

Iskrivljena slika tijela kod osoba s poremećajem hranjenja

Body Image Disturbance in Patients with Eating Disorders

TIHANA JENDRIČKO, MARTA SKELIN DUMBOVIĆ

Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

SAŽETAK _____ Iskrivljena slika tijela ključna je značajka poremećaja hranjenja poput anoreksije nervoze (AN) i bulimije nervoze (BN), a očituje se u negativnoj i netočnoj percepciji vlastitoga tijela. Ovaj pregled istražuje psihološke i sociokulturološke mehanizme koji doprinose poremećajima slike tijela, uključujući internalizaciju nerealnih ideala ljepote, utjecaj medija te obiteljske i vršnjačke dinamike. Teorijski modeli, poput modela dvostrukog puta i modela tripartitnog utjecaja, objašnjavaju kako nezadovoljstvo tijelom nastaje kroz društvene usporedbe i internalizirane pritiske, što potom potiče neprilagođena prehrabena ponašanja. Psihodinamske teorije naglašavaju ulogu nesvjesnih konflikata, dok teorija objektivizacije ukazuje na društveno reduciranje pojedinaca na fizički izgled, što dodatno pogoršava nezadovoljstvo tijelom. Terapijske intervencije usmjerene su na smanjenje negativne slike tijela kroz poticanje samoprihvatanja i suočavanje s kognitivnim distorzijama. Empatija i relacijski pristupi ključni su u terapiji, uz naglasak na obnovi emocionalne regulacije i jačanju autentičnog selfa. Prikazano je kako integrativni pristup poboljšava ishode liječenja, smanjuje rizik od recidiva i potiče razvoj zdravijeg odnosa prema tijelu.

KLJUČNE RIJEČI: iskrivljena slika tijela, poremećaji hranjenja, sociokulturološki modeli, psihodinamska terapija, kognitivno-bihevioralna terapija

SUMMARY _____ Body image disturbance is a key component of eating disorders such as anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN), exhibited through a negative and untrue perception of one's own body. This study looks at the psychological and socio-cultural mechanisms influencing body image disorders, including the internalization of unrealistic beauty ideals, media influence, and family and peer dynamics. Theoretical models, such as the dual pathway model and the tripartite influence model, elucidate how body dissatisfaction stems from social comparisons and internalized pressures, thereby fostering improper eating behaviors. Psychodynamic theories underline the role of unconscious conflicts, while the objectification theory points to the social targeting of individuals to their physical appearance, which intensifies body dissatisfaction. Therapeutic interventions are pointed at reducing negative body image by nurturing self-acceptance and dealing with cognitive distortions. Empathy and relational approaches are vital for therapy, with a highlight on restoring emotional regulation and fortifying the authentic self. It has been shown that an integrative approach enhances treatment outcomes, decreases the risk of relapse and endorses the development of a healthier relationship with one's body.

KEY WORDS: distorted body image, eating disorders, socio-cultural models, psychodynamic therapy, cognitive-behavioral therapy



Uvod

Anoreksija nervoza (AN), zajedno s drugim poremećajima hranjenja, proučava se već desetljećima. Za razliku od mnogih „kulturološki specifičnih sindroma“, AN je inicijalno povezana sa Sjevernom Amerikom i Europom. Kasnije su prepoznate i druge dijagnoze poput bulimije nervoze (BN), poremećaja prejedanja (BED) i atipičnih poremećaja prehrane (EDNOS/OSFED). Neki autori smatraju da ovaj razvoj dijagnoza odražava „kulturološki utjecaj na prezentaciju i patogenezu bolesti“ (1).

Jedan od ključnih faktora u razvoju poremećaja hranjenja je iskrivljena slika o tijelu, koja se odnosi na negativnu i izobličenu percepciju vlastitog tijela. Osobe s poremećajem hranjenja često preuveličavaju zabrinutost zbog težine i oblika tijela, čak i kada je objektivno mršavije ili zdravije od prosjeka. Ova iskrivljena slika snažno doprinosi nastanku i održavanju poremećaja hranjenja jer stvara emocionalni stres i po-

tiče nezdrave prehrabene navike. U posljednje vrijeme sve se više primjećuje ovaj negativan trend i povezanost sa suvremenim medijima tako da i Rodgers i Laveway u tekstu iz 2023. pokazuju da internalizacija negativnih tjelesnih slika, posebno pod utjecajem medijskih i društvenih normi, predstavlja ključni prediktor za razvoj poremećaja hranjenja (2). Društvene norme, varirajući prema klasnoj, etničkoj i spolnoj pripadnosti, također oblikuju doživljaj slike o tijelu. S vremenom su se mijenjali ideali tjelesne atraktivnosti, osobito u kontekstu oblina (3). Istraživanja poput onog na Fidžiju pokazuju kako uvođenje televizije može uzrokovati promjene u prehrabnim navikama i povećati pritisak za postizanjem mršavog izgleda (4). Sličan fenomen primijećen je i u Butanu, gdje je izloženost televiziji povećala pritisak na mršavljenje (5). Naravno, ovakvi trendovi nisu zaobišli Europu ili Ameriku. Zapadne kulture, koje idealiziraju mršavost, pokazuju višu razinu nezadovoljstva tijelom u su-

poredbi s nezapadnim kontekstima, gdje su tjelesni ideali raznolikiji. Nadalje, korištenje društvenih mreža je najraširenije te rezultati istraživanja pokazuju da društvene mreže pogoršavaju zabrinutost za tjelesni izgled i potiču poremećaje hranjenja putem usporedbe s drugima, internalizacije ideala mršavosti i samoobjektivizacije (6). Rizični čimbenici uključuju platforme fokusirane na izgled i sadržaje vezane uz poremećaje hranjenja, dok su zaštitni faktori, poput pismenosti o društvenim mrežama, ključni (7). Sve ove promjene ukazuju na važnost kulturološkoga konteksta u razumijevanju razvoja poremećaja hranjenja.

Modeli patogeneze poremećaja hranjenja

Stice opisuje dva teorijska modela koja povezuju sociokulturološke ideale tjelesne težine s razvojem poremećaja hranjenja, putem nezadovoljstva tijelom (8). Prvi model, poznat kao „model dvostrukog puta“, kombinira tri etiološke teorije koje objašnjavaju pojavu poremećaja hranjenja bulimijskog spektra: sociokulturološki model, model ograničenja prehrane i model regulacije afekta. Prema ovom modelu, internalizacija nerealnoga idealnog izgleda potiče nezadovoljstvo tijelom, što povećava rizik od simptoma bulimije putem mehanizama ograničenja prehrane i negativnog afekta. Ovi mehanizmi, kao što je prejedanje, mogu ublažiti emocionalnu nelagodu koja nastaje zbog ograničenja u prehrani (slika 1.) (8, 9).

Drugi model, „model tripartitnog utjecaja“, sugerira da tri primarna izvora – roditelji, vršnjaci i mediji – zajednički oblikuju sliku o tijelu i pridonose razvoju poremećaja hranjenja. Model također naglašava ulogu usporedbe izgleda i internalizacije medijskih informacija kao posredničkih čimbenika u ovom procesu (slika 2.) (10). Ranije spomenu-

SLIKA 1. Model dvostrukog puta



Prilagođeno prema ref. 9.

ta istraživanja, poput onog Dana iz 2023., pokazuju da povećana izloženost globalnim medijima i komunikacijskim tehnologijama doprinosi porastu prevalencije poremećaja hranjenja (7).

Osim toga, autori kao što su Thompson i suradnici (11) te Rodgers i suradnici (12) ističu tri ključna modela: sociokulturalni model, biopsihosocijalni model i teoriju objektivizacije. Sociokulturalni model naglašava tri izvora pritiska – medije, obitelj i vršnjake – koji oblikuju sliku o tijelu i mogu dovesti do internalizacije nerealnih idealnih slika izgleda, čime se povećava nezadovoljstvo vlastitim tijelom (11). Biopsihosocijalni model proširuje ovaj pristup uključujući biološke i psihološke čimbenike, poput genetskih predispozicija, niskog samopoštovanja i perfekcionizma, koji također povećavaju rizik od nezadovoljstva tijelom (12).

Teorija objektivizacije, s druge strane, temelji se na ideji da se žensko (i sve više muško) tijelo u zapadnim društvima procjenjuje prema vanjskom izgledu, što dovodi do internalizacije perspektive promatrača. Ovaj proces može uzrokovati osjećaj srama i nezadovoljstva tijelom zbog nemogućnosti dostizanja društvenih idealnih slika (13, 14). Istraživanja također pokazuju da *online* samopredstavljanje može povećati samoobjektivizaciju kod mladih žena (15).

Manifestacija poremećaja hranjenja

Poremećaji hranjenja mogu se manifestirati na različite načine, a razlike u njihovoj slici često ovise o specifičnostima u pristupu hrani i slici tijela. Osim dosad nabrojanih, sada i u javnosti poznatijih poremećaja hranjenja, pojavljuju se i nove kliničke slike. Primjerice, u istraživanju provedenom u Hong Kongu „anoreksija bez straha od debljanja“ (NFP-AN) opisuje osobe s anoreksijom koje nemaju strah od dobivanja na težini, što je suprotno uobičajenu strahu prisutnom kod većine oboljelih (16). Povezano, istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji otkrilo je visoku prevalenciju atipične anoreksije, gdje pacijenti nisu imali želju za mršavošću, iako su imali sve ostale karakteristike anoreksije. Ova skupina imala je lošiju prognozu i veću potrebu za medicinskim savjetima i alternativnim terapijama (17). U kontekstu različitih kultura i etničkih skupina, poremećaji hranjenja često se iskazuju kroz različite stavove prema hrani i slici tijela. Iako se većina istraživanja fokusira na žene u fertilnoj dobi, sve se više istražuju i starije žene (18).

Psihodinamska teorija sugerira da u razvoju i održavanju anoreksije ključnu ulogu igraju teme poput seksualnosti, obiteljskih uloga i trauma, posebno vezanih uz seksualne napade (19, 20). Također se opisuje transgeneracijski sukob u obiteljima koje stvaraju pritisak na djecu da budu savršena, što može dovesti do psihičke ranjivosti i razvoja poremećaja hranjenja (21). Psihoanalitički pristup razumijevanju slike tijela naglašava važnost nesvjesnih procesa, razvoja *selfa* i odnosa s tijelom. Prema Winnicottovom konceptu

„lažnog *selfa*“, pojedinci s poremećajima hranjenja često prilagođavaju svoje ponašanje kako bi ispunili očekivanja drugih, pri čemu zanemaruju vlastite autentične potrebe. Ovo prilagođavanje povezano je s narušenom interoceptivnom svjesnošću, odnosno poteškoćom u razlikovanju tjelesnih osjeta, gladi i emocija, što dodatno iskrivljuje percepciju tijela. Tijelo pritom postaje „objekt“ na kojem se projiciraju unutarnji konflikti, poput osjećaja nemoći ili nesigurnosti, što vodi prema još većem udaljavanju od autentičnog osjećaja tjelesnosti (22, 23).

Važnost uloge obitelji vidi se kod pacijenata kod kojih je prisutna nesigurna privrženost (engl. *insecure attachment*), koja nastaje kao posljedica nepouzdatih odnosa s primarnim skrbnicima u djetinjstvu, te također igra ključnu ulogu u razvoju poremećaja hranjenja. Djeca koja odrastaju s nesigurnom privrženosti često imaju poteškoće u regulaciji emocija i razvijanju unutarnjeg osjećaja sigurnosti. Ovo može rezultirati narušenim odnosom prema tijelu i osjećajem nesigurnosti koji se često projicira na tjelesni izgled. U odrasloj dobi nesigurna privrženost može doprinijeti oslanjanju na prehrambene simptome kao način suočavanja s tjeskobom ili izazovima u odnosima (22, 23).

Jedan od ključnih pojmova u razumijevanju anoreksije je *obrambeni sustav 'bez ulaska'*, koji je opisala Gianna Williams (24). Ovaj sustav odnosi se na ponašanja anoreksičnih osoba koje odbijaju „upiti“ bilo što, bilo kroz hranu ili emocije. Smatra se da djeca koja razvijaju poremećaje hranjenja često nisu imala jasne emocionalne granice, a osjećaje su projicirali njihovi roditelji, naročito majke (24). Kada ove funkcije majke ne uspijevaju, dijete ostaje preplavljeno

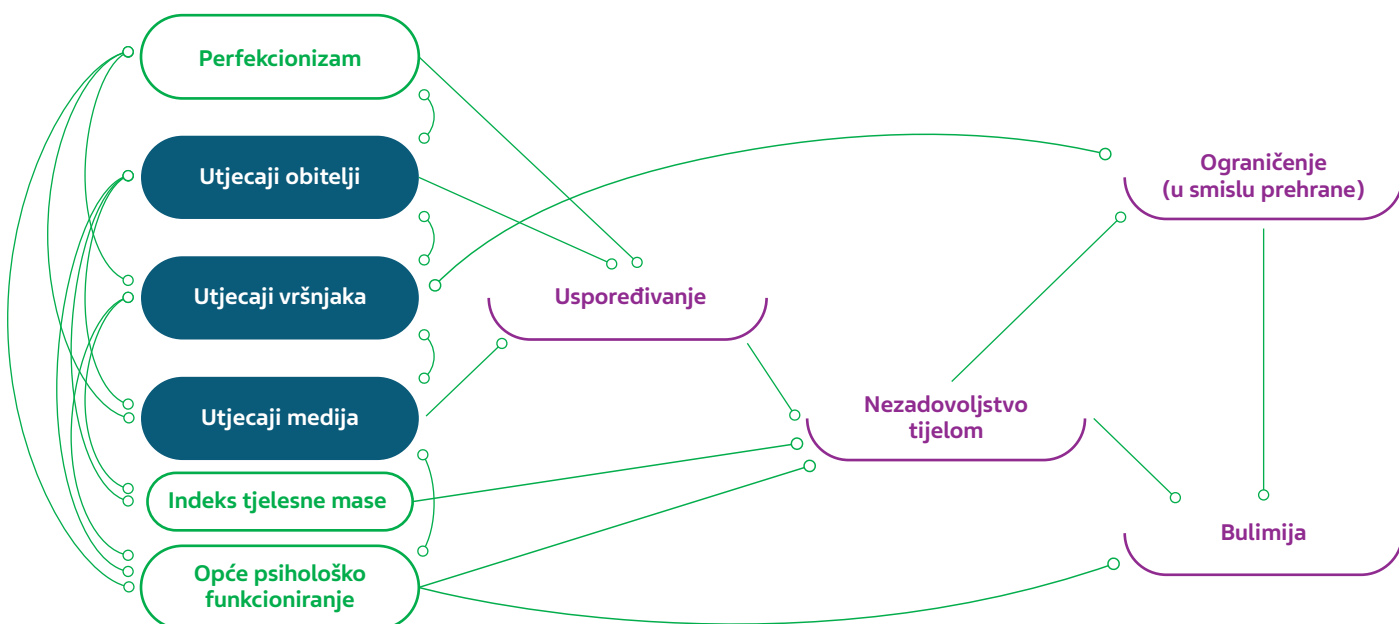
neprorađenim emocijama, a odbijanje hrane postaje način obrane od tih osjećaja. Ovaj pojam također objašnjava anksioznost i potrebu za kontrolom koje anoreksični pacijenti osjećaju, kao i reakcije na kontratransferne frustracije terapeuta u njihovoj prisutnosti (25). Potisnuti bijes često igra ključnu ulogu u poremećajima hranjenja. Kod osoba s anoreksijom nervozom bijes predstavlja nesvjesnu reakciju na osjećaje nemoći, zbuđenosti i neadekvatnosti unutar njihova unutarnjeg svijeta. Istovremeno, bijes odražava osjećaj zanemarivanja ili sputanosti u odnosima s drugima. Kod bulimičnih simptoma epizode prejedanja često su povezane s impulzivnim izražavanjem bijesa i unutarnjim konfliktima između impulsa i kontrole. Obrada bijesa kroz terapiju pomaže u jačanju autentičnog *selfa* i razvoju zdravijih načina emocionalne regulacije (22, 23).

Slika tijela („Body Image“)

Slika tijela predstavlja kompleksan konstrukt koji uključuje unutarnji dojam osobe o vlastitu tijelu (11). Ovaj konstrukt obuhvaća percepcije, misli, osjećaje i stavove vezane uz fizičke aspekte tijela, poput težine, oblika, vitkosti, mišićavosti, seksualne privlačnosti, tjelesnih funkcija i starenja (26). Ključni elementi slike tijela su samopoimanje, misli, osjećaji i stavovi vezani uz izgled jer upravo oni najčešće uzrokuju negativne psihološke posljedice. Slika tijela može se prikazati kao kontinuum, od pozitivnih osjećaja prihvatanja do negativnih osjećaja odbojnosti i neprihvatanja.

Nezadovoljstvo tijelom može se javiti kod žena i muškaraca i svih dobnih skupina, ali su uzroci različiti. Žene i djevojke obično su nezadovoljne težinom i oblikom tijela, dok muš-

SLIKA 2 . Model tripartitnog utjecaja



Prilagođeno prema ref. 10.

karci i dječaci brinu o tome jesu li dovoljno vitki ili mišićavi. Najveće nezadovoljstvo tijelom javlja se u adolescenciji, a posebno je izraženo među ženama i djevojkama (27, 28). Ovakvo nezadovoljstvo često dovodi do smanjenja kvalitete života, stresa, nižeg samopoštovanja, depresivnih simptoma, pa čak i do poremećaja prehrane (29, 30). Također, negativan dojam o tijelu može rezultirati prekomjernim mršavljenjem ili prekomjernim razvojem mišića (30) te povećati rizik od pretilosti (31). Negativna slika tijela, posebice usmjerena na težinu i oblik, identificira se kao ključni faktor rizika za razvoj bulimije (BN) i, u manjoj mjeri, anoreksije (AN) (32).

Nezadovoljstvo tijelom predstavlja ne samo čimbenik rizika za poremećaje prehrane već je i jedan od dijagnostičkih kriterija za AN i BN. Međutim, neki poremećaji prehrane, poput poremećaja izbjegavanja hrane ili prejedanja, ne uključuju nezadovoljstvo tijelom kao dijagnostički kriterij (33). Osim toga, idealizacija vitkog tijela često je precijenjena, što nije ograničeno samo na žene i djevojke, nego i na muškarce i dječake. Takvo precjenjivanje može dovesti do nepoželjnih ponašanja poput pretjeranog konzumiranja proteina, prekomjernog treninga i ekstremnih dijeta (34).

Ako se vratimo na patogenetske modele razvoja poremećaja hranjenja, ideja iskrivljene slike o tijelu (*body image*) snažno je uključena u sve ove modele jer je negativna i izobličena percepcija vlastitog tijela ključni faktor u razvoju poremećaja hranjenja. U *modelu dvostrukog puta* (8) iskrivljena slika o tijelu nastaje kroz internalizaciju nerealnih idealnih slika mršavosti koje potiču nezadovoljstvo tijelom. Osobe koje usvoje ove ideje često razvijaju iskrivljenu percepciju vlastitog izgleda, što povećava rizik od poremećaja hranjenja. Ovaj model sugerira da ljudi s poremećajem hranjenja vide svoje tijelo kao veće nego što jest, što ih vodi k ekstremnim ponašanjima poput prejedanja i restrikcije hrane.

U *modelu tripartitnog utjecaja* (10) iskrivljena slika o tijelu također se razvija pod utjecajem medija, obitelji i vršnjaka, koji perpetuiraju nerealne ideale izgleda. Usporedba vlastitog izgleda s idealiziranim slikama drugih osoba dovodi do nezadovoljstva tijelom, što može povećati unutarnji pritisak za postizanjem tih nedostižnih standarda.

U *biopsihosocijalnom modelu* (12) iskrivljena slika o tijelu je povezana s biološkim i psihološkim čimbenicima. Primjerice, genetske predispozicije i društveni pritisak mogu učiniti osobu previše kritičnom prema vlastitu tijelu, što izaziva negativnu samoprocjenu i povećava nezadovoljstvo. Također, negativni afekt i nisko samopoštovanje mogu dovesti do iskrivljenog doživljaja tijela, što povećava rizik od razvoja poremećaja hranjenja.

Konačno, *teorija objektivizacije* (13, 14) posebno se bavi iskrivljenom slikom o tijelu jer se u zapadnim društvima žensko (i sve više muško) tijelo procjenjuje prema vanjskom izgledu. Ova objektivizacija potiče osobe da gledaju

svoje tijelo iz perspektive drugih, što može uzrokovati osjećaj srama i nezadovoljstva tijelom, te dovesti do unutarnjih konflikata i prekomjernih pokušaja postizanja neostvarivih tjelesnih idealnih slika.

Sve ove teorije ukazuju na to da iskrivljena slika o tijelu nije samo rezultat individualnih osjećaja već je duboko povezana s društvenim normama, medijskim utjecajem i osobnim psihološkim čimbenicima koji povećavaju rizik od poremećaja hranjenja.

Body Image u kontekstu liječenja poremećaja prehrane

Sve je veća svijest o važnosti liječenja slike tijela u kontekstu poremećaja prehrane. Istraživanje Pennesija i Wadea (35) pokazuje da su negativne slike tijela (primjerice, briga o težini i obliku) zajednički čimbenik rizika, a njihovo rješavanje može biti ključna terapijska komponenta u liječenju poremećaja prehrane. Nezadovoljstvo tijelom također ima značajnu ulogu u održavanju poremećaja prehrane (36). U jednoj velikoj studiji utvrđeno je da su veći problemi sa slikom tijela na početku liječenja povezani s većim stresom tijekom terapije, što kasnije predviđa depresivne simptome i niži BMI nakon godine dana liječenja (36).

Intervencije koje se bave slikom tijela mogu biti usmjerene na prevenciju, ranu intervenciju ili liječenje kliničkog nezadovoljstva tijelom, ovisno o stadiju simptoma. Prevencija se često provodi u grupama, posebno u školama i sveučilištima, a cilja na populacije izložene većem riziku od nezadovoljstva tijelom, kao što su adolescenti i mladi ljudi. Učinkovite strategije uključuju smanjenje internalizacije ideala izgleda i rad na smanjenju negativnih emocionalnih posljedica usporedbe izgleda (37).

Rane intervencije i liječenje nezadovoljstva tijelom temelje se na uklanjanju čimbenika koji doprinose negativnoj slici tijela (38). Terapijski pristupi često uključuju postupno izlaganje (39), kognitivno restrukturiranje i bihevioralne eksperimente kako bi se smanjio negativni emocionalni odgovor na vlastiti izgled (40). S obzirom na to da omalovažavanje tijela može značajno utjecati na liječenje, važan je i rad na smanjenju toga negativnog doživljaja tijela (41).

Uz to, rad na pozitivnome tjelesnom iskustvu kroz brigu o sebi i pokretima, uz kognitivno restrukturiranje, može pomoći u uspostavi zdravijeg odnosa prema tijelu, koji je manje fokusiran na izgled i samokritičnost (40).

Istraživanja su desetljećima nastojala definirati pozitivnu sliku tijela kao krajnost kontinuuma slike tijela, gdje se pozitivna slika postavlja kao suprotnost negativnoj slici tijela (42). Međutim, u posljednja dva desetljeća istraživanja su pokazala da pozitivna slika tijela predstavlja složeniji konstrukt, koji je holistički, prilagodljiv i različit od negativne slike tijela. Ključni element pozitivne slike tijela je uvažavanje vlastitog tijela, što uključuje prihvaćanje, održavanje

pozitivnog odnosa prema tijelu, odbacivanje društvenih standarda ljepote i vrednovanje funkcionalnosti i zdravlja tijela (42).

Kvalitativne studije na adolescenticama pokazuju da unatoč određenim brigama o izgledu i društvenim usporedbama adolescentice s pozitivnom slikom tijela izražavaju samopouzdanje uz uvažavanje tjelesnih razlika, povezivanje tijela i identiteta te razvijaju strategije za ublažavanje negativnog utjecaja društvenih medija na svoju sliku o tijelu (43, 44). Longitudinalne studije također pokazuju da uvažavanje tijela predviđa smanjenje uporabe dijeta, konzumiranja alkohola i cigareta te povećanje tjelesne aktivnosti tijekom godine dana (45). Prihvatanje tijela povezano je s manjim brojem poremećaja hranjenja kod adolescenata (46). Primjerice, kada se kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) rabi u liječenju anoreksije i bulimije, fokusira se na prepoznavanje i izazivanje iskrivljenih misli o tijelu te na promjenu negativnih uvjerenja koja osoba ima o svom izgledu, što je direktna primjena modela dvostrukog puta. Terapija se usmjerava na smanjenje unutarnjih konflikata oko hrane i tjelesnog izgleda, čime se smanjuje rizik od prejedanja i restrikcije hrane. Također, model tripartitnog utjecaja može biti primijenjen u terapiji kroz rad na jačanju samopouzdanja i smanjenju utjecaja vanjskih čimbenika, kao što su mediji i društvene norme, koji pridonose negativnoj slici tijela.

U biopsihosocijalnom modelu terapijski pristupi uzimaju u obzir sve složene čimbenike – od genetike i bioloških predispozicija do socijalnih i kulturnih faktora – što omogućava cjeloviti pristup liječenju. Kroz terapije kao što su interpersonalan pristup ili obiteljska terapija, pacijentima se pomaže razumjeti i adresirati dublje emocionalne probleme povezane s obiteljskim i socijalnim odnosima koji mogu igrati ključnu ulogu u razvoju poremećaja hranjenja.

Teorija objektivizacije nudi korisne smjernice za terapijske pristupe koji se bave smanjenjem negativnih posljedica društvenih i medijskih pritisaka na tijelo. Terapije koje uključuju rad na povećanju samopoštovanja i razvijanju pozitivne slike o tijelu mogu pomoći pacijentima da se oslobode vanjskih procjena i razviju zdraviji odnos prema svom tijelu. Kroz proces samoprihvatanja i afirmacije tjelesnih funkcija, osobe se potiču da se fokusiraju na vlastito zdravlje, a ne na vanjske ideale ljepote.

Psihodinamska terapija anoreksije nervoze (AN) zahtijeva poseban pristup u kojem terapeut igra ključnu ulogu u pomaganju pacijentima da se suoče s dubokim osjećajem neadekvatnosti i potisnutim emocijama. Terapeut ne interpretira samo simbolička značenja simptoma, već potiče pacijente da istraže vlastiti „pravi *self*“ i prepoznaju svoje emocionalne i tjelesne senzacije. Ključno je da se terapijski rad ne fokusira isključivo na vanjske simptome ili odrednice bolesti, poput težine ili prehrambenih ponašanja, jer ti simptomi često služe kao način suočavanja s dubljim emocional-

nim konfliktima. Umjesto toga, terapeut usmjerava pažnju na emocionalnu i psihološku dinamiku pomažući pacijentu da se nosi s nesigurnostima i unutarnjim konfliktima koji stoje iza tih ponašanja.

Proces ohrabriranja, temeljen na povjerenju i empatiji, središnji je za terapijski odnos jer omogućava pacijentima da se osjećaju prihvaćenima i shvaćenima, što im pomaže u prevladavanju nesigurnosti i pasivnosti. Kroz rad na transferu i kontratransferu terapeut pomaže pacijentima da reorganiziraju emocionalne doživljaje i razviju zdraviji odnos prema sebi. Kroz empatijsko razumijevanje i prilagodbu ritmu pacijenta terapeut omogućuje stvaranje sigurnog prostora u kojem pacijent može izraziti svoje emocije bez straha od osude. Proces se temelji na neverbalnoj komunikaciji i utjelovljenoj simulaciji gdje se terapeuti i pacijenti međusobno prilagođavaju emocijama i ponašanjima, što doprinosi razvoju stabilnijeg *selfa*. Osobito je važno kod kroničnih pacijenata prepoznati otpornost na promjenu i pružiti im nadu ostajući strpljiv i fokusiran na male korake napretka. Stoga terapija zahtijeva od terapeuta da bude više od stručnjaka; ključne su njegove osobine kao što su empatija, strpljenje, skromnost i sposobnost pronalaženja zadovoljstva u malim napretcima, čime se postavlja temelj za dugoročnu promjenu i ozdravljenje pacijenta (47).

Zaključak

Teorijski modeli koji objašnjavaju razvoj poremećaja hranjenja, podcrtavaju ključnu ulogu negativne i iskrivljene slike tijela u nastanku i održavanju poremećaja hranjenja, ali i ukazuju na to da sociokulturološki pritisci, medijski utjecaj, obiteljski faktori i biološke predispozicije zajedno oblikuju način na koji osobe doživljavaju vlastiti izgled, čime se povećava rizik za razvoj poremećaja hranjenja. U tom kontekstu, razumijevanje ovih teorija ima izravan utjecaj na pristupe liječenju. Povezujući ove teorijske modele s praktičnim pristupima u terapiji, jasno je da liječenje poremećaja hranjenja ne uključuje samo fizičke aspekte, poput povratka zdravih prehrambenih navika, već duboko utječe na emocionalne, psihološke i društvene dimenzije samog pacijenta. Kroz integrirani pristup koji povezuje teoriju i praksu, terapeuti mogu pružiti sveobuhvatan i individualizirani plan liječenja, koji povećava šanse za dugoročan oporavak i prevenciju ponovnih epizoda poremećaja hranjenja.

LITERATURA

1. Becker KR, Fischer S, Crosby RD, Engel SG, Wonderlich SA. Dimensional analysis of emotion trajectories before and after disordered eating behaviors in a sample of women with bulimia nervosa. *Psychiatry Res.* 2018 Oct;268:490-500. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.008.
2. Rodgers R, Laveway K. Social Media Use, Body Image, and Eating Disorders. U: House A, Brennan C, eds. *Social Media and Mental Health.* Cambridge University Press; 2023:90-97.
3. Silverstein B, Perdue L, Peterson B, Eileen Kelly E.. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness in women. *Sex Roles.* 1986;14:519-532. doi: 10.1007/BF00287452.
4. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE, Herzog DB, Hamburg P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry.* 2002 Jun;180:509-14. doi: 10.1192/bjp.180.6.509.
5. Khaul S. Body image, gender, and the media: probing the experience of college students in Bhutan. *Sherub Doenme.* 2016;12:5-9.
6. Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body Perceptions and Psychological Well-Being: A Review of the Impact of Social Media and Physical Measurements on Self-Esteem and Mental Health with a Focus on Body Image Satisfaction and Its Relationship with Cultural and Gender Factors. *Healthcare (Basel).* 2024 Jul 12;12(14):1396. doi: 10.3390/healthcare12141396.
7. Dane A, Bhatia K. The social media diet: A scoping review to investigate the association between social media, body image and eating disorders amongst young people. *PLOS Glob Public Health.* 2023 Mar 22;3(3):e0001091. doi: 10.1371/journal.pgph.0001091.
8. Stice E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnorm Psychol.* 2001 Feb;110(1):124-35. doi: 10.1037//0021-843x.110.1.124.
9. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JF, van der Staak CP. The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite.* 2009 Feb;52(1):234-7. doi: 10.1016/j.appet.2008.07.010.
10. van den Berg P, Thompson JK, Obremski-Brandon K, Coovert M. The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res.* 2002 Nov;53(5):1007-20. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00499-3.
11. Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance.* Washington, DC: American Psychological Association; 1999. doi: 10.1037/10312-000.
12. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA. A biopsychosocial model of body image concerns and disordered eating in early adolescent girls. *J Youth Adolesc.* 2014 May;43(5):814-23. doi: 10.1007/s10964-013-0013-7.
13. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol Women Q.* 1997;21:173-206. doi: 10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x.
14. Tiggemann M. Objectification theory: of relevance for eating disorder researchers and clinicians?. *Clin Psychol.* 2013;17:35-45. doi: 10.1111/cp.12010.
15. de Vries DA, Peter J. Women on display: the effect of portraying the self online on women's self-objectification. *Comput Hum Behav.* 2013;29:1483-1489. doi: 10.1016/j.chb.2013.01.015.
16. Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med.* 1993 Nov;23(4):999-1017. doi: 10.1017/s0033291700026465.
17. Emmanuel AV, Stern J, Treasure J, Forbes A, Kamm MA. Anorexia nervosa in gastrointestinal practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2004 Nov;16(11):1135-42. doi: 10.1097/00042737-200411000-00009.
18. Podfigurna-Stopa A, Czyżyk A, Katulski K, Smolarczyk R, Grymowicz M, Maciejewska-Jeske M i sur. Eating disorders in older women. *Maturitas.* 2015 Oct;82(2):146-52. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.06.036.
19. Lawrence M. Loving them to death: the anorexic and her objects. *Int J Psychoanal.* 2001 Feb;82(Pt 1):43-55. doi: 10.1516/0020757011600623.
20. Lawrence M. *The anorexic mind.* London (UK): Karnac Books; 2008.
21. Minuchin S. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge (MA): Harvard University Press; 1978.
22. Skårderud F. Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa--an interview study. *Eur Eat Disord Rev.* 2007 May;15(3):163-74. doi: 10.1002/erv.777.
23. Marzola E, Panepinto C, Delsedime N, Amianto F, Fassino S, Abbate-Daga G. A factor analysis of the meanings of anorexia nervosa: intrapsychic, relational, and avoidant dimensions and their clinical correlates. *BMC Psychiatry.* 2016 Jun 7;16:190. doi: 10.1186/s12888-016-0894-6.
24. Williams G. *Internal landscapes and foreign bodies.* London (UK): Duckworth; 1997.
25. Stern JM. Transcultural aspects of eating disorders and body image disturbance[†]. *Nord J Psychiatry.* 2018 Sep;72(sup1):S23-S26. doi: 10.1080/08039488.2018.1525642. Erratum in: *Nord J Psychiatry.* 2022 Nov;76(8):634. doi: 10.1080/08039488.2021.1931745.
26. Grogan S. *Body image: understanding body dissatisfaction in men, women and children.* 3. izd. Abingdon (United Kingdom): Routledge; 2017.
27. Rohde P, Stice E, Marti CN. Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *Int J Eat Disord.* 2015 Mar;48(2):187-98. doi: 10.1002/eat.22270.
28. Griffiths S, Hay P, Mitchison D, Mond JM, McLean SA, Rodgers B i sur. Sex differences in the relationships between body dissatisfaction

- tion, quality of life and psychological distress. *Aust N Z J Public Health*. 2016 Dec;40(6):518-522. doi: 10.1111/1753-6405.12538.
29. Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006 Dec;35(4):539-49. doi: 10.1207/s15374424jccp3504_5.
 30. Neumark-Sztainer D, Paxton SJ, Hannan PJ, Haines J, Story M. Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *J Adolesc Health*. 2006 Aug;39(2):244-51. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.12.001.
 31. Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman SL, Field AE, Austin SB. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010 Apr;164(4):336-43. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.19.
 32. Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol*. 2017 Jan;126(1):38-51. doi: 10.1037/abn0000219.
 33. Thomas JJ, Hartmann AS, Killgore WD. Non-fat-phobic eating disorders: why we need to investigate implicit associations and neural correlates. *Int J Eat Disord*. 2013 Jul;46(5):416-9. doi: 10.1002/eat.22098.
 34. Lavender JM, Brown TA, Murray SB. Men, Muscles, and Eating Disorders: an Overview of Traditional and Muscularity-Oriented Disordered Eating. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Jun;19(6):32. doi: 10.1007/s11920-017-0787-5.
 35. Pennesi JL, Wade TD. A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clin Psychol Rev*. 2016 Feb;43:175-92. doi: 10.1016/j.cpr.2015.12.004.
 36. Junne F, Wild B, Resmark G, Giel KE, Teufel M, Martus P i sur. The importance of body image disturbances for the outcome of outpatient psychotherapy in patients with anorexia nervosa: Results of the ANTOP-study. *Eur Eat Disord Rev*. 2019 Jan;27(1):49-58. doi: 10.1002/erv.2623.
 37. Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson KM i sur. Prevention Across the Spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychol Med*. 2015 Jul;45(9):1811-23. doi: 10.1017/S003329171400289X.
 38. McLean SA, Paxton SJ. Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019 Mar;42(1):145-156. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.006. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30704635.
 39. Trentowska M, Svaldi J, Tuschen-Caffier B. Efficacy of body exposure as treatment component for patients with eating disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014 Mar;45(1):178-85. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.09.010.
 40. Paxton SJ, McLean SA. Treatment for body-image disturbances. U: Grilo CM, Mitchell JE (ur.). *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*. New York: Guilford Press; 2010. str. 471-86).
 41. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford; 2008.
 42. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*. 2015 Jan;12:53-67. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.09.006.
 43. Burnette CB, Kwitowski MA, Mazzeo SE. „I don't need people to tell me I'm pretty on social media:“ A qualitative study of social media and body image in early adolescent girls. *Body Image*. 2017 Dec;23:114-125. doi: 10.1016/j.bodyim.2017.09.001.
 44. Piran N. Embodied possibilities and disruptions: The emergence of the Experience of Embodiment construct from qualitative studies with girls and women. *Body Image*. 2016 Sep;18:43-60. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.04.007.
 45. Andrew R, Tiggemann M, Clark L. Predictors and health-related outcomes of positive body image in adolescent girls: A prospective study. *Dev Psychol*. 2016 Mar;52(3):463-474. doi: 10.1037/dev0000095.
 46. Baceviciene M, Jankauskiene R. Associations between Body Appreciation and Disordered Eating in a Large Sample of Adolescents. *Nutrients*. 2020 Mar 12;12(3):752. doi: 10.3390/nu12030752.
 47. Fassino S, Amianto F. *Psychoanalysis and Treatment of Body Image Disturbances*. U *Eating and Weight Disorders: A Guide to Assessment, Treatment, and Prevention*. 2018:281-296. doi: 10.1007/978-3-319-90817-5_21.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

izv. prof. prim. dr. sc. Tihana Jendričko
 Klinika za psihijatriju Vrapče
 Bolnička cesta 32, 10 000 Zagreb
 tjendricko@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

11. prosinca 2024./December 11, 2024

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

24. siječnja 2025./January 24, 2025

