

**SVEUČILIŠTE SJEVER**  
**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 043/SSD/2020

**ANOREKSIJA I BULIMIJA KAO REZULTAT  
ISKRIVLJENE SLIKE O VLASTITOM TIJELU**

Nikolina Baričević

Varaždin, listopad 2020.

**SVEUČILIŠTE SJEVER**

**SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**  
**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstva - menadžment**  
**u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 043/SSD/2020

**ANOREKSIJA I BULIMIJA KAO REZULTAT**  
**ISKRIVLJENE SLIKE O VLASTITOM TIJELU**

Student:

Nikolina Baričević, 56318791203

Mentor:

prof. dr. sc. Andreja Brajša-Žganec

Varaždin, listopad 2020.

## Predgovor

Veliku zahvalnost, u prvom redu dugujem svojoj mentorici Andreji Brajša-Žganec, kao i njezinome asistentu, Luki Zlatiću, na svojoj nesebičnoj i nadasve stručnoj pomoći i savjetima tijekom izrade ovoga diplomskoga rada te što su uvijek imali vremena i strpljenja za moje brojne upite.

Također, zahvaljujem se svim mojim prijateljima i prijateljicama na njihovoj velikoj podršci te bez kojih tijekom moj moga studiranja ne bi prošao ovako uspješno.

A na kraju, najveću zahvalu dugujem svojim roditeljima i sestri, te svome suprugu, koji su uvijek bili tu za mene kada kog je to situacija zahtijevala, te bez kojih moje studiranje ne bi na posljetku niti bilo moguće.

Svima veliko hvala!

“Dok se ta djeca bore da stvore savršen svijet, postaju sve spretnija u usavršavanju samih sebe. To su dodatni faktori u razvoju psihičkih bolesti kao što je i sama Anorexia i Bulimia nervosa. Djeca teže akademskom, fizičkom i umjetničkom savršenstvu. Oni su savršeni učenici, sportaši, slikari ili glazbenici. Djeca sa predispozicijom za ove bolesti briljiraju u većini područja koja im je društvo osiguralo da pokažu važne vanjske vrijednosti, kao što je škola, sport, gimnastika, ples, glazba, i tako dalje. U svojoj glavi ona se pokušavaju držati onoga što smatraju diktatom društva- zadovoljiti druge prije sebe. Oni ne pokušavaju biti najbolji zbog svog unutrašnjeg osjećaja superiornosti ili dužnosti- čine to kako bi dokazali svoju vrijednost drugima budući da im nedostaje unutrašnji osjećaj osobnosti.” (Peggy Claude-Pierre)

## Sadržaj

Sažetak .....	
Popis korištenih kratica .....	
1. Uvod .....	1
2. Povijest psihijatrijskog sestrinstva .....	3
3. Poremećaji hranjenja .....	5
3.1. Etiologija.....	6
3.2. Psihodinamika poremećaja hranjenja .....	7
4. Anoreksija nervoza .....	10
4.1. Strah od debljanja.....	11
4.2. Mršavost.....	12
4.3. Promijenjen doživljaj dimenzije vlastitog tijela .....	13
4.4. Hormonski poremećaji .....	14
4.5. Pridruženi psihički poremećaji .....	14
5. Bulimija nervoza .....	16
6. Anoreksija i bulimija kod muškaraca .....	21
7. Slika o vlastitome tijelu .....	22
7.1. Formiranje negativne slike tijela .....	24
7.2. Interpersonalni faktori .....	24
7.3. Kulturni faktori .....	25
7.4. Povezanost ličnosti i nezadovoljstva slike o sebi .....	25
7.5. Pojam debele i mršave žene .....	26
7.6. Odnos dječaci – djevojčice .....	26
7.7. Adolescencija i odrastanje sa anoreksijom i bulimijom nervozom.....	27
8. Implementacija psihičke rigidnosti.....	29
8.1. Falusna majka.....	29
8.2. Uloga oca.....	30
8.3. Poremećaji hranjenja i ponašanje.....	30
8.4. Mazohizam .....	31
9. Prikaz slučaja i sestrinska njega poremećaja hranjenja .....	33
9.1. Prvi prikaz slučaja.....	33
9.2. Drugi prikaz slučaja .....	35
10. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi oboljelih od poremećaja prehrane .....	37
10.1. Sestrinske dijagnoze .....	38
10.2. Poremećaj tjelesnog izgleda .....	39
10.3. Visok rizik za samoozljeđivanje.....	40
11. Liječenje poremećaja hranjenja .....	42
11.1. Procjena uspješnosti liječenja .....	44
12. Psihoterapija.....	45

12.1.Psihoterapijski pristup kod anoreksije .....	46
12.2.Psihoterapijski pristup kod bulimije.....	47
13. Zaključak.....	49
14. Literatura .....	51
15. Popis slika.....	56

## Sažetak

U ovom diplomskom radu ćemo razraditi teme o anoreksiji i bulimiji nervozni te iskrivljenoj slici vlastitoga tijela. Na mnoga ponašanja djeteta, koja mogu biti rezultat nekih psihičkih i kulturoloških čimbenika, a na koja najviše može djelovati također i okolina- utječe također i sama intuicija djeteta, no nekim djelom i stečeni obrasci ponašanja. Psihosomatski problemi se mogu javiti još u vrlo ranom djetinjstvu, te je sa roditeljske strane vrlo važno uočavanje odstupanja obrasca ponašanja od uobičajenoga, a kako bi se pravovremeno i pravovaljano moglo reagirati sa strane medicinske struke. Najvažniji je zapravo taj prvi kontakt majke i djeteta, koji se ostvaruje odmah po rođenju, kada majka stavi dijete na svoja prsa.

Sa odrastanjem, u prvim mjesecima djetetovog života najvažniju ulogu upoznavanja sa hranjenjem imaju usta. Sisanje prstiju i stavljanje ruku u usta je prvo što beba učini nakon poroda. Nadalje, tijekom odrastanja i razvijanja, dijete svakodnevno upoznaje dijelove svoga tijela, prepoznaje okolinu oko sebe, te postaje svjestan radnji koje se odvijaju oko njega. U adolescentnoj dobi, pri razvijanju socijalnih vještina i svakodnevnoj socijalizaciji, djevojka ili dječak žele biti prihvaćeni sa strane svojih prijatelja, a kako se slika vitkoga tijela u današnjici prezentira putem raznih medija kao ideal ljepote, odabiru razne dijete i mršavljenja u nadi da će biti društveno bolje prihvaćeni.

U mnogim literaturama se nalazi povezanost obolijevanja od anoreksije i bulimije nervoze u slučajevima gdje je majka svakodnevno anksiozna, te gdje emocionalno nije prisutna u krugu svoje obitelji. Tijekom odrastanja i razvitka vlastitih stavova, mnogi adolescenti pokušavaju pobjeći od obiteljske svakodnevnice, te se nerijetko suprotstavljaju svemu što obiteljska pravila nalažu i radnjama koje se od njih očekuje. No, može se reći da su u adolescentnoj dobi, poneka suprotstavljanja i buntovno ponašanje normalni u krugu obitelji, no vrlo često dolazi do gubitka samokontrole i dolazi do iskrivljene slike o vlastitom tijelu. U razvojnoj fazi djetinjstva u kojoj se dijete samostalno potvrđuje kao odrasla i odgovorna osoba su suprotstavljanja posve normalan proces odrastanja i formiranja osobnosti. Obolijevanje od anoreksije i

bulimije nervoze, najviše pogađaju obitelji u kojima su hrana i obiteljska druženja uz večere od iznimne važnosti, te pojava takve bolesti u obiteljskom krugu, takve roditelje najviše i pogađa. Nastanak poremećaja također mogu uzrokovati i socijalni faktori. Suvremeni svijet i društvo, kroz razne medije propagiraju vitku liniju kao najuzvišeniji cilj i najvažniji kriterij ljepote, a ujedno ne vodeći brigu o samome zdravlju.

**Ključne riječi:** anoreksija, bulimija, psihološki aspekti poremećaji hranjenja, iskrivljena slika tijela

## Summary

In this thesis, we will elaborate on the topics of anorexia and bulimia nervosa and disturbed body-image. Feeding-related activities and behaviors are partly instinctive and innate, and partly acquired. They are influenced by a number of psychological, social and cultural factors. At this time, various psychosomatic problems begin to develop, which have their origins in early childhood.

Immediately after the birth of a child, a special mother-child relationship develops. In the beginning, the mother is just a person who feeds and the relationship with her is not developed. After the birth of a child, the most important is the first contact between the mother and the newborn, the child reacts to the food (milk) that comes from the mother's breast. Already in the first few days of a child's life, when it is taken in his hands, it turns towards the chest of the person holding it, not distinguishing between a man and a woman. After only two months of age, the child begins to react to the presence of adults who approach him when he cries because he is hungry.

As he grows older, in the first months of a child's life, the mouth plays the most important role in learning about feeding. Sucking fingers and putting hands in mouth is the first thing a baby does after birth. As he develops further, the child becomes more and more acquainted with the parts of his body. By putting the fingers or toes in his mouth, he begins to organize an image of his own body. Apart from the parts of his body, he will put everything near him in his mouth. The desire to feel accepted by the environment leads the girl to choose

weight loss as the easiest way to achieve security among peers, because the obsession with slimness among young people is one of the main topics.

In anorexic girls there is a great connection with the mother, with oscillations between strong attachment to rejection. The mothers of anorexic girls are usually anxious people. Such mothers are overly preoccupied with feeding their very young girls, who suck obediently and are often "fat". In adolescence, girls come for the first time to show resistance to their mother's demands. For the developmental stage in which the child tries to distance himself from the parents and confirm himself as a special and responsible person, the oppositions are completely normal. It seems that the child unconsciously finds eating precisely as the most sensitive area of opposition to his mother. In families where food is extremely important, anorexia will be the phenomenon that will upset parents the most. Social factors also influence the development of the disorder. In modern society, a slender line is propagated through the media as the highest goal and the only criterion of beauty, without taking into account health.

**Keywords:** anorexia, bulimia, psychological aspects of eating disorders, body image distortion



## **Popis korištenih kratica**

<b>AN</b>	Anorexia nervosa
<b>BN</b>	Bulimia nervosa
<b>ITM</b>	Indeks tjelesne mase
<b>TT</b>	Tjelesna težina
<b>OKP</b>	Opsesivno-kompulzivni poremećaj

# 1. Uvod

Adolescentna dob je najčešće vrijeme kada se poremećaji prehrane razvijaju i kada počinju prvi problemi sa hranjenjem te se procjenjuju kako u Hrvatskoj od poremećaja hranjenja boluje između 30 000 do 50 000 ljudi (1). Prema definiciji, poremećaji prehrane predstavljaju iskrivljen odnos prema hrani i slici vlastitog tijela, uslijed čega nerijetko nastaju trajne posljedice: nedostatan i poremećen unos hrane, narušeno fizičko, a potom i psihičko zdravlje. Uz poremećaje hranjenja često se vezuje i pojam krivice. Roditelji često krive sami sebe, okolinu, društvo, te na posljetku, obzirom da je škola drugi dom, krive učitelje što na vrijeme nisu reagirali na alarmantnu situaciju ukoliko su bili u sumnji da se problem razvija. Od poremećaja prehrane češće obolijeva ženski spol (9:1), no sve češće obolijevaju i dječaci, pogotovo u adolescentnoj dobi (5). Uzrokom obolijevanja pacijenti najčešće navode intrinzičnu motivaciju (6). Također, za nastanke poremećaja u prehrani, važnim se smatraju: biološki, psihološki kao i socijalni čimbenici. Od značajnih bioloških čimbenika se mogu navesti dob, tjelesna težina te spol, a dok od samih psiholoških čimbenika dominiraju perfekcionizam te zadovoljstvo vlastitom slikom tijela.

Kada se spominju socijalni čimbenici, govori se o štetnom utjecaju medija, te formiranju slike vlastitoga tijela pod utjecajem roditelja i okoline (7). Kao posebna skupina rizičnih čimbenika za nastanak poremećaja prehrane, ističu se obiteljski faktori-dinamika obiteljskih odnosa, crte ličnosti roditelja te njihovi stavovi prema kontroli težine, obliku tijela i vježbanju njihove djece. Kada su oba roditelja vrlo zahtjevni prema djeci, posebno prema kćerima, očekuju izvrsne ocjene i uspjeh, takva djeca u konačnici mogu razviti opsesivnu želju za savršenstvom jer smatraju da je to put zadobivanja roditeljske ljubavi i prihvaćanja. Za razliku od roditelja perfekcionista, roditelji djece s bulimijom često su pasivni. Majke odbacuju dijete i bilo kakvu mogućnost brige oko njih. Majke vrlo često imaju teških psiholoških problema, djeluju napeto- kćeri ih opisuju kao emocionalno hladne osobe.

Slika ili predodžba tijela (engl. body image) subjektivna je reprezentacija tjelesnoga izgleda i tjelesnih iskustava. Važan je aspekt psihološkog i osobnoga razvoja u adolescenciji, posebno za djevojke. Mnoga istraživanja pokazuju da 40-70% adolescentica je nezadovoljno nekim dijelovima tijela ili tijelom u cijelosti. Dominantno obilježje oboljelih od poremećaja hranjenja je psihička rigidnost, odnosno nefleksibilnost, koja se očituje u sadističkim napadima na vlastito tijelo. Napadi se grupiraju u četiri simbolička značenja: napad na princip zadovoljstva, napad na majku koji je povezan s napadom na princip zadovoljstva, napad na heteroseksualnost i napad na vlastitu ženstvenost (10). Najveći uspjeh u liječenju poremećaja prehrane kao što su anoreksija i bulimija nervoza ima psihoterapija, no vrlo često se primjenjuje u kombinaciji s farmakoterapijom (11).

## 2. Povijest psihijatrijskog sestrinstva

Sestrinstvo u psihijatriji pojavljuje se u 19.st. u kontekstu psihijatrije kao znanstvene discipline, odnosno kao nova dimenzija brige za psihički oboljele osobe. Iako je za liječenje psihički oboljelih osoba uvijek potreban liječnik, medicinske sestre su vrlo brzo postale ravnopravni članovi tima. Sestrinstvo je priznato kao profesija od velike važnosti za njegu psihički bolesnih osoba, a jedna od važnijih kompetencija psihijatrijske sestre je njeno terapijsko djelovanje, te motiviranost i mogućnost da svojim komunikacijskim vještinama i djelotvornošću utječe na pacijente (10). U samom se početku psihijatrije kao specijalizirane struke na medicinske sestre gledalo kao na „čuvare poludjelih“, no 1936.godine liječnik William Ellis zastupa stav da su upravo medicinske sestre one koje imaju sposobnost smiriti depresivne pacijente te dati nadu njima i njihovim obiteljima. Činjenica je da su medicinske sestre u to vrijeme bile gotovo nedostupne psihički oboljelima. U gradu Halmitonu 1902. godine je oformljena prva škola u kojoj su se obučavale psihijatrijske medicinske sestre. Prva škola namijenjena obuci psihijatrijskih sestara, a koja je za to zvanje obučavala i muškarce, osnovana je 1882.godine u Massachusettsu. Trebalo je jako puno vremena i školovanja, te promicanja sestrinske struke, da se na medicinske prestane gledati samo kao na njegovatelje ili pružatelje njege, već kao na ravnopravne članove tima. Grace Neill izradila je prvi registar sestara općeg smjera koji je obuhvaćao i primjerenu edukaciju. Prve profesionalne medicinske sestre program obrazovanja završile su 1907.godine, a u registar su upisane godinu dana kasnije. Unatoč već stvorenim stavovima i predrasudama o mentalnim bolestima te su medicinske sestre imale slabiji status. Nakon svih promjena koje su se dešavale na području psihijatrije, može se reći kako se do 19.st. prepoznala potreba za razvitkom specifičnih vještina medicinskih sestara i drugačijem pristupu zdravstvene njege za mentalno oboljele. Pristup liječenja i zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika temeljila se na ljubaznosti, sugestivnosti, okupaciji koja se zasnivala na glazbi te rekreaciji (10).

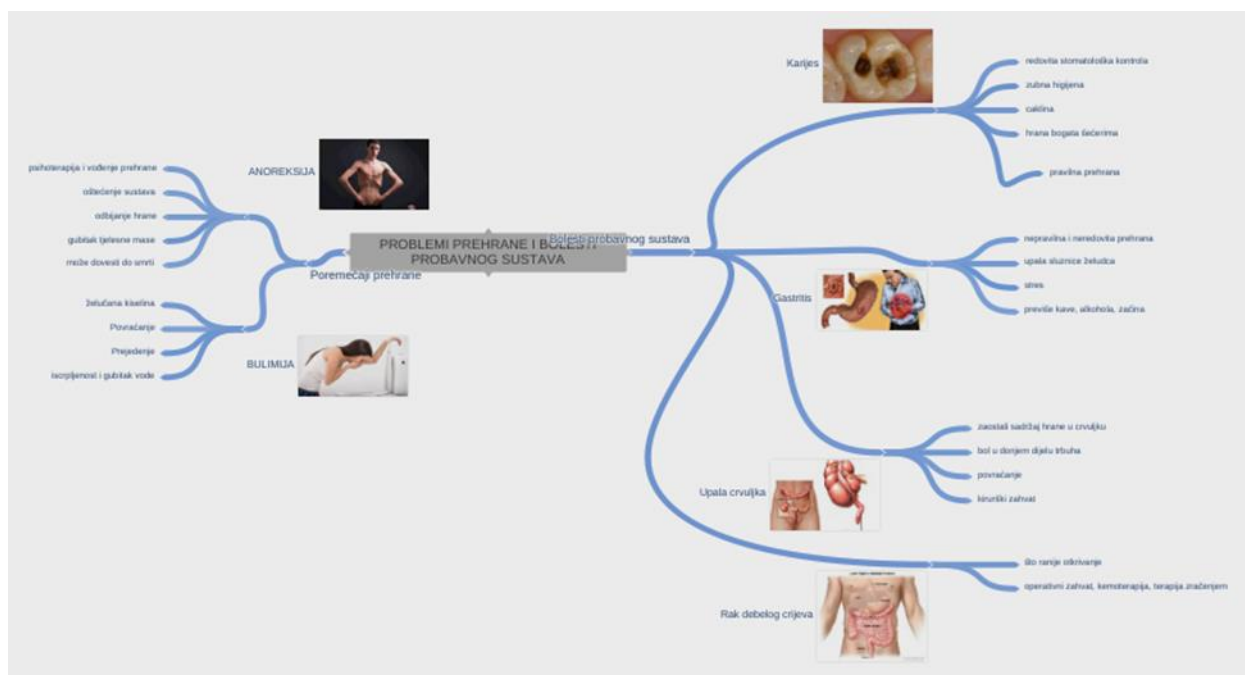
U 20. stoljeću došlo je do procvata i napretka psihijatrijskoga sestrinstva, pri čemu su psihijatrijske medicinske sestre i njihove kompetencije su postale priznate u društvu i u samoj medicini. Cijeli ovaj proces je trajao godinama, ali na poslijetku, njihova neovisna profesija tada postaje dio znanstvenog područja medicine u svijetu. Posebna izobrazba za psihijatrijsku sestru/tehničara u zajednici osnovana je u Velikoj Britaniji početkom sedamdesetih godina 20. stoljeća, a njihova edukacija je bila usmjerena prema primjeni lijekova (10). Hrvatska psihijatrijska povijest sestrinstva počela je osnivanjem psihijatrijskoga društva medicinskih sestara/tehničara i održavanjem barem jednog sastanka godišnje, na kojima su se izmjenjivala iskustva, pisali radovi, održavale sekcije što je sve u konačnici vodilo ka daljnjoj edukaciji. Za razvoj psihijatrijskog sestrinstva u Hrvatskoj uvelike je zaslužna viša medicinska sestra Darja Benussi koja se zalagala za razvoj psihijatrijskog sestrinstva i stručnu edukaciju psihijatrijskih sestara. Što se Hrvatske tiče, velika se prekretnica dogodila otvaranjem prvog diplomsko specijalističkog studija u Zagrebu (11).

### 3. Poremećaji hranjenja

Prepoznatljiva crta ovakvih poremećaja su ili krajnje izgladnjivanje ili odlazak u takvu krajnost gdje se konzumiraju ogromne količine hrane, daleko veće od inače dnevnog unosa hrane u organizam. Nastaju kao rezultat mnogih restriktivnih dijeta, a najviše kod osoba inače slabih sa emocionalne i psihičke strane. Držanje mnogih nepravilnih i nereguliranih dijeta te konzumacija raznih dijetetskih pripravaka, u konačnici dovodi do samouništenja općeg tjelesnog zdravlja, a na koncu dolazi i do smanjenja tjelesne težine ispod normalne razine koja je potreba za nesmetano i zdravo funkcioniranje tijela. Kada se već javi taj nagon da se mora smršaviti što više i što rigoroznije, već je prekasno za povratak i obično je već u toj fazi potrebna hitna hospitalizacija i uključivanje oboljelog u psihoterapijske grupe. Anoreksija i bulimija nervoza najčešće zahvaćaju adolescente, no vrlo često se javljaju takvi poremećaji i u ranoj odrasloj dobi. Za rezultat oboljenja od poremećaja prehrane imamo mogu brojne faktore, uključujući i poremećaje ličnosti, razne pritiske u obitelji, ali također i moguća genetska ili biološka predispozicija i opsjednutost idealnom težinom. Najčešće zahvaća adolescente, ali i osobe u ranoj odrasloj dobi. Najpoznatiji poremećaji hranjenja današnjice su anoreksija nervoza (AN) i bulimija nervoza (BN) koje su u zadnjih 25 godina zadobile veliku pažnju znanstvenika. Iako prve zapise o ovim bolestima nalazimo tek 1873. godine, sami opisi izgladnjivanja sežu još do srednjega vijeka. Također, uz navedena dva oblika poremećaja postoji i poremećaj hranjenja – neodređen tip. Istraživanja pokazuju da se broj oboljelih znatno povećava iz godine u godinu (12). Od 0,5 do 1% opće populacije ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog od poremećaja hranjenja, a najčešće oboljevaju mlade žene- 4% adolescentica iskazuje simptomatologiju nekog poremećaja prehrane (13).

### 3.1. Etiologija

Uzroci nastanka poremećaja hranjenja su multifaktorski – psihološki, biološki i socijalni. Smatra se kako navedeni uzroci podliježu zahtjevima adolescencije te dolazi do narušenosti u načinu hranjenja. Neki od najvažnijih psiholoških faktora su način odvijanja procesa odrastanja, odnosi s roditeljima, prilagodba na buduće životne situacije mlade osobe te stresni i traumatski događaji. Ujedno, važno je da mlada osoba već u djetinjstvu savlada određene vještine kako bi se kasnije u adolescentskom razdoblju mogla nositi i oduprijeti određenim zahtjevima sredine u kojoj boravi. Perfekcionizam je, također, bitan u nastanku poremećaja hranjenja. Djevojke s anoreksijom su nerijetko opterećene savršenstvom i održavanjem sub-optimalne težine. Mnoga su istraživanja su pokazala da biološki faktori najviše doprinose razvitku poremećaja hranjenja, a genetička su istraživanja pronašla povećan rizik za oboljenja kod bliskih srodnika i monozigotnih blizanaca. Također, spol je važan čimbenik nastanka anoreksije, te se u studijama provedenim među članovima obitelji, pokazalo da je anoreksija učestalija i do šest puta među sestrama, nego li među braćom i ostalim članovima obitelji (10). Zapadna kultura je u današnjici najvažniji socijalni faktor u nastajanju poremećaja hranjenja. Naime, svaki dan smo svjedoci kako mediji prenose poruku da je samo mršavo i vitko žensko tijelo- lijepo tijelo. Nažalost, više puta je već dokazano kako takva predodžba o ženskom tijelu djeluje „iritirajuće“ na djevojke. Zanimljiv slučaj zabilježen je na otočju Fidži. Neposredno prije dolaska televizije, djevojke nisu ni znale što je anoreksija. Kasnije, učestalijom upotrebom medijskih propaganda, stopa oboljelih djevojkica od anoreksije izjednačila se s ostalim zemljama (14).



Slika 3.1.1; Poremećaji prehrane (posljedični nastanak karijesa, gastritisa, upale crvuljka te raka debelog crijeva)

<https://www.bing.com/images/search> ( datum preuzimanja: 22.09.2020)

## 3.2. Psihodinamika poremećaja hranjenja

Psihička rigidnost koja za očitovanje ima napade na vlastito tijelo je glavno obilježje poremećaja vezanih u prehranu, a prema Krenbergu postoje četiri tumačenja napada na vlastito tijelo (10):

### A. Napad na princip zadovoljstva

Čin hranjenja označava ugodu i zadovoljstvo te unos energije, nečega dobrog za pokretanje tijela. Napad na zadovoljstvo očituje se kočenjem odnosno zaustavljanjem primarnih potencijala za senzorne užitke. Naime, takva situacija javlja se zbog ranijeg lošeg odnosa s majkom koji ima korijene za kasnije potencijalno agresivne kontakte (10).

### B. Napad na majku povezan s principom zadovoljstva



U dinamici osoba koje su oboljele od anoreksije i bulimije nalazi se poveznica sa ranijom separacijom tijekom razvojne razine pojedinca, gdje se razvila patološka povezanost sa majkom, a svaki rastanak od vlastite majke, na pojedinca ima veliki emocionalni poremećaj koji u konačnici dovodi do povremene depresivnosti i anksioznosti. Isti takvi obrasci kasnije se tijekom odrastanja mogu reaktivirati ako se na vrijeme nisu uočili i promijenili. Hilde Bruch je zaključila da mnogo bolesnika s anoreksijom i bulimijom ima majke koje površno daju podršku, ali učestalo prenose na dijete srdžbu i anksioznost, nastale zbog vlastitih neriješenih intrapsihičkih konflikata ili preko djeteta rješavaju patološki narcizam. Postoje mnoge teorije o izgladnjivanju, prema kojima se djevojke pod okriljem samo-destrukcije, pokušavaju od vlastitih majki obraniti od roditelja, te na takav način pokušavaju stvoriti vlastitu autonomiju. Samo-destruktivnost ide iz krajnosti u krajnost – samoidentifikacija sa raznim sadističkim djelovanjima prividne roditeljske figure koji imaju veliku razinu prividne svemoći, ali i drugi dio svoje vlastite "ja" koja na isti način simbolizira samo-uništavajuću sliku vlastite majke (10).

### **C. Napad na vlastitu ženstvenost**

U ranom razvoju nalaze se korijeni koji utječu na ženstvenost. Razlog tome leži u nepovoljnom odnosu djeteta s majkom. Poistovjećivanje sa majkom u mnogim životnim situacijama je blokirano na zreloj razini i ostaje aseksualna, te je povezana sa strahom i osjećajem odbacivanja. Povraćanjem i prejedanjem ugrožava se osjećaj ženstvenosti na fizičkoj i psihičkoj razini. Kernberg je opisala sindrom Petar Pan – pacijentice kroz dječjački izgled negiraju žensku identifikaciju. Kod osoba oboljelih od bulimije osoba prejedanje se koristi kao obrana od konflikata vezanih uz separaciju/odvajanje. Prejedanjem se pokušava iskazivati bijes i ljutnja zbog stvarnog ili zamišljenog osjećaja odbacivanja. Bolesnice u takvim situacijama pokušavaju negirati svoju ovisnost o njima važnim drugim osobama (10).

### **D. Napad na heteroseksualnost**

Kernberg smatra kako su napad na heteroseksualnost i ženstvenost povezani – zavist i mržnja koji postoje prema majci reflektiraju su i na oca. Muškarci se pritom doživljavaju u negativnom emocionalnom kontekstu. Također, kulturološki pritisci zahtijevaju od djevojaka visoku razinu autonomije i osuđuju njihove potrebe, a u pitanje se dovela i identifikacija djevojaka s majkom kao i njihove ovisne potrebe te majčinstvo (10).

## 4. Anoreksija nervoza

Anoreksija je riječ grčkog porijekla- odnosi se na nedostatak apetita, izbjegavanje i osjećanje gađenja prema hrani. Osobe koje boluju od anoreksije imaju stalan i nerazuman strah od debljanja, koji je prisutan i kada je mršavost dostigla nivo životne ugroženosti pacijenta. Iako je anoreksija psihička bolest, u središtu ove bolesti je hrana. Često započinje željom za gubitkom nekoliko kilograma. Oboljela osoba postaje opsjednuta slikom svog tijela i često doživljava sebe pretilom, iako je istina suprotna (12).

Louis Victor Marce je prvi klinički opisao anoreksiju 1859. godine. Njegova pacijentica je opisana sa suhom kožom, dehidriranih usta i jezika, bez imalo masnog tkiva, mršava kao kostur, opstipirana i filiformnoga pulsa. Unatoč tome nastavljala se minimalno hraniti. Funkcija probavnog sustava je opisana kao sasvim uredna, te je primijećeno po prvi puta, da poremećaj ima psihičku etiologiju (15).

Anoreksija je prvi puta opisana 1967. godine kao bolest koja dovodi do neiskrenosti prekomjernim samo-intenziviranim gubitkom težine i velikim fizičkim i psihičkim nevoljama. Zbog iskrivljene slike tijela, pojedinci s anoreksijom nervoze ne vide se mršavi i stoga nastavljaju ograničavati svoju prehranu na metodički način. Pred-pubertetni pacijenti mogu pokazati odloženo spolno sazrijevanje, odgođen fizički razvoj, usporavanje rasta i možda neće postići ciljnu visinu. Anoreksija ima ozbiljne komplikacije koje proizlaze iz neuhranjenosti, poput zahvaćanja kardiovaskularnog sustava, dehidracije, poremećaja elektrolita, poremećaja gastrointestinalne pokretljivosti, neplodnosti, hipotermije i drugih znakova hipometabolizma (16).

Od samih početaka je anoreksija je bila prepoznata kao psihološki poremećaj te je zbog negativističkoga stava bolesnica prema vlastitom oboljenju nedostajala sama mogućnost kao i sposobnost introspekcije. Francuski

psihijatar Pierre Janeta je prvi opisao slučaj mentalne anoreksije i definirao psihasteniju kao opsesivnu formu odvratnosti prema vlastitom tijelu (7).

Prema DSM-V klasifikaciji, postoje kriteriji za određivanje anoreksije nervoze su sljedeći:

- ograničavanje unosa kalorijske energije u odnosu na zahtjeve i potrebe organizma, što dovodi do niske tjelesne težine osobe te dobi, spola, faze razvoja i tjelesnog zdravlje,
- izrazit strah od najmanjeg porasta na težini ili pretilosti te ustrajni postupci otežavanja povećanje tjelesne težine, čak i uz već nisku tjelesnu težinu,
- nestvarno gledište vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne težine na vrijednost samog sebe, ili ustrajno neshvaćanje ugroženosti zdravlja zbog izrazito niske tjelesne težine,
- neredovitost i odsutnost menstruacijskog ciklusa kod žena (10).

Postoje dva tipa anoreksije - restriktivni i prežderavajući-purgativni oblik. Kod oboljelih od restriktivnog tipa anoreksije, osoba je na dijeti, no izgladnjivanje i restriktivna konzumacija hrane ujedno je popraćena s pretjeranom fizičkom aktivnošću. Kod drugog tipa bolesti, prežderavajuće-purgativnog, oboljela osoba je na dijeti, no povremeno se prejeda te izbacuje hranu povraćanjem, laksativima i diureticima (10).

#### **4.1. Strah od debljanja**

Strah od debljanja sa vremenom postaje toliko jak, da bolesnica u svakom zalogaju vidi moguću prijetnju i opasnost koja je u konačnici neće dovesti do cilja savršene slike koju ima u glavi. Kako često nemaju dovoljna saznanja o nutritivnim vrijednostima hrane, bolesnice se najviše boje slatke i masne hrane, misleći da je upravo ta hrana krivac za sve, te ju uvelike izbjegavaju. Ponekada

odlutaju u takvu krajnost- da se boje dotaknuti pribor koji je dodirnuo hranu za koju misle da je masna ili puna šećera (7).

## 4.2. Mršavost

Glavna je značajka oboljenja od anoreksije nervoze održavanje minimalne tjelesne težine potrebne za svakodnevno funkcioniranje organizma. Ukoliko osoba teži ispod 85% normalne težine, koja je određena kao idealna za tu dob i visinu, onda se notira stanje tjelesne težine ispod normale. Normalna tjelesna težina određuje se raznim tablicama, no zbog lakše međunarodne klasifikacije - koriste se kriteriji za računanje indeksa tjelesne mase (ITM - težina u iskazana u kilogramima podjeli se sa kvadriranom visinom koja je izračunata u metrima-slika (4.2.2) (10). Na slici 4.2.3 prikazano je tumačenje rezultata dobivenih izračunavanjem indeksa tjelesne mase.

$$\text{Indeks Tjelesne Mase} = \frac{\text{Tjelesna masa (kg)}}{\text{Tjelesna visina}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

Slika 4.2.2; Formula izračunavanja indeksa tjelesne mase

Izvor: Nutricionizam.hr

<https://www.nutricionizam.hr/clanci/zasto-sam-debeo> (08.08.2020)

Indeks tjelesne mase	Kategorije
Ispod 18,5	Pothranjenost
<b>18,5 – 24,9</b>	<b>Poželjna tjelesna težina</b>
25,0 – 29,9	Povećana tjelesna težina
30,0 – 34,9	Pretilost – stupanj I
35,0 – 39,9	Pretilost – stupanj II
Iznad 40,0	Pretilost – stupanj III

Slika 4.2.3; Tumačenje rezultata indeksa tjelesne mase

Izvor: Narodni zdravstveni list

[https://lh3.googleusercontent.com/proxy/TsOkKG4wYdZdoNacyamfXwRwRdh-92QYeT7EfKVTI8RJYdg8ykoMHtjAs655srknRB1m6r1k2TuS\\_97i](https://lh3.googleusercontent.com/proxy/TsOkKG4wYdZdoNacyamfXwRwRdh-92QYeT7EfKVTI8RJYdg8ykoMHtjAs655srknRB1m6r1k2TuS_97i) (08.08.2020)

### **4.3. Promijenjen doživljaj dimenzije vlastitog tijela**

Zaokupljenost izgledom vlastitoga tijela je rezultat količine brige i zabrinutosti bolesnica oko vlastite tjelesne težine. Same sebe uvjeravaju kako su pojedini dijelovi njihova tijela neproporcionalni ostatku njihove građe ili pak puno deblji nego što bi trebali biti. Nije rijetkost da se upravo iz ovih razloga učestalo važu, metrom mjere obujme dijelova tijela ili se stalno provjeravaju i pregledavaju pred ogledalom (7).

Koliko god kilograma pacijentica izgubila, u njenim mislima taj broj prikazan na vagi je i dalje prevelik, te je zbog toga i dalje ustrajna ka svome cilju. Samopouzdanje je u cijelosti narušeno jer ono ovisi o njihovom doživljaju svoje idealne slike tijela, a koja je o početka kompletno narušena. Proces gubitka težine koji je postignut mršavljenjem putem neprestanoga suzdržavanja od jela nije samo cilj postignut sam po sebi već kroz okrutnu samodisciplinu označuje dostignuće koje bolesnicama jača njihovo samopouzdanje. Nažalost, u prekasnim fazama bolesti, bolesnice i priznaju da su svjesne svoje mršavosti i dostignuto stanja, no i dalje u potajnosti ne priznaju svoje fizičke tegobe i životnu ugroženost kao posljedicu izgladnjelosti (7).

Preokupiranost savršenom slikom idealnoga tijela i vlastitim izgledom u zrcalu rezultira u konačnici iskrivljenom slikom u glavi pacijenta i koja se u vrlo kratkom vremenskom roku rapidno pogoršava i psihološki oslabljuje mentalno funkcioniranje pojedinca koji je pogođen sa ovim novonastalim stanjem. Svakodnevno vaganje i mjerenje je neizostavno u ovakvom psihološki iskrivljenom stanju. Naime, kada se izgubi dovoljan ili čak i prevelik broj kilograma, pacijenti i dalje ne prestaju misliti da im je taj određeni dio tijela i dalje problematičan. Također, samopouzdanje osobe u ovoj situaciji je u potpunosti narušeno jer najvećim dijelom njihovo samopouzdanje ovisi o broju kilograma koji su izgubljeni. Kako u takvoj bolesti kilograma nikada nije premalo, samopouzdanje se ne prestaje rušiti- jer idealna težina nikada ne može i neće biti postignuta. U stanjima kompletne iznemoglosti, u stadiju već

daleko uznapredovale bolesti, pacijenti i dalje neće i ne žele priznati da imaju problem, već su i dalje rigidnoga mišljenja da, su predebeli i da je nemoguće svoje tijelo dovesti u fazu savršenstva (7).

Naime, iako naizgled slika pojavljivanja i simptomatski uzorci izgledaju kao da je svaka klinička slika anoreksije i bulimije identična, to u pravilu nije tako. Svaki pojedinac svoju ima svoju pozadinu priče, neku emocionalnu rastrganost koja ga je dovela u stanje ove bolesti. Liječnici smatraju da je slika anoreksija izrazito teška za liječenje i kompletno izlječenje jer je bolest sama po sebi jako tvrdokorna i opasna, a pacijenti su emocionalno nemotivirani za izlječenje i kao takvi su nadasve uporni u zadržavaju svojih dosadašnjih stavova. Također se jako teško mijenja odnos prema tijelu koji je praćen niskim samopoštovanjem i neprihvatanjem vlastite osobe i svoja JA (7).

#### **4.4. Hormonski poremećaji**

Zbog patološki niske razine lučenja hormona estrogena, a koje je posljedica smanjenog lučenja FSH (folikulostimulirajući hormon) i LH (luteinizirajući hormon) dolazi do sekundarne amenoreje odnosno do izostanka menstruacije. Pokazatelj fizioloških poremećaja je poremećaj hipofize, te je zato dokazano da je menstruacija posljedica nagloga gubitka na tjelesnoj težini. Upravo je zbog nagloga gubljenja na tjelesnoj težini, kod djevojčica koje tek stupaju u pubertet prva menstruacija često odgođena zbog same bolesti. Bolesnice oboljele od AN rijetko samostalno zatraže medicinsku pomoć, no kada se to i dogodi, najčešće se žale na subjektivne tegobe vezane za tjelesne ili psihičke posljedice izgladnjelosti (7).

#### **4.5. Pridruženi psihički poremećaji**

Mnogi oboljeli od anoreksije učestalo pate i od visokih razina depresije – depresivno raspoloženi i razdražljivi, nezainteresirani su za društvo, pate od nesаницe, i vrlo često nemaju želju za seksualnom intimnošću. Anoreksične

osobe također često pokazuju i opsesivno kompulzivno ponašanje pri čemu su preokupirane mislima u vezi hrane i same konzumacije kalorijskih vrijednosti hrane. No, u mnogih bolesnika, opsesivno kompulzivni poremećaj nije vezan samo uz hranu, nego obuhvaća različite aspekte svakodnevnoga života pa se valjano može reći da uz anoreksiju, pacijenti također pate i od pravoga opsesivno kompulzivnog poremećaja (49).

Nakon tjelesnog oporavka, vrlo često, gotovo u svakom slučaju oporavka od bolesti, dolazi do obolijevanja od depresije. Oboljeli sa depresijom većinu svog vremena preleže u krevetu, izgube interes za ljude i svijet oko sebe, slabo se mogu koncentrirati, pate od nesanice ili s drugog spektra od povećane potreba za snom. Početkom liječenja ove bolesti, komunikacija je jako otežana, odnosno, nemoguća te zahtjeva vrijeme za opuštanje (1).

Slična je situacija u slučajevima nastajanja afektivnoga poremećaja i depresije. Anksiozni poremećaji i anoreksija su nerijetko vrlo povezani, a to se primarno odnosi na socijalnu fobiju i opsesivno-kompulzivni poremećaj. Gotovo uvijek su anoreksično oboljeli zaokupljeni mislima o hrani. Neki ne žele nikakvu hranu prisutnu u svom domu, dok drugi skupljaju i gomilaju hranu. Postoje poteškoće kontroliranja impulsa, primjerice samoozljeđivanje ili pokušaj samoubojstva, koje najčešće pripadajuće poremećaju ličnosti (7).



## 5. Bulimija nervoza

Bulimija nervoza poremećaj je prehrane u kojem dominira pretjerano konzumiranje velikih količina hrane u vrlo kratkom periodu – najčešće dva sata (19). Bulimija dolazi od grčkoga porijekla, a u doslovnom prijevodu je možemo nazvati "bikovom gladi". Također, za bulimiju se često koristi izraz sindrom prežderavanja odnosno pražnjenja u kojem se izmjenjuju epizode prežderavanja (10 000 kalorija dnevno) s epizodama povraćanja ili upotrebe laksativa, diuretika i jakog vježbanja. Bolesnice i bolesnici razvijaju jaku želju za mršavljenjem, no ostvaruju je na drugačiji način u odnosu na anoreksiju. Teško prevladavaju jaku želju za hranom pa se prejedaju, a posljedično osjećaju strah i krivnju pa žele hranu izbaciti iz sebe. Kao i kod anoreksije, bolesnici su nezadovoljni svojim izgledom, oblikom tijela i tjelesnom težinom (10).

Godine 1979. Bulimija nervoza je prvi put opisana u medicinskoj literaturi. Već u starom Egiptu, Rimu, Arabiji i Grčkoj koristilo se povraćanje i primjena purgativa kao čišćenje tijela radi očuvanja zdravlja. Kasnije kroz povijest spominjale su se osobe koje su imale simptome nalik bulimiji sa željom namjernog mršavljenja (20). U 90% slučajeva javlja se kod žena u ranoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi (21).

Prema DSM-IV kriteriji za dijagnozu BN su sljedeći: (21)

- periodična prejedanja u kojima prevladava jedenje velikih količina hrane u određenom vremenskom razdoblju (svaka dva-tri sata) popraćeno s osjećajem gubitka kontrole pri jedenju,
- intervalno i redovito neodgovarajuće kompenzirano ponašanje poput induciranog povraćanja, zloupotrebe purgativa, sredstva za klistiranje i diuretika, pretjerano vježbanje,
- prejedanje popraćeno s opisanim neodgovarajućim ponašanjem javlja se najmanje dva puta tjedno unutar tri mjeseca,
- pretjerana samokritika te osuđivanje i podcjenjivanje vlastitog izgleda tijela,

- poremećaj se ne mora javljati isključivo tijekom oboljenja anoreksije nervoze (12).

Neki od čimbenika koji mogu povećati rizik oboljenja od bulimije nervoze su:

- Biološki- braća i sestre, roditelji ili djeca mogu vjerojatnije razviti poremećaj prehrane, što ukazuje na moguću genetsku vezu.
- Prekomjerna tjelesna težina u dječjoj i adolescentnoj dobi
- Psihološki i emocionalni problemi, poput depresije, anksioznih poremećaja ili poremećaja upotrebe supstanci, usko su povezani s poremećajima prehrane ( 50).

Postoje dva tipa bulimije. Ukoliko osoba boluje od purgativnog tipa, samoinicijativno koristi purgative, diuretike i sredstva za klistiranje zbog jakog straha od debljanja. Ne-purgativni tip karakteriziran je postom i/ili pretjeranim vježbanjem, no osoba ne podliježe samoinicijativnom korištenju ranije navedenih sredstava (22). Zanimljivo je kako osobe oboljele od BN najčešće normalne tjelesne težine (TT) u odnosu na oboljele od AN čija je težina ispodprosječna. Također, oboljeli od BN iako su normalne TT mogu biti anoreksične ili pak im težina varira do 20-ak kilograma u fazama prejedanja i pražnjenja (23).

Prema novim kriterijima za dijagnozu bulimije, dovoljno je da se simptomi javljaju jednom tjedno. Epizoda prejedanja navedena u prvom kriteriju češće je vezana za nezdravu hranu i slatkiše, nego za voće i povrće. Osobe su obično posramljene zbog problema s uzimanjem hrane i pokušavaju sakriti simptome jedenjem u tajnosti. Pretjeranost u konzumaciji hrane se nastavlja sve dok osoba ne osjeti nelagodu te jako često imaju osjećaj gađenja prema sebi samome, osjećaj bespomoćnosti i panike prilikom uzimanja hrane te su i sami svjesni kako su pojeli previše, no gubitak vlastite kontrole je važniji od količine pojedene hrane. Mnoge djevojke i dječaci opisuju potpuni ili djelomični gubitak svijesti o sebi ili okolini i kontrole tijekom ili nakon epizode prejedanja. Također, izjavljuju da se nakon nekog vremena više ne radi o gubitku kontrole,

već o nemogućnosti pružanja otpora prejedanju ili teškoće u zaustavljanju prejedanja (50).

Samo-izazvanim povraćanjem kao načinom "pražnjenja" koristi se najveći broj osoba koje pate od bulimije (80–90%). Iako ovakvo ponašanje dugoročno dovodi do loših posljedica (povećava rizik od nastajanja tjelesnih komplikacija), kratkoročno oslobađa neugodnih simptoma izazvanih prekomjernim unošenjem hrane i umanjuje anksioznost koju izaziva pomisao na debljanje. Može se reći da se ponašanja pražnjenja kod osoba oboljelih od bulimije održavaju putem negativnog potkrepljenja. Kao posljedice svoje bolesti, oboljeli od bulimije mogu imati teške fiziološke simptome: česte upale grla i ždrijela, naticanje žlijezda slinovnica, upale i/ili puknuće jednjaka zbog čestog povraćanja, propadanje zubi i promjene na zubima zbog želučane kiseline, zatvor i nepravilni rad probavnog sustava zbog zlouporabe laksativa (49).

Također, može doći do oštećenja cijelog probavnog sustava, dehidracije, neravnoteže elektrolita (gubitka natrija i kalija) što oštećuje srce i ostale organe. Smanjena koncentracija kalija i drugi poremećaji elektrolita mogu dovesti do zastoja rada srca i time dodatno ugrožavaju zdravlje već oboljelih, sa potencijalnim smrtnim ishodom (50). Karakteristično je da bulimija relativno dugo ostaje neotkrivena jer ne dovodi do velikog gubitka na tjelesnoj masi, a osobe koje boluju od bulimije održavaju svoju tjelesnu masu unutar normalnih vrijednosti. Tek su neke blago ispodprosječne tjelesne mase, a neke blago nadprosječne, dok su rijetke visoko nadprosječne tjelesne mase. Upravo zbog nedostatka promjena u tjelesnom izgledu oboljelih i skrivanja svoje bolesti od okoline, dodatno je otežano rano uočavanje i liječenje bolesti (49).

Rizična skupina u kojoj najčešće započinje nezadovoljstvo razvijanjem tijela i novonastalim promjenama je upravo stupanje u srednju školu. Iako tek nekolicina djevojaka kroz srednju školu zapravo pati od toga poremećaja, veliki je broj onih koje drže neke oblike dijeta, što se naime također smatra velikim

problemom jer dovodi do fluktuacije u težini i samoga prejedanja, a svako takvo ponašanje dovodi do oboljenja i oštećenja zdravlja.

Nezadovoljstvo svojim vlastitim izgledom, održavanje raznih dijeta, pretjerana fizička aktivnost, te u konačnici i poremećeni stavovi u vezi prehrane su u velikim oscilacijama različiti od djevojke do djevojke, od osobe do osobe. Postoje mnogi faktori koji utječu na takva ponašanja, no mi se vodimo samo sa dva osnovna modela koji objašnjavaju glavnu ulogu u pubertetskom sazrijevanju (49).

Prvi model je usmjeren na relativni trenutak pubertetskog sazrijevanja te s obzirom na taj trenutak se djevojke mogu razvijati rano, pravovremeno ili kasno. Prema mnogim literaturama, stres i strah od preranog razvijanja je glavni okidač za razvitak i kasnijih psihopatologija. U literaturi se navodi kako je i stres zbog toga što su djevojke prerano razvijene utjecao i doveo do podložnosti raznim psihopatologijama, kao što je na koncu i sam poremećaj hranjenja. Adolescentne djevojke također vjeruju da ako su mršavije, da će isto tako biti na neki način uspješnije na mnogim sastancima te bolje prihvaćeni u školi od strane svojih vršnjaka i nastavnika koji su im na neki način uzor i na čiju se sliku ugledaju (49).

Drugi model je usmjeren na simultano djelovanje puberteta i nekolicine prijelaznih događaja u tome razdoblju. Navodi se da kumulativni stres djeluje negativno na psihosocijalno funkcioniranje, te također da djevojke imaju veću vjerojatnost od dječaka da prijelaz iz osnovne škole u srednju dožive simultano sa nastupanjem puberteta i počecima socijalnoga upoznavanja i druženja sa novom okolinom. Mnoge djevojke koje to dožive se suočavaju sa nastankom tjeskobe, koja se na koncu odražava padom samopoštovanja i izvannastavnih aktivnosti, u usporedbi sa ostalim adolescenticama koje dožive nastupanje sekvencijalno ili dečkima koji dožive istovremeni nastup (49).

Bulimija nervoza je kao što smo već istaknuli kroz ovaj rad, poremećaj izuzetno opasan po zdravlje pojedinca. Osoba koja boluje od bulimije, u

početku, ne shvaćajući ozbiljnost situacije, prejeda se, nakon čega prazni sadržaj želuca prisilnim putem. Kako bi se riješili kalorija i spriječili debljanje, osobe oboljele od bulimije se koriste različitim metodama. Na primjer, redovito sami izaziva povraćanje ili zloupotrebljuje laksative, dodatke za mršavljenje, razne diuretike te također nerijetko se koriste i pretjeranim i prekomjernim tjelovježbama (23). Kako bi se riješili kalorija i spriječili debljanje, osobe oboljele od bulimije se koriste različitim metodama. Na primjer, redovito sami izazivaju povraćanje ili zloupotrebljuju laksative, uzimaju dodatke za mršavljenje, razne diuretike te također nerijetko se koriste i pretjeranim i prekomjernim tjelovježbama (23).

## 6. Anoreksija i bulimija kod muškaraca

Iako muškarci rjeđe oboljevaju od AN i BN, ta stanja nisu zanemarujuća. Kliničari smatraju kako mladići koji boluju od poremećaja hranjenja, uz simptome vezane uz hranu, imaju i problem muškog identiteta. Whitehead i Walters opisali su 1997. godine slučaj anoreksije nervoze kod 12-ogodišnjaka te naveli tri komponente spolnog (rodnog) identiteta. Prva komponenta je jezgroviti morfološki identitet odnosno osjećaj pripadnosti muškoj ili ženskoj kategoriji bića (biti sličan ocu ili majki). Djeca najčešće svijest o tome razviju u trećoj godini, a u četvrtoj predviđaju kojeg će spola biti kad odrastu. Razlikuju se muško i žensko ponašanje u smislu drugačijih aktivnosti za žene i muškarce različite dobi i kultura. Treća komponenta je spolna orijentacija koja se izražava u adolescenciji. Poremećaji identiteta tijekom adolescencije su u većini slučajeva okarakterizirani time da osoba jaku želi promijeniti spol. Mnoga istraživanja su pokazali kako adolescentima kojima nedostaje očeva figura u životu, pozele se oblačiti u žensku robu, a njihove majke to u većini slučajeva dozvoljavaju (7).

U istraživanju kojeg su 1967. godine proveli Crisp i Dally, rezultati govore kako se kod 50% oboljelih muškaraca od AN ili BN ističe homoseksualni konflikt. Također, smatra se kako je problem rodnog identiteta kod oboljelih muškaraca prisutan unatoč homoseksualnoj ili heteroseksualnoj orijentaciji. Bruch je mišljenja kako se poremećaji javljaju prije kod mladića nego li kod djevojaka, obično prije puberteta. Prije pojave bolesti, djeca su debela, a s psihološke strane pasivna. Kod mladića oboljelih od BN, bolest se lako previdi jer je društvo mišljenja kako je manje rizično imati više kilograma ako si muško. Zanimljiva je činjenica kako djevojke vježbaju kako bi izgubile kilograme i izgledale manje žensko, a mladići vježbaju kako bi, suprotno tome, izgledali više muško (7).

## 7. Slika o vlastitome tijelu

U posljednjih 20-ak godina psiholozi intenzivnije proučavaju sliku tijelu kao važan faktor u formiranju slike o sebi. Negativna slika o tijelu dovodi do niskog samopoštovanja i promjena u ponašanju prema sebi samome te posljedično i prema drugima. Istraživanja pokazuju povezanosti između slike tijela i poremećaja hranjenja (9). U istraživanju koje se provodilo među hrvatskim srednjoškolcima, 50% ispitanih djevojaka i dječaka vjeruje da je njihova trenutna tjelesna težina previsoka, i da bi idealna tjelesna težina bila čak i do pet kilograma manje nego što imaju trenutno (30).

Zašto je ženama toliko važna tjelesna težina? Odgovor je u evoluciji čovjeka. Biološki ideal zdravog izgleda tijela ističe se u kulturnom idealu lijepog: lijepe žene imaju veću mogućnost za pronalaskom partnera, a sukladno tome i pospješuju produžetak ljudske vrste. Socijalna psihologija podržava interpersonalnu dobit lijepih žena. Na zapadu, u zemljama u razvoju ideal ženske ljepote jest vitko tijelo (31). Zabrinutost tijelom zbog TT, sociokulturalno objašnjenje promatra kroz tri ključna aspekta ženstvenosti: idealiziranje mršavosti, osuđivanje pretilosti i uzdizanje neke idealne slike tjelesnog izgleda. U svojim istraživanjima koje je provodio devedesetih godina, Crandall je istaknuo činjenicu formiranja negativnih stavova prema pretilosti, što za rezultat ima socijalne ideologije i nemogućnost pojedinca da samoinicijativno kontrolira svoje vlastite potrebe (32).

Iskrivljena percepcija vlastitoga tijela dovodi osobe koje boluju od poremećaja prehrane do raznih ideja u kojima se stvaraju tijela koje je neproporcionalno, zaokruženo i krupno. Kod mladih žena nezadovoljstvo tijelom povezano je s navikama hranjenja, prejedanjem, provođenjem raznih dijeta te gubitkom kontrole nad unosom hrane (33). Neki autori smatraju kako je poremećaj slike tijela veći prediktor nastanka poremećaja hranjenja nego li je to suprotno. Postoji mogućnost da žene izražavaju sve veću dozu nezadovoljstva izgledom vlastita tijela usporedno s velikom količinom napora koje ulažu u

regulaciju svoje idealne TT (34). Provođenje različitih vrsta dijeta iznimno je stresni događaj. Stoga se vrlo često javljaju situacije u kojima osobe više puta eksperimentiraju s raznim dijetama, no TT se ipak se vraća. Naime, iz navedenog se vidi kako su zapravo poremećaji hranjenja i slika o vlastitom tijelu u recipročnom odnosu (35).

Osoba koja ima negativnu sliku o sebi (koja se ponekad naziva i dismorfični poremećaj tijela) ima iskrivljenu mentalnu sliku vlastitog izgleda. Čak i ako fizički izgleda dobro, mozak zavara, navodeći osobu da vjeruje kako nešto nije u redu s njezinim izgledom. Drugim riječima, ona ne vidi stvarnost svog izgleda, već samo njegovu iskrivljenu verziju. Svakog dana će naći puno tragova koji će potkrijepiti lažnu mentalnu sliku koju ima o sebi (35). Kada se takva osoba pogleda u ogledalo, usredotoči se samo na one dijelove tijela ili crte lica za koje smatra da su „neispravni“ i koji će se činiti manjkavijima nego što zapravo jesu. Istovremeno će zaboraviti na neke dobre osobine koje sigurno posjeduje. Vlastito uvjerenje kako ima nisko samopouzdanje svakim će danom postajati sve jače i jače, osim ako se na vrijeme ne potraži pravovaljana stručna pomoć kako bi se pojedinac oslobodio te iskrivljene mentalne slike o sebi.

Problem koji najčešće nastaje je taj što roditelji često kažu i čine stvari koje svojoj djeci sramote, a da to uopće nisu svjesni. Ponekad to roditelji rade iz ljubavi, poput naziva prema vlastitoj djeci da je bucmasto ili podsmjeha ako je dijete sporije od druge djece na igralištu. No, kako su psiholozi dokazali uvijek iznova, sramota vodi do doživotnih problema poput niskog samopoštovanja, složenosti inferiornosti, a u nekim slučajevima i do teških psiholoških poremećaja. Jednom kada se naša samopouzdanje izobliči, razvijamo nesklonost prema sebi što vodi ka samokažnjavanju. Jedan od oblika toga je opsesivna prehrana - uobičajeni termin, ali psiholozi radije koriste termin 'kompulzivno jedenje'. Opsesije postoje na razini mišljenja u svjesnom umu. Kad postanu dio naših djela, pretvaraju se u prisile. Opsesivne misli su naše nekontrolirane misli. Te misli, ako se pretvore u akcije, postaju kompulzivne



radnje; od tuda i pojam „opsesivni kompulzivni poremećaj“. Jedan primjer opsesivno-kompulzivnog poremećaja je kada pojedinac hranu izjednačava sa ljubavlju i obrnuto. Rezultat ovog poremećaja je da žudi za hranom kada ljubav koju priželjkuje nije dostupna. Dakle, to nisu gladi koje ga muče, to su zapravo njegove opsesivne misli koje ga pokreću. Kada se osoba prepusti da ga emocije savladaju, i prigri hranu kao utjehu, već tada zapravo započinje borbu sa poremećajem prehrane, a gdje na koncu dolazi do iskrivljene slike o vlastitome tijelu (35).

## **7.1. Formiranje negativne slike tijela**

Pubertet jest razdoblje u kojem se mijenja tijelo. Kod djevojaka se počinje nakupljati masno tkivo na bedrima, stražnjici, bokovima i struku te je tijelo sklonije debljanju. Većina djevojaka zato smatra kako se udaljavaju od ideala ljepote. Istraživanja pokazuju kako su djevojke najnezadovoljnije izgledom tijela u dobi od 12. do 15. godine. Za razliku od djevojaka, mladići dobivaju na mišićnoj masi, ramena im se šire, te im sa time raste i samopouzdanje, no također im se i percepcija vlastitoga tijela mijenja (9). U mnogim svojim istraživanjima koje je Alasker provodio, naveo je kako su djevojke koje su se mnogo ranije razvile, veoma kritičnije prema samima sebe, nego li djevojke koje nisu bile tako razvijene za svoju dob. Pubertet je i za dječake i za djevojčice jedno jako ranjivo doba zbog cjelokupnih novonastalih situacija, te se paralelno sa pubertetom, javlja i potreba za provođenjem raznih dijeta (31).

## **7.2. Interpersonalni faktori**

Ambrosi-Randić u svojem istraživanju navodi kako stavovi roditelja prema vlastitom tijelu utječu na sliku tijela djece adolescenata. Ukoliko obitelj ističe ideal mršavosti, ona znatno narušava percepciju tijela vlastite djece (31). Izravní komentari od strane roditelja utječu i na kontrolu TT i oblika tijela od strane djece. Roditelji češće procjenjuju kćeri pretilima nego li sinove. Navedeno se objašnjava činjenicom da se kćerima više nameće ideal ljepote (27). Djevojke češće u društvu vršnjakinja razgovaraju težini, izgledu i dijetama. Najčešće se

vode razgovori o kontroli TT i najprikladnijem obliku dijeta. Stoga, djevojke koje se međusobno družu najčešće izražavaju jednako nezadovoljstvo vlastitim tijelom (37).

### **7.3. Kulturni faktori**

U današnje vrijeme, zemlje u razvoju ističu mršavost kao ideal ljepote, no i zapadne su zemlje sklonije takvom idealiziranju ljepote, što dovodi do porasta učestalosti poremećaja hranjenja (9). Postoje razlike i u spolovima. Izražavanje negativnih emocija o pojedinim dijelovima tijela se češće javlja kod djevojaka nego kod dječaka (9). Mediji su daleko najutjecajniji i najzaslužniji za širenje idealne slike tijela, svakodnevno plasirajući razne članke i oglase, gdje se pojedinac sa već narušenom i labilnom psihičkom percepcijom može lako izgubiti, i povući se prema tim idealima ljepote koji se svakodnevno plasiraju. Modni magazini često sadržavaju članke namijenjene adolescenticama koje se nalaze u novoj situaciji zvanoj pubertet i ne mogu se nositi sa težnjama i porukama o ženskoj seksualnosti. Kako se ti isti adolescenti uspoređuju sa savršenim modelima iz časopisa, povećavaju negativne emocije prema sebi i svojem izgledu (31).

### **7.4. Povezanost ličnosti i nezadovoljstva slike o sebi**

Mnogi istraživači se slažu kako pet osnovnih faktora objašnjava individualne razlike u osobnosti: neurotičnost, prilagođavanje novoj okolini, otvorenost za iskustvo, susretljivost i savjesnost. Dalley i suradnici istražili su odnos nezadovoljstva slike tijela i neuroticizma te utvrdili da je neuroticizam najvažniji čimbenik u razvoju tjelesnog nezadovoljstva kod žena (37). Također, pokazalo se da neuroticizam pojačava negativne učinke drugih varijabli, poput ITM.-a (39). Što se tiče prehrambenih stavova, Miller i njegovi suradnici su ustanovili da je neuroticizam pozitivno, a prilagođavanje novoj okolini negativno povezano s poremećajima hranjenja. Također, uz ranije navedene faktore osobnosti koji djeluju na poremećaje hranjenje su i impulzivnost i perfekcionizam (41).

## **7.5. Pojam debele i mršave žene**

Kroz povijest, depersonalizirana i pasivna žena smatrala se objektom uživanja muškarca te je taj pojam ženskosti ukorijenjen u žensko poimanje sebe. Zabrinjavajući je podatak da se u populaciji čak 50% žena osjeća debelima, a tek ih je 4% zaista debelo. Najveći broj žena tjelesno je nesigurno te provode, najčešće, neuspješne dijete. Za razliku od njih, mali broj žena provodi obustavu od hrane u obliku anoreksije. Britanske feministice i psihoanalitičarke Einchenbaum i Orbach smatraju kako je anoreksija pokušaj bijega od bolnih iskustava kod osoba koje se ne mogu nositi sa svojim osjećajima. Emocije se doživljavaju kao napad i postoji potreba za njihovom kontrolom koja se vrši nad tijelom i umom. Izrazita kontrola tijela vidljiva je u adolescenciji kada tijelo počinje bujati. Unutar sebe počinje se stvarati drugi "ja", odbacuju se osoba koja je gladna i željna pažnje, podilazi se krutim pravilima u kojima su na prvom mjestu razne dijete kao i razni oblici vježbanja. Iako, ponekad se anoreksična osoba buni protiv nametnutih režima od svojeg "ja" povremenim pretrpavanjem hrane koji rezultira upotrebom diuretika i laksativa (7).

Suprotno anoreksičnim osobama, nalazimo osobe koje su pretile jer jedu previše - misle da im netko neće dati da jedu, nezasićene su ili previše uživaju u hrani. Potreba za hranom je nesvjesna, skreće pažnju na emocionalnu razinu koja šalje signale kako se u toj ženi skriva mala djevojčica koja svoje probleme rješava hranom, a višak kilograma je njezin vlastiti oklop od vanjskog svijeta. Nesvjesno, ako žena želi smršaviti to se smatra umiranjem od gladi odnosno od emocionalne izgladnelosti. Ujedno, ako žena i smršavi smatra se da će njezine potrebe biti otkrivene (7).

## **7.6. Odnos dječaci – djevojčice**

U anoreksiji i prisilnom jedenju ženska osoba želi promijeniti svoj život na način da najprije promijeni svoje tijelo. Poremećaji hranjenje učestaliji su kod djevojčica nego li kod dječaka, a psihoanalitičarke Einchenbaum i Orbach

smatraju da je tome rezultat kvalitete majčinske njege. Prema njihovom mišljenju, majke su sklonije dječacima jer su oni drugačiji i težnja za razumijevanjem njihovih potreba je veća. Sa druge strane, majke u djevojčicama prepoznaju sebe te postaje opasnost kako njihove potrebe uopće neće biti zadovoljene, a djevojčice će postati ranjivije i krhke. Naime, dječake se uči samostalnosti, a djevojčice moraju podržavati postojeće odnose. Kada izostane majčinska empatija, djevojčice su sklonije pokoravanju i negiranju vlastitih potreba. U prilog tome govori stvaranje pretjeranih ambivalentnih i simbiotskih veza u anoreksičnih bolesnica s majkom koja voli pretjeranu kontrolu i ponaša se previše zaštitnički (7).

## **7.7. Adolescencija i odrastanje sa anoreksijom i bulimijom nervozom**

Prvi simptomi anoreksije, kako je već spomenuto u radu, se pojavljuju početkom adolescentnih godina, ne neki psihički čimbenici za nastanak ovih poremećaja prehrane su: depresija, anksioznost, tjeskoba te stid zbog razvijanja tijela. Kod osoba oboljelih od bulimije, za razliku od osoba koje boluju od anoreksije, je to da tjelesna težina kod ovakvog oblika poremećaja, u većini slučajeva nije ispod normalne, već je stalno u granicama normale. Iako osobe sa poremećajem bulimije, jedu velike i nerealne količine hrane, svoju tjelesnu težinu održavaju pražnjenjem sadržaja želudca. Pretjerano korištenje laksativa, kao i intenzivne i svakodnevne tjelovježbe, su svakodnevna sastavnica osoba oboljelih od bulimije nervoze. Mnogi pacijenti odlaze u takve krajnosti da ukoliko nisu napravili tisuću trbušnjaka, ne smiju jesti, odnosno, nastupa samokažnjavanje. Tako u svojim mislima korigiraju vlastitu idealnu sliku svoga tijela. U adolescenciji, odbijanje hrane i anoreksično ponašanje otkrivaju psihološke poremećaje koji nadaleko premašuju običnu težnju za vitkom linijom (12). Mnoge djevojke, koje su se nalazile u borbi sa anoreksijom, su navele da ih nije nužno samo želja za mršavljenjem dovela u stanje bolesti, već zbog mnogih događaja iz okoline koja ih je okruživala. Nerijetko su djevojke u ovakvim fazama bolesti u tajnosti imale i epizode napade bulimije. Iako su na

izmaknu snage, na rubu iznemoglosti, velika većina vrlo dobro skriva svoje simptome, te nerijetko sudjeluju na raznim sportskim aktivnostima i socijalnim okupljanjima. No, ovakvim rigoroznim načinom mršavljenja, kombiniranjem uzajamno anoreksije i bulimije, gubitak na težini je izuzetno brz, te se u većini slučajeva kod pacijenta razvija i poremećaj ličnosti. Razvitak poremećaja ličnosti zahtjeva bolničko (12).

## 8. Implementacija psihičke rigidnosti

Smatra se kako oralni problemi (poremećaji hranjenja) započinju u najranijem djetinjstvu te se očituju kroz pet faza psihoseksualnog modela razvoja čovjeka: oralnu, analnu, falusnu, fazu latencije i genitalnu fazu (42) smatra kako je adolescencija "plodno razdoblje" za proučavanje slike tijela i tjelesnih funkcija. Također, spominje hranu kao sredstvo pomoću kojeg se izražava sukob i agresija, ali i intimnost. Dijelovi tijela, njegovi oblici i veličine mogu metaforično i simbolično pomoći u izražavanju konflikta te s druge strane, mogu pomoći u obrani nad potencijalnim problemima. Prehrana može biti glavni čimbenik u kontroli i regulaciji nagona zbog krivnje i srama koji su osobe doživjele u jednoj od faza psihoseksualnoga razvoja. Dijeta ili ne jedenje predstavlja poricanje apetita ili „magičan“ način kojim će se fiziološke zaustaviti promjene u tijelu. Liječnik Ritvo (1984) (42) je gledao na AN kao oblik mazohizma i samosažaljenja. Mišljenja je kako bi pozadina AN trebala pokazati sličnosti naspram bolesnika koji pate od mazohističkih i samo-sažaljevajućih problema.

### 8.1. Falusna majka

Lane i Chazan opisali su tri simbola majke –pauk, vještica i morski pas - koji predstavljaju faličku majku i njezina biseksualnost. Svi navedeni simboli su oralni sadisti: pauk hvata i jede svoje žrtve, vještica koristi magiju da baci čaroliju na svoje žrtve i pojede ih, morski pas nastoji iz dubine rastrgati svoje žrtve. S takvom majkom dijete se osjeća zapostavljeno, zadirkivano i pretučeno. Iako u takvoj situaciji dijete idealizira svoju majku za vrijeme kad ona izražava svoje negativne emocije. Osobe koje trče pred majkom paukom najčešće bježe pred vlastitim tijelom, ali i drugim članovima zajednice sa "više nogu" (najčešće obitelj). Takve osobe vrlo često razviju neki od oblika poremećaja hranjenja. Djeca navedenih majki imaju snažnu potrebu za ovisnošću, osjećaju se kao da ne posjeduju vlastito tijelo te pokazuju snažan strah od bliskosti s drugom osobom. Ostaju bliska s majkom kojoj izražavaju bol i patnju (43).

## **8.2. Uloga oca**

Očevi su puno manje uključeni u problem poremećaja hranjenja u odnosu na majke. Međutim, očevi anoreksične kćeri često su odsutni, nedostupni ili su emocionalno zaokupljeni. Fitzgerald i Lane u svojoj knjizi "Uloga oca u anoreksiji" pokušali su objasniti utjecaj očeva. Smatraju da je otac iznimno važan u životu djevojčica koje su sklone perfekcionizmu, visokim očekivanjima, postignućima te ovisnošću. Uloga oca je najbitnija u prijelazu iz djetinjstva u pubertetsko razdoblje kada djevojčice postaju svjesnije sebe te im je potrebna podrška u procesu socijalizacije u patrijarhalnom društvu. Djevojke s poremećajem prehrane izražavaju kako su njihovi očevi bili odsutni u odgoju i/ili se roditelji općenito nisu slagali. Uloga oca presudna je za prihvaćanje kćeri. Svako odbijanje promjene izgleda njezina tijela tijekom puberteta može imati ružne posljedice. Brigu i ljubav koju otac pruža, kćer može prihvatiti kao incest pa odbacuje svoje tijelo. Djevojčica tada razmišlja kako je otac više ne voli ili da mora biti što mršavija da bi zaslužila ljubav od strane oca. Razlog tome je naša kultura u kojoj se mlade djevojke uči kako mršavost dovodi do moći, popularnosti i utjecaja. Također, smatra se kako je anoreksična djevojka bila loše pripremljena za fiziološke i psihološke zahtjeve puberteta te kako će je simptomi AN vratiti u pred-pubertetsko razdoblje. Eliminacija sekundarnih spolnih karakteristika kao rezultat simptoma pomaže djevojčici da izbjegne suočavanje i sa seksualnošću i odvajanjem te potiču daljnje vezanje uz majku (43).

## **8.3. Poremećaji hranjenja i ponašanje**

Dijagnoze koje u najčešće povezane s AN i BN su depresija, mazohizam i opsesivnost samim sobom. Navedene imaju neka zajednička obilježja: emocionalna zatvorenost, opsjednutost kontrolom, razne maštarije vezane uz odnose s neprijateljima, ograničeno kretanje, anksioznost, napade bijesa, strah od odmazde, želja da se nešto uništi. Mazohistički bolesnici sa subkliničkim poremećajima hranjenja vrlo su slični bolesnicima s AN. Bolest je narcističke prirode u kojoj je izražena potreba za empatičnim zrcaljenjem osobe koja se u

djetinjstvu brinula o djetetu (majka, baka, odgajateljica). Nedostatak "dovoljno dobrog" majčinstva tijekom simbiotske faze te izraženi problemi od rođenja, frustriraju djetetovu osnovnu potrebu da ga se primijeti i adekvatno odgovori na njegove potrebe. Neodgovornost, odvratanje pažnje i neosjetljivost majki prema djetetovim potrebama kao i neprihvatanje djeteta, dovode do raznih patologija u djetetovoj psihi. Mnoge smetnje pri uspostavljanju empatičnog odnosa djeteta i majke uključuju neuspjeh zrcaljenja koji se doživljavaju kao negativno iskustvo i trauma. Nadalje, dokazano je kako su djevojke sklonije samoozljeđivanju (rezanju, stvaranju ožiljaka) od mladića. Naime, djevojke koje se samoozljeđuju tvrde da se osjećaju „mrtvima“ i praznima, da trpe epizode depersonalizacije te imaju primitivne oblike depresije (anhedonija). Tijekom djetinjstva imale su probleme s hranjenjem, koncentracijom, a u kasnijoj dobi s promiskuitetom i konzumacijom droga. Takve djevojke izgledaju ranjivo, djetinjasto, a agresiji su sklone samo u mašti. Okreću vlastite sadističke misli protiv sebe. Potreban je im određeni čimbenik (u ovom slučaju hrana) da reguliraju samopoštovanje i samokritičnost. Majke takvih djevojaka u većini slučajeva preboljele su postporođajnu depresiju, a očevi su izbjegavali svoje dužnosti i odgoju i bili nedostupni. U jednom istraživanju čak 65% osoba oboljelih od AN i BN tvrde da su u ranom djetinjstvu bili seksualno ili fizički zlostavljani, Favazza tvrdi da čak 50% ženskih kroničnih samoozljeđivačica ima povijest anoreksije ili bulimije, a oba stanja su opisana kao "nedobrovoljna, snažna, zamršena i zloćudna tjelesna iskustva" i kao da imaju slične demografske i fenomenološke značajke. Oboje se javljaju češće kod žena nego muškaraca. U svakom sindromu bolesnik osjeća "kompulzivnu", gotovo ovisničku potrebu za rezanjem, prejedanjem, čišćenjem ili dijetom, a radnja se obično izvodi potajno, na način koji djeluje polumasturbirajuće. Lane i Goeltz također ističu autoerotsku prirodu simptoma i bulimije i rezanja ručnog zgloba (45).

#### **8.4. Mazohizam**

U knjizi „Konfuzija identiteta, biseksualnost i bijeg od majke" Lane i Goeltz opisali su stanje mazohističkog dječaka na sljedeći način:



- prisutnost sadistički uništene majke ubojice i oca koji je odsutan ili patološki slab kada je prisutan,
- majčina eksternalizacija svega što je nepoželjno na djetetu uključujući infantilna i negativna afektivna stanja, bespomoćnost, osjećaj neuspjeha i nedostatak kontrole afekta,
- što više bijesa mazohistički dječak osjeća, to sebe smatra lošijim i zlim, što rezultira većim mazohizmom, bolom i patnjom, te većim grandioznim, narcističkim, magičnim i svemoćnim fantazijama za kontrolu zajednice i bijegom od uništenja,
- prijeteća priroda majke i patološka nemoć oca proizvode konfuziju identiteta i borbu s biseksualnošću kod djeteta zbog zbunjujuće interakcije u ulogama,
- djetetovo izbjegavanje zadovoljstva i uspjeha, kao i potreba za patnjom i boli, održavajući patološki odnos majka-dijete, zadržavajući stanje „posebnošću“ (43).

## 9. Prikaz slučaja i sestrinska njega poremećaja hranjenja

### 9.1. Prvi prikaz slučaja

"Pacijentica XX (1998.), učenica, dolazi u pratnji roditelja na odjel psihijatrije. Pri prijemu vidno dehidrirana, te po navodima majke, pacijentica nije imala stolicu zadnjih 4 dana. Majka navodi da djevojka ima jako loš apetit zadnjih nekoliko mjeseci, te da u unatoč trudu obitelji i ukućana, pacijentica odbija hranu. Mokrenje uredno. Amenoreja zadnja 4 mjeseca. Negira alergije na lijekove, kao i teže somatske bolesti. Kao dodatke prehrani koristi vitamine, željezo i magnezij. Razgovorom odjelnoga liječnika sa hospitaliziranom pacijenticom se saznaje da ju je cjelokupna obiteljska situacija izuzetno pogodila, te da od kada je obitelj napustio otac, da je izgubila volju za hranom, a sestra je također neposredno nakon toga incidenta hospitalizirana na odjel psihijatrije. Kako tjednima nije konzumirala krutu hranu, vrlo rapidno je gubila na tjelesnoj masi. Indeks tjelesne mase je iznosio (ITM): 10.41.

- Tjelesna visina 164 cm
- Tjelesna masa 28 kg
- RR 100/65 mmHg,
- Puls frekvencije 65/min
- Afebrilna,
- Eupnoična,
- Neurološki status u granicama normale.

Pri svijesti je, no raspoloženje je sniženo, a psihodinamski usporena. Iako se radi o prvoj hospitalizaciji, odmah je smještena na odjel Psihijatrije KBC Split, pod dijagnozom: Anoreksija nervoza i depresija. Pacijentica ne priznaje da boluje od bilo kakvog poremećaja prehrane, što se očituje njezinom vlastitom izjavom: "Anoreksija je stil života, a ne nekakva bolest. Kako po navodima majke, pacijentica nije imala stolicu 4 dana, uz adekvatne parenteralnu terapiju joj se također primjenjuje Dulcolax čepić. Nadalje, u tijeku liječenja, medicinska

sestra i tehničari su pacijentici osiguravali svakodnevnu dovoljnu količinu tekućine ( dvije litre dnevno), a u konačnici sve u cilju sprječavanja visokoga rizika za pad i visokoga rizika za opstipaciju. Pacijenticu se potiče na svakodnevno konzumiranje dovoljne količine tekućine kao i hrane bogate vlaknima. Također su u terapiju uključene i kontracepcijske pilule, zbog novonastaloga hormonalnoga poremećaja.

Liječenje:

- Olanzapinom tbl a 5 mg,
- Zyprexa tbl a 5 mg 0-0-1,
- Ensure plus napitak 0-1-1
- Fresubine susp. 1-1-1.

Kako pacijentica navodi osjećaje tjeskobe, te vidno izbjegava bilo kakvo društvo i okupljanja obitelji oko njenoga kreveta i u njezinoj sobi, uključuje ju se na grupnu terapiju kod odjelnoga psihologa gdje ju se prvenstveno potiče na izražavanje osjećaja. Također joj je omogućeno svakodnevno razgovaranje sa obiteljima čiji najbliži boluju od istoga poremećaja prehrane, kao i posjete bliskih osoba ukoliko osjeća da bi to mogla emocionalno podnijeti. Tijekom hospitalizacije se provodilo liječenje peroralnim kao i parenteralnim putem, uključujući visokokalorične pripravke uz jelovnik koji je također sastavljen u suradnji sa nutricionistom. Hrana joj se sa strane bolničkoga osoblja servira na način da izgleda privlačno na tanjuru, a također joj se savjetuje da prije i poslije obroka čisti usnu šupljinu što za cilj ima bolji okus hrane. Na odjelu se tjelesna težina mjerila svaki dan. Na dan otpusta tjelesna masa je iznosila 33 kilograma. Pacijentica je otpuštena pod dijagnozom: Emocionalno nestabilna ličnost (F 60.3) te AN (F 50), uz redovitu kontrolu psihijatra. Pacijentica je također upućena u koje grupe potpore oboljelima da se učlani.

Uključena terapija pri otpustu:

- Zyprexa tbl a 5 mg 0-0-1,
- Fresubine susp. 1-1-1,
- Ensure plus napitak 0-1-1 (18).

## 9.2. Drugi prikaz slučaja

Pacijentica J.K (1990), (učenica), na odjel psihijatrije KBC Sestre Milosrdnice Zagreb, dolazi u pratnji majke. Po prijemu, pacijentica vidno dehidrirana, te sniženoga raspoloženja. Po navodima roditelja, nije imala stolicu zadnjih 5 dana. Amenoreja zadnjih godinu dana, a mokri jednom dnevno. Majka navodi da pacijentica zadnjih pola godine sakriva hranu po kući i po ormarima u svojoj sobi, govoreći majki i ocu kako je sve pojela. Roditelji cijeli dan izbivaju iz kuće, te nisu bili u stanju vidjeti pravu sliku koja im se događa u kući. Negira alergije na lijekove, kao ni teže somatske bolesti, te ne koristi nikakve dodatke prehrani.

Djevojka osobno navodi da ju je pogodila situacija u školi, pri satu tjelesnoga odgoja, gdje je bila u nemogućnosti raditi vježbe kao i ostatak razreda- te je po povratku kući, odlučila promijeniti prehrambene navike u cilju gubitka kilograma.

Tijekom liječenja na odjelu psihijatrije, medicinske sestre i tehničari, svakodnevno provode vaganja i uspoređivanja sa TT od prijašnjega dana, te se pacijenticu potiče na dovoljan unos tekućine tijekom dana. Također joj je uključena parenteralna prehrana putem nazogastrične sonde.

- Lijekovi:
- Zyprexa 5mg 1-0-1
- Fresubine otopina 500ml 1-1-1

Kako pacijentica tijekom hospitalizacije pokazuje znakove visoke anksioznosti, popraćene sa napadima depresivnoga ponašanja, uključena je na grupnu psihoterapiju. Nakon 3 tjedna grupne terapije, vidno je boljega raspoloženja, te je otvorenija prema odjelnom osoblju kao i samim liječnicima pri jutarnjim vizitama. Grupna terapija se preporukama odjelnoga liječnika nastavlja do otpusta pacijentice iz bolnice, uz preporuku dolaska na redovne kontrole svakih mjesec dana tijekom jedne godine.

Nakon šest mjeseci, roditelji opet prisilno dovode djevojku na hospitalizaciju, ovaj puta zbog poremećaja povezanoga uz bulimiju. Naime, odmah pri dolasku sa odjelnog liječenja iz KBC Zagreb, nakon obiteljske večere, majka je

primijetila da joj kćer odlazi u kupaonu gdje se zadržava duže vremena. Isti pretinac ponašanja se ponavlja narednih nekoliko mjeseci.

Po ponovljenom zaprimanju na psihijatrijski odjel, pacijentica vidno uznemirena, te vidljive ozljede i ogrebotine po zglobovima desne ruke kao i nekoliko modrica u predjelu abdomena. Pacijentica navodi jaku, oštru i probadajuću bol u predjelu želuca.

Učinjena je krvna slika, kao i hitna gastroskopija. Uključuje se medikamentozna terapija:

- Normabel 5mg 0-0-1
- Controloc pp

Također se ponovno uključuje na grupne terapije, svakodnevno cijeli naredni period hospitalizacije.

Nakon 4 mjeseca, pacijentica samoinicijativno traži otpust iz bolnice, na kratak period. Po povratku u bolnicu nakon 12 dana, navodi da se osjeća vidno bolje, i da je u potpunosti prestala sa epizodama pražnjenja sadržaja nakon hranjenja uz pomoć obitelji i prijatelja, te se u konačnici i u cijelosti otpušta sa bolničkoga liječenja uz preporuku redovnih kontrola narednih godinu dana.

Th pri otpustu:

- Normabel pp

## **10. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi oboljelih od poremećaja prehrane**

Zdravstvena njega oboljelih od poremećaja hranjenja obuhvaća znanje medicinske sestre o dijetetici, odnosno piramidi pravilne prehrane, obrocima, kalorijama te prehrambenim tvarima (45). Temeljne vještine koje svaka medicinska sestra treba imati su: razvijene komunikacijske vještine, vještine procjene, emocionalne njege, savjetovanja, pregovaranja, uvjeravanja i pružanja informacija.

Zadaće medicinske sestre su sljedeće:

- pružiti informacije oboljelom,
- motivirati bolesnika i obitelj da aktivno sudjeluju u terapijskom postupku,
- opažanje učinka terapijskih postupaka (i farmakoloških),
- pružiti podršku i ohrabrivati obitelj i prijatelje oboljeloga,
- terapijska komunikacija (trening socijalnih i životnih vještina),
- poštivanje dostojanstva, jedinstvenosti i privatnosti ljudskog bića,
- uključivanje bolesnika i pomoć pri učinkovitoj prilagodbi (46).

Medicinska sestra ponovno uči bolesnika jesti, odnosno upućuje ga kako to činiti zadovoljavajućom brzinom, spontano i relativno opušteno. Nastoji upozoriti na teške posljedice gladovanja i educira što je to pravilna prehrana i o njenim prednostima. Odnos medicinske sestre i bolesnika oboljelog od poremećaja hranjenja vrlo je složen te stoga na njemu treba neprestano raditi edukacijom, da bi se maksimalno poboljšala komunikacija, stvorila empatija od strane osoblja te povjerenje u bolesnika (46).

Medicinske sestre kao i bolesnici, žive u društvu koje je često opsjednuto unosom hrane, izgledom tijela i raznim dijetama. Pitanja tjelesne težine i oblika mogu imati određeno značenje za neke stručnjake koji doživljavaju svoje

vlastite unutarnje borbe. Ta pitanja mogu dovesti do osjećaja skrbnika, ambivalentnosti, pa čak i zavisti kada rade s pacijentima koji utjelovljuju idealiziranu veličinu tijela. Navedeno može doprinijeti prekomjernoj identifikaciji i minimiziranju pacijentovog patološkog ponašanja i kognitivnih poremećaja, osobito onih vezanih za sliku tijela, ograničenje hrane i vježbu. Za neke se anoreksija i bulimija nervoza gledaju kao protu-intuitivni poremećaji. Može biti teško zamisliti zašto bi se osoba namjerno izgladnjivala do točke u kojoj je tijelo oštećeno simptomima pothranjenosti ili zbog čega bi neka osoba konzumirala prekomjerne količine hrane, tada bi trebala primijeniti ekstremne mjere da ih oslobodila iz tijela. Normalno je da medicinska sestra može ponekad biti zbunjena i frustrirana jer bolesnik jednostavno ne jede (48).

## **10.1. Sestrinske dijagnoze**

Vodeća obilježja u ograničavanju i smanjenom unosu hrane u organizam (49):

- 1) Tjelesna težina 15 % do 29 % ili više ispod idealne tjelesne težine za visinu
- 2) Samoograničavanje u unosu hrane unatoč gladi
- 3) Opsjednutost osobe hranom, kalorijama i težinom

### **Intervencije medicinske sestre (49):**

- bilježiti pacijentovu tjelesnu težinu i visinu, mjerenje tjelesne težine istom vagom, u isto vrijeme te u istoj odjeći,
- dobiti podatke o povijesti pacijentove težine, uključujući podatke o početnoj motivaciji za mršavljenje ili ograničavanje uzimanja hrane,
- provoditi procjenu prehrane: provoditi 24- satni dnevnik prehrane, procijeniti pacijentova uvjerenja i strahove o hrani i debljanju, procijeniti pacijentova znanja o prehrani i izvore informacija, procijeniti ponašanja koja pacijent koristi da bi smanjio unos kalorija (dijeta), povećao gubitak energije

- (vježbanje), i općenito izgubio na tjelesnoj težini (povraćanje, laksativna sredstva),
- procijeniti funkcioniranje kardiovaskularnog, metaboličkog, bubrežnog, endokrinog, hematološkog i gastrointestinalnog sustava,
  - monitoring unosa i izlučivanje hrane,
  - osigurati prikladnu količinu nutrijenata i kalorija po danu za ublažavanje akutne gladi/ izgladnjelosti,
  - nadzirati sve aktivnosti pacijenta 1 - 2 sata nakon obroka/ dosljedno održavati nadzor,
  - postaviti granice za pretjeranu tjelovježbu, ali dozvoliti dnevne aktivnosti,
  - osigurati točne podatke o nutrijentima,
  - uvjeriti pacijenta kako liječenje nije namijenjeno izazivanju prekomjerne tjelesne težine,
  - priznati ljutnju i osjećaj gubitka koji pacijent osjeća prema liječenju,
  - osigurati dodatna hranjenja i nutrijente ukoliko je indicirano

## **10.2. Poremećaj tjelesnog izgleda**

Definicija: Iskrivljena slika o vlastitom tjelesnom izgledu/ težini (49).

Vodeća obilježja (49):

- 1) Negativno doživljavanje sebe i svog tijela
- 2) Gađenje prema samome sebi (impulzivno ili opsesivno)
- 3) Intenzivan strah od dobivanja ili nemogućnosti gubitka na tjelesnoj težini.

Intervencije medicinske sestre (49):



- istražiti pacijentovo razumijevanje vlastitog fizičkog stanja, procijeniti mjeru negativne percepcije pacijenta,
- procijeniti u kojoj mjeri kultura, religija, rasa i spol imaju ulogu u stvaranju negativne slike o sebi,
- procijeniti kako obitelj i pacijent percipiraju nastale fizičke i psihičke promjene, te usporedba te slike sa onom prije nastupa AN,
- prikupiti podatke o pacijentovoj procjeni vlastitih slabosti i prednosti,
- procijeniti sposobnost pacijenta da identificira emocionalna stanja koja izazivaju negativna ponašanja,
- potaknuti pacijenta na preispitivanje pozitivnih i negativnih percepcija samoga sebe,
- osigurati edukaciju pacijenta te ispravljanje znanja vezana za hranu, prehranu i debljanje,
- potaknuti pacijenta na prepoznavanje, izražavanje i prihvaćanje neugodnih osjećaja,
- pomoć pacijentu u razvijanju realnih i prihvatljivih slika sebe i hrane,
- potaknuti pacijenta na sudjelovanje u individualnom savjetovanju i grupama podrške osobama oboljelih od AN.

### **10.3. Visok rizik za samoozljeđivanje**

Definicija: Stanje u kojem pojedinac pokazuje naznake da će sam sebe namjerno ozlijediti ili nagrditi. Česta ponašanja samoozljeđivanja: rezanje, bodenje, udaranje glavom, grebanje, udaranje, paljenje kože, udaranje/šamaranje, uzimanje povećanih doza lijekova/droga, anoreksično/bulimično ponašanje, gutanje predmeta, čupanje kose, namjerno nepridržavanje terapijskog režima (49).

#### Intervencije medicinske sestre (49):

- osigurati odnos povjerenja,
- pokazati pacijentu razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja,
- potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje,
- osvijestiti pacijentovu pojačanu osjetljivost,
- pacijentu obrazložiti svaku intervenciju i postupak,
- omogućiti pacijentu doživljaj sigurnosti,
- uključiti pacijenta u grupe podrške,
- podučiti pacijenta vještinama suočavanja s poteškoćama,
- potaknuti pacijenta na korištenje metoda relaksacije,
- koristiti metodu igranja uloga za učenje suočavanja u odnosima s drugim ljudima,
- izraditi plan aktivnosti u dogovoru s pacijentom,
- osigurati razdoblja odmora,
- reagirati pri najmanjim znakovima uzbuđenosti,
- ukloniti čimbenike koji utječu na pojavu straha,
- podučiti obitelj znakovima pokušaja samoozljeđivanja,
- podučiti obitelj intervencijama u slučajevima pokušaja samoozljeđivanja.

## 11. Liječenje poremećaja hranjenja

Liječenje je bolničko, a sastoji se od psihoterapije (grupne i individualne) i medikamentoznog liječenja. Poricanje poremećaja najčešća je prepreka u postavljanju dijagnoze i početku liječenja (24). Cilj samog liječenja jest povratak normalnom režimu prehrane i navikama hranjenja te rješavanje obiteljskih i psiholoških problema vezanih uz poremećaje hranjenja (25).

Indikacije za hospitaliziranje osobe oboljele od poremećaja prehrane su: mnoge tjelesne komplikacije, preniska tjelesna težina, suicidalne misli, nemogućnost vanbolničkog liječenja, te na poslijetku potreba da se oboljeloga odvoji od vlastite obitelji i okoline koja ga okružuje (7). Iako su hospitalizacije jako dugotrajne, od nekoliko mjeseci do godinu dana, mnogi oboljeli odbijaju psihološku pomoć, smatrajući da im je to nepotrebno, te i dalje radije odabiru liječenje medikamentoznom terapijom nego li psihoterapijom (27).

Neki od važnijih ciljeva bolničkoga liječenja poremećaja prehrane su:

- ponovni dobitak na tjelesnoj težini nakon niza obiteljskih i samostalnih psihoterapija koji u konačnici imaju za cilj pokazati pacijentici da dobivanje na tjelesnoj masi nije jedini razlog liječenja.
- podizanje razine povjerenja između tima i pacijentice, te pokazati pacijentici da će dobivanje na tjelesnoj masi i težini biti kontrolirano i bez ikakvih iznenađenja.
- dobivanje na tjelesnoj masi treba biti postupno i kontinuirano
- jak je važno ohrabrivanje osobe oboljele od poremećaja prehrane i poticanje razgovora o raznim strahovima kroz koje oboljela prolazi, kao i hranjenje uz odjelno osoblje.
- uvesti svakodnevno jutarnje vaganje, kako obi i pacijentice same pratile gubitak ili dobivanje na tjelesnoj težini,
- iznimno je važno suočiti pacijente sa činom pražnjenja sadržaja iz želudca nakon svakoga obroka

- kako su u većini slučajeva kod oboljelih od anoreksije i bulimije narušeni međuljudski i obiteljski odnosi, iste se ne smije uspostavljati tijekom hospitalizacije, osim psiholoških seansi koje su pod nadzorom stručne osobe (4).

Iz raznih randomiziranih istraživanja dobiveni su razočaravajući podaci o korištenju antidepresiva, antipsihotika, cinka, litija, klonidina i prokintechkih supstancija u medikamentoznom dijelu liječenja dobivanja na težini (Vidović, 2004). Nasuprot tome, ne postoji dovoljno dokaza o liječenju fluokosetinom (selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina) u održavanju tjelesne težine (7).

Liječenje oboljelih od BN u rijetkim slučajevima zahtjeva hospitalizaciju, no ukoliko dođe do nje potrebno se pridržavati nekoliko preporuka za bolničko liječenje:

- vagati pacijente u ranim jutarnjim satima,
- praćenje dnevnog unosa kao i eliminacije tjelesnih tekućina,
- ukoliko pacijent povraća potrebno je pratiti stanje elektrolita,
- zbog mogućnosti ponavljanja napada bulimije, zabraniti odlazak na toalet dva sata nakon obroka,
- također je potrebno pratiti znakove opstipacije te ukoliko se pojavi dijareja, treba razmotriti mogućnost zloupotrebe laksativa (25).

U medikamentoznom liječenju preporučuju se antidepresivi (najčešće fluokosetin), no kombinacija lijekova i kognitivno-bihevioralne terapije pokazala se najuspješnijom u liječenju (7). Pomoću kognitivno-bihevioralne terapije otkrivaju se uzroci u nastanku problema s hranjenjem, a cilj terapije jest uvođenje novog obrasca ponašanja što se tiče izbora hrane te promjene u pogledu na vlastito tijelo i zdravlje (24).

## 11.1. Procjena uspješnosti liječenja

Kako su hospitalizacije dugotrajne, nerijetko i do godinu dana, jako je važno obitelji napomenuti da ukoliko forsiraju raniji odlazak oboljeloga na kućno liječenje, ili čak i prekid hospitalizacije, da cjelokupan dosadašnji tretman liječenja može biti neuspješan. Jako je važno, u suradnji sa nutricionistom i u dogovoru sa pacijenticom, razviti kvalitetan jelovnik sa pet umjerenih dnevnih obroka, a kojega će se pacijentica pridržavati. Pravilna prehrana se bazira na važnosti uzimanja hrane koja je bogata ugljikohidratima, bjelančevinama te konzumacija povrća i voća. Nakon nekoliko mjeseci, te ukoliko odjelni liječnici i psihoterapeuti procjene da cjelokupan oporavak pacijentice teče urednim tijekom, može dogovoriti sa roditeljima pacijentice povremeni odlazak na kući tijekom vikenda, a sve u cilju praćenja daljnjih obrazaca ponašanja tijekom prebivanja pacijentici ranije poznatoj okolini. Vrlo je važno osigurati roditeljima osigurati sve potrebne upute o zdravom načinu prehrane, te terapiji koju je potrebno uzimati tijekom privremenog otpusta iz bolnice. Kada se pacijentica vrati natrag na bolničko liječenje, potrebno je ponovno napraviti kompletnu evaluaciju stanja- što uključuje: aktivnosti koje je provodila, tjelesnu težinu, dnevni unos tekućine, zatečeno psihičko stanje) i to ponaosob sa pacijenticom kao i sa njenom obitelji. Na ovaj način liječnici i kompletno osoblje pokušavaju dobiti što objektivnije stanje zatečene situacije. Tijekom trajanja prvoga hospitaliziranja pacijentice, liječnici ne očekuju kompletno izlječenje, jer samim time bi proces liječenja trajao vremenski dosta duže. Tek nakon uspješno provedenih vikenda pacijent je spreman na povratak kući. Tijekom prve hospitalizacije liječnici ne inzistiraju na potpunom tjelesnom oporavku, jer bi liječenje vremenski trajalo predugo. Uravnotežena tjelesna težina te prihvatljivost i suradljivost pacijentice u cjelokupnom. Zadovoljavajuća je sigurna, stabilna tjelesna težina, prihvatljivost i suradljivost pacijentice sa cjelokupnim timom, te najvažnije, stvoren kvalitetan odnos pun suradnje i povjerenja (50).

## 12. Psihoterapija

Svaki poremećaj hranjena mora imati uključeni neki oblik psihoterapiju u liječenju. Ona se smatra najuspješnijim načinom liječenja. Različiti su oblici psihoterapije, no prvenstveno se primjenjuju psihodinamski / psihoanalitički pristup paralelno s obiteljskom psihoterapijom, ali nerijetko je zastupljena i integrativna verzija terapije u obliku kognitivno-bihevioralnog pristupa. Psihoterapeuti moraju jasno objasniti svoj pristup te tražiti razumijevanje od pacijentice i njene obitelji jer je sama psihoterapija dugotrajna, a pomaci u liječenju (promjena ponašanja, stav prema hrani, emocionalni aspekti) se vide tek kroz duži vremenski period. Kako bi liječenje bilo uspješno, ono traje najmanje dvije do tri godine (7).

Obiteljska psihoterapija temelji se na interpersonalnom odnosu u samoj obitelji. Po istraživanju koje je proveo Russell i njegovi suradnici, a koji je uključivao uzorak od 80 osoba oboljelih od anoreksije nervoze, rezultati pokazuju veći uspjeh obiteljske terapije kod maloljetnih pacijenata te u pacijenata čije je razdoblje bolovanja kraće od tri godine. Suprotno tome, individualna terapija se pokazala kao uspješnija kod pacijenata starijih od 18 godina. Cilj psihoterapije je oboljelima od AN odvratiti pažnju od vlastitog tijela raznim distraktorima. Također, potrebno ih je potaknuti na verbalizaciju negativnih osjećaja kao što su strah i sram. Ujedno, u liječenju pokazala se korisnom i psihoedukacija. Savjetovanje oboljelih da pronađu izlaz i moguća rješenja problema pokazalo se vrlo pozitivnim (10).

Laici vrlo često kažu kako „bolesnica ide na razgovor“. Ona doista ide na razgovor, no on je usmjeren na emocionalne probleme te sadašnja i prijašnja iskustva. „Razgovor“ zahtjeva ogromnu količinu vremena te znanja i iskustva psihoterapeuta. U odnosu psihoterapeut – bolesnik ostvaruju se međusobno povjerenje i otvorenost koja omogućuje ponovno psihičko proživljavanje situacije (7). Cilj psihoterapije je jačanje ega koji slabi unatoč nastojanju bolesnice da to prekriva pretjeranom aktivnošću, marljivošću i hrabrošću (7).

## 12.1. Psihoterapijski pristup kod anoreksije

Vrlo težak zadatak je ostvariti dobar terapijski odnos s anoreksičnom bolesnicom. Ona često terapeuta smatra neprijateljem jer on želi „srušiti“ mršavost koju je ona teškim odricanjem i mukom ostvarila i ne vidi svrhu u liječenju. Bolesnice dolaze na psihoterapiju, ali nesvjesno žele sabotirati svaku promjenu koja vodi poboljšanju (7).

U prvim kontaktima psihoterapeut trebao bi biti potpuno otvoren i bez nijekanja pridobiti bolesnicu na suradnju. Terapeutima se savjetuje da bolesnici pristupe na način da joj objasne kako je mršavljenje zapravo simptom odnosno znak problema u obitelji ili njoj samoj (depresija, samoća, problemi u obitelji). U terapiji se nastoji što manje govoriti o jedenju, dijetama i težini, a pažnja se usmjerava na bolesničin emocionalni život. Također, bolesnica mora biti svjesna kako terapeut detaljno prati što se događa na njezinom tjelesnom planu (vaganje, brojenje kalorija, primjena, odgovarajuće prehrane). Najbolje što terapeut može pokazati jest razumijevanje za bolesnicu, a ona će to prepoznati u analizi vlastitih emocija i svjesnih i nesvjesnih aspekata ponašanja. Vrlo je važno da psihoterapeut pokušava što manje koristiti neke dubokoumne izraze, jer iste takve pacijentica može poistovjetiti sa odnosom koji je imala unutar obitelji. Tijekom terapije, mora se održavati i stalni kontakt s roditeljima. Kontakti sa obitelji se moraju održavati uz znanje i prisutnost bolesnice upravo zbog ranije navedenog odnosa povjerenja. Roditelji moraju biti svjesni kako se u početku terapije stanje bolesnice može pogoršati jer ona na svaki novi „izazov“ reagira tijelom. Nerijetko, ako se takvo stanje nastavi, bolesnica se mora hospitalizirati. Ukoliko dođe do takve situacije, očekuje se posjet terapeuta kako bi bolesnica shvatila da nije sama i napuštena te kako uvijek ima osobu otvorenu za razgovor (7).

U samom liječenju, spol psihoterapeuta nije važan, ali uvijek se treba razmišljati kako anoreksične bolesnice u muškom psihoterapeutu mogu naći nadomjestak za vlastitog oca koji se slabo brine za nju i kako će to u njoj

probuditi negativnu stranu. Suprotno tome, na ženskog terapeuta će bolesnica lakše moći preslikati slikovitu vezu sa svojom majkom, no u kasnijim fazama možda će se identificirati s nekim čimbenicima ženske prirode koje na nalazi u majci. Terapeutkinja se nikako ne smije predstaviti kao idealna majka. Kako bi se bolesnica osjećala dobro kao žena, mora pronaći način kako da se identificira s majkom i pokuša je razumjeti (7).

## **12.2. Psihoterapijski pristup kod bulimije**

U liječenju bulimije primjenjuju se kognitivno-bihevioralni pristup i psihodinamska terapija. Kognitivno-bihevioralni pristup detaljno je izrađen i opisan u kliničkoj praksi, a za to je zaslužan britanski psihijatar Chris Fairburn. On je predložio kako bi se u prvoj fazi bolesnici trebali objasniti ciljevi liječenja, zatim potrebno je utvrditi koje će simptome bolesnica "staviti" pod nadzor te je potrebno pisano praćenje navika oko uzimanja hrane. Ova faza je izrazito važna jer se bolesnica mora suočiti sa svojim kaotičnim reakcijama na vlastito ponašanje u vezi s hranjenjem. Daljnji pristup sastoji se od osam komponenata: suradljivost pacijenta pri uzimanju terapije, prekidanje s prejedanjem, odbacivanje navika kao što su samo-izazvano povraćanje ili upotreba laksativa, uvođenje pravilnog rasporeda uzimanja obroka, informiranje o zdravstvenim posljedicama prejedanja, kao i o „učinkovitosti“ povraćanja i upotrebe laksativa u kontroli težine, svakodnevno vaganje te evidentiranje mase, prihvaćanje pomoći od strane prijatelja i rođaka. Drugi stadij uključuje uspostavu i održavanje pravilnog rasporeda uzimanja obroka, utvrđivanje pravih razloga koji dovode do prejedanja te pružanje nužne pomoći pacijentima u stvaranju realne slike vlastitog tijela. U trećem stadiju terapeut i bolesnica usmjereni su na održavanje postignutog stanja i onemogućavanja pogoršanja (7).

Psihodinamski i psihoanalitički pristup u središtu nemaju simptom bolesti nego se očekuje kako će bolesnica prenijeti na terapeuta svoje osjećaje iz prošlosti iz neposredne okoline vezane uz njoj najbitnije osobe. U psihodinamskoj terapiji terapeut ne daje savjete ni upute nego treba biti što



pasivniji kako bi empatijom slušao bolesnicu i reagirao na njezine reakcije. Terapeut na temelju onoga što se dešava između njega i bolesnice reagira koristeći metode sučeljavanja, tumačenje i razjašnjenja. Tijekom transfera misli bolesnice, terapeut ne smije prekidati ili burno reagirati, a bolesnica može reći sve što joj pada na pamet. S obzirom na ovaj integrirani pristup, u početnoj fazi uvijek se koristi bihevioralna komponenta u kojoj se žele postići dva cilja: samodiscipliniranost bolesnice u praćenju svojih navika te pokušaj uvođenja reda u navike jedenja (7).

Radi kasnijeg nastupa bulimije, bolesnice odlaze na psihoterapiju u kasnijoj adolescentskoj ili ranoj odrasloj dobi. Kontakti roditelja nisu toliko važni, no ponekad su potrebni zbog dramatičnog ponašanja bolesnice. Također, osobe oboljele od bulimije su motiviranije za liječenje u odnosu na anoreksične bolesnice (7).

## 13. Zaključak

S obzirom na vrijeme u kojem živimo, mediji i društvene mreže postali su jedan od glavnih uzroka razvoja poremećaja hranjenja u djece i mladih. Pojavom idealnih ženskih tijela na Internetu i raznim modnim časopisima, mlade djevojke sebe smatraju debelima, neprivlačnima, ružnima te često posežu za raznim dijetama i režimima. Svoje tijelo doživljavaju kao nešto predimenzionirano, neproporcionalno, nešto strano. Rezultat iskrivljene slike o vlastitom tijelu je razvoj poremećaja hranjenja – anoreksije i bulimije. Vrlo često navedeni poremećaji nastaju zbog loših emocionalnih veza u djetinjstvu, no i zbog pritiska okoline.

Svaka bi djevojka i mladić svoje tijelo trebali smatrati nečim što je naše, što nas razlikuje od ostalih i čini posebnim. Liječnici obiteljske medicine trebali bi kroz razgovor i klinički pregled prepoznati pacijente s potencijalnim poremećajem prehrane te ih na vrijeme uputiti psihologu ili liječniku usko specijaliziranom za poremećaje prehrane . Raznim crtićima i/ili filmovima, slikama, plakatima djeci i mladima trebala bi se objasniti važnost raznolike prehrane, odnos prema vlastitom tijelu i kako ne možemo svi savršeno izgledati. Također, veliku ulogu u cjelokupnom liječenju imaju i roditelji. Neki od malena djecu "trpaju" s raznim namirnicama koje loše djeluju na organizam, a drugi pak pretjeruju sa zdravom prehranom ne bi li im dijete ostalo savršenog izgleda radi fotografije za društvene mreže.

Ukoliko bolest već postoji, bolesnici se ne bi trebali sramiti odlazaka na psihoterapiju. Razgovor sa stručnom osobom uvijek će pridonijeti poboljšanju i razumijevanju oboljelog te pomoći u prevladavanju svakodnevnih padova i prepreka. Također, postoje razne grupe i udruge za podršku oboljelima koje za zadaću imaju i prevenciju poremećaja hranjenja.

Svako od nas trebao bi imati na umu da je naše tijelo savršeno kakvo ono god bilo te nitko i ništa nije vrijedno njegova „demoliranja“. Poremećaji hranjenja ozbiljan su problem koji rezultiraju i psihičkim poremećajima te ih treba ozbiljno shvatiti. Posljedice koje ostaju, nažalost, vuku se cijeli život.

U Varaždinu\_\_\_\_\_

Nikolina Baričević

## 14. Literatura

- [1] A. Meštrović: Poremećaji hranjenja. Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, 2014.,
- [2] National collaborating centre for mental health (UK): Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders Preuzeto s [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk) (dostupno 20.06.2020)
- [3] P. Claude-Pierre: Tajni jezik prehrambenih poremećaja; Nov revolucionarni pristup razumijevanju i liječenju anoreksije i bulimije, Nakladničko poduzeće MIŠ, Zagreb, 2000.
- [4] Hsu LKG: Eating Disorders: 1. izd., New York-London: The Guilford Press, 1990; 5–20.
- [5] Lj. Hotujac i sur.: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.; 219– 23
- [6] Lj. Pačić Turk, B. Tomašić: Povezanost demografskih, socijalnih i zdravstvenih čimbenika, neuroticizma i obilježja emocionalnosti s poremećajima hranjenja, Klinička psihologija, Vol. 6 No. 1-2, 2013.
- Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/167452> (dostupno 20.06.2020.)
- [7] M. Mahnik-Miloš: Poremećaji hranjenja, U: Lj. Hotujac i sur.: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006: 219-223 str.
- [8] V. Vidović.: Anoreksija i bulimija, Zagreb: 4P, 1998.
- [9] M. P. Levine, L. Smolak: Body image development in adolescence. U: T.F. Cash i T. Pruzinsky (Ur.), Body image: A handbook of theory, research and clinical practice, 74-82. New York: The Guilford Press, 2002.
- [10] D. Marčinko i sur.: Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja, Medicinska naklada, Zagreb, 2013
- [11] J. Treasure, U. Schmidt, E. Van Furth: The Handbook of Eating Disorders /second edition/, John Wiley and Sons, 2003.
- [12] K. Bemis, D. Garner: A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa, 1978.
- [13] D. Begić: Psihopatologija. Zagreb, Medicinska naklada, 2014.

- [14] AE Becker: Television, disordered eating, and young woman in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2004; 28: 533-559
- [15] JA Silverman, M.Louis-Victor: Anorexia nervosa's forgotten man. *Psychological medicine*, 1989; 19:833-835
- [16] G. M. Horta, J. A. Lamounier i sur.: Eating Disorders in School Children, *J Pediatr (Rio J)*. 2004. 80 (1): 49-54  
Preuzeto s <http://www.jped.com.br/conteudo/04-80-01-49/ing.asp> (dostupno 20.06.2020.)
- [17] V. Vidović: Anoreksija i bulimija; Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica, 4P, Zagreb 1998.
- [18] J. Grabić: Zdravstvena njega oboljelih od anoreksije nervoze - prikaz slučaja, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija: preddiplomski sveučilišni studij, Sestrinstvo, Split, 2019.
- [19] A. A. Rikani, Z. Choudhry et al: A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neuroscience*, 2013, 20(4), 157-161.
- [20] I. V. Pehar: Poremećaji hranjenja u dječjoj i adolescentnoj dobi, Završni rad, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija: preddiplomski sveučilišni studij, Sestrinstvo, Split, 2016.
- [21] M. Živković: Bulimija nervoza, 2006.  
Preuzeto s [https://www.cybermed.hr/clanci/bulimija\\_nervoza](https://www.cybermed.hr/clanci/bulimija_nervoza) (dostupno 25.06.2020.)
- [22] G. C. Davison, J. M. Neale: Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.
- [23] L. B. Augsted, B. Seather, K. G. Gatestad: The relationship between eating disorders and personality in physically active women, *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sport*, 1999., 9(5), 305-309.
- [24] M. Odošić: Anoreksija i bulimija- grešni zahtjev suvremene modne scene., Diplomski rad, Katolički bogoslovni fakultet u Đakovu: postdiplomski specijalistički studij, Đakovo, 2017

- [25] N. Horvat: Zdravstvena njega oboljelih od bulimije nervoze, Završni rad, Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin: preddiplomski stručni studij sestrištva, Varaždin 2016.
- [26] V. Vidović: Sadašnje stanje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. Stručni rad, Medix, 2004. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/20253> (dostupno 30.06.2020.)
- [27] Lj. Moro, T. Frančišković i sur. Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [28] Hsu LKG. Eating Disorders. New York- London: The Guilford Press, 1990
- [29] M. P. Levine L. Smolak: Body Image: Development in Adolescence. U T.F. Cash, T. Pruzinsky (Ur.), Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice, 74-82. New York: The Guilford Press, 1999.
- [30] B. Gladović: Nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom kod studenata i studentica, Diplomski rad, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Rijeka, 2005.
- [31] A. Pokrajac-Bulian, L. Stubbs, N. Ambrosi-Randić: Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji, Psihologijske teme, Vol. 13. No. 1., 2004. Preuzeto s <https://hrcak.srce.hr/12656> (dostupno 30.06.2020.)
- [32] C. Crandall: Prejudice against fat people: Ideology and self-interest, Journal of Personality and Social Psychology, 1994., 66, 882-894.
- [33] D. F. Zakin: Eating disturbance, emotional separation, and body image, International Journal of Eating Disorders, 1989., 8, 411-416
- [34] J. K. Thompson: Body image disturbance: Assessment and treatment, New York: Pergamon Pres, 1990.
- [35] J. C. Rosen, B. Tacy, D. Howell, D.: Life stress, psychological symptoms and weight reducing behavior in adolescent girls: A prospective analysis, International Journal of Eating Disorders, 1990., 9, 17-26.
- [36] A. Pokrajac-Bullian: Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji, Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja, Vol.7No.4-5(36-37),1998.Preuzeto: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=32161](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=32161) (dostupno 04.07.2020.)

- [37] PT Jr Costa, RR McCrae: Normal personality assessment in clinical practice: the NEO personality inventory. *Psychol Assess*, 1992;4(1):5–13.
- [38] SE Dalley. AP Buunk, T. Umit: Female body dissatisfaction after exposure to overweight and thin media images: the role of body mass index and neuroticism. *Pers Individ Dif*, 2009;47:47–51.
- [39] G. Claridge, C. Davis: What's the use of neuroticism? *Person Individ Dif*. 2001;31:383–400.
- [40] JL Miller, LA Schmidt, A. Louis et al: Neuroticism and introversion: a risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate students, *Eat Behav*. 2006;7(1):69–78.
- [41] L. L. Davis, L.A. Best, L.P. MacNeill: The role of personality in body image dissatisfaction and disordered eating: discrepancies between men and women, *Journal of Eating Disorders* volume 5, Article number: 44 (2017)  
Preuzeto s <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-017-0177-8> (dostupno 08.07.2020.)
- [42] S. Ritvo: The image and uses of the body in psychic conflict: With special reference to eating disorders in adolescence. *Psychoanal. Study of the Child*, 1984., 39:449–469.
- [43] R. C. Lane, S. E. Chazan: Symbols of terror: The witch/vampire, the spider, and the shark. *Psychoanal. Psychol.*, 6:325–341. UW.B. Goletz: On being different and being the same. *Psychotherapy in Private Practice*, 1997. 16(3):67–72.
- [44] J. Fitzgerald i R.C. Lane: The role of the father in anorexia. *J. Contemp. Psychother.*, 2002.,30(1):71–84.
- [45] R. C. Lane: Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: the spider mother, *Psychoanalytic Review*, 89(1), February 2002.
- [46] A. Pozaić: Zdravstvena njega osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, Završni rad, Sveučilište Sjever, Sveučilišni centar Varaždin, preddiplomski stručni studij sestrinstva, Varaždin, 2018.
- [47] B. E. Wolfe: Caring for the hospitalized patient with an eating disorder, volume 38, issue 1, p75-99, march 01, 2003

Preuzeto s [https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465\(02\)00064-6/fulltext](https://www.nursing.theclinics.com/article/S0029-6465(02)00064-6/fulltext) (dostupno 10.07.2020.)

[48] M. Gulanick, J. L. Myers i sur.: Nursing care plans- Nursing diagnosis and intervention- Fifth edition, Mosbyanaffiliateof Elsevier, St. Louis, 2003

(49) Neala Ambrosi-Randić; (naklada Slap, 2004) Razvoj poremećaja hranjenja

(50) Fairburn, . G. (1997). Eating Disorders. In C. G. Fairburn and D. M. Clark (Eds.). Science and practice of Cognitive Behaviour Therapy



## 15. Popis slika

Slika 3.1.1. Poremećaji prehrane

Slika 4.2.2. Formula izračunavanja indeksa tjelesne mase

Slika 4.2.3. Tumačenje rezultata indeksa tjelesne mase

# Prijava diplomskog rada

## Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Nikolina Baričević

MATIČNI BROJ 56318791203

DATUM 25.07.2020.

KOLEGIJ Suvremene teme iz psihologije

NASLOV RADA Anoreksija i bulimija kao rezultat iskrivljene slike o vlastitom tijelu

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Anorexia and bulimia as a result of a distorted body image

MENTOR prof.dr.sc. Andreja Brajša - Žganec

ZVANJE redovita profesorica u trajnom zvanju

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. prof.dr.sc. Hana Mahmutefendić - Lučin, predsjednik
2. prof.dr.sc. Andreja Brajša - Žganec, mentor
3. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, član
4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član
5. \_\_\_\_\_

## Zadatak diplomskog rada

BROJ 043/SSD/2020

OPIS

Procjenjuju se kako u Hrvatskoj od poremećaja hranjenja boluje 35 000 do 45 000 ljudi, a najčešće se manifestiraju u adolescentskoj dobi. Poremećaji prehrane predstavljaju iskrivljen odnos prema hrani i slici vlastitog tijela (engl. body image), uslijed čega nerijetko nastaju trajne posljedice: nedostatan i poremećen unos hrane, narušeno fizičko, a potom i psihičko zdravlje. Od poremećaja, najčešće se javljaju aneksija i bulimija nervoza. Slika tijela je važan aspekt psihološkog i interpersonalnog razvoja u adolescenciji, posebno za djevojke.

Dominantno obilježje oboljelih od poremećaja hranjenja je psihička rigidnost, odnosno nefleksibilnost, koja se očituje u sadističkim napadima na vlastito tijelo. Napadi se grupiraju u četiri simbolička značenja: napad na princip zadovoljstva, napad na majku koji je povezan s napadom na princip zadovoljstva, napad na heteroseksualnost i napad na vlastitu ženstvenost. U radu su opisani razvojni problemi, zatim biološki, psihološki i socijalni čimbenici, zbog kojih dolazi do nastanka poremećaja hranjenja, kao i posljedice ovih oboljenja. Također, opisana je i zdravstvena njega oboljelih od poremećaja hranjenja, s naglaskom na ulogu medicinske sestre/tehničara u pružanju stručne pomoći i podrške.

ZADATAK URUČEN 21.09.2020.

POTPIS MENTORA



A Brajša Žganec

IZJAVA O AUTORSTVU  
I  
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, NIKOLINA BARIČEVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Analiza i kulturna kao rezultat istraživanja slike o vlastitom djelu (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Nikolina Barićević

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, NIKOLINA BARIČEVIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Analiza i kulturna kao rezultat istraživanja slike o vlastitom djelu (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Nikolina Barićević

(vlastoručni potpis)