

## UVOD

Poremećaji uzimanja hrane poput anoreksije i bulimije pogađaju oko 3% adolescentske populacije, dok se držanje dijete i opsesije vezane uz hranu javljaju u svim dobnim skupinama (prema Pinel, 2002). Iako je riječ o relativno rijetkim poremećajima, njihova učestalost je u zabrinjavajućem porastu, što je jedan od značajnih razloga sve većeg interesa stručnjaka i šire javnosti o načinima manifestiranja, osnovnim odrednicama, te mogućoj prevenciji i liječenju poremećaja u prehrani. Općenito, poremećaje hranjenja karakterizira pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane (Hsu, 1990, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Najpoznatiji poremećaji hranjenja današnjice (uz problem gojaznosti) su anoreksija i bulimija koje su se 1980. godine prvi puta pojavile u DSM – III kao podvrsta poremećaja djetinjstva i adolescencije (prema Davison i Neale, 1999). Nezdrave navike ishrane i poremećaji hranjenja kao što su restriktivne dijete, prejedanje i korištenje štetnih načina kontrole težine (npr. povraćanja), predstavljaju veliki zdravstveni problem ženske adolescentne populacije. Obično se javljaju u razdoblju između 14. i 20. godine života. Iako ne postoji suglasnost istraživača o relativnom značenju uloge bioloških faktora, ličnosti, obiteljskih varijabli te socio – kulturnog konteksta u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične razvojne zadatke adolescencije (Rosen, 1996, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Poremećaji hranjenja, a u određenoj mjeri i problemi s hranjenjem (dijeta, prejedanje) javljaju se u prijelaznom razdoblju adolescencije i tijekom prijelaza iz adolescencije prema ranoj odrasloj dobi. Razvojni zadaci tranzicije rane adolescencije odnose se na internaliziranje vrijednosti postignuća i organiziranje relativno stabilne i kohezivne strukture mišljenja o sebi koje regulira raspoloženje, impulse i samopoštovanje tj. razvoj koherentnog osjećaja osobnog identiteta, integriranje izmjenjene slike tijela u sliku o sebi, javljanje veće autonomije u odnosu na roditelje, te razvoj intimnih odnosa. Zadaci kasnije adolescencije uključuju uspostavljanje intimnosti, dostizanje obrazovanja i zapošljavanje, te razvoj osobnog identiteta odvojeno od obitelji, koji se odnosi na mogućnost samostalnog donošenja zrelih odluka i usklađivanje društvenih i osobnih vrijednosti.

2

.....**NAMERNO UKLONJEN DEO TEKSTA**.....

oči koji djevojka možda nikada prije nije doživjela. Ta se ponašanja prilično brzo konsolidiraju te postaju sastavni dio ponašanja pojedinca, izvor ponosa, pa čak i superiornosti (prema Pokrajac – Bulian, 2000). Premda još uvijek nije potpuno razjašnjena uloga provo enja redukcijske dijete u razvoju poremećaja hranjenja, istraživači su uočili da su osobe na dijete posebno rizična skupina za razvoj spomenutih poremećaja. Istraživanja pokazuju da tijekom adolescencije oko 80% mladih drži dijetu (Schleimer, 1983, prema Ambrosi – Randić, 2001). Djevojke koje provode dijetu osam puta povećavaju

3

vjerojatnost razvoja poremećaja u prehrani, za razliku od djevojaka «nedijetalki» (prema Brownell i Fairburn, 1995). Efekti provo enja dijete manifestiraju se višestruko, i na tjelesnom i na psihološkom planu, što je vrlo alarmantno i zabrinjavajuće. Nagli gubitak na težini kao posljedica provo enja redukcijske dijete vrlo često utječe na funkcioniranje endokrinog sustava tj. na lučenje hormona što u konačnici uzrokuje neredovite menstruacije ili pak njihov potpuni prestanak. Osim toga, često dolazi i do narušavanja imunološkog sustava, te lakšeg podlijeganja različitim oboljenjima. Držanje dijete utječe na neurotransmitere u mozgu, posebno na serotonin, a taj je efekt izraženiji kod žena nego kod muškaraca. Serotonin ima značajnu ulogu u normalnoj kontroli hranjenja i biranja hrane, a njegovo abnormalno funkcioniranje u mozgu uključeno je u nastanak depresivnog poremećaja. Što se tiče psiholoških efekata provo enja redukcijske dijete, važno je napomenuti veliku preokupiranost tj. zabrinutost za hranu i prehranu. S druge strane, smanjeni unos rafiniranih ugljikohidrata i masti životinjskog podrijetla, te uzimanje većeg broja manjih obroka tijekom dana, samo su neke od preventivnih strategija kojima vodimo

brigu o zdravoj ishrani. Naime, riječ je o učinkovitoj strategiji kojom se kontrolira tjelesna težina, i tako indirektno sprečava razvoj različitih bolesti kao što su dijabetes, kardiovaskularne bolesti i slične bolesti koje se povezuju uz prekomjernu tjelesnu težinu. 1.2. POREMEĆAJI HRANJENJA ( anoreksija i bulimija )  
1.2.1. ANOREKSIJA Riječ «anoreksija» je grčkog podrijetla, a odnosi se na nedostatak apetita, izbjegavanje i osjećanje gnušanja prema hrani (prema Pokrajac – Bulian, 2000). Zahvaća pretežno mlade djevojke u dobi od 14 do 25 godina, rijetko počinje prije puberteta, te u žena starijih od 40 godina. Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih bolesti Američkog psihijatrijskog društva (DSM – IV, 1996), prosječna dob pojavljivanja anoreksije je 17 godina. U osnovi postoje dva tipa anoreksije:  
1.RESTRIKTIVNI TIP (provodi se dijeta tj. izgladnjivanje praćeno često pretjeranom tjelesnom aktivnošću)  
i

**----- OSTATAK TEKSTA NIJE PRIKAZAN. CEO RAD MOŽETE  
PREUZETI NA SAJTU. -----**

[www.maturskiradovi.net](http://www.maturskiradovi.net)

**MOŽETE NAS KONTAKTIRATI NA E-MAIL: [maturskiradovi.net@gmail.com](mailto:maturskiradovi.net@gmail.com)**