

UDK 159.972:159.922.27:613.2:272–55–555

Primljeno: 10. 5. 2011.

Prihvaćeno: 23. 1. 2012.

Izvorni znanstveni rad

POREMEĆAJI HRANJENJA I SPOSOBNOST ZA SAKRAMENT ŽENIDBE

Ivan ŠTENGL

Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Vlaška 38, p.p. 432, 10 001 Zagreb
stengli@theo.kbf.hr

Sažetak

Imajući u vidu odredbu kanona 1095 br. 3 crkvenog zakonika na snazi, prilog propituje poremećaje hranjenja (posebno anoreksiju i bulimiju nervozu) kao moguće razloge za nevaljalost sakramentalne ženidbe zbog njihove psihopatološke valentnosti. U tu se svrhu podastire fenomenologija poremećaja hranjenja, komorbiditet s drugim poremećajima i reperkusije na ukupno stanje osobe. Poremećaji hranjenja, uz biološki supstrat, pokazuju obitelj i društvo kao značajne čimbenike rizika. Njihova težina omogućuje valjane indikacije za prosudbu, kako poremećaji hranjenja mogu supstancijalno umanjiti sposobnost osobe na paritetni odnos među supružnicima, stvaraju smetnje u spolnom identitetu i ophođenju sa spolnošću, otežavaju spremnost i sposobnost na roditeljstvo, kao i za brigu i odgoj potomstva. Uz reperkusije na crkvenu kanonsku praksu, prilog želi potaknuti veću senzibilnost za ovu problematiku u pastoralu sakramenta ženidbe.

Ključne riječi: anoreksija i bulimija nervoza, obiteljski i društveni čimbenici, brak, partnerstvo, spolnost, roditeljstvo, odgoj, crkveni zakonik.

Uvodne pripomene

Poremećaji hranjenja i, specifično, anoreksija i bulimija nervoza, u društvenoj percepciji predstavljaju često doslovno teškoće uzimanja hrane, no oni su daleko više od njihovih vanjskih obilježja. Anoreksija nije samo izglednjanje ili uzimanje minuciozno probranih prehrambenih artikala, niti je bulimija proždiranje hrane bez kriterija, nego problematičan način ophođenja s hranom vrlo često postaje simboličnim govorom, odnosno konverzijom

niza problematika i tako upućuje na disfunkciju čitave osobnosti, pa ga valja smatrati multidimenzionalnim poremećajem. Budući da hrana predstavlja kriterij preživljavanja i jedan je od prvih doživljaja sebe i svijeta, njezina dostupnost, ophođenje s njezinim izvorom kao i onima koji ju stavljaju na raspolaganje i na neki način kontroliraju, emotivno su i razvojno-psihološki od primarne važnosti za jedinku. Jednako tako, upravo zbog prethodno spomenutog značaja, društvo i kultura obično polažu visoku važnost na kodiranje prehrambenog ponašanja procesom socijalizacije od najranije mladosti, pa će imati visokog udjela u formiranju ponašanja u odnosu na njega, a kroz percepciju tijela, njegova izgleda, težine i oblika, osoba će tražiti povratnu informaciju glede zadovoljenja društvenih kriterija, odnosno poželjnosti i prihvaćenosti tijela i sebe od strane okoline i bit će interpretirana kao valjani indikator osobne efikasnosti i kompetentnosti te na kraju ukupne vrijednosti osobe. Iz ovakva konteksta razvidno je da bi uzimanje hrane, uz biološku datost, moglo predstavljati značajan pokazatelj ukupnog psihosocijalnog (blago)stanja pojedinca, a moglo bi ga se prihvatiti kao valjan indikator općeg stanja u društvu.

Već psihosocijalni kontekst sugerira kako bi se poremećaji hranjenja mogli razvijati slijedom nemogućnosti adekvatno reagirati na okolišne stresore mikrorazine i makrorazine, na postavljene društvene standarde, odnosno očekivanja pred kojima se stvori osjećaj da im se nije doraslo. Posebno u vrijeme krize, a jedno od njih je prijelaz iz djetinje u odraslu dob, postoji velika mogućnost da se vulnerabilnost zbog nerazriješenih problematika pretvori u konklamiranu formu poremećaja s reperkusijama na socijalne kompetencije, sve do biološke spremnosti za reproduktivni ciklus. Problem više u ovom kontekstu predstavlja kulturološka inferencija glede ophođenja s hranom. Zbog nje u industrijaliziranim zemljama granice bolesnog i normalnog postaju fluidne, budući da kontrola nad fizičkim izgledom predstavlja parametar društvene poželjnosti i interpretirana je kao briga oko zdravlja, izraz samopoštovanja i samokontrole, asertivnosti i društvene založivosti. Ukupna situacija stvara za određene osobe neku vrstu društvene klopke, slične onoj kod ovisnosti, u koju se uhvate: cijena prvotne društvene prednosti, posljedica poremećaja ili način rimedia stresa, postane previsoka, jer zatvara osobu u začarani krug svrhe samoj sebi – ponašanje počinje izmicati kontroli i postane kompulsivno. Razlika mehanizma ovog poremećaja od uobičajenih ovisnosti uglavnom je ona tjelesne prirode. Zbog društvene poželjnosti koje sa sobom nosi, poremećaj hranjenja se kroz dulje vrijeme može skrivati iza tolerirajućega, a kad okolina postane svjesna dometa svojih

očekivanja i dosadašnjeg potkrjepljivanja patološkog ponašanja, poremećaj već može doseći poodmakli stupanj. Svijest o ozbiljnosti situacije okoline i same osobe pogođene poremećajem vrlo često bude obrnuto proporcionalna. Za razliku od okoline, što osoba više tone u svoj poremećaj, to manje ga bude svjesna ili mu ne pripisuje ozbiljnost.

Usprkos visokom interesu javnosti u zadnje vrijeme i svijesti o njihovoj ozbiljnosti, senzacionalizmu i nekoj vrsti emotivnog voajerizma, sama struka još uvijek nije uspjela jednoznačno odgovoriti na etiološko pitanje poremećaja. Ovi ćudljivi i opaki poremećaji dožive svoj konklamirani oblik, čini se, koincidencijom niza faktora: uz onaj okolišni, koji se prokazuje kao najučestaliji okidač, valja istaknuti biološke i karakterne predispozicije.

U ukupni kontekst govora o spomenutim poremećajima valja smjestiti njihovo teološko i crkvenopravno propitivanje, ukoliko bi ovi poremećaji mogli značajno umanjiti sposobnost svjesnog preuzimanja bračnih i obiteljskih dužnosti. Crkvenopravni postupak, u eventualnoj sumnji na valjanost ženidbe, pokušat će rekonstruirati stupanj izraženosti poremećaja u trenutku sklapanja braka ili moguću predispoziciju na stvaranje istog pod stresnim okolnostima kasnije u braku, i ovdje je razlog relativno ekstenzivnom izlaganju prvih triju poglavlja ovog priloga. Pastoral sakramenta ženidbe jednako bi tako morao dati svoj doprinos. Naime, u pripravi na ovaj sakrament valjalo bi ukazivati na moguće poteškoće u braku koje poremećaji ove vrste sa sobom mogu nositi, ne bi li budući supružnici o njima međusobno komunicirali te slijedom njih donosili odluke, kako od njih uostalom traži crkvena praksa.

Cilj ovog priloga nije osporiti pravo na sklapanje braka osobama koje nakon ozbiljne pripreve, a u vjeri u sakramentalnost ženidbe, svjesno i slobodno daju svoju privolu, nego mu je nakana ukazati na realnu mogućnost da poremećaji hranjenja svojom težinom, usprkos deklariranoj svijesti o privoli, kompromitiraju kvalitetu bračne i obiteljske zajednice, umanjuju sposobnost slobode volje i percepcije obveza koje sakramentalni bračni/obiteljski život sa sobom nosi. U ovom kontekstu valja sagledati delikatnost govora o crkveno sklopljenom braku: za razliku od civilnog čina sklapanja ženidbe pred crkvenim zakonom, koji eksplicira sakramentalnost ženidbe, brak nije tek pravni ugovor između dviju stana koji je u odgovarajućim okolnostima sporazumno (ili ne) moći razvrgnuti. Njegovo problematiziranje u javnosti, zbog razlike u antropološkom polazištu, može izazvati kontroverzne reakcije.

1. Fenomenologija poremećaja

Vanjsko obilježje **anoreksije nervoze** (F50.0) jest nemogućnost postići i zadržati standardnu tjelesnu težinu (manje od 85%, odnosno $ITM \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$).¹ Iskrivljen je doživljaj tijela ili nekih njegovih dijelova: smatra ga se debelim i neatraktivnim, praćen užasavanjem i prijezirom tijela i čitave osobe.² Strah od dobivanja na težini i od gojaznosti zapravo je uobličenje straha od općeg gubitka kontrole.³ Svako smanjenje tjelesne mase, a mogući je postupni gubitak apetita, nekad skrivano i racionalizirano mogućnošću uobličiti ga športom i umjetnošću, smatra se impresivnim dostignućem i potvrdom samokontrole, iako ono ne daje po sebi osjećaj zadovoljstva.⁴ Opsjednutost kontrolom tijela (vaganje, mjerenje udova, promatranje u ogledalu) postaje toliko snažna da iskrivljenje percepcije ne biva korigirano ni kad težina dosegne po zdravlje opasno opadanje. Osoba ne mijenja ponašanje, niječe posljedice kronične pothranjenosti, skriva pred kritikom svoju mršavost prigodnom odjećom, i rijetko će zatražiti pomoć, osim zbog koje somatske i psihološke posljedice izglednivanja, kao što su nesanic, hipotermija i bradikardija, bolovi u zglobovima, mučnina, bol u trbuhu, nadutost ili otežano gutanje, depresivna raspoloženja, razdražljivost, letargija i emocionalna zaravnjenost⁵, socijalna inhibiranost, amenoreja i odsutnost seksualnog interesa do gađenja⁶, iako ove simptome neće dovoditi u vezu s poremećajem. Pojavi li se u ranoj životnoj dobi, moguće su smetnje u neurološko-kognitivnom razvoju⁷, a zbog niskog unosa ugljikohidrata, odnosno smanjene tjelesne mase i masnoća, dijete koje boluje od anoreksije može značajno zaostati u razvoju, pubertet nastupi kasno ili se pokaže

¹ Usp. Arthur H. CRISP I DR., Weight-related attitudes and behaviour in anorexics, recovered anorexics and normals, u: *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986.) 5, 789ss. Što se tiče diferencijalne dijagnoze i komorbiditeta. Usp. Vera FOLNEGOVIĆ-ŠMALC, Anoreksija – komorbiditet i diferencijalna dijagnoza, u: *Medix*, 10 (2004.) 52, 48s.

² Usp. Nora SCHNEIDER I DR., Comparison of body size estimation in adolescents with different types of eating disorders, u: *European Eating Disorders Review*, 17 (2009.) 6, 468–475.

³ Usp. Alessandra POKRAJAC-BULIAN – Lavinia STUBBS – Neala AMBROSI-RANDIĆ, Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji, u: *Psihologijske teme*, 13 (2004.) 1, 93ss.

⁴ Usp. John R. E. FOX – Michael J. POWER, Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 251.

⁵ Usp. Amy Harrison I DR., Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 348–356; Vesna VIDOVIĆ, Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji, u: *Medix*, 18 (2009.) 2, 187s.

⁶ Andrea POYASTRO PINHEIRO I DR., Eating disorders disrupt healthy sexual function, u: *International Journal for Eating Disorder*, 43 (2010.) 2, 123.

⁷ Usp. Bryan LASK I DR., Functional neuroimaging in early-onset anorexia nervosa, u: *International Journal of Eating Disorder*, 37 (2005.) Supplement, 49-51.

očit zaostatak u spolnom razvoju, sekundarnim spolnim obilježjima, te izostanak menstrualnog ciklusa, posljedica niske razine spolnih hormona čiju sekreciju ne potiče hipotalamus-hipofiza (FSH i LH).⁸ Moguće su trajne reperkusije na fiziološku sposobnost za spolni čin i plodnost.⁹

Anoreksični poremećaj očituje se na dva načina. Kod *restriktivnog tipa* osoba gubi na težini prvenstveno zbog dijeta: osim posta, mogu se izbjegavati namirnice koje se procijene kao visoke nutricionističke vrijednosti, a nekad je hrana svedena na svega nekoliko artikala. Uz dijetu, gubitak se kalorija može postizati prekomjernim tjelesnim aktivnostima, pa se govori o »atleškoj« ili »umjetničkoj« anoreksiji.¹⁰ Drugi je *prežderavajuće-purgativni tip*. Riječ je o epizodama prejedanja (pojave se između restriktivnih epizoda), da bi se hrana izbacivala putem samoinduciranog povraćanja ili zlorabe laksativa, diuretika, odnosno enemetika. U ovaj tip anoreksije valja ubrojiti osobe koje se zapravo ne prejedaju, ali se redovito prazne nakon konzumacije vrlo malih količina hrane.

Podložna poremećaju hranjenja pokazala se populacija djece rođena prematurno te djece s traumatskim ozljedama glave kao visokorizične skupine. Zbog višeznačnih obilježja ovog poremećaja mogući je komorbitet (ili pak diferenciranje u dijagnozi) s dismorfobijom, s poremećajima seksualnog doživljaja. Simptomi često mogu zadovoljavati kriterije velikog depresivnog poremećaja (osobito kod teže pothranjenosti), dok je nešto manje učestali komorbitet s anksioznim poremećajima.¹¹ Fenomenologija nekad sličí onoj u opsesivno-kompulzivnog poremećaja (npr. opsjednutost mislima o hrani i kompulzivno gomilanje zaliha koje se ne troše, opsesivno vaganje, sklonost

⁸ Usp. Darko KAŠTELAN – Mirko KORŠIĆ, Endokrinološki poremećaji u anoreksiji, u: *Medix*, 10 (2004.) 52, 46s; Zvonko JURČIĆ, Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze, u: *Medix*, 10 (2004.) 52, 42–44.

⁹ Usp. Jon ARCELUS – Jackie WALES, Partial vaginismus and anorexia nervosa: A case report, u: *Sexual and Relationship Therapy*, 24 (2009.) 3–4, 368–372; Stephen ALLISON I DR., Weight preoccupation among infertile women, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 743; Milan VRKLJAN I DR., What is the health risk associated with amenorrhea?, u: *Acta Clinica Croata*, 40 (2001.) 4, 307.

¹⁰ Usp. Antonela NEDIĆ – Maroje SORIĆ, Trijas sportašica, u: *Hrvatski športskomedicinski vjesnik*, 26 (2011.) 1, 3–11; Linda H. HAMILTON – Jeanne BROOKS-GUNN – Michelle P. WARREN, Nutritional intake of female dancers: A reflection of eating problems, u: *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986.) 5, 925–934.

¹¹ Usp. Victor FORNARI I DR., Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa, u: *International Journal of Eating Disorders*, 12 (1992.) 1, 21–29; Michael D. ANESTIS I DR., The role of anxiety sensitivity in eating pathology, u: *Cognitive Therapy & Research*, 32 (2008.) 3, 370–385; Melinda A. GREEN I DR., Depression as a function of eating disorder diagnostic status and gender, u: *Eating Disorders*, 17 (2009.) 5, 409–421.

perfekcionizmu)¹², te *borderline* poremećaju¹³. Osobe sa shizofrenim poremećajem, zbog neuobičajene percepcije hrane, mogu povremeno razvijati ponašanje slično anoreksičnom. Moguće su, nadalje, sličnosti sa simptomima socijalne fobije ili agorafobije (obličen strahom od hranjenja na javnom mjestu), a od ostalih socijalnih disfunkcija valja istaknuti potrebu za jakim kontrolom nad okolinom, duboko razočaranje i strah već kod najmanjeg otklona u ponašanju okoline od očekivanog, smanjena je sposobnost tolerirati tuđe pogreške i praštati; i inače u ophođenju s drugima uočava se ograničena socijalna spontanost i izražavanje emocija. Anoreksiju nervozu nadalje može karakterizirati prekomjerni osjećaj krivnje, srama i ponosa, nefleksibilno mišljenje, osjećaj neučinkovitosti i zato smanjena inicijativa. Kod prežderavajuće-purgativnog tipa učestaliji je osjećaj gubitka kontrole impulsa, sklonost zloporabi alkohola i drugih opojnih sredstava¹⁴; pokazala se veća labilnost u raspoloženju i nešto veća seksualna aktivnost.¹⁵

Od tjelesnih popratnih simptoma, kao posljedica gladovanja, uz opću neravnotežu vode i elektrolita, valja istaknuti razvoj leukopenije ili anemije, oštećenje jetara i bubrežne funkcije (zbog dehidracije, hipokalijemije), kardiovaskularni problemi (teška hipotenzija, aritmija)¹⁶, dentalni problemi (zbog povraćanja) i osteoporoza (zbog smanjenog unosa kalcija, smanjene sekrecije estrogena i povišene razine kortizola). Oštećenja su inače moguća u većini sustava u organizmu. Novija istraživanja pokazuju i visoku prisutnost dijabetesa (tip 1), kako kod anoreksičnih tako i bulimičnih osoba, u odnosu na ostatak populacije.¹⁷

¹² Usp. Katherine A. HALMI, Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders, u: *Eating Disorders*, 13 (2005.) 1, 86ss.

¹³ Usp. Michael STROBER, The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental Implications, u: *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2007.) Supplement, 46-51; Glen WALLER, Association of sexual abuse and borderline personality disorder in eating disordered women, u: *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1993.) 3, 259ss.

¹⁴ Usp. Werner KOEPP I DR., Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders, u: *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1993.) 1, 108s.

¹⁵ Usp. Teri B. PEARLSTEIN, Eating disorders and comorbidity, u: *Archives of Women's Mental Health*, 4 (2002.) 3, 67-78.

¹⁶ Usp. John Graydon WEBB – Carl Laird BIRMINGHAM – Ian Laidlaw MACDONALD, Electrocardiographic abnormalities in anorexia nervosa, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 785-790.

¹⁷ Usp. Sandra G. AFFENITO, Are eating disorders more prevalent in females with type 1 diabetes mellitus when the impact of insulin omission is considered?, u: *Nutrition Review*, 59 (2001.) 6, 179-182.

Bulimiju nervozu (F50.2) karakterizira prvenstveno prejedanje kojem slijedi pokušaj kontrole tjelesne težine naprimjer povraćanjem (u 80 do 90% slučajeva). Po sebi, poremećaj ne karakterizira nužno neka tjelesna specifičnost, tako da se osobe mogu nalaziti unutar granica normalne težine, nekad lako ispod ili iznad nje, dok umjerena ili jaka gojaznost nisu učestale¹⁸, no usprkos tome osobe s ovim poremećajem nezadovoljne su tijelom, i posebno težinom.¹⁹

Unos hrane može biti općenito povećan ili se može ograničiti na koju posebnu kategoriju (npr. na ugljikohidrate, slastice), a kod nekih ju zaustavi tek bolni osjećaj pretrpanosti. Prejedanje se obično sa stidom skriva od okoline, i konzumacija se događa na brzinu.²⁰ Neke osobe unaprijed planiraju prejedanje, dok kod drugih okidač epizodi može poslužiti disfориčno raspoloženje, stres u međuljudskim odnosima, jaka glad zbog poduzete dijeta (post od dan ili više), ili nakon prekomjernog vježbanja (kao neka vrst nagrade za postignut rezultat), osjećaj neadekvatnosti i nisko samopoštovanje zbog težine ili oblika tijela i osjećaja gubitka kontrole. Prejedanje se događa zato što djelomično ublaži loše raspoloženje, no nakon epizode slijedi ponižavajuća samokritika, bijes i depresivno raspoloženje. Prethodno rečeno dopušta povući paralelu u mehanizmu funkcioniranja bulimičnog poremećaja s onim kod ovisnosti o naprimjer alkoholu ili drogi. I njega karakterizira osjećaj gubitka kontrole, opsesivno bavljenje hranom i kompulsivan unos kalorija (ondje npr. konzumacija pica), osjećaj krivnje i strah pred poremećajem, samokritika, bijes, depresivnost, ali se uvidom u situaciju ponašanje ne prekida, nego se stvori začarani krug. I ovdje, kao kod ovisnosti, postoji neka vrst mamurluka nakon epizode: mučnine, žgaravica, glavobolje i drugo, te se osoba osjeća lošije nego prije. Zbog sličnosti dinamike, možda je moguće tumačiti i činjenicu da je u oko jedne trećine osoba s bulimijom nervozom prisutna zloraba i ovisnost o alkoholu i psihoaktivnim tvarima.²¹ Valja ipak istaknuti da se, za razliku od tvari ovisnosti, kod bulimije ne stvara tjelesna ovisnost.

Klasifikacija u dva podtipa poremećaja opisuje prvenstveno način pokušaja kontrole tjelesne težine. Prvi je *purgativni tip*, kad osoba pribjegava izazi-

¹⁸ Usp. Mary E. WILLMUTH I DR., A comparison of purging and nonpurging normal weight bulimics, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 826.

¹⁹ Usp. Alessandra POKRAJAC-BULIAN, Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji, u: *Društvena istraživanja*, 7 (1998.) 4-5, 583ss.

²⁰ Usp. Walter B. VAN VORT, Is sham feeding an animal model of bulimia?, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 797–806.

²¹ Usp. Werner KOEPP I DR., Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders, u: *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1993.) 1, 107s.

vanju povraćanja (mehaničko, sirup ipekakuane) ili zloporabi laksativa, diuretika, odnosno sredstava za klistiranje, rjeđe uzimanjem hormona štitnjače²² ili krivim doziranjem inzulina (osobe s dijabetesom), dok se kod *nepurgativnog tipa* osoba služi kojom drugom strategijom kontrole nad težinom, kao naprimjer postom, unosom niskokalorične hrane ili pretjeranim tjelesnim vježbanjem koje osoba nastavlja i kad nastupe tjelesne ozljede ili zdravstvene tegobe.

Od komorbiteta ovog poremećaja valja istaknuti učestalost depresivnih simptoma sve do suicidalnih misli i ponašanja²³, s *borderline* poremećajem²⁴, i inače onim kliničkim slikama koje se vežu uz nisko samopoštovanje zbog oblika tijela i težine²⁵. Simptomi mogu zadovoljiti kriterije nekog od poremećaja raspoloženja, posebno distimičnog poremećaja ili velikog depresivnog poremećaja. Učestaliji su simptomi koji zadovoljavaju anksiozni poremećaj ili strah od socijalne interakcije.²⁶ Nekad simptomi zadovoljavaju kriterije poremećaja ličnosti, osobito granični poremećaj ličnosti. Kod nekih se osoba s ovim poremećajem javljaju smetnje u seksualnom životu, posebno sklonost autoerotičnom ponašanju. Svojom pojavom ono slijedi modalitet ophođenja s hranom, da naime osoba u situaciji stresa pribjegava trenutnoj katarzi kao kompenzatornom činu (povećana seksualna aktivnost kao impulzivno ponašanje). Ono ipak stvara osjećaj, kako ponašanje izmiče kontroli, da je razlog više za predbacivanja i osude.²⁷

Glede fizioloških disfunkcija, pronađen je komorbitet s poremećajima funkcije štitaste žlijezde.²⁸ Ako je prisutna prekomjerna težina, moguća je pojava infertiliteta, zbog smetnji u proizvodnji gonadotropina i vrlo je vjero-

²² Ulrike SCHMIDT – Geoffrey O'DONOGHUE, Bulimia nervosa in thyroid disorder, u: *International Journal of Eating Disorders*, 12 (1992.) 1, 94.

²³ Usp. Melinda A. GREEN I DR., Depression as a function of eating disorder diagnostic status and gender, 409–421.

²⁴ Usp. Randy A. SANSONE – John L. LEVITT, Borderline personality and eating disorders, 73s.

²⁵ Usp. Céline BERDAH, Obésité et troubles psychopathologiques, u: *Annales Medico Psychologiques*, 168 (2010.) 3, 184–190.

²⁶ Usp. Christopher J. HOPWOOD – Analesa N. CLARKE – Marisol PEREZ, Pathoplasticity of bulimic features and interpersonal problems, u: *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2007.) 7, 652–658; Michael D. ANESTIS I DR., The role of anxiety sensitivity in eating pathology, 370–385.

²⁷ Usp. Kristen M. CULBERT – Kelly L. LUMP, Impulsivity as an underlying factor in the relationship between disordered eating and sexual behaviour, u: *International Journal of Eating Disorders*, 38 (2005.) 4, 361–366; Samantha E. WAXMAN, A systematic review of impulsivity in eating disorders, u: *European Eating Disorders Review*, 17 (2009.) 6, 408–425.

²⁸ Usp. Ulrike SCHMIDT – Geoffrey O'DONOGHUE, Bulimia nervosa in thyroid disorder, u: *International Journal of Eating Disorders*, 12 (1992.) 1, 93–96.

jatno vezana uz hipotalamičku funkciju centra za osjećaj gladi i sitosti.²⁹ Od tjelesnih tegoba valja još istaknuti: oštećenja zubi, proširenje žlijezda slinovnica, poremećaje u probavnom traktu općenito, srčane i skeletne miopatije (kod zlorabe sirupa ipekakuane), neuredne menstruacije, amenoreju sve do poteškoća u plodnosti, posljedica vrlo vjerojatno fluktuacije težine, neravnoteže u tjelesnim tekućinama slijedom šoka na tijelo zbog drastičnih izmjena u epizodama prejedanja i posta.³⁰ Nisu česte, ali zato mogu biti fatalne, komplikacije poput napuknuća jednjaka i želuca te srčana aritmija. Zbog brzog uklanjanja hrane i tekućine iz tijela, osobe purgativnog tipa, mogu razviti veći broj tjelesnih tegoba od ostalih.³¹

Anoreksija nervoza se prema procjeni javlja u oko 0.5 do 1%, dok se prisutnost bulimije nervoze procjenjuje u oko 1 do 3% populacije, s većom učestalošću u industrijaliziranim zemljama, no uzmu li se sve, uključujući i kliničke, slike poremećaja hranjenja u spektru, dosiže se 5–7% prisutnosti poremećaja u populaciji. Učestalost pojave anoreksije i bulimije potvrđena je kod bioloških srodnika. Prema procjeni u između 50 i 70% slučajeva radi se o hereditarnoj vulnerabilnosti³², no odnos naslijeđa i stečenih navika hranjenja nije posve jednoznačan.³³ Istraživanja se usmjeravaju na ulogu serotonina kod regulacije ophođenja s hranom: njezinu privlačnost, osjećaj gladi i sitosti.

Poremećaji hranjenja postaju obično vidljivi u kasnoj adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Tijek im može biti kroničan, s time da kod bulimije nervoze mogu postajati duži periodi remisije prije recidiva i ne moraju se razviti dugotrajne posljedice. Postoji ipak snažna tendencija k dijagnosticiranju ovih poremećaja u sve ranijoj dobi. Tumačenje takve pojave nije posve jednoznačno, valja li ih naime pripisati njihovoj efektivnoj učestalosti ili većoj svijesti, odnosno informiranosti koja je pridonijela većoj senzibilnosti za njihovu pojavu u javnosti i svijesti pojedinca.³⁴

²⁹ Usp. Dilip RAMCHANDANI – Barbara WHEDON, The effect of pregnancy on bulimia, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 847.

³⁰ Usp. John A. SCHNEIDER – W. Stewart AGRAS, Bulimia in males: A matched comparison with females, u: *International Journal of Eating Disorders*, 6 (1987.) 2, 241s; Stephen ALLISON I DR., Weight preoccupation among infertile women, 743s.

³¹ Usp. Teri B. PEARLSTEIN, Eating disorders and comorbidity, 67–78.

³² Usp. Philip GORWOOD, Eating disorders, serotonin transporter polymorphisms and potential treatment response, u: *American Journal of Pharmacogenomics*, 4 (2004.) 1, 9–17.

³³ Usp. W. John LIVESLEY – Kerry L. JANG – Dana S. THORDARSON, Etiological relationships between eating disorder symptoms and dimensions of personality disorder, u: *Eating Disorders*, 13 (2005.) 1, 29ss.

³⁴ Usp. Alessandra POKRAJAC-BULIAN – Ivanka ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ, Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji, u: *Medix*, 10 (2004.) 52, 68s; Zvonko JURČIĆ, Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze, 41s.

2. Obiteljski čimbenici

Koliko god bila jasna svijest i odgovornost za vlastitu ulogu roditelja i člana obitelji, pred činjenicom konklamiranog poremećaja hranjenja obitelj stoji bespomoćna.³⁵ Uobičajeno za roditelje poremećaj predstavlja neugodnu novost. Dotad poslušno i savjesno dijete ugodna karaktera postaje svojeglavo, optužujuće, zatvara se u sebe, a naizgled mirna obiteljska situacija počinje sličiti ringu u kojem se odmjeravaju snage. Nakon počete ljutnje i nijekanja da je poremećaj ogledalo obiteljske patološke dinamike i lošeg ophođenja sa stresom te pokušaja stavljanja situacije pod kontrolu, ruši se mit o savršenom djetetu, obitelji (koja se uspoređivala s drugima) i njima kao roditeljima, te se javlja osjećaj krivnje i potreba za samokažnjavanjem. Na roditeljsko samooptuživanje i pokušaje ekspijacije dijete reagira prkosom, bijesom, prebacivanjem onoga dotad prešućivanog i kažnjavanjem kroz držanje roditelja na distanci. Posebnu teškoću predstavlja (implicitni) zahtjev roditelja za promjenom stanja, jer stavlja na odgovornost djetetu dobrobit čitave obitelji: ako ono »ozdravi«, svima će opet biti dobro. Ovaj zahtjev zapravo je samo eksplikacija uobičajene patološke dinamike obitelji, naime uvjerenja kako je uzvišena vrijednost briga jednih za druge, kroz zanemarivanje samog sebe. I inače obitelj gaji niz vrijednosti koje potiču na odvratanje i zanemarivanje sebe: privrženost i visoka identifikacija s obitelji, mir pod svaku cijenu, požrtvornost, kontrola osjećaja, urednost, disciplina, ambicioznost, ponos, uspjeh u radu, socijalni status, fizički izgled, a s prezirom i sramom gleda se na odstupanja od njih. Poopćeno, ozračje perfekcionizma³⁶, u korelaciji s emocionalnom distanciranošću zbog anksioznosti i nesigurnosti kod roditelja³⁷, razvijaju u djetetu nesigurnu, odnosno ambivalentnu privrženost.³⁸

Obitelj podrijetla osobe s mogućim razvojem poremećaja hranjenja obično karakterizira konfliktualan odnos prema vlastitom tijelu: iznimno visoke zahtjeve nije moguće zadovoljiti, pa oni dovode do frustracije, gađenja i odbija-

³⁵ Usp. John R. E. FOX – Michael J. POWER, Eating disorders and multi-level models of emotion, 246s.

³⁶ Usp. Susana JIMÉNEZ-MURCIA I DR., Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features, u: *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61 (2007.) 4, 385–391; Sanna Aila GUSTAFSSON I DR., Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls – aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight, u: *European Eating Disorders Review*, 17 (2009.) 5, 380–389.

³⁷ Posebno to vrijedi za majke osoba s poremećajem hranjenja u vrijeme trudnoće i u postpartalnom razdoblju. Usp. John R. E. FOX – Michael J. POWER, Eating disorders and multi-level models of emotion, 246s.

³⁸ Usp. Natasha DEMIDENKO I DR., The mediating role of self-concept in the relationship between attachment insecurity and identity differentiation among women with an eating disorder, u: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (2010.) 10, 1131–1152.

nja vlastita tijela i, slijedom takva stava, bude poremećena percepcija i ophođenje sa seksualnošću. Kao okidač razvoju ovih poremećaja značajnu ulogu može odigrati trauma u djetinjstvu (npr. bolest u obitelji koja je tražila visoku emotivnu investiciju), zlostavljanje (emotivno, tjelesno i seksualno), odnosno zanemarivanje.³⁹ Seksualno zlostavljanje značajno pridonosi razvoju poremećaja hranjenja, posebno bulimičnog tipa anoreksije, te purgativnog u bulimije.⁴⁰ Odavde vjerovatno osjećaj zapuštenosti i nepovjerenja prema drugima, odnosno izbjegavanje bliskosti, te srama sve do gnušanja nad vlastitim tijelom.⁴¹

Poremećaj hranjenja anoreksičnog tipa pospješit će obitelj koju karakterizira: rigidnost, perfekcionizam, miješanje u privatnost djeteta, izbjegavanje otvorenih konflikta i izražavanja osjećaja, naklonjenost roditelja jednom djetetu, odnosno međugeneracijski savezi. Roditelji, i posebno majke, doživljeni su kao požrtvovni, što stvara osjećaj dužničke zahvalnosti te odgovornost za koheziju obitelji, pa i kad se treba žrtvovati vlastite emocije, otvoreno govoriti o konfliktima ili suočiti stres.⁴² Kohezija obitelji čuva se ne iz privrženosti, nego iz dužnosti, zbog sumnjičavosti i zatvorenosti obitelji naspram socijalnog kontakta.⁴³ Strah od socijalnog i prisnosti prokazuje ambivalentnu privrženost u razvoju.⁴⁴ Zbog osjećaja dužnosti, osoba je osjetljiva na potrebe drugih;

³⁹ Usp. John BRIERE – Catherine SCOTT, Assessment of trauma symptoms in eating-disordered populations, u: *Eating Disorders*, 15 (2007.) 4, 347–358; Randy A. SANSONE – Lori A. SANSONE, Childhood trauma, borderline personality, and eating disorders: A developmental cascade, u: *Eating Disorders*, 15 (2007.) 4, 333–346; Glenn WALLER – Emma CORSTORPHINE – Victoria MOUNTFORD, The role of emotional abuse in the eating disorders: Implications for treatment, u: *Eating Disorders*, 15 (2007.) 4, 317–331; John R. E. FOX – Michael J. POWER, Eating disorders and multi-level models of emotion, 246s.

⁴⁰ Usp. Samantha MELTZER-BRODY I DR., Eating disorders and trauma history in women with perinatal depression, u: *Journal of Women's Health*, 20 (2011.) 6, 863–870; Randy A. SANSONE – John L. LEVITT, Borderline personality and eating disorders, u: *Eating Disorders*, 13 (2005.) 1, 73s; Diann M. ACKARD – Dianne NEUMARK-SZTAINER, Multiple sexual victimizations among adolescent boys and girls: Prevalence and associations with eating behaviors and psychological health, u: *Journal of Child Sexual Abuse*, 12 (2003.) 1, 17–37; Glen WALLER, Association of sexual abuse and borderline personality disorder in eating disordered women, u: *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1993.) 3, 262s; Timothy D. BREWERTON, Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD, u: *Eating Disorders*, 15 (2007.) 4, 287.

⁴¹ Usp. Kenneth GOSS – Steven ALLAN, Shame, pride and eating disorders, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 308ss.

⁴² Usp. Eytan BACHAR I DR., Depressive tendencies and lower levels of self-sacrifice in mothers, and selflessness in their anorexic daughterly, u: *European Eating Disorders Review*, 16 (2008.) 3, 184–190.

⁴³ Usp. Jaana RUUSKA I DR., Psychosocial functioning needs attention in adolescent eating disorders, u: *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (2007.) 6, 452–458.

⁴⁴ Usp. Nefeli KOSKINA – Theodoros GIOVAZOLIAS, The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction, u: *The Journal of Psychology*, 144 (2010.) 5, 449–471; Ana Isabel CUNHA – Ana Paula

ambivalentna privrženost stvara potrebu njihova poštovanja i naklonjenosti, a oboje zbog uvjetovanog prihvaćanja stvaraju distanciranost koja se očituje uz ostalo u visokoj osjetljivosti kod donošenja odluka i povredi neovisnosti. Takav stav biva difuzno prenesen na potrebe i osjećaj užitka (restriktivni tip), uključujući i seksualnost.⁴⁵ Tijelo u takvoj psihosocijalnoj konstelaciji postaje instrument osjećaja kontrole, ne i užitka, osoba se prosuđuje i cijeni na temelju uspjeha, pozitivnog socijalnog *feedbacka* i intelektualnih prestacija. Ostvarenje izvjesnog očekivanja, umjesto da potkrijepi osjećaj kompetentnosti i izgradnju samopoštovanja, bude obično minimalizirano, jer ne uspijeva dati ukupan osjećaj bezuvjetne vrijednosti, odnosno prihvaćenosti, tako da osoba često živi u socijalnoj izolaciji i osjećaju samoće.

Za razliku od anoreksičnog poremećaja, kod bulimije obitelj karakterizira: kaotičnost u ophođenju sa stvarnošću, nekad otvorena ili prešućena hostilnost naspram članova, problemi u kontroli ponašanja⁴⁶, ambivalentnost glede identifikacije s obitelji⁴⁷. Tomu sukladno opterećena je i komunikacija: javljaju se negativistička ponašanja praćena emocijama poput srdžbe i agresivnosti, a u svijesti pak da takve nisu poželjne ni prihvatljive, osoba ih može na simbolički način pokušati udaljiti od sebe povraćanjem, autolezivnim ponašanjem (samokažnjavanje), sve do suicidalnosti.⁴⁸

U odnosu na socijalnu stvarnost, obitelj se obično prezentira kao konformistička i tradicionalna, rigidna u shvaćanju strukture obitelji i uloga njezinih članova, visoko cijeni društvene norme i vrijednosti.⁴⁹ Obitelj pod stresom obično reagira iznimno funkcionalno i proaktivno, ali majke su obično sklone

RELVAS – Isabel SOARES, Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers, u: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2009.) 2, 229–240.

⁴⁵ Usp. Barbara JÓZEFIK – Maciej Wojciech PILECKI, Perception of autonomy and intimacy in families of origin of patients with eating disorders with depressed patients and healthy controls. A transgenerational perspective – Part I, u: *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 12 (2010.) 4, 73.

⁴⁶ Uz impulzivnost, obitelji bulimičnih osoba sklonije su formiranju većeg broja psihopatoloških kliničkih slika. Usp. Mary E. WILLMUTH I DR., A comparison of purging and nonpurging normal weight bulimics, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 825–835.

⁴⁷ Usp. Arnold M. NORDMAN – Daniel S. KIRSCHENBAUM, Bulimia: Assessment of eating, psychological adjustment, and familial characteristics, u: *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986.) 5, 865–878.

⁴⁸ Usp. Arnold M. NORDMAN – Daniel S. KIRSCHENBAUM, Bulimia, 875s; Cerstin NICKEL, Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents, u: *Pediatrics International*, 48 (2006.) 4, 374–381.

⁴⁹ Usp. Judith R. SIGHTS – Herbert C. RICHARDS, Parents of bulimic women, u: *International Journal of Eating Disorders*, 3 (1984.) 4, 3–13.

depresivnosti, ne smatraju se dorasle svojoj ulozi i tomu sukladno osjećaju se nezadovoljne sobom.⁵⁰ Bulimične osobe doživljavaju majke kao impulzivne, dominantne, kontrolirajuće, intruzivne, da manipuliraju ucjenom. Odgoj im je više učenje prilagodbi, nego stvaranje neovisne i kompetentne osobnosti djeteta; stavljaju nerealna očekivanja glede karijere djeteta kad su već svoju zbog obitelji žrtvovali, pa zato potiču dijete na kompeticiju i rivalstvo.⁵¹ Očevi bulimičnih osoba prisutniji su u ranijem razdoblju djetetova razvoja, kojem slijedi distanciranost u vrijeme adolescencije; odavde osjećaj u djeteta da su emotivno hladni i usredotočeni na samokontrolu, a to je distanciranje doživljeno kao odbacivanje i zapuštanje.⁵² Dubinske psihologije tumače ovakvu promjenu u ponašanju kao bijeg od incestuoznih želja.

3. Društveni utjecaj

U okruženju utjecaja europske kulturne baštine valja istaknuti kako je ograničenost znanstvene spoznaje u prethodnim vremenima, a nije isključena sveto-pisamska i kršćanska tradicija, nehotično poticala anoreksično ponašanje kao poželjan oblik religioznosti, izraz posebne duhovnosti i askeze. Tako, mistici poput Katarine Sienske i Terezije Avilske smatraju post iznimnim putem do Boga. Kod brojnih svetaca gotovo je nemoguće razlučiti duhovni motiv najstrožeg posta od eventualno anoreksičnog ponašanja (npr. svjedočanstva da su živjeli isključivo od svete pričesti).⁵³ U tom je smislu i javna osuda pretilosti kao znaka razvrata i socijalne nejednakosti, posebno u visokom srednjem vijeku, mogla imati snažan utjecaj na ponašanje senzibilnijih pojedinaca. Kao što je uvedno spomenuto, sklonost društva ka kontroliranom unosu hrane ima dakle dugu povijest, i zato pritisak klišeja i društvene poželjnosti sadašnjeg trenutka nisu novost. Jednako tako, društvena kontrola nad hranom nije specifična za zemlje europskog kulturnog utjecaja, nego se pokazala transkulturalnom činjenicom.

Društveni utjecaj na navike hranjenja valja tumačiti u sinergiji s obiteljskim čimbenicima. I sami pod pritiskom društvene poželjnosti roditelji mogu

⁵⁰ Usp. Leslie A. SIM I DR., Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa, u: *International Journal of Eating Disorders*, 42 (2009.) 6, 536.

⁵¹ Usp. Jaana RUUSKA I DR., Psychosocial functioning needs attention in adolescent eating disorders, 452–458.

⁵² Usp. Ceri J. JONES – Newman LEUNG – Gillian HARRIS, Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs, u: *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (2006.) 3, 319–330.

⁵³ Usp. John M. S. PEARCE, Richard Morton: Origins of anorexia nervosa, u: *European Neurology*, 52 (2004.) 4, 191s.

davati negativne socijalne procjene svom djetetu, a one kao rano iskustvo – uz kasniji društveni *feedback* i kontakt s vršnjacima – postaju mjerilo prihvaćenosti osobe kao takve.⁵⁴ U traženju ovog zadnjeg te definiranju vlastita identiteta, osoba u razvoju bit će osjetljiva na nametnute ideale i modele ponašanja, a nekad u očajničkom pokušaju zadobiti svoje specifično mjesto u društvu i obitelji, može prihvatiti ovaj ekstremni oblik ponašanja, prezentiran nekad kao kuriozitet. Traženje bezuvjetnog prihvaćanja tako može pospješiti put razvoja poremećaja hranjenja, postaje mu okidačem.⁵⁵ Valja zato reći, kako više faktora u konkomitanciji povećavaju psihološku i socijalnu vulnerabilnost k razvoju poremećaja hranjenja.⁵⁶ U tom smislu kao faktore rizika u konkomitanciji valja spomenuti: neadekvatan razvoj privrženosti i time nizak osjećaj vrijednosti koji čine osobu sklonom negativističkim usporedbama s modelima i društvenim klišeima⁵⁷, nedostižnost ideala zbog čega se stvara opsesivno ophođenje s hranom (učestalo provođenje dijete, prejedanje i povraćanje)⁵⁸, prisutnost rigidnog perfekcionizma u obitelji⁵⁹ i njima sukladne depresivnosti i negativnih osjećajima prema vlastitom tijelu⁶⁰, društvena izolacija zbog statusa,

⁵⁴ Usp. Alessandra POKRAJAC-BULIAN I DR., Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki, u: *Psiholgijske teme*, 14 (2005.) 1, 58.

⁵⁵ Usp. Rachel SWEETINGHAM – Glenn WALLER, Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders, u: *European Eating Disorders Review*, 16 (2008.) 5, 401–407; Alessandra POKRAJAC-BULIAN – Ivanka ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ, Prevencija poremećaja hranjenja u ranoj adolescenciji, u: *Medix*, 10 (2004.) 52, 67s.

⁵⁶ Usp. Alessandra POKRAJAC-BULIAN – Neala AMBROSI-RANDIĆ – Miljana KUKIĆ, Thin-ideal internalization and comparison process as mediators of social influence and psychological functioning in the development of disturbed eating habits in Croatian college females, u: *Psychological Topics*, 17 (2008.) 2, 221–245.

⁵⁷ Usp. Katherine A. HALMI I DR., The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders, u: *International Journal of Eating Disorders*, 38 (2005.) 4, 371–374; Kelsie FORBUSH – Todd F. HEATHERTON – Pamela K. KEEL, Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors, u: *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2007.) 1, 37–41; Petar BEZINOVIĆ I DR., Struktura i zastupljenost dominantnih psiholoških problema u studentskoj populaciji, u: *Društvena istraživanja*, 7 (1998.) 4-5, 535.

⁵⁸ Usp. Alessandra POKRAJAC-BULIAN – Tamara MOHORIĆ – Dušanka ĐUROVIĆ, Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca, u: *Psiholgijske teme*, 16 (2007.) 1, 27–46.

⁵⁹ Usp. Amanda G. FERRIER-AUERBACH – Matthew P. MARTENS, Perceived incompetence moderates the relationship between maladaptive perfectionism and disordered eating, u: *Eating Disorders*, 17 (2009.) 4, 333–344.

⁶⁰ Usp. Bryony BAMFORD – Emma HALLIWELL, Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population, u: *European Eating Disorders Review*, 17 (2009.) 5, 371–379; Melinda A. GREEN I DR., Eating disorder behaviors and depression: A minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction, u: *Journal of Clinical Psychology*, 65 (2009.) 9, 989–999; Shannon L. ZAITSOFF – Dwain C. FEHON – Carlos M. GRILO, Social com-

obrazovanja i tjelesnog izgleda⁶¹. Zbog svoje društvene valentnosti, u novije vrijeme internet, kao posredno i umjetno otvaranje svijetu, može postati osobi rimediaj osjećaju izoliranosti, stigme i niskog samopoštovanja, budući da pruža mogućnost kontrole nad autoprezentacijom – omogućuje prikazati se drugima kakvi bismo htjeli biti da se je u posjedu karakteristika koje po vlastitoj procjeni mogu pobuditi poštovanje, divljenje i prihvaćanje.⁶² Kod toga, izvjestan broj osoba s poremećajem hranjenja, namjesto da traži općevažeće oblike prihvaćenosti, mogu je tražiti u getoizaciji s osobama istih karakteristika, stvarajući na neki način vlastitu supkulturu, promičući u uzajamnoj podršci poremećaj kao pravo na raznolikost i stil života, čime stvaraju dodatnu opasnost po vlastito zdravlje i život.⁶³

Koliko može biti značajan utjecaj društva na razvoj poremećaja hranjenja razvidno je uostalom iz činjenice da su mu daleko više sklone žene, i to – iz perspektive zagovaratelja ženske jednakosti – zbog perzistencije patrijarhalne podjele na rodne uloge zbog kojih postoji disproporcija u odnosu na standarde postavljenje za muškaraca i ženu, a koja promovira društvenu poželjnost takozvanih muških »kvaliteta«, kao što su natjecanje, poslovni uspjeh, težnja za prestižem i moći, racionalnost, čime se umanjuje vrijednost žene, od koje se traži požrtvovnost i samozatajnost, podložnost i emotivnost, okrenutost domu i potomstvu.⁶⁴ Stereotipija se zatim prenosi i na percepciju ženstvenoga: anoreksično tijelo, koje ne naglašava ženske attribute, postaje socijalno privlačnije, jer asociirano s voljom, inteligencijom, uspjehom, neovisnošću, kontrolom nad osjećajima, čemu nasuprot bulimično ostaje simbolom rađanja, obiteljskog ozračja, emotivnosti i ovisnosti. Iz ovakve bi se perspektive moglo tumačiti daleko niže samopoštovanje kod posljednje skupine, visoko nezadovoljstvo tijelom, visoka osjetljivost na postavljena očekivanja i težnja za nikad dosež-

petence and social-emotional isolation and eating disorder psychopathology in female and male adolescent psychiatric inpatients, u: *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9 (2009.) 2, 219–228.

⁶¹ Usp. Caroline LIMBERT, Perceptions of social support and eating disorder characteristics, u: *Health Care for Women International*, 31 (2010.) 2, 170–178.

⁶² Usp. Nicola DÖRING, *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*, Göttingen i dr., 2003., 331ss.

⁶³ Usp. Neala AMBROSI-RANDIĆ I DR., Poremećaji hranjenja i internet: analiza sadržaja hrvatskih web stranica, u: *Psiholojske teme*, 17 (2008.) 1, 37–55.

⁶⁴ Usp. Ursula BEER, Sekundärpatriarchalismus: Patriarchat in Industriegesellschaften, u: Ruth BECKER – Beate KORTENDIEK (ur.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*, Wiesbaden, 2004., 57s; Arnold M. NORDMAN – Daniel S. KIRSCHENBAUM, *Bulimia*, 866.

nim savršenstvom.⁶⁵ Iako još nedovoljno istraživano, posljedica bi takve društvene poželjnosti mogla biti brisanje tjelesnih spolnih stereotipa.⁶⁶

U svom nastojanju zadovoljiti društvena očekivanja i tako steći (samo-) poštovanje, bulimične osobe tjerane visokim očekivanjima prema sebi mogu postići značajne uspjehe. One mogu pokazati visok stupanj energije i sigurnosti u sebe, fizički mogu biti atraktivne, što je u prividnom kontrastu s prethodno rečenim. Ustvari to je samo znak tipično bulimične podvojenosti: nasuprot »privatnim« osjećajima, osoba izgradi »lažni *self*«, odnosno »pseudoneovisnu osobnost«. ⁶⁷ Moguća je i potpuna identifikacija s društvenom maskom, što dovodi do značajnog osiromašnja emotivnog doživljaja.

4. Implikacije poremećaja na sposobnost za bračni i obiteljski život

Kanon 1095 br. 2 i posebno br. 3 crkvenog zakonika na snazi predviđa da poteškoće psihičke naravi mogu postati zaprjekom sakramentalnom braku, kad one umanje sposobnost slobode volje, spoznaje i djelovanja zbog poremećenog psihosocijalnog razvoja ili neuroendokrinog deficita, te je takve moguće propitivati u kanonskom procesu kao moguće razloge za ništavnost braka. Kao moguće zaprjeke, kanonska je praksa evidentirala sljedeće poremećaje: poremećaji psihoseksualnog identiteta, anoreksija (nervoza i mentalna), psihotični poremećaji, fobično-opsesivne neuroze, sindrom *borderline*, kliničke slike koje nastaju kao posljedica narcističkog poremećaja.⁶⁸

Imajući u vidu nakanu Zakonodavca, ovaj prilog želi propitivati prethodno spominjanu fenomenologiju i dinamiku razvoja poremećaja hranjenja u okolnostima bračne, odnosno obiteljske zajednice, ukazujući na one emotivne, kognitivne i komportamentalne karakteristike osobnosti kod poremećaja hranjenja koje bi mogle supstancijalno umanjiti spremnost na bračne i obiteljske

⁶⁵ Usp. Annette L. STANTON – Wendy M. REBERT – Lesli M. ZINN, Self-change in bulimia: A preliminary study, u: *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986.) 5, 917–924; Brett SILVERSTEIN I DR., Possible causes of the thin standard of bodily attractiveness for women, u: *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986.) 5, 907–916; Nora SCHNEIDER I DR., Comparison of body size estimation in adolescents with different types of eating disorders, 468–475.

⁶⁶ Usp. Gabriele MENTGES, Mode: Modellierung und Medialisierung der Geschlechterkörper in der Kleidung, u: Ruth BECKER – Beate KORTENDIEK (ur.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*, 574.

⁶⁷ Usp. Cristiano BARBIERI, Caratteristiche personologiche, u: Cristiano BARBIERI – Serena AURELI – Michele TRONCHIN, *Disturbi del comportamento alimentare e matrimonio canonico*, Roma, 2010., 148–150.

⁶⁸ Bruno DE FILIPPIS, *Nullità dei matrimoni e tribunali ecclesiastici. Giudizio di liberazione e conseguenze sui processi di separazione e divorzio*, Milano, 2010., 75.

dužnosti. Prethodno izloženo o toj vrsti poremećaja dopušta opravdanu sumnju kako oni, budući da su eksplikacija problematike čitave osobnosti, mogu značajno kompromitirati doživljaj sebe i drugoga te kao takvi imaju veliki utjecaj na emocionalna stanja i ponašanje. Posebno ophođenje prema vlastitom tijelu, koje je značajan čimbenik u bračnoj komunikaciji, pridonosi ukupnoj dinamici braka; ono može postati do te mjere averzivno da ga se (implicitno) želi uništiti, budući da je percipirano glavnim uzrokom nezadovoljstva, depresivnosti, osjećaja neadekvatnosti i niskog samopoštovanja, te će zbog toga uslijediti odbijajući stav u odnosu na partnera i intimnost kao i na samu izloženost tuđem pogledu.⁶⁹ Posljedice hostilnog ophođenja s tijelom mogu postati značajne do trajnih, kako je prethodno istaknuto.

Poremećaji hranjenja, zatim, pokazuju visoku korelatnost s teškoćom u izražavanju emocija, posebno negativnih, koje zbog mogućnosti gubitka kontrole i straha od njihove destruktivnosti bivaju inhibirane, te – kod purgativnog tipa – povraćanjem na simboličan način bivaju »izbačene« iz sebe⁷⁰, odnosno negativne emocije budu okrenute protiv vlastita tijela (gnušanje i autodestruktivnost), što na kraju pospješuje etabliranje malodušja (>melankolije«) i osjećaja napuštenosti⁷¹. Kao posljedicu straha od jakih emocija, osoba s poremećajem hranjenja može razviti smanjeni spektar doživljaja osjećaja (aleksitimija⁷²), poteškoće u njihovoj percepciji, interpretaciji i regulaciji te stvoriti kognitivnu akomodaciju u funkciji takva stanja, čime se zatvara začarani krug perzistiranja poremećaja.⁷³

⁶⁹ Usp. Korina IOANNOU – John R. E. FOX, Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 336–347; Alessandra POKRAJAC-BULIAN, Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi, 583s.

⁷⁰ Usp. John R. E. FOX, A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 276–302.

⁷¹ Usp. John R. E. FOX – Kate FROOM, Eating disorders: A basic emotion perspective, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 328–335.

⁷² Usp. Amy HARRISON I DR., Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa, 349; John R. E. FOX – Michael J. POWER, Eating disorders and multi-level models of emotion, 249s.

⁷³ Usp. Graham C. L. DAVEY – Laura CHAPMAN, Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity, u: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16 (2009.) 4, 268–275; Amy HARRISON I DR., Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa, 248s.

4.1. Kvaliteta odnosa među supružnicima

Pojavi li se poremećaj hranjenja u vrijeme adolescencije i ako se ne pristupi terapiji, osobe s poremećajem hranjenja manje su sklone ulasku u brak, prekinu vezu kad ona postaje prisnija, jer i dalje zarobljene u konfliktualnosti obitelji podrijetla iz kojih se ne uspijevaju odvojiti.⁷⁴ Tako, nepovoljna obiteljska situacija u vrijeme odrastanja može postati značajnim faktorom rizika razvoja poremećaja hranjenja. Dogodi li se brak, ulazak u tako novu i drukčiju životnu situaciju, on za osobu s ovim poremećajem može predstavljati uspjeh u odavanju od obitelji iz koje je potekla i njezine problematike u koju je patološki upletena, odnosno može biti znak oporavka od poremećaja. Moguće je ipak da takav čin bude tek očajnički pokušaj bijega iz prethodne situacije.⁷⁵

Za izvjestan broj osoba s ovim poremećajem, odnosno s karakteristikama osobnosti koje bi postale faktori rizika za razvoj poremećaja, ulazak u specifično bračnu dinamiku, trudnoća te porod mogu postati, pojedinačno ili kumulativno, dodatni razlog egzacerbacije poremećaja, a kod drugih okidačem konklamiranog poremećaja, budući da su nove egzistencijalne situacije doživljenje kao visoki stres. Dodatni katalizator može postati odsutnost stručnog praćenja, naprimjer psihoterapijom, te neadekvatna potpora supružnika, možda i sama opterećena kojim poremećajem, koji se nije u stanju nositi sa situacijom, a obično i bude isključen iz psihološke dinamike osobe koja stvori poremećaj hranjenja.⁷⁶ Vjerojatno nesvjesno uzajamno podupiranje razvoja poremećaja supružnika uz povodljivost zadovoljenju društvenih očekivanja, zbog kakve se situacije ne prokazuju izrijekom problemi u braku, mogu značajno umanjiti osjetljivost okoline za prepoznavanje poremećaja, njihovo dijagnosticiranje i terapiju, sve dok situacija kojeg visokog stresa ne eskalira, odnosno pokaže možda još koji drugi oblik neuobičajenog ponašanja osim nekontroliranog ophođenja s hranom.⁷⁷ U tijeku sudskog postupka bit će zato od velike važ-

⁷⁴ Usp. Anne HEAVEY I DR., Anorexia nervosa and marriage, u: *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1989.) 3, 282s.

⁷⁵ Isto. Postoji opravdana sumnja da nema spontanih ozdravljenja kod poremećaja hranjenja. Simptomi se, stjecajem životnih okolnosti, ipak na koje vrijeme mogu povući. Usp. Vesna VIDOVIĆ, Poremećaji hranjenja i jedenja, 190.

⁷⁶ Usp. Saloua KOUBAA –Tore HÄLLSTRÖM – Angelica LINDÉN HIRSCHBERG, Early maternal adjustment in women with eating disorders, u: *International Journal of Eating Disorders*, 41 (2008.) 5, 405–410; Nobuo KIRIIKE I DR., Single and married patients with eating disorders, u: *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52 (1998.) Supplement, 306–308. Prema autorima u 70% slučajeva pojave poremećaja hranjenja brak je doživljen kao izvor jakog stresa.

⁷⁷ Dorothy J. Van BUREN – Donald A. WILLIAMSON, Marital relationships and conflict resolution skills of bulimics, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 736ss.

nosti, koliko je to moguće, rekonstruirati psihofizičko stanje supružnika te njihove intersubjektivne sposobnosti u vrijeme ulaska u brak, budući da je jedino to činjenično stanje relevantno u postupku proglašenja braka ništavim. Kod toga anamneza treba prikupiti podatke o obitelji podrijetla, sociokulturnom okružju, te ne samo eventualnim naznakama o možebitoj prisutnosti poremećaja, nego jednako tako o mogućoj konstelaciji osobnosti koja se u kritičnim situacijama pokaže potencijalnom za razvoj poremećaja hranjenja.⁷⁸ Perzistiranje izvjesnih emotivnih stanja i disfunkcionalni ponašajni obrasci u braku mogu postati relativno sigurni indikatori da je postojala mogućnost razvoja poremećaja prije njega.

Od karakteristika u ponašanju valja izdvojiti kako, posebno osobe s anoreksijom nervozom, zbog ambivalentne privrženosti prema vlastitim roditeljima zauzmu stav omalovažavanja i superiornosti, okrenute su svom uspjehu i očekivanjima, ne podnose kritiku i neuspjeh, društveno izolirane, anksiozne i s gotovo paranoičnim stavom prema izvanobiteljskom okružju, s posljedicama po otvorenost u komuniciranju i autentičnu intimnost veze kao što je bračno partnerstvo.⁷⁹ Iako sama nije u stanju doprinosti kvaliteti odnosa, anoreksične osobe stavljaju na partnera nerealno visoka očekivanja, sklone su njegovu idealiziranju. Vezu karakterizira pokušaj morbidne ovisnosti (nasuprot zdravoj međuovisnosti) i izolacija od drugih (nasuprot specifičnoj isključivosti), zbog čega partneru pripisuju krivnju za teškoće u vezi, odnosno nedovoljnu zaljubljenost.⁸⁰ Komunikacija, verbalna i neverbalna, karakterizirana je interupcijama i pretjeranom reakcijom, kao što su na primjer šutnja, rigidnost, mušičavost, nesposobnost na praštanje i toleriranje tuđih nesavršenosti, negativne atribucije i generalizacije, iritiranost, latentna konfliktualnost i borba za kontrolu i moći nad drugim.⁸¹ Zapravo, zbog umanjenog spektra emocionalnosti i nerazriješenih

⁷⁸ Valjane odrednice mogućnosti razvoja bulimije nervoze vidi u: Alessandra POKRAJAC-BULIAN I DR., Perfekcionizam, privatna svijest o sebi, negativan afekt i izbjegavanje kao odrednice prejedanja, u: *Društvena istraživanja*, 18 (2009.), 1-2, 111–128.

⁷⁹ Usp. Glenn WALLER I DR., Narcissism and narcissistic defences in the eating disorders, u: *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2007.) 2, 146s.

⁸⁰ Usp. Caitlin FERRITER – Nicole K. EBERHART – Constance L. HAMMEN, Depressive symptoms and social functioning in peer relationships as predictors of eating pathology in the transition to adulthood, u: *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (2010.) 2, 205ss.

⁸¹ Usp. Leslie A. SIM I DR., Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa, u: *International Journal of Eating Disorders*, 42 (2009.) 6, 531–539. Velik broj provedenih studija »indicate the existence of profound inhibitions in the social and sexual behavior of eating disordered patients. These inhibitions are capable of becoming more extensive with time and of being a serious obstacle to future development«, Francisco J. VAZ-LEAL – Maria S. SALCEDO-SALCEDO, Sexual adjustment and eating disorders: Differences between typical and atypical anorexic adolescent females, u: *Inter-*

problematika, osoba teže prosuđuje koje su njezine emocije adekvatne situaciji, koliko joj truda valja uložiti i koja ponašanja partnera valja tolerirati da bi se veza održala ravnopravnom. Moguće je zato i toleriranje zlostavljanja.

Dok anoreksične osobe stavljaju odgovornost za bračne dinamike u ruke partnera, idealiziraju ih i očekuju da zadovolje nerealno visoka očekivanja, bulimične osobe očekuju od svojih partnera da im se dive i da ih hvale, no jednako će pripisati isključivu odgovornost partneru za teškoće u braku, budući da sumnjaju u vlastite sposobnosti i imaju osjećaj da im situacija lako izmakne kontroli.⁸² Budući da je riječ o povredi narcizma i kompromitiran je osjećaj samopoštovanja i bezuvjetne vrijednosti, bulimična osoba neprestano traži odobravanje i pohvale na račun svoje ljepote, uspjeha, inteligencije ili koje druge sposobnosti u njezinim očima, no one predstavljaju tek pokušaj kompenzacije. Poput supstancije ovisnosti, traži se obožavanje poistovjećeno s ljubavi. Otuda onda ekstremne fluktuacije u raspoloženju, nesposobnost regulacije emocija, impulzivnost, niski prag tolerancije na frustraciju, visoka anksioznost i izbjegavanje situacije konflikta da se ne izgubi osoba koja ju hvale.⁸³ Zbog povrede narcizma, bulimična osoba lažno se predstavlja partneru, njime bude opsjednuta kao zamjenskim identitetom (kao prethodno hranom), no u strahu od otkrivanja mogućih nesavršenosti i nerealno visokih očekivanja ne dopušta autentičnu intimnost; čezne za ljubavi i blizinom, no bježi kad ih partner nudi.⁸⁴ Kad partner prestane biti potencijalni obožavatelj, biva u potpunosti omalovažen. Zbog društvene poželjnosti, bulimične osobe imaju dosta prijatelja i poznanika, no ne i duboke, intimne veze. Kritika, neuspjeh, odlazak partnera, gubitak bilo koje vrste budu doživljeni nerazmjerno teško, jer dodatno utvrđuju nisko mišljenje o sebi.⁸⁵ Valja ipak istaknuti, u odnosu na anoreksične, daleko je veća mogućnost uspješnog braka i odgajanja djece kod bulimičnih osoba za koje se zatraži stručna pomoć, i ako u stresna vremena budu terapijski praćene.

national Journal of Eating Disorders, 12 (1992.) 1, 16. Usp. Katherine A. HALMI, Obsessive-compulsive personality disorder and eating disorders, 86s.

⁸² Usp. Dorothy J. Van BUREN – Donald A. WILLIAMSON, Marital relationships and conflict resolution skills of bulimics, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 735–741.

⁸³ Usp. Jumi HAYAKI, Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa, u: *International Journal of Eating Disorders*, 42 (2009.) 6, 552–556.

⁸⁴ Usp. Arnold M. NORDMAN – Daniel S. KIRSCHENBAUM, Bulimia, 874.

⁸⁵ Usp. Katherine HUKÉ – Pauline SLADE, An exploratory investigation of the experiences of partners living with people who have bulimia nervosa, u: *European Eating Disorders Review*, 14 (2006.) 6, 436–447.

4.2. Ophođenje sa seksualnošću

Genitalna seksualnost predstavlja za crkveni zakonik jednu od posebnosti sakramentalnog braka. Izraz je specifičnosti odnosa među supružnicima u kojem prokreacija nalazi svoje mjesto.⁸⁶ Ona je snažan indikator kakvoće braka, ali i katalizator osjećaja zadovoljstva, koji će učvrstiti bračno jedinstvo. Tome nasuprot, seksualne teškoće bit će vrlo pouzdani pokazatelji kojeg nerazriješenog konflikta, aktualnog među supružnicima ili unesenog u brak.⁸⁷ Valja ipak istaknuti, kako je i u braku s partnerom s poremećajem hranjenja moguće ostvariti relativno dobar stupanj komunikacije i zadovoljstva, zahvaljujući kompromisima među supružnicima, s time da spolni život, spolni identitet tog partnera ali i ukupni identitet ostaju osjetljive točke.⁸⁸

Osim prethodno spominjanih fizioloških teškoća, uključujući fertilitet, osobe s poremećajem hranjenja značajno odstupaju u doživljaju spolnosti. Otprilike polovica ih pokazuje nelagodu, sram, napetost (uključujući fizičku), anksioznost, depresivnost, gnušanje nad spolnim činom i zbog toga izbjegavanje partnerstva, odnosno prekid kad postoji mogućnost da će postati intiman. Oko 75% anoreksičnih osoba (oba podtipa) uopće ne osjeća seksualnu želju, dok se kod bulimije nervoze taj udio penje na gotovo 40%.⁸⁹ Iz prethodno spomenutog moguće je razumjeti takvo stanje: tijelom se u braku komunicira na specifičan način, a ono se stavilo u funkciju nerazriješenog problema.

Osobe s anoreksijom nervozom imaju teškoće već s činjenicom psihofizičkog razvoja, što uključuje razvoj k spolnoj zrelosti, menstrualni ciklus i mogućnost trudnoće, sve procesi u tijelu nad kojima se nema voljna kontrola (npr. žena u trudnoći poveća težinu za oko 12–13 kg).⁹⁰ Želji za maksimalnom kontrolom podliježe svaka vrst ugode, uključujući i seksualnu, pa su asketizam i disciplina doživljeni kao uspjeh i daju osjećaj neovisnosti i samostalnosti.⁹¹ Neke anoreksične osobe racionaliziraju svoju nezainteresiranost spolno-

⁸⁶ Usp. Alberto VANZI, *L'incapacità educativa dei coniugi verso la prole come incapacità ad assumere gli oneri essenziali del matrimonio* (can. 1095, 3°), Roma, 2006., 35.

⁸⁷ Usp. Anne HEAVEY I DR., *Anorexia nervosa and marriage*, u: *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1989.) 3, 282.

⁸⁸ Usp. D. Blake WOODSIDE – Jan B. LACKSTROM – Lorie SHEKTER-WOLFSON, *Marriage in eating disorders. Comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment*, u: *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (2000.) 3, 166s.

⁸⁹ Usp. Cynthia A. POWER, *Food and sex addiction: Helping the clinician recognize and treat the interaction*, u: *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12 (2005.) 2-3, 220s.

⁹⁰ Usp. Sheila NAMIR – Kenneth N. MELMAN – Joel YAGER, *Pregnancy in restrictor-type anorexia nervosa: A study of six women*, u: *International Journal of Eating Disorders*, 5 (1986.) 5, 838ss.

⁹¹ Usp. Paolo COTROFO, *Anorexia del sessuale femminile. Dal caos alla costruzione del limite*, Milano, 2005., 48s.

šću religioznim motivima: protive se spolnim odnosima prije braka pravdajući ih zavjetom čistoće, a na sličan način objašnjavaju siromašan seksualan život kad stupe u brak.⁹² Smanjenju seksualne želje pogoduje također pothranjenost, odnosno smanjeni metabolizam kojem slijedi endokrini deficit, kako je prethodno isticano.

Osobe s bulimijom nervozom pokazuju nešto veći interes za spolnu aktivnost od anoreksičnih, no i ovdje je tijelo stavljeno u funkciju nerazriješenih problema, što značajno kompromitira sposobnost za paritetni odnos kao što je to sakramentalni brak. Tijelo je stavljeno u službu gladi za uvažavanjem i ljubavlju i može ga ilustrirati fantazija o iznimno dugom spolnom činu koji traje više sati. Seksualnost može poprimiti i neuredne oblike kad se bulimična osoba upusti u perverzne fantazije partnera samo da bi zadobila njegovu naklonost i pohvalu. Jednako tako, u velikom broju slučajeva, bulimični se poremećaj mogao razviti slijedom seksualnog zlostavljanja. On tada ostavlja traumu na psihi mlade i još nedovoljno formirane osobnosti, stvara osjećaj dezintegracije i gnušanja nad činjenicom da se je žena, bespomoćno izložena (fizičkoj) moći i (emotivnom) iskorištavanju muškarca. Posljedice po kasnije ulaske u odnos i seksualno ponašanje mogu biti iznimno negativne. Seksualnost će biti shvaćena kao pitanje moći, ne privrženosti i povezanosti, prati ju gađenje, osjećaj prljavosti i težine, snažan osjećaji krivnje i predbacivanja, dok povraćanje na samu pomisao na spolni čin ili nakon njega može biti pokušaj simboličnog izbacivanja traume iz sebe. I napokon, osoba s bulimijom nervozom u osjećaju socijalne izolacije može pribjegavati autoerotičnom ponašanju, koje bude naučeno kao fizičko umirenje u situaciji stresa.⁹³

4.3. *Trudnoća, porod i postpartalno razdoblje*

Prethodno spominjane smetnje u metabolizmu i endokrinom sustavu kod poremećaja hranjenja snažno kompromitiraju ovulatorni ciklus i plodnost, sve do trajne infertilnosti osobe, makar neregularni menstrualni ciklus ili njegova odsutnost ne znače automatski neplodnost, kao i obrnuto, da menstrualni ciklus nužno pretpostavlja ovulaciju. U svakom slučaju poremećaji hranjenja visoko su korelatni s pojavom nepredvidljivosti i komplikacija glede trudnoće.⁹⁴ Podatci

⁹² Usp. Laura NELSON, *Sexual addiction versus sexual anorexia and the Church's impact*, u: *Sexual Addiction & Compulsivity*, 10 (2003.) 2-3, 184.

⁹³ Usp. Francisco J. VAZ-LEAL – Maria S. SALCEDO-SALCEDO, *Sexual adjustment and eating disorders*, 16.

⁹⁴ Usp. Abigali EASTER – Janet TREASURE – Nadia MICALI, *Fertility and prenatal attitudes towards pregnancy in women with eating disorders: results from the Avon Longi-*

potvrđuju značajnu korelatnost poteškoća u plodnosti s poremećajima hranjenja: kod bulimičnih osoba dvostruko veća učestalost, a kod anoreksičnih vrlo visoka incidentnost neplodnosti u odnosu na žene koje ne boluju od ovih poremećaja.⁹⁵

Trudnoća i slijed događaja u osoba s ovom vrstom poremećajima može izazvati daleko snažnije fluktuacije u raspoloženju nego u ostatka iste populacije. Samo saznanje o trudnoći obično izazove euforično stanje i, posebno se kod osoba s bulimijom nervozom može se dogoditi povlačenje fenomenologije poremećaja hranjenja.⁹⁶ Značajan razlog može vezan uz ispunjenje želje (supružnika) za potomstvom, otklonila bi se sumnja o neplodnosti, odnosno odgovornost za eventualnu bračnu i obiteljsku nesreću, osobito kad se pretihodno jave teškoće začeća.

Trudnoća može značajno ublažiti nisko samopoštovanje: ostvarilo se očekivanje supružnika i okoline, zadobiva se njihovo divljenje, dok misao na dijete bespomoćno izloženo njezinoj brizi i okrenutost tuđim potrebama daje osjećaj vrijednosti. Kod bulimičnih osoba, vrijeme trudnoće može biti doživljeno kao iznimno pozitivno, jer imaju osjećaj da na neko vrijeme prestaju biti različite od ostalih, budući da sve žene u trudnoći dobivaju na težini, te težinu i unos hrane pred sobom smiju dodatno pravdati potrebama djeteta. Okolnosti dakle smanjuju nisko samopoštovanje zbog negativne percepcije vlastita tijela.⁹⁷

S odmicanjem trudnoće i snažnim tjelesnim promjenama, raspoloženje može poprimiti suprotni predznak: anksioznost i depresivnost, vraća se nisko samopoštovanje i sumnja glede sposobnosti za zadaće roditeljstva (neiskustvo roditeljstva osobito kod prvog djeteta i doživljaj visoke odgovornosti), može stvoriti jak osjećaj panike zbog gubitka kontrole nad vlastitim tijelom. Bračna komunikacija, tjelesne promjene izazvane trudnoćom, predstojeća briga oko djeteta, kao i sumnja da bi dijete moglo snositi posljedice njihova poremećaja, predstavljaju gomilanje istovremenih stresora i osjećaj nedoraslosti situaciji. U opravdanost sumnji govori činjenica da, posebno kod anoreksičnih žena (zbog pothranjenosti), ali i inače kod poremećaja hranjenja (zbog snažne oscilacije

tudinal Study of Parents and Children, u: *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 118 (2011.) 2, 1941–1948; Stephen ALLISON I DR., Weight preoccupation among infertile women, 743–748.

⁹⁵ Usp. Teri B. PEARLSTEIN, Eating disorders and comorbidity, 73s; Carole K. EDELSTEIN, Eating disorders and pregnancy. An overview, u: *Women's Health in Primary Care*, 10 (2007.) 1, 32–44.

⁹⁶ Usp. Scott J. CROW I DR., Eating disorder symptoms in pregnancy. A prospective study, u: *International Journal of Eating Disorders*, 41 (2008.) 3, 277–279.

⁹⁷ Usp. Dilip RAMCHANDANI – Barbara WHEDON, The effect of pregnancy on bulimia, u: *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1988.) 6, 845–848.

u prisutnosti glukoze i proteina u krvi kod purgativnih tipova poremećaja), veća je incidencija urođenih malformacija, posebno neuroendokrinog razvoja (zbog endokrinih neravnoteža izazvanih stresom i neadekvatnom prehranom, posebno zbog konstantne visoke prisutnosti kortizola), preranog poroda, niske težine novorođenčeta i perinatalne smrtnosti. Tome dodatno doprinosi pušenje kojim znatan broj osoba s poremećajem hranjenja pokušava zadobiti osjećaj kontrole nad težinom.⁹⁸ Kod onih koje boluju od dijabetesa melitusa (kao posljedice poremećaja hranjenja), moguće su višestruke anomalije fetusa, posebno kardiovaskularne, poremećaji u središnjem živčanom, limbičnom i renalnom sustavu, s posljedicama na neurofiziološki i kognitivni razvoj u ranom djetinjstvu.⁹⁹

Osobe s poremećajem hranjenja podsvjesno ne žele trudnoću, budući da ona predstavlja dodatnu teškoću u ionako problematičnom odnosu s vlastitim tijelom.¹⁰⁰ Izvorno psihoanalitičko objašnjenje komorbiditeta poremećaja hranjenja i odbacivanja seksualnosti, odnosno trudnoće, posebno kod anoreksije nervoze, smješta problematiku u falusno doba psihoseksualnog razvoja i vidi u njemu odbijanje fantazija incestuoznog tipa. U prilog ovakvu objašnjenju govori prisutnost fantazije da bi se od hrane moglo zatrudnjeti. Visina stresa raste u postpartalnom razdoblju (u oko 90% slučajeva) – vrijeme prožeto visokom anksioznošću i depresijom (40–60% višom no u ostatka te populacije). Za sad još nema dovoljno reprezentativnih studija, no čini se da bi se ovakvo stanje moglo snažno odrediti tijek stvaranja privrženosti u prva tri mjeseca života djeteta.¹⁰¹

Trudnoća, napokon, može značajno utjecati na kvalitetu odnosa među supružnicima. Tako se pokazalo da je kod osoba koje su se oporavile od poremećaja i kontinuirano su praćene kroz psihoterapiju u trudnoći, odnos sa supružnikom može dobiti na kvaliteti, uvećati osjećaj samopoštovanja zbog iskustva majčinstva, toliko da su zbog djeteta spremne povećati tjelesnu teži-

⁹⁸ Usp. Nadia MICALI – Janet TREASURE, Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development: A review, u: *European Eating Disorders Review*, 17 (2009.) 6, 450; Sheila NAMIR – Kenneth N. MELMAN – Joel YAGER, Pregnancy in restrictor-type anorexia nervosa, 840ss.

⁹⁹ Usp. Nadia MICALI – Janet TREASURE, Biological effects of a maternal ED on pregnancy and foetal development, 451.

¹⁰⁰ Kod poremećaja purgativnog tipa značajno uvećavaju pojavu mučnine i povraćanje. Usp. Leila TORGERSEN I DR., Nausea and vomiting of pregnancy in women with bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified, u: *International Journal of Eating Disorders*, 41 (2008.) 8, 722–727.

¹⁰¹ Usp. Josepa CANALS – Carolina SANCHO – Maria Victoria ARIJA, Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents, u: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18 (2009.) 6, 353–359.

nu.¹⁰² One druge, tome nasuprot, pokazuju ozbiljne probleme u međuljudskim odnosima i visok osjećaj neuspjeha. Stres ih ovog životnog iskustva i razočaranje supružnikom, može potaknuti na rastavu braka.¹⁰³ U većini slučajeva, simptomi se poremećaja vraćaju kroz godinu dana nakon poroda, te tek maleni broj osoba od njih je izuzet.¹⁰⁴

4.4. Sposobnost brige za potomstvo i njegov odgoj

Prethodno je u više navrata spominjano nisko samopoštovanje i osjećaj neadekvatnosti kod osoba s poremećajem hranjenja. On će se odraziti i na stupanj zadovoljstva roditeljskom ulogom. Problematično se ophođenje s tijelom može posebno očitovati u vrijeme odrastanja djeteta. Nakon trudnoće, žena obično pokušava nanovo zadobiti kontrolu nad tjelesnom težinom i vratiti ju u stanje prije trudnoće. Iako su i majke s anoreksijom nervozom spremne nekad obogatiti svoj jelovnik dodatnim namirnicama, a sve u požrtvovnoj brizi oko vlastita djeteta, zadovoljenje djetetove potrebe za hranom može nailaziti na značajne teškoće.¹⁰⁵ Majke s poremećajem hranjenja uglavnom krivo interpretiraju potrebu za hranom, bilo da previše često ili nedovoljno hrane dijete, što može kompromitirati psihofizički rast i razvoj djeteta, a u vrijeme hranjenja sklone su pokazivanju negativnih osjećaja, kao što su nestrpljivost i hostilnost.¹⁰⁶ One općenito pokazuju visoku kontrolu nad nutricionističkim navikama djeteta, osobito kad je riječ o ženskom djetetu. Takve loše navike hranjenja mogu pridonijeti razvoju sličnog, odnosno opozitnog poremećaja u djeteta u doba ili neposredno pred adolescenciju.¹⁰⁷ Dijete naime stvara konfuziju emocionalnog događaja i osjećaja gladi, odnosno sitosti.

Što se tiče stvaranja hranidbenih navika, majka predstavlja glavni model imitacije, uz ostalo i zato što je prvi doživljaj i primarni izvor hrane. Iako u

¹⁰² Usp. Sheila NAMIR – Kenneth N. MELMAN – Joel YAGER, Pregnancy in restricter-type anorexia nervosa, 841.

¹⁰³ Usp. Nobuo KIRIIKE I DR., Single and married patients with eating disorders, 307.

¹⁰⁴ Usp. Ida RINGSBORG MADSEN – Kirsten HØRDER – René KLINKBY STØVING, Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review, u: *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30 (2009.) 2, 124s.

¹⁰⁵ Usp. Elisabeth R. HOFFMANN – Stephanie C. ZERWAS – Cynthia M. BULIK, Reproductive issues in anorexia nervosa, u: *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 6 (2011.) 4, 403–414.

¹⁰⁶ Usp. Sheila NAMIR – Kenneth N. MELMAN – Joel YAGER, Pregnancy in restricter-type anorexia nervosa, 842.

¹⁰⁷ Usp. Claire V. FARROW – Jacqueline BLISSETT, Do obsessive compulsive symptoms mediate the relationship between maternal eating psychopathology and restrictive feeding practices?, u: *International Journal of Eating Disorders*, 42 (2009.) 1, 76–80.

manjoj mjeri, i očeva uloga nije zanemariva. Pokazalo se da njegov perfekcionizam u ophođenju sa stvarnošću, uključujući i hranidbene navike, može značajno pridonijeti kasnijem razvoju poremećaja u ophođenju s hranom. On se pokazao korelatan posebno s restriktivnim tipom anoreksije nervoze i purgativnim tipom bulimije nervoze. Kombinacija pak roditeljskih karakteristika može uvećati rizik od razvoja poremećaja hranjenja: kad se majka divi i potiče mršavost, pokazuje visoka očekivanja i socijalno je nesigurna, te otac sklon perfekcionizmu i visokoj kontroli osjećaja, koji će povećati vulnerabilnost djeteta na društvena očekivanja i modele oponašanja.¹⁰⁸ Utjecaj je ovih čimbenika daleko veći na žensku negoli na mušku djecu, već iz same činjenice daleko rigidnijih klišeja u odnosu na ženu, odnosno njezino tijelo.

Osobe s poremećajem hranjenja zbog svog specifičnog odnosa s tijelom, kod anoreksičnih osoba protivljenje spolnom razvoju, jer je percipiran kao znak gubitka kontrole nad tijelom, a kod bulimičnih nezadovoljstvo spolnom ulogom, stvore teškoće u definiranju i odgoju spolnog identiteta kod djeteta. Ophođenje s vlastitom seksualnošću uvelike umanjuje mogućnost pravilne identifikacije s roditeljem istoga spola i time definiranja spolnog identiteta djeteta.¹⁰⁹ Iako će reći da su ponosne na činjenicu roditeljstva, ono u osoba s poremećajem hranjenja predstavlja prvenstveno rimeđij povrede narcizma.

Zaključak

Uvid u težinu poremećaja hranjenja dopušta zaključak da oni mogu značajno kompromitirati dobro funkcioniranje osobnosti, posebno u stresnim životnim okolnostima, a takvim se može doživjeti ulazak u bračnu zajednicu i podizanje obitelji. Za razliku od kojeg drugog oblika suživota, i posebno civilnog braka (koji je sporazum između dvoje ljudi), u Crkvi brak dobiva sakramentalni pečat, svet je i nerazrješiv čin između muškarca i žene pred Bogom, po uzoru na zajedništvo Boga i čovjeka. On je moguć samo između dvije zrele i zdrave osobe, te zbog toga iziskuje propitivanje stvarnih nakana, temeljitu pripremu i upućenost u svu ozbiljnost takva čina. Usprkos prethodnom, sakrament braka nije pošteđen zloporabe, odnosno može biti sveden na svoje popratne učinke psihološke i socijalne prirode, kao što je doživljaj numinoznoga u svetom prostoru, zadobivanje pažnje i osjećaj socijalne važnosti, povrijeđeni primarni narcizam,

¹⁰⁸ Usp. Josip GRGURIĆ, Poremećaj hranjenja u djece – sve veći problem današnjice, u: *Medix*, 10 (2004.) 52, 75–76.

¹⁰⁹ Usp. Alberto VANZI, *L'incapacità educativa dei coniugi verso la prole come incapacità ad assumere gli oneri essenziali del matrimonio (can. 1095, 3°)*, 43–46.

odnosno pokušaj rješavanja infantilnih problema kroz identifikaciju s djetetom i slično. Jednako tako, u sakramentalni se brak može ući s krivom namjerom, ma koliko ona bila plemenita, kao što je naprimjer osjećaj brige i odgovornosti za osobu koja je razvila poremećaj hranjenja. Po svojoj definiciji sakramentalni brak ne može biti nadomjestak za stručnu, terapeutsku pomoć, čin samilosti ili brige o osobi u potrebi, jer inače ne omogućuje istinski, paritetni susret dvoje ljudi, iz čijeg će se zajedništva rađati djeca kao plod njihove ljubavi.

Iz takve je perspektive razumljivo propitivanje sakramentalnosti konkretne bračne zajednice na njezinu valjanost: ona nije tek pitanje privatne odluke, nominalne slobode ili prava pojedinca, nego se prvenstveno odnosi na odgovornost osoba supružnika međusobno i njihove zajedničke odgovornosti spram potomstva. Sloboda u odgovornosti za brak moguća je zato samo u punoj svijesti i slobodi, fizičkoj, emotivnoj i kognitivnoj spremnosti. Značajan je zato pastoral tog sakramenta. Crkva nema pretenzije nad intimnošću (budućih) supružnika, ali ima pravo sačuvati dostojanstvo sakramenta ženidbe time što će buduće supružnike u svoj ozbiljnosti na njega pripravljati, ukazivati na eventualne teškoće, poticati uzajamni rast supružnika i provjeriti pred sam čin sklapanja braka ispravnost namjera istih. U tom je kontekstu za Crkvu svaki sakramentalni obred ženidbe *a priori* valjan, svet i nerazrješiv, i tek opravdana sumnja pred nadležnim crkvenim sudom mogla bi ga staviti u pitanje.

Budući da poremećaji hranjenja, među drugim duševnim poremećajima, prokazuju bolesno društveno stanje, osim znatiželje i lova na kuriozitate, društvo u cjelini valja prepoznati svoju odgovornost u pružanju stručne i moralne pomoći.

Summary

EATING DISORDERS AND ABILITY FOR THE SACRAMENT OF MARRIAGE

Ivan ŠTENGL

Catholic Faculty of Theology, University of Zagreb
Vlaška 38, p.p. 432, HR – 10 001 Zagreb
stengli@theo.kbf.hr

Keeping in mind the provisions of Canon 1095 No. 3 of the current Code of Canon Law, this article questions eating disorders (particularly anorexia and bulimia) as possible reasons for the invalidity of the sacrament of marriage due to their psychopathological atomicity. In that regard the article presents the phenomenology of eating disorders, comorbidity with other disorders and repercussions on the overall state of the person. In addition to a biological substrate, eating disorders indicate that the family and society are significant risk factors. Their weight facilitates valid indication for judgement, how eating disorders can substantially decrease a person's ability of equal relationship between spouses, leading to one's sexual identity and dealing with sexuality, aggravating the person's readiness and ability for parenthood and to care and bring up descendants. The article presents the repercussions on the ecclesial canonical practice as well as trying to raise awareness of this problem in pastoral care and preparation for the sacrament of marriage.

Key words: anorexia and bulimia nervosa, family and social factors, marriage, partnership, sexuality, parenthood, upbringing, Canon Law.