoze ovih bolesti potrebno je zadovoljavanje dijagnostičkih kriterija navedenih u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM-IV / DSM-V) odnosno Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB). Najveći problem u poremećajima prehrane je u neprepoznavanju navedenih znakova (ili negiranju postojanja problema) što vodi narušenom fizičkom i mentalnom stanju s lošim ishodom bolesti. Ranim otkrivanjem i praćenjem oboljelih može se prevenirati prelazak bolesti u kronični oblik i nastanak brojnih zdravstvenih problema.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, poremećen odnos prema hrani, djeca, adolescenti.

## SUMMARY

Eating disorders are considered to be the third most common chronic disease in adolescents; they are also often present in children and should be treated as a very significant problem. The global prevalence of eating disorders from the beginning of the 21st century to 2018 increased from 3.4% to 7.8%. Research on a sample of Croatian high school students showed that as many as 50.4% of girls and 24% of boys have experience with dieting. Body dissatisfaction leads to negative attitudes towards eating, concerns about weight and diet, and ultimately can lead to eating disorders. The epidemiology of eating disorders causes other specific problems because sufferers try to minimize or hide their health condition and avoid professional help. Eating disorders can appear already in early childhood in the form of eating inedible things and this disorder can disappear in adulthood. A common feature, in various forms of eating disorders, is the excessive importance of physical appearance and weight in the individual's self-evaluation, along with irregular or chaotic patterns of food intake. In order to diagnose these diseases, it is necessary to meet the diagnostic criteria specified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV / DSM-V) or the International Classification of Diseases (ICD). The biggest problem in eating disorders is to not recognize the mentioned signs (or to deny the existence of the problem), which causes a damaged physical and mental health state leading to a bad outcome of the disease. Early detection and follow-up of patients can prevent the transition of the disease into a chronic form and the trigger of numerous health problems.

Key words: eating disorders; unhealthy attitude towards food, children, adolescents.