

UDK 159.97-053.6  
616.89-008.441.42-053.6

Izvorni naučni rad  
Original scientific paper

**Melisa Husarić, Ljubica Tomić Selimović, Erna Emić**

## **ULOGA PORODIČNIH FAKTORA U RAZVOJU PATOLOGIJE HRANJENJA**

Porodica je najčešće razmatrani etiološki faktor od strane istraživača usmjerenih na polje razumijevanja geneze patologije hranjenja mladih. Rezultati niza teorijskih i empirijskih istraživanja svjedoče o povezanosti između različitih porodičnih varijabli i razvoja patologije hranjenja adolescenata.

Stoga je cilj ovoga rada analizirati rezultate dosadašnjih teorijskih i empirijskih istraživanja, kao i iskustva iz kliničke prakse o povezanosti između različitih porodičnih varijabli i razvoja subkliničkih i kliničkih formi patologije hranjenja adolescenata, te izvesti zaključke i smjernice za dalja istraživanja.

Provedena analiza je pokazala da se radovi usmjereni na istraživanje doprinosa porodičnih faktora u razvoju patologije hranjenja mogu grupisati u nekoliko osnovnih pravaca: radovi usmjereni na analizu genetičkih faktora, zatim porodičnih navika hranjenja i zabrinutosti tijekom (transgeneracijskog prijenosa odstupajućih navika hranjenja), potom radovi koji se bave psihološkom analizom porodičnih interakcija tj. ulogom percipiranih dimenzija roditeljskog ponašanja i porodične funkcionalnosti u objašnjenju razvoja subkliničkih i kliničkih formi patologije hranjenja adolescenata, te radovi koji se bave analizom doprinosa same porodične strukture.

Generalni zaključak je da iako postoji značajan broj istraživanja usmjerenih na analizu pojedinačnih doprinosa navedenih varijabli razvoju pojedinačnih tipova kliničkih ili subkliničkih poremećaja hranjenja, do sada ne postoje jednoznačni podaci koji su to oblici roditeljskog

ponašanja i porodične funkcionalnosti povezani sa specifičnim tipovima poremećaja hranjenja. Rezultati su još više neusaglašeni kada su u pitanju analize doprinosa porodičnih varijabli i subkliničkih oblika hranjenja, a generalno gledano ovakvih istraživanja je i manje sprovedeno. Budućim istraživanjima ostaje zadatak da rasvijetle navedene odnose.

**Ključne riječi:** genetički uzroci, transgeneracijski prijenos patologije hranjenja, percepcija roditeljskog ponašanja, porodična funkcionalnost, porodična struktura, patologija hranjenja.

## UVOD

U razmatranju etioloških faktora, većina istraživača se slaže da poremećaji hranjenja, kao izuzetno složen fenomen, nastaju integracijom različitih bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. U zavisnosti kojoj teorijskoj orijentaciji pripadaju, autori različito ističu važnost jedne grupe od navedenih faktora. Ipak, razmatranje doprinosa porodičnih faktora, nezaobilazan je dio u pokušaju ozbiljnijeg integriranog objašnjenja nastanka patologije hranjenja, budući da je objašnjenje doprinosa psiholoških rizičnih faktora neodvojivo od porodičnog konteksta kao najjačeg i najtrajnijeg socijalnog utjecaja.

Cilj ovoga rada bio je analizirati rezultate dosadašnjih dostupnih teorijskih i empirijskih istraživanja, kao i izvještaje iz kliničke prakse *o povezanosti između različitih porodičnih varijabli i razvoja subkliničkih i kliničkih formi patologije hranjenja adolescenata*, te izvesti zaključke i smjernice za dalja istraživanja.

Iako se u literaturi često termini „problem hranjenja“ i „poremećaj hranjenja“ poistovjećuju, za razliku od problema hranjenja, poremećaj je obilježen teškim smetnjama u prehrambenim navikama. *Poremećaji hranjenja se definišu kao poremećaji ponašanja u hranjenju, koji se ispoljavaju u promjeni unosa hrane, važno utječući na fizičko zdravlje i psihosocijalno ponašanje pojedinca* (Fairburn i Walsh, prema Logar, 2000; a prema Tomori, Štrus, Potočnik, 2008). Oni uključuju ozbiljne poremećaje ponašanja u hranjenju, kao što su ekstremni i nezdravi smanjen unos hrane ili prekomjerno prejedanje, kao i osjećaj nelagode i ekstremne zabrinutosti oblikom i težinom tijela (Spearing, 2001). Prema DSM-IV (1996) razlikujemo tri podtipa poremećaja: *anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj hranjenja, neodređen*. Novija klasifikacija mentalnih poremećaja DSM-V (2013), unosi niz izmjena u klasifikaciji ovih poremećaja, u cilju prevazilaženja uočenih nedostataka predhodne klasifikacije. Unutar nje su i dalje zadržane kategorije anoreksije nervoze

i bulimije nervoze, poremećaj prejedanja je izdvojen kao zasebni poremećaj iz kategorije poremećaja hranjenja neodređenog, te su uvrštene tri nove klasifikacione kategorije, ranije klasificirane pod poremećajima u djetinjstvu i adolescenciji; pika, poremećaj ruminacije i poremećaj nepoželjnog/restriktivnog unosa hrane.

Da bi se postavila dijagnoza bilo kojeg od ovih podtipova poremećaja hranjenja, potrebno je da budu zadovoljeni dijagnostički kriteriji postavljeni važećim dijagnostičko-klasifikacijskim sistemima, odnosno da pacijent razvije potpunu kliničku sliku. Međutim, upotreba striktnih kriterija prilikom postavljanja dijagnoze može onemogućiti prepoznavanje poremećaja u ranoj fazi i njegovim subkliničkim oblicima, čime su mogućnosti preventivnog djelovanja izuzetno umanjene. Stoga sve više istraživača iz oblasti patologije hranjenja u novije vrijeme usmjerava pažnju na otkrivanje problema poremećaja hranjenja, subkliničkih oblika, ranih simptoma poremećaja hranjenja.

Odstupajuće navike hranjenja se nalaze u sredini kontinuuma obrazaca hranjenja; između normalnih obrazaca hranjenja i klinički razvijenih poremećaja hranjenja (Polivy, Herman, 1987; prema Matthews, 2009). *To su rani simptomi, subklinički oblici poremećaja hranjenja, koji imaju značajan utjecaj na zdravlje pojedinca, čak i u odsustvu potpunih formalnih kriterija za poremećaje hranjenja* (Knez, Pokrajac-Bulian i Peršić, 2008). Stoga što poremećene navike hranjenja obuhvataju mnoštvo različitih obrazaca hranjenja, do danas ne postoji konzistentna definicija odstupajućih navika hranjenja (Breen, Desilva, Espelage, 2005; prema Matthews, 2009). Baš kao što postoji mnogo načina normalnog hranjenja, postoji i beskonačan niz odstupajućih navika (dijetalni režim, selektivno jedenje, prekomjerno hranjenje, hranjenje lutajući...) (Collins, 2010). Zato ih je teško identifikovati i opisati (Hetherington, 1993; prema Kavazidou i sur., 2012). Ipak, sintetizirajući rezultate istraživanja koja su se bavila ovim problemom, mogli bismo izvesti zaključak *da su odstupajuće navike hranjenja abnormalna ponašanja hranjenja usmjerena u cilju kontrole tjelesne težine, uključujući: prejedanje, provođenje dijeta, korištenje laksativa, vježbanja ili samoizazvanog povraćanja u cilju kontrole težine, preokupiranost tjelesnim oblikom ili tjelesnom težinom* (Matthews, 2009).

Općenito analizirajući istraživanja koja su se bavila aspektima odnosa između porodičnih faktora i poremećenih navika hranjenja, mogu se primijetiti sljedeći pravci analize:

- radovi usmjereni na analizu genetičkih faktora;
- radovi usmjereni na analizu porodičnih navika hranjenja i zabrinutosti tijelom (transgeneracijskog prijenosa odstupajućih navika hranjenja)

- radovi koji se bave psihološkom analizom porodičnih interakcija tj. ulogom percipiranih dimenzija roditeljskog ponašanja i porodične funkcionalnosti u objašnjenju razvoja subkliničkih i kliničkih formi patologije hranjenja adolescenata
- radovi koji se bave analizom doprinosa same porodične strukture.

### ***Genetički faktori patologije hranjenja***

Studije usmjerene na analizu genetičkih faktora patologije hranjenja prvenstveno mogu se grupisati na:

- Studije u kojima je primjenjivana ***metoda utvrđivanja učestalosti oboljenja među krvnim srođnicima*** u cilju utvrđivanja genetičke osnove poremećaja
- Studije usmjerene na traganje za ***organskim promjenama*** kao posljedicama poremećaja hranjenja.

Iako su kompletne studije u kojima je primjenjivana metoda utvrđivanja stupnja učestalosti oboljenja članova porodice samo preliminarne, one sugerišu da je rodbina pacijenata sa poremećajem hranjenja četiri do pet puta sklonija razvoju istih poremećaja, nego ona bez poremećaja, sa većim faktorom rizika za ženske rođake pacijenata sa anoreksijom (Barlow, Durand, 2009). Ta učestalost posebno je proučavana među blizankinjama, pa je zaključeno da je u dvojajčanih 5%, a u jednojajčanih blizankinja 56% (Holland, 1988; prema Vidović, 1998). Anoreksija je osam puta češća među ženskim rođakama u prvom koljenu, nego u općoj populaciji (Strober, 1980; prema Vidović, 1998). Kendler i suradnici (1991; prema Barlow, Durand, 2009) su u studiji blizanaca, istraživali genetičku osnovu bulimije nervoze i došli su do podatka da su u 23% monozigotnih blizanaca oba blizanca imala bulimiju, a svega u 9% slučajeva dizigotnih blizanaca.

Iako izgleda da su genetski faktori važni, naučnici su još daleko od spoznaje šta se to zapravo genetski prenosi. Hsu (1990; prema Barlow, Durand, 2009) je spe-kulisao da su nespecifične crte osobnosti, kao što su emocionalna nestabilnost ili slaba kontrola impulsivnost, zapravo nešto što se nasljeđuje. Osoba, dakle nasljeđuje predispoziciju emocionalne osjetljivosti na stresne događaje, a kao posljedicu toga može zadobiti poremećaje hranjenja, usljed pokušaja oslobađanja od stresa i anksioznosti.

U traganju za biološkim osnovama poremećaja hranjenja naučnici su se interesirali i za ***organske promjene***, koje se dešavaju kod osoba koje imaju razvijene ove vrste poremećaja. U fokusu interesovanja posebno mjesto je zauzeo hipotalamus i njegovi

neurotransmitterski sistemi: norepinefrin, dopamin, a naročito serotonin, s obzirom na funkciju koju obavljaju u kontroli hranjenja pojedinca. Ustanovljeno je da generalno nizak nivo serotonininske aktivnosti je povezan sa impulsivnošću i specifično sa poremećajem nekontrolisanog jedenja (Barlow, Durand, 2009). Nizak nivo serotonina povezuje se kao rizični faktor u razvoju bulimije nervoze (Rome i sur., 2003). U prilog tome govori i istraživanje Rama i suradnika (2012) koje ukazuje da se u hipotalamusu kod osoba koje pate od bulimije ne može izazvati osjećaj sitosti. Poremećena funkcija ventromedijalnog i lateralnog jedra u hipotalamusu i veliki unos hrane predstavljaju odgovor organizma na nedostatak osećaja sitosti. Kod tih se osoba najčešće radi o prekomjernom konzumiranju ugljikohidrata koji u sebi sadrže triptofan, tvar koja se u tijelu pretvara u serotonin-hormon koji donosi osjećaj spokoja i zadovoljstva. Pretpostavlja se da niske razine serotonina rezultiraju prekomjernim konzumiranjem hrane, te da mogu dovesti i održavati stanja depresije i anksioznosti, koja su prisutna kod oboljelih.

Kaye (1997; prema Holmes i sur., 2000) i Hugo (1998; prema Holmes i sur., 2000) su u svojim radovima istakli da poremećaj u metabolizmu serotonina predstavlja jedan od ključnih patofizioloških uzroka u nastajanju anoreksije nervoze. Ako se osjećaj zadovoljstva i sitosti vezuje se za serotonin, onda bi jedan od pokušaja objašnjenja ponašanja restriktivnog tipa anoreksije u odnosu na hranu bio da te osobe imaju višak serotonininske aktivnosti i potrebu da se nivo serotonina u mozgu smanji, a to pokušavaju upravo restrikcijom hrane (eliminacija aminokiseline triptofana, iz koje nastaje serotonin) i serotoninским antagonistima (ciproheptadin). Isto tako, povećan nivo serotonina doprinosi da se osobe osećaju napeto i anksiozno, tako da bi se u slučaju anoreksije izgladnjivanje moglo objasniti kao pokušaj organizma da se oslobodi viška serotonina, a time i loših osećanja. Takođe, ustanovljeno je da smanjen nivo epinefrina u jedru hipotalamusa daje osnovu za ponašanje anoreksije, a kao posljedica se javlja povećana fizička aktivnost, razdražljivost i smanjen unos hrane.

Ovdje ostaje nerazjašnjen odnos uzroka i posljedica, tj. da li su neurobiološke abnormalnosti kod ljudi sa poremećajima hranjenja uzrok ili posljedica izgladnjivanja ili prejedajućeg – purgativnog ciklusa.

### ***Povezanost porodičnih navika hranjenja i zabrinutosti tijelom sa razvojem patologije hranjenja; transgeneracijski prijenos odstupajućih navika hranjenja***

Druga linija istraživanja porodičnih uticaja odnosi se na istraživanje transgeneracijskog prijenosa patologije hranjenja. Brojne su studije potvrdile pozitivne

korelacije između roditeljskih (obično majčinih) odstupajućih navika hranjenja, nezadovoljstva tjelesnom slikom i identičnog kćerkinog ponašanja, podržavajući hipoteze o modeliranju roditeljskog ponašanja. Nizom istraživanja (Strong, Huan, 1998; Wertheim, Martin, Prior, Sanson, Smart, u štampi; prema Gaskill, Sanders, 2000; Ogden i Stewart, 2000; prema Franko, Thompson, Banserman, Affenito, Strigel-Moore, 2008) primijećeno je da su stavovi kćerki o držanju djeteta bili povezani sa majčinih ohrabriranjem gubljenja tjelesne težine bez obzira na indeks tjelesne mase.

Steinberg i Phares (2001; prema Barlow, Durand, 2009) su utvrdili da se generalno majke djevojaka sa poremećajima hranjenja ponašaju kao „glasnici društva“ u želji da njihove kćeri budu mršave. One same su imale sklonosti da drže dijete, bile su sklonije perfekcionizmu, manje zadovoljne svojom porodičnom kohezijom, u poređenju su kontrolnom grupom. Ipak, longitudinalnim studijama provedenim od strane istraživača (Attie i Brooks-Gunn, 1989; Gardner, Friedman i Jackson, 1998; Stice, 1998; prema Gaskill, Sanders, 2000) roditeljska zabrinutost tjelesnom težinom nije potvrđena kao prospektivni faktor rizika u razvoju poremećaja hranjenja kod djece.

Neki autori su istraživali ulogu navika hranjenja i indeksa tjelesne mase majke za vrijeme trudnoće kao rizičnog faktora u razvoju patologije hranjenja njihove djece. Utvrdili su da majčino inhibitorno ponašanje, izgladnjivanje, nezadovoljstvo tjelesnim izgledom, bulimični simptomi i indeks tjelesne mase, isto kao i roditeljska historija preko-mjerne gojaznosti predviđa razvoj skrivenog, tajnog hranjenja (Gaskill, Sanders, 2000).

### ***Povezanost percepcije roditeljskog ponašanja (emocionalnosti i kontrole) i patologije hranjenja***

Mnogo više pažnje u interpretaciji razvoja patologije hranjenja posvećeno je psihološkoj interpretaciji *odnosa roditelj - dijete*, naročito majka – dijete, koja se u mnogome razlikuje od same analize majčinih navika hranjenja. Opis dominantnih, prekomjerno zaštitničkih roditelja (naročito majki), koji ometaju razvoj individuacije, konzistentno se proteže u studijama koje se bave obrascima porodičnih interakcija osoba sa poremećajima hranjenja. Hilde Bruch (1973; prema Vidović, Majić, Begovac, 2008) je anoreksiju nervozu objasnila kao izraz teškoća u ranom odnosu majka - dijete, kada dijete doživljava majku kao nametljivu i kontrolirajuću. Takva majka nije u stanju da prepozna djetetove potrebe, već mu nameće sopstvene, neodgovarajuće percepcije tih potreba, izazivajući u njemu konfuziju u pogledu

unutrašnjih iskustava, gubitak kontrole i trajnu ovisnost o drugima (Bruch, 1973; prema Vidić i Jovanović, 1997). Posebno su kćerke u povećanom riziku, jer se one doživljavaju kao vlastiti produžetak, zanemarujući još više njihove autentične potrebe. Dijete (najčešće kćerka) tako počinje da doživljava sebe kao produženu ruku svoje majke, bez mogućnosti razvoja autentičnog selfa sa vlastitim potrebama i vrijednostima (Ćeranić, 2005). Poremećaji hranjenja se ovdje tumače kao izraz borbe za ispoljavanjem individualnosti koja im je od početka života uskraćivana.

Većina anoreksičnih djevojaka i njihovih majki ispoljava nesigurnu privrženost, sklonost idealizaciji, teškoće u proradi emocija, a mnoge majke su patile od nepreboljenog žalovanja (Ward i sur., 2001; prema Vidović, Majić, Begovac 2008). Majčina anksioznost ne omogućava ispravno prepoznavanje potreba djeteta u ranom dječijem razdoblju i vodi ka prenošenju vlastitih potreba na dijete (posebno kćerke). Posljedice su toga i često nametljivo hranjenje djeteta, vođeno majčinom anksioznošću i strahom da nešto ne pogriješi (Tadić, 2000) te nesigurni obrazac privrženosti kod djeteta.

Psihodinamske interpretacije problema prejedanja i bulimije, takođe se zasnivaju na ranim iskustvima dijadnog odnosa majka - dijete (Micali, 2005). Rani odnos takvih adolescenata bio je karakteriziran nedostatkom majčine emocionalne topline tokom hranjenja, tako da je hrana sama na konkretnoj razini ostala jedina poveznica između njih (Vidović, Majić i Begovac, 2008). Kao da su i one same imale unutrašnje probleme sa regulacijom afekata pa nisu bile u stanju da se dovoljno emocionalno angažiraju i prepoznaju potrebe drugih. Taj osjećaj nedovoljne brige za dijete i krivicu koju bi osjećale zbog toga, nadomještale bi hranjenjem djeteta (Tadić, 2000). Hrana postaje zamjena za majčinu ljubav, a nemogućnost razlikovanja najdubljih unutarnjih potreba i osjećaja i vječita emocionalna praznina je posljedica ovakvog odnosa. Ovisnost o drugima prepoznat je problem među osobama sa patologijom hranjenja, bilo da se radi o problemima separacije-individuacije kod anoreksije ili izrazitog straha od napuštenosti i manjka autonomije u odnosima kod bulimičnih obrazaca (Smith, 2006).

*Istraživanja usmjerena na ispitivanje razlika u percepciji roditeljskog ponašanja između ispitanika sa odstupajućim navikama hranjenja i osoba sa klinički razvijenim poremećajima hranjenja, pokazuju da je majčino odbijanje, odnosno nedostatak majčine emocionalne topline važan prediktor patologije hranjenja uopće, te da ne postoje razlike u doprinosu majčine emocionalne topline parcijalnim i subkliničkim formama poremećaja hranjenja (odstupajućih navika hranjenja) u odnosu na pune sindrome (Rojo-Moreno, Livianos-Aldana, Conesa-Burquet i Cava, 2006). Dvije*

recentne studije potvrđuju ulogu roditeljskog odbijanja u razvoju odstupajućih navika hranjenja. Meesters, Muris, Hoefnagels and van Gemert (2007; prema Gerlsma, Nynke, Groenewold, Harwing, Lagerwey i Van Belkum, 2011) su našli da je majčino (ali ne i očevo odbijanje) povezano sa preokupiranošću hranom i djetom među adolescentima oba spola. Suprotno njihovom nalazu, Jones i sur., (2006; prema Gerlsma, Nynke, Groenewold, Harwing, Lagerwey i Van Belkum, 2011) su našli povezanost između očevog (ali ne i majčinog) odbijanja i odstupajućih navika hranjenja, posredovano temeljnim uvjerenjem napuštenosti, manje vrijednosti i srama.

Što se tiče *povezanosti percepcije roditeljske kontrole i patologije hranjenja*, podaci iz kliničke prakse, rezultati istraživanja o povezanosti percepcije roditeljskog ponašanja, porodične funkcionalnosti i patologije hranjenja, ukazuju na jedno - čvršća roditeljska kontrola dječijeg ponašanja, koja ne dopušta razvoj djetetove autonomije je vezi sa dječijom patologijom hranjenja. Brojna su istraživanja u kojima se navodi da osobe oboljele od anoreksije restriktivnog tipa ograničavaju unos hrane da bi dobili osjećaj osobne kontrole (King, 1989; Williams, Chamove i Millar, 1990; Roth i Armstrong, 1990; Režek i Leary, 1991; Waller i Hodgson, 1996; prema Young, 2000). Opći zaključak tih istraživanja je da se percepcija roditeljske kontrole smanjuje povećanjem kontrole unosa hrane kod djevojaka koje su već imale visoke restriktivne stavove (Waller i Hodgson, 1996; Režek i Leary, 1992; prema Young, 2000). Rohner, Chaille i Rohner (1980; prema Smith, 2006) su ispitujući lokus kontrole kod osoba sa poremećajima hranjenja ustanovili tendenciju ka eksternaliziranom lokusu kontrole, što odražava njihovo uvjerenje o gubitku kontrole nad događajima u njihovom životu. Istraživanja porodične interakcije osoba sa patologijom hranjenja potvrđuju da u velikom broju potječu iz restriktivnih okruženja, izmiješanih (isprepletanih), nametljivih i kontrolirajućih porodica (Hardin i Lachemeyer, 1986; Garner i Garfinkel, 1995; Waller i Hodgson, 1996; prema Young, 2000). Kao posljedica takvih krutih odnosa koji ne ostavljaju prostor za razvoj dječije autonomije razvija se snažna ovisnost o drugima i nisko samopoštovanje. Ovisnost kao problem prepoznat je među mnogim osobama sa patologijom hranjenja (Rogers i Petrie, 2001; Smolak i Levine, 1993; prema Smith, 2006).

O povezanosti pretjerane roditeljske kontrole, konkretno onog aspekta ponašanja preko kojeg se i manifestira poremećaj, same ishrane djeteta i *odstupajućih navika hranjenja djece* svjedoči nekoliko istraživanja. Izražena roditeljska kontrola djetetove ishrane može utjecati na dječiju samoregulaciju unosa hrane (Breza, Fisher i Davison, 2003, Fisher i Birch, 1999; Johnson i Breza, 1994; a prema Francis, Birch, 2005) i restrikciju ishrane ili dijetalno ponašanje (Carper, Fisher, Birch, 2000; Edmunds i



Hill, 1999; a prema Francis, Birch, 2005). Općenito, praksa roditeljske kontrole hranjenja, posebno praksa restriktivnog hranjenja ima tendenciju povezanosti sa prejedanjem i lošijom samoregulacijom energetskog unosa kod djece predškolske dobi (Savage, Fisher, Birch, 2007). Iako neka istraživanja ukazuju na to da roditeljsko kontroliranje dječije ishrane može biti povezano sa zdravijim prehrambenim navikama kod djece (Gubbels i sur., 2009; prema Scheinfeld, 2012), većina se slaže sa tim da je pretjerana kontrola neželjena i ima negativne posljedice (Breza, Savage, Ventura, 2007; prema Scheinfeld, 2013), a smjer učinka će ovisiti o tome da li djeca doživljavaju kontrolu svojih roditelja nad hranom kao oduzimanje osobne kontrole ili ne.

### ***Povezanost porodične funkcionalnosti i patologije hranjenja***

Što se tiče *porodičnog funkcionisanja* osoba sa patologijom hranjenja, uočena je veza između prevelike kohezivnosti; „izmiješanosti“ članova porodice, nepostojanja jasnih granica između njih, prevelikog pritiska i rigidnosti u pitanjima porodičnih pravila i anoreksije (Garfinkel, Garner i Rose, 1983; prema Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, Gorana, 2005), dok se kod bulimičnih osoba češće susreće slabija porodična kohezivnosti, veća haotičnost i konfliktnost (Johenson & Flach, 1985; prema Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, Gorana, 2005).

Brojni istraživači su pronašli da je „tipična“ porodica osobe oboljele od anoreksije nervoze uspješna, teška za upravljanje, zabrinuta u vezi sa pojavljivanjem u javnosti i sa jakom željom da se održi harmonija. Da se postignu ovi ciljevi, članovi porodice često negiraju ili ignorišu konflikte ili negativna osjećanja i skloni su tome da svoje probleme dodijele drugim ljudima na račun otvorene komunikacije između njih (Fairburn, Shafran, i suradnici 1999; Hsu, 1990; prema Barlow, Durand, 2009; Levy, Hadley, 1998; prema Smith, 2006). Još je Plazoli (1874; prema Husain, Cantwel, 1991) opisao roditelje anoreksičara kao nekorektne saveznike sa neusklađenim odgojnim težnjama i neuspješnim rješavanjem problema. Minuchin (1975; prema Davison, Neale, 2002) objašnjava da bolesni članovi porodice, posebno djeca, zapravo bolešću odvlače pažnju od prikrivenih sukoba u porodičnim odnosima. Bolest služi za smanjenje napetosti među članovima, preusmjeravajući pažnju sa izvornoga problema. On smatra da se ostali članovi porodice čak ponašaju tako da održavaju anoreksičara u ulozi bolesnika.

Dakle, brojne porodične varijable povezuju se sa patologijom hranjenja: dominantnost majke, postojanje roditeljskih neuroza, skrivenih obiteljskih saveza, roditeljsku briga za postignućem (Harding & Lachenmeyer, 1986, Garner &

Garfinkel, 1985; prema Young, 2000), prekomjernu zaštitu roditelja, nametljivo roditeljstvo, „izmiješanost“ članova porodice, krutost, nedostatak rješavanja sukoba (Hood, Moore & Garner, 1982, Režek & Leary, 1991; prema Young, 2000). Ipak, rezultati empirijskih istraživanja su nekonzistentni i samo djelimično potvrđuju nalaze kliničke prakse, posebno ako se u analizu odnosa ovih varijabli uključe i parcijalni sindromi poremećaja hranjenja. Uopće, malo je takvih istraživanja i sprovedeno.

*Prva studija usmjerena na istraživanje odnosa porodične kohezije, adaptabilnosti i odstupajućih navika hranjenja na nekliničkom uzorku* bila je studija Kagana i Squiresa (1985). U skladu sa spoznajama da su izmiješane i rigidne porodice rizičan faktor u razvoju poremećaja hranjenja, pretpostavili su da će se pokazati i rizičnim faktorom za razvoj odstupajućih navika hranjenja (ekstremne dijete i kompulzivna prejedanja), kao početnim oblicima patologije hranjenja. No, rezultati su potvrđeni samo u slučaju kompulzivnog hranjenja (i to u smjeru snižene kohezivnosti), ne i dijetetskog ponašanja. U istraživanju koje su sproveli Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik, Tocilj (2005) ispitujući razlike u porodičnoj funkcionalnosti između pacijentica sa poremećajima hranjenja i zdravih studentica, našli su da su adolescentkinje sa poremećajima hranjenja imale niže vrijednosti na obje dimenzije, kako na kohezivnosti, tako i na fleksibilnosti, kao i lošu komunikaciju sa roditeljima.

Swarr i Richards (1996; prema Gaskill i Sanders, 2000) su u longitudinalnoj dvogodišnjoj studiji adolescentkinja istraživali ulogu porodične nefunkcionalnosti kao rizičnog faktora, koji prethodi razvoju poremećaja hranjenja. Našli su da pozitivniji odnosi sa oba roditelja prospektivno predviđaju zdravije navike hranjenja. Felker, Kenneth, Stivers, Cathie (1994) su ustanovili da su niska porodična kohezija, izražajnost i organizacija, česti konflikti i kontrola visoko povezani sa rizikom razvoja poremećaja hranjenja, manja neovisnost, također, ali u manjoj mjeri u poređenju sa ostalim mjerama porodičnog okruženja. Brooking i Wilson (1994) su našli visoku povezanost između loše porodične funkcionalnosti (niska kohezija, izražajnost, konfliktnost, slaba intelektualno-kulturna orijentacija i rekreaciona orijentacija porodice) i samoizvještavajuće neefikasnosti, perfekcionizma i nedostatka svijesti za interoceptivne podražaje. Pojačana komunikacija između roditelja i kćerki pokazala se značajnom u smanjenju tjelesnog nezadovoljstva kćerki, a uspješnija komunikacija na relaciji otac - sin za smanjenje tjelesnog nezadovoljstva mladića (Al Sabbah, Vereecken, Elgar, Nansel, Aasvee, Abdeen, Ojala, Ahluwalia, Maes, 2009). Načelno, porodično loše funkcioniranje je imalo direktne učinke na negativnu samoprocjenu i indirektno kroz negativnu samoprocjenu na poremećene navike hranjenja (Gaskill i Sanders, 2000).

### ***Povezanost porodične strukture i patologije hranjenja***

Što se tiče istraživanja odnosa porodične strukture (potpunost porodice, red rođenja djece, socioekonomski status porodice) i patologije hranjenja, rezultati su dosta nekonzistentni. Općenito, manje je istraživanja usmjerenih na proučavanje doprinosa ovih porodičnih varijabli razvoju poremećenih navika hranjenja, u poređenju sa porodičnom funkcionalnošću. Gotovo svaki položaj/red rođenja djeteta, bilo da je riječ o najmlađem ili samo mlađem ili starijem od samo jednog brata ili sestre), utvrđen je kao potencijalno rizičan za razvoj poremećaja hranjenja (Bruch, 1973; Marshall and Fitch, 2006; prema Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011). Istraživači su također pokušali utvrditi da li redosljed rođenja može razlikovati vrstu poremećaja hranjenja ili njihove podtipove, ali to nije rezultiralo većim uspjehom (Britto i sur., 1997; Post, Crowther, 1987; prema Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011).

Tsiantas i King (2001; prema Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011) su utvrdili da nezadovoljstvo tjelesnom slikom mlađe sestre i ispoljena težnja ka mršavošću korelira sa nezadovoljstvom tjelesnom slikom i težnjom za mršavošću starije sestre, ali ne i sa drugim ženskim srodnicima. Istraživanja usmjerena na istraživanje povezanosti veličine porodice (Dolan i sur., 1989; prema Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011) i polubračće (Britto i sur., 1997; Growers i sur., 1985; Lacey i sur., 1991; prema Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011) sa odstupajućim navikama hranjenja članova porodice, nisu povrdila ovu pretpostavljenu vezu.

Još je manje istraživanja usmjerenih na ispitivanje povezanosti nepotpunosti porodice (razvoda ili ponovnih brakova) sa poremećenim navikama hranjenja djece. Rezultati ranijih studija (Bruch, 1971; Halmi, 1974; prema Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011) ukazivali su na to da je stopa razvoda bila niža među roditeljima osoba s poremećajima hranjenja, nego u općoj populaciji, ali u novijim istraživanjima osobe sa poremećajima hranjenja se ne razlikuju od normalne populacije s obzirom na učestalost roditeljskog razvoda (Dolan i sur., 1990; Kent i Clopton, 1992; Kluck, Clopton, Snider Kent, 2011).

Što se tiče istraživanja nivoa socioekonomskog statusa porodica povezanih sa patologijom hranjenja, istraživanja do 1970- tih su bila usaglašena oko spoznaje da su poremećaji hranjenja karakteristični za više socioekonomske slojeve. Međutim, novije studije sve više izvještavaju o zastupljenosti patologije hranjenja među svim socioekonomskim slojevima, ističući metodološke nedostatke ranijih studija (Yager, 1996; prema Suswam, 2010). U istraživanju Rogers (1997; prema Suswam, 2010) utvrđena je pozitivna korelacija između socioekonomskog statusa i provođenja

restriktivnih dijeta, ali ne i povezanost između samoizvještavajućih, klinički značajnih odstupajućih navika hranjenja. U istraživanju Reagan (2005; prema Suswam, 2010) utvrđena je negativna povezanost između učestalosti prejedanja žena sa dobi i porodičnim dohotkom, dok nije utvrđena veza između učestalosti prejedanja i obrazovanja. Za razliku od ovih studija, u istraživanju DeLeel, Hughes, Miller (2009) nije utvrđena prediktorska uloga socioekonomskog statusa u predviđanju nezadovoljstva tijelom i odstupajućih navika hranjenja adolescentica.

## ZAKLJUČAK

Generalni zaključak je da iako postoji značajan broj istraživanja usmjerenih na analizu pojedinačnih doprinosa navedenih varijabli razvoju pojedinačnih tipova kliničkih ili subkliničkih poremećaja hranjenja, do sada ne postoje jednoznačni podaci koji su to oblici roditeljskog ponašanja, porodične funkcionalnosti i strukture povezani sa specifičnim tipovima poremećaja hranjenja. Rezultati su još više neusaglašeni kada su u pitanju analize doprinosa porodičnih varijabli i subkliničkih oblika hranjenja, a generalno gledano ovakvih istraživanja je i manje sprovedeno. Budućim istraživanjima ostaje zadatak da rasvijetle navedene odnose, kao i da se razmotre drugi potencijalni faktori koji bi mogli doprinijeti uspješnijem razumijevanju ovog problema.

## LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
3. Al Sabbah, H., Vereecken, C. A., Elgar, F. J., Nansel, T., Aasvee, K., Abdeen, Z., Ojala, K., Ahluwalia, N., i Maes, L. (2009). Body weight dissatisfaction and communication with parents among adolescent in 24 countries: international cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 9:52. Na sajtu: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/52>.
4. Barlow, D. H., i Durand, V. M. (2009). *Abnormal Psychology: An Integrative Approach (5th ed.)*. Canada: Wadsworth.

5. Brookings, J. B. & Wilson, J. F. (1994). Personality and Family-Environment Predictors of Self-Reported Eating Attitudes and Behaviors. *Journal of personality assessment*, 63 (2), 313-326.
6. Collins, L. (2010). Disordered-eating and eating disorder: What the difference. Na sajtu: [www.healthplace.com/blogs/eatingdisorderrecovery/2010/04/disordered-eating-and-eating-disorders](http://www.healthplace.com/blogs/eatingdisorderrecovery/2010/04/disordered-eating-and-eating-disorders). Pristupljeno: 13.12. 2013. godine.
7. Čeranić, S. (2005). *Normalni razvoj ličnosti i patološka uplitanja*. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
8. Davison, G. C., Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. DeLeel, M. L., Hughes, T. L., Miller, J. A. (2009). Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups, *Psychology in the Schools*, Vol. 46 (8), 767-774.
10. Felker, Kenneth R., & Stivers, Cathie (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29, 821-830.
11. Francis, L. A., Birch, L. L. (2005). Maternal Influences on Daughters' Restrained Behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
12. Franko, D. L., Thompson, D., Bauserman, R., Affenito, S. G., & Striegel-Moore, R. H. (2008). What 's Love Got to Do with It? Family Cohesion and Healthy Eating Behaviors in Adolescent Girls. *International Journal of Eating disorders*, 41:4, 360-367.
13. Gaskill, D. & Sanders, F. (2000). *The encultured body: Policy Implications for Healty Body Image and Disordered Eating Behaviours*, Queensland Univerity of Technology, Brisbane: Scool of Nursing.
14. Gerlsma, C., Nynke, A., Groenewold, Harwing, L. J., Lagerwey, N., i van Belkum, A. (2011). Parental Rearing Styles Maladaptive Core Beliefs and Disordered Eating: The role of Parental Rejection, In: Kourkoutas, E., Erkman, F. (Ed.), *Interpersonal Acceptance and Rejection: Social, Emotional and Educational Contexts*, Boca raton, Florida: Brown Walker Press, 39-51.
15. Holmes, P., Crawley, J. (2000.). Coexting Neurottransmitters in Central Noradrenergic Neurons. *Neuropsychopharmacology*, 23(2), 130-133.
16. Husain, S. A., i Cantwell, D. P. (1991). *Fundamentals of child and adolescent psychopatology*. Washington: American Psychiatric Press.

17. Kagan, D. M. i Squires, R. L. (1985). Family Cohesion, Family Adaptability and Eating Behaviors among College Students. *International Journal of Eating disorders*, Vol. 4, No. 1, 269-279.
18. Kavazidou, E., Proios, M., Liolios, I., Nimatoudis, I., Tsatsoulis, A., Fanchantidou- Tsiligiroglou, A., Doganis, G. (2012). Relationship between eating and social behaviours in a normal population. *Graduate Journal of Sport, Exercise and Physical Education Research*, 1, 31-46.
19. Kluck, A. S., Clopton, J. R., Snider Kent, J. (2011). Family Dinamics, U: Goodheart, K., Clopton, J. R., Robert-McComb, J. J. (Ed.), *Eating Disorder in Woman and Children: Prevention, Stress Management and Treatment*, Second Edition, Boca Raton: CRC Pres, 145-158.
20. Knez, R., Pokrajac-Bulian, A. i Peršić, M. (2008). Epidemiologija poremećaja hranjenja kod djece i adolescenata. *Pediatr. Croat*, 52 (Supl 1), 111-115.
21. Matthews, M. R. (2009). An analysis of specific life satisfaction domains and disordered eating among college students. *Master of Science thesis*, Miami University, Oxford, Ohio.
22. Micali N. (2005). Childhood risk factors: Longitudinal continuities and eating disorders. *Journal of Mental Healt*, 14 (6), 567-574.
23. Rojo-Moreno, L., Livianos-Aldana, L., Conesa-Burquet, L., i Cava, G. (2006). Disfunctional Rearing in Community and Clinic Based Populations with Eating Problems: Prevalence and Mediating Role of Psychiatric Morbidity. *European Eating Disorders Review*, 14, 32-42.
24. Ram, P. i sur. (2012). Serotonin transporter binding after recovery from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 345-352.
25. Rome, E. S., Ammerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., O 'Toole, J., Rees, J. M., Sanders, M. J., Sawyer, S. M., Schneider, M., Sigel, E., Silber, T. J. (2003). Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *Pediatrics Vol. 111 No.1,e98-e108*. Na sajtu: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/111/1/e98>. Očitano: 19. 01. 2013. godine.
26. Savage, J. S., Fisher, J. O., Birch, L. L. (2007). Parental Influence od Eating Behavior: Conception to Adolescence. *J Law Ethics*, 35(1), 22-34.
27. Scheinfeld, E. N. (2012). Healthy Eating Behaviors of College Students in Early Adulthood: Understanding through Perceived Childhood Parental Influences and the Integrative Model of Behavior.A Thesis Submitted to the Graduate Faculty of The University of Georgia in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts, Athens, Georgia.

28. Smith, M. H. (2006). Perceptions of Parents, Self, and God as predictive of symptom severity among women beginning inpatient treatment for eating disorders. *A dissertation submitted to the faculty of Brigham Young University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy Department of Counseling Psychology and Special Education Brigham Young University.*
29. Spearing, M. (2001). *Eating Disorders: Facts about Eating Disorders and Search for Solutions.* National Institute of Mental Health, Information Resources and Inquiries Branch, Bethesda, MD. Na sajtu: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/eatingdisorder.cfm>. Očitano: 10. 05. 2012. godine
30. Suswam, S. S. (2010). Socioeconomic Status and Prevalence of Eating Disorders. Na sajtu: [www.healthpsych.psy.vanderbilt.edu/2010/SocioeconomicStatus.htm](http://www.healthpsych.psy.vanderbilt.edu/2010/SocioeconomicStatus.htm).
31. Tadić, N. (2000). *Psihijatrija detinjstva i mladosti.* Beograd: Naučna.
32. Tomori, M., Potočnik, D., Štrus, P. (2008). Činioci rizika poremećaja ishrane kod slovenačkih adolescenata. Na sajtu: [www.steteskop.info/Prezderavanje-psihosomatski-poremećaj-533-c15-content.htm](http://www.steteskop.info/Prezderavanje-psihosomatski-poremećaj-533-c15-content.htm). Preuzeto: 25.6. 2009.
33. Vidić, D., i Jovanović, I. (1997). Poremećaji ishrane u adolescenciji. U: Erić, Lj. i Ćurčić, V. (ur.) *Adolescencija. Identitet-Psihopatologija-Psihoterapija*, str. 67-77, Beograd: KBC „Dr Dragiša Mišović“ Dedinje.
34. Vidović, V. (1998). *Anoreksija i bulimija. Psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke tijela u adolescentica.* Zagreb: 4P.
35. Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M., i Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13,1, 19-28.
36. Vidović, V., Majić, G. i Begovac, I. (2008). Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. *Pediatr. Croat*, 52 (Supl 1), 106-110.
37. Young, S. M. (2000). The relationship Between Locus of Control and Dietary Patterns Consistent with Eating Disorders in Female Adolescents. *Master thesis, Mount Saint Vincent University: Masters of Arts in School Psychology*

## THE ROLE OF FAMILY FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF EATING PATHOLOGY

### Summary

Family is the most considered ethiological factor discussed by the researchers who focus on the understanding of the genesis of the eating pathology found among young people. Results of the theoretical and empirical research show the link between different family variables and development of the above mentioned pathology. The main goal of this assignment is to analyze the results of the previous theoretical and empirical research, as well as the clinical practice experience about the connection between different family variables and development of subclinical and clinical features of the eating pathology. The conducted analysis showed that the research focused on contribution of family factors on the development of eating pathology can be classified in several basic directions: the research focused on the analysis of the genetical factors, family eating habits (transmission of the evasive eating habits through generations, the research focused on psychological analysis of family interaction; the role of perceived dimensions of parental behaviour and parental functionality and finally the research focused on the analysis of the contribution of the family structure itself. It can be concluded that even though there is a significant number of research focused on the analyses of the individual contribution of already mentioned variables on the development of individual types of clinical and subclinical eating disorders, unambiguous data about forms of parental behaviour and functionality have not been found yet. The analysis of the contribution of family variables and subclinical forms of eating disorders makes these results even more complicated. Generally speaking, there should be more of them in the future.

**Key words:** genetic causes, transgenerational transmission of eating pathology, perception of parental behavior, family function, family structure, eating pathology

Adresa autora

Authors' address

Melisa Husarić, Ljubica Tomić Selimović, Erna Emić

Filozofski fakultet u Tuzli

melisa.husaric@untz.ba

ljubica.tomic@untz.ba

erna.emic@untz.ba