

BULIMIJA KAO IZAZOV SAVREMENOG ČOVEKA

BULIMIA – MODERN MAN CHALLENGE

Marija Đurović¹

¹ Bolnica za psihijatriju, Kliničko bolnički centar „Dr Dragiša Mišović – Dedinje“, Beograd, Srbija

Korespondencija sa autorom:

Prim. dr Marija Đurović

Bolnica za psihijatriju, Kliničko bolnički centar „Dr Dragiša Mišović Dedinje“, Heroja Milana Tepića 1, Beograd, Srbija

maki.djurovic@gmail.com

Sažetak

Činjenica da se čovek oduvek fokusirao na spoljašnju lepotu nikoga ne iznenađuje. Osnovu našeg identiteta čini naše telo. Međutim, zabrinjava saznanje da bile gojazne, mršave ili normalno uhranjene, osobe oba pola i svih uzrasnih grupa nikada nisu bile nezadovoljne svojim telom kao danas. Mnogi poremećaje ishrane ne doživljavaju kao ozbiljne bolesti, već kao nečiji hir, želju da se bude mršav, a neki čak idu toliko daleko da poremećeni način ishrane prihvataju kao zdrav. Primećujemo da o poremećajima ishrane u afirmativnom tonu pričaju zdravi koji ne shvataju da je u pitanju bolest. Izbegavanje konzumiranja normalne ishrane smatra se „normalnim“, pa čak i poželjnim. Poremećaji u ishrani su, nažalost, kulturološki normalizovani. Najčešće dijagnostikovani poremećaji ishrane su anoreksija nervoza i bulimija nervoza. Za razliku od anoreksije nervoze, bulimija nervoza je mnogo teža za otkrivanje. Ona može dugo ostati neprepoznata i od najbliže okoline, jer je osoba bolesna od bulimije najčešće normalne telesne mase, a bulimične krize se najčešće odvijaju u tajnosti. A onda, čak i kada se bolest otkrije, njeno značenje i težina su često neprepoznati. Bulimija nervoza se, nažalost, često doživljava kao kapric razmaženog deteta iz bogatog društva. U etiološkom smislu, bulimija nervoza je multifaktorijalna bolest. U njenom nastanku i razvoju ulogu imaju različiti faktori koji deluju u međusobnoj interakciji: genetski, neurobiološki, psihološki i sociokulturološki. Mnogobrojna su tumačenja psihodinamike bulimije nervoze, značaja

i simbolike simptoma. Najčešći komorbiditeti su depresija, anksiozni poremećaji, PTSP i zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Posledice oboljenja su u sferi psihičkog i telesnog zdravlja. Prepoznavanje i lečenje bulimije nervoze je od izuzetne važnosti, a u lečenju obolelih koriste se psihoterapija i farmakoterapija.

Ključne reči: poremećaji ishrane, bulimija nervoza, psihoterapija

Bulimija nervoza (BN) spada u grupu poremećaja ishrane i podrazumeva preterano uzimanje hrane kombinovano sa neadekvatnim kompenzatornim mehanizmima za izbegavanje povećanja telesne mase. U kompenzatorne mehanizme spadaju nasilno povraćanje, gladovanje, zloupotreba laksativa i diuretika. Važan dijagnostički i diferencijalno-dijagnostički kriterijum bulimične epizode je gubitak kontrole, a praćena je osećanjem stida, samogađenjem i depresijom.

Mnogobrojni autori su opisali ovaj poremećaj: Lassegue¹ govori o „poremećaju koji karakteriše imperativni lažni apetit“ u suprotnosti sa anoreksijom nervozom; Abraham² govori „povećanoj oralnoj pohlepi“; Freud³ o „povraćanju kao histeričnoj odbrani“; Fenichel⁴ uvodi ideju da je bulimija „toksikomanija bez droge“, dok Wulff⁵ daje opis bulimije vrlo blizak savremenom. Više od jednog veka psihijatrijska i psihoanalitička literatura napominju da je BN poseban poremećaj u okviru poremećaja ishrane.

Prejedanje i nasilno povraćanje poznati su još od antičkog doba. Termin bulimija potiče iz antičkog doba i izveden je iz grčke reči *bous* – goveče i *limos* – glad. Međutim, bulimija nervoza nije bila identifikovana kao sindrom sve do šezdesetih, čak i sedamdesetih godina prošlog veka. Do tada se smatralo da je bulimija atipični oblik anoreksije nervoze. Do momenta kada je prepoznata kao poseban entitet, bulimija je imala mnogobrojne nazive – haotični dijetetski sindrom, bulimareksija⁶, abnormalni sindrom kontrole težine i dr. Bulimija se javlja kao simptom kod osoba bolesnih od anoreksije, ali i kao način konzumiranja hrane kod pacijenata koji su gojazni. Kao sindrom, bulimija se odnosi na osobe uglavnom prosečne telesne mase koje pate od poremećaja koji je po DSM ili MKB klasifikovan kao bulimija nervoza.

Istorija bulimije nervoze

Stunkard⁷ kaže: „Za razliku od anoreksije nervoze čiju bogatu istoriju možemo naći još u srednjem veku, pa i ranije, bulimija nervoza se iznenada pojavljuje u modernom društvu i za kratko vreme postaje široko prepoznata“.

U drevnom Egiptu, Grčkoj, Rimu i Arabiji nasilno povraćanje je bilo uobičajeno ponašanje koje je pratilo preterani unos hrane. Danas znamo da su se drevni Egipćani „čistili“ svakoga meseca, tri dana za redom, sa ciljem da „sačuvaju i održe zdravlje“. Ovu pojavu je uslovlilo verovanje da bolesti od kojih oboljevaju potiču od hrane. Nasser⁸ ovo ponašanje nije dovodio u vezu sa bulimijom kakvu danas poznajemo, i jedino što ih na neki način povezuje je samoinicijativno uzimanja emetika. Namerno povraćanje je u drevnom Rimu takođe bilo uobičajeno. Posmatrajući sve to, Seneka je rekao: „Ljudi jedu da bi povraćali i povraćaju da bi jeli“. Nasilno povraćanje je bilo „popularno“ i u Evropi u srednjem veku. Veruje se da je ideja o nasilnom povraćanju potekla od tadašnjih lekara kao metoda da se telo očisti, i kao popularan „lek“ tog vremena širila se Evropom. Ipak, smatra se da povraćanje, kao i čišćenje emeticima iz tog vremena nije imalo značajnog uticaja na nastanak bulimije nervoze.

U literaturi postoje podaci da je bulimično ponašanje bilo prisutno u životu svetica i svetaca. Jasno je da su svetece tog vremena pribegavale asketskom ponašanju, međutim Bell⁹ piše o tome da su svetece Marija Magdalena i Veronika imale bulimične krize u toku posta. Smatra se da je Marija Magdalena i umrla zbog neadekvatne ishrane, gladovanja, povraćanja i podvrgavanja samotorturi. Iako je živela asketskim životom, postoje podaci da su je ostale sestre povremeno viđale kako jede velike količine hrane, što je pripisivano „nečastivim silama“.

Prvi, rani opisi bulimije nervoze (Tabela 1) koji bi ispunili stroge dijagnostičke kriterijume bolesti su istorije bolesti Nađe (Janet, 1903), Pacijenta D. (Wulff, 1932) i Ellen West (Binswanger, 1944/1945)¹⁰.

Tokom sedamdesetih godina prošlog veka u stručnoj literaturi su počeli da se pojavljuju opisi slučajeva koji

odgovaraju savremenim dijagnostičkim kriterijumima bulimije nervoze. Brusset i Jammet¹⁰ su detaljno opisali tri pacijenta kod kojih se prejedanje smenjivalo sa gladovanjem uz zloupotrebu laksativa, uz postojanje straha od debljine i nezadovoljstva telesnim izgledom. Boskind-Lodahl¹¹ opisuje kliničku sliku poremećaja koje je pronašla kod 136 pacijenata, kako ih je nazvala, *binge-starvers* (bulimareksične osobe). Kod ovih osoba su se ispoljavali periodi gladovanja i periodi povremenog prejedanja, koje je bilo praćeno nasilnim povraćanjem i zloupotrebom laksativa. Nažalost, ovi članci nisu imali značajniji odjek, moguće iz razloga što su se više bavili psihoanalitičkom interpretacijom poremećaja¹⁰ i psihodinamskim feminističkim pogledom¹¹, a manje kliničkim podacima.

Sedamdesetih godina prošlog veka Russell¹² definiše tri značajne karakteristike i daje naziv bulimija nervoza poremećaju koji je podrazumevao „snažan i neodoljiv impuls za prejedanjem“ u kombinaciji sa „morbidnim strahom od debljine“, uz „izbegavanje dobijanja na težini namernim izazivanjem povraćanja ili korišćenjem laksativa ili diuretika, a kod pacijenata uglavnom prosečne ili normalne težine, koji imaju kasniji početak bolesti, više hronični ishod, veću incidencu premorbidne i familijarne gojaznosti“. Ističe da je kod ovih pacijenata uočen i veći stepen anksioznosti, depresivnosti, impulsivnosti i premorbidne emocionalne nestabilnosti. Da bi se postavila dijagnoza bulimije nervoze, važno je utvrditi da se radi o poremećaju koji je primarno poremećaj ishrane, da je bolesti prethodio kraći ili duži period anoreksije nervoze ili bar intenzivno držanje dijete. U diferencijalno-dijagnostičkom smislu veoma je važno isključiti postojanje drugog psihijatrijskog ili somatskog oboljenja. Russell dodaje jedan značajni kriterijum: „prethodnu epizodu manifestne ili kriptogene mentalne anoreksije“.

Nekoliko godina kasnije, dva britanska autora, Fairburn i Garner, dodaju Russell-ovim kriterijumima novi kriterijum – „ekstremnu restrikciju hrane da bi se kompenzovale bulimične krize“, i stavljaju akcenat na jednu bitnu karakteristiku bulimične krize – „osećanje da gube kontrolu nad uzimanjem hrane, što je od veće dijagnostičke vrednosti od celokupne količine unete hrane u toku bulimične krize“.

Tabela 1. Prvi opisi kliničke slike bulimije nervoze

Kliničke karakteristike	Janet (1903) Nađa	Wulff (1932) Pacijent D	Binswanger (1944/1945) Ellen West
Prejedanje	Izražena glad	Periodično	Proždrljivost
Kompenzatorno ponašanje	Izgladnjivanje	Povraćanje, izgladnjivanje	Laksativi, povraćanje, izgladnjivanje, tireoidni hormon
Strah od debljine	Stid od izgleda tela	Zgađenost zbog debljine	Prestravljenost od debljanja
Faza anoreksije	Na početku bolesti	Ne	Kasnije tokom bolesti
Primarna dijagnoza	Opsesivna neuroza	Opsesivna neuroza	Shizofrenija, melanholija

Modifikovano prema: Russell GFM. The history of bulimia nervosa. In: Handbook of treatment for eating disorders, (Garner DM, Garfinkel PE. Eds.). New York: The Guilford Press. 1997. 11–24.

Prvi dijagnostički kriterijumi bulimije bili su oni koje je predložio Russell, definišući tri klinički bitne karakteristike bulimije nervoze:

1. Imperativna i neizdrživa potreba za prejedanjem,
2. Izbegavanje dobijanja na telesnoj masi nasilnim povraćanjem i/ili zloupotrebom laksativa,
3. Morbidni strah od gojenja¹².

Bulimija nervozna kao sindrom konačno postaje prepoznata u klasifikacijama bolesti DSM-3-R 1987. godine¹³, i MKB10 1992. godine¹⁴.

Klasifikacija i dijagnoza bulimije nervoze

Dijagnostički kriterijumi za bulimiju nervozu prema MKB 10 prikazani su u Tabeli 2.

Tabela 2. Dijagnostički kriterijumi za bulimiju nervozu prema MKB 10

1. Postoji stalna preokupacija jelom, neodoljiva želja za hranom, i pacijent podleže epizodama preteranog uzimanja hrane, kada se velike količine hrane konzumiraju u kratkom vremenskom intervalu.
2. Pacijent pokušava da se suprotstavi gojenju na jedan ili više od sledećih načina: izazivanjem povraćanja, zloupotrebom laksativa, periodima gladovanja, upotrebom lekova kao što su sredstva za suzbijanje apetita, preparati tiroksina ili diuretici. Kada se bulimija nervozna javi kod dijabetičara, ovakvi pacijenti mogu da odluče da zanemare svoju insulinsku terapiju.
3. Psihopatologija se manifestuje morbidnim strahom od gojaznosti i pacijenti uspostavljaju za sebe jasno definisanu telesnu težinu koju mogu dostići. Takva težina je izrazito ispod njihove premorbidne težine, koja predstavlja optimalnu ili zdravu. Postoji često, mada ne uvek, anamneza ranije epizode anoreksije nervoze. Interval između ranije epizode anoreksije nervoze i aktuelne bulimije nervoze je u periodu od nekoliko meseci do nekoliko godina. Epizode anoreksije se mogu manifestovati potpunom kliničkom slikom ili u blažoj formi, sa umerenim gubitkom telesne težine i/ili prolaznom fazom amenoreje.

Dijagnostički kriterijumi za bulimiju nervozu prema DSM-5 prikazani su u Tabeli 3.

Tabela 3. Dijagnostički kriterijumi za bulimiju nervozu prema DSM-5

- A. Ponovljene epizode prejedanja. Epizodu prejedanja karakteriše sledeće:
1. Konzumiranje veće količine hrane u određenom vremenskom periodu (npr. 2 sata), količina hrane je definitivno mnogo veća od količine koju bi većina ljudi mogla da konzumira za sličan vremenski period i u sličnim okolnostima;
 2. Osećanje gubitka kontrole u toku epizode prejedanja (npr. osećanje da ne može da prestane da jede ili da kontroliše koliko jede).
- B. Ponavljano neadekvatno kompulzivno ponašanje sa ciljem da se izbegne dobijanje na težini, kao što je nasilno povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika, irigatora i dr., gladovanje, preterano vežbanje.
- C. Prejedanje i neadekvatno kompenzatorno ponašanje se javljaju u proseku jednom nedeljno u toku tri meseca.
- D. Samoprocena je uslovljena telesnim izgledom i telesnom masom.
- E. Poremećaj se ne javlja u okviru anoreksije nervoze.
- Stepen težine bolesti: Stepenn težine bolesti je baziran na učestalosti epizoda neadekvatnog kompenzatornog ponašanja nedeljno.
- Blagi oblik: u proseku 1 do 3 epizode.
- Srednje težak oblik: u proseku 4 do 7 epizoda.
- Težak oblik: u proseku 8 do 13 epizoda.
- Ekstremno težak oblik: u proseku 14 ili više epizoda.

Epidemiologija bulimije nervoze

Prosečna stopa incidencije BN u populaciji iznosi 1%¹⁵. Ukupna incidencija BN iznosi približno 12 slučajeva na 100.000 osoba na godišnjem nivou¹⁶. Najviša stopa incidence zapaža se u uzrastu od 20 do 24 godine života. Prosečna stopa prevalencije BN kod mladih žena iznosi 1%¹⁷, a Keski-Rahkonen i sar.¹⁸ ističu da celoživotna prevalencija BN iznosi 1,7%. Kada se dijagnoza BN postavi prema DSM V kriterijumima, ona raste na 2%¹⁹, odnosno 2,3%¹⁸. Jednogodišnja prevalencija BN kod mladih osoba ženskog pola iznosi 1–1,5%. Trenutna prevalencija (*point prevalence*) je najveća

među mladim odraslim osobama, jer oboljenje dostiže pik u kasnoj adolescenciji i ranom odraslom dobu.

Manje se zna o prevalenciji bulimije nervoze kod muškaraca, ali je ona mnogo ređa, sa približnim odnosom žene-muškarci 10 : 1 (DSM V). Interesantno je napomenuti da je klinička slika kod muškaraca potpuno ista kao u ženskoj populaciji obolelih, ali da su tok lečenja i prognoza povoljniji. Razlika je u tome što je većina muškaraca kod kojih se javlja ovaj poremećaj bila gojazna pre pojave simptoma, rigorozna dijeta je uglavnom nastavljena restriktivnim oblikom anoreksije, češće anoreksijom bulimičnog podtipa ili bulimijom. U drugoj grupi muškaraca sa ovim poremećajem su sportisti koji su zbog potreba sporta morali da izgube na telesnoj masi, što je rezultovalo razvojem simptoma poremećaja ishrane. U trećoj su oni muškarci koji započnu dijetu ili iz zdravstvenih razloga ili zbog brige o posledicama gojaznosti po zdravlje. Konačno, četvrta i najbrojnija grupa, u kojoj se nalazi 20% obolelih od ovih poremećaja, su homoseksualno orijentisani muškarci.

Kada je reč o uzrasnim grupama obolelih, najveća stopa komorbiditeta (88%) primećuje se kod adolescenata sa bulimijom nervozom, sa posebno jakom povezanošću sa poremećajem raspoloženja (49,9%) i anksioznim poremećajem (66,2%)²⁰. Celoživotna prevalencija zloupotrebe alkohola i psihoaktivnih supstanci kod pacijenata sa BN iznosi najmanje 30%. Upotreba stimulanasa najčešće se sprovodi sa ciljem kontrole apetita i telesne težine. Značajan procenat pacijenata sa BN ima karakteristike poremećaja ličnosti koje dostižu nivo potreban za dijagnozu jednog ili više poremećaja ličnosti, najčešće graničnog poremećaja ličnosti (DSM V).

Depresivni poremećaj je čest kod osoba obolelih od bulimije nervoze. Kod pacijenata bolesnih od bulimije nervoze je uočeno da se depresija može javiti pre pojave bulimičnih simptoma, ali je još češći obrnut slučaj. Interesantno je napomenuti da depresivni simptomi perzistiraju ili se čak i pogoršavaju redukcijom bulimične simptomatologije. Kada je reč o nivou suicidalnosti, smatra se da su adolescenti sa BN posebno vulnerabilna grupa. Više od polovine (53%) ima suicidalnu ideaciju, a više od trećine je imalo pokušaj suicida (kod 17,1% pacijenata beleženi su višestruki pokušaji)²⁰.

Etiologija bulimije nervoze

Etiologija poremećaja ishrane je multifaktorijalna. U njihovom nastanku i razvoju ulogu imaju različiti faktori koji deluju u međusobnoj interakciji:

- genetski (blizanačke studije su potvrdile da genetski faktori i faktori okoline doprinose mogućnosti za pojavu bulimije nervoze²¹; u poremećajima ishrane identifikovani su signali na hromozomu 10 za bulimiju nervozu²²;

- neurobiološki (smatra se da izmenjena serotonergička neurotransmisija ima ulogu u patogenezi i patofiziologiji poremećaja ishrane; takođe, lekovi koji pokazuju određen stepen efikasnosti kod osoba sa anoreksijom i bulimijom deluju putem serotonergičkog neurotransmiterskog sistema (antidepresivi);
- psihološki (intrapersonalni i interpersonalni faktori);
- sociokulturološki faktori.

Uzimanje hrane, pa time i poremećaji ishrane povezuju unutrašnji i spoljašnji svet pojedinca. Menzies²³ kaže: „Može se reći da ljudi nikada ne jedu sami ili bez ikakvog uticaja drugog, s obzirom da je uzimanje hrane uvek praćeno u kontekstu unutrašnjeg sveta“.

U psihološkom smislu (simbolično) hrana i odnos prema hrani mogu da predstavljaju:

- nezasiću želju za bezuslovnom ljubavlju^{6, 24}
- izraz besa i mržnje^{25, 26}
- supstitut za seksualnu gratifikaciju ili poricanje apstinencije²⁵
- želju za trudnoćom ili strah od trudnoće^{25, 27, 28}
- osećanje superiornosti ili odbranu od odgovornosti^{29, 30}
- konflikt zavisnost-nezavisnost^{31, 32, 33}
- odbranu od projekcije neprihvatljivih osećanja roditelja^{24, 25, 32, 34}.

Sociokulturološki faktori – uticaj kulture u zapadnim zemljama

Činjenica da se čovek oduvek fokusirao na spoljašnju lepotu nije začuđujuća – naše telo je u osnovi našeg identiteta. Fokusiranje na spoljašnju lepotu nije specifično samo za savremeno društvo. U grčkoj mitologiji bogovi su bili u ljudskom obliku i, što je interesantno, većito mladi i lepi. Njihovo telo se nije menjalo tokom vremena zahvaljujući napitku besmrtnosti i vitalnosti – ambroziji. Grčki ideal se izražavao kroz savršeno telo napravljeno u mermeru, predodređeno da traje i posle smrti. Ideja o besmrtnosti se može ponuditi kroz održavanje tela mladim, lepim, vitalnim. Izgleda da ni danas nije drugačije, lepota tela i večna mladost su imperativ, što se više približavamo željenom stereotipu, time se osećamo posebnije i jedinstvenije.

U savremenom društvu uspešne osobe karakteriše: narcistična patologija, kompetitivnost, perfekcionizam. Društveno nametnuta potreba za mršavošću, perfekcionistički strukturisane, ali nesigurne mlade osobe vodi ka tome da veruju da će jedino na taj način biti prihvaćene od strane okoline i biti uspešne u društvu. Naša kultura nameće

mišljenje da je spoljašnji izgled veoma važan. U savremenom društvu, koje je prezasićeno modelima „savršenih“ tela kao zaloga za postizanje sreće, kao i „sigurne“ metode (uputstva) kako da se to savršenstvo postigne, takve kriterijume i nije teško postaviti. Međutim, važno je istaknuti da se neće kod svake osobe koja se pridržava restriktivne ishrane javiti poremećaj ishrane. Sociokulturološki faktori imaju svoj doprinos, ali isključivo u prisustvu ostalih faktora.

Mnogi autori su istakli da se poremećaji ishrane, posebno bulimija nervoza, mogu razumeti u okviru psihologije žene u odnosu prema drugima. Socijalno prihvatljivo stanoviše je da žene udovoljavaju drugima i da ne vode mnogo računa o sopstvenim potrebama. Od žena se kulturološki očekuje da negiraju svoje potrebe i da uskrate sebe sa ciljem zadovoljenja potreba drugih. Steiner-Adair ističe da su žene koje pate od bulimije zapravo „eksperti“ u lažnim odnosima³⁵. Za njih je zadovoljenje tuđih potreba i briga o drugima mnogo važnija nego da slušaju sebe i svoje želje. Smatra se da izlaganje vrednostima zapadne kulture (koje vrednuju mršavost kod žena) ima važnu ulogu u povećanom obolevanju od poremećaja ishrane širom sveta. Tako se beleži porast obolelih u zemljama kao što su Japan, Iran i Singapur među ženama koje su bile izložene zapadnoj kulturi tokom privremenog boravka u cilju edukacije ili odmora^{36,37}.

Razvoj i tok bulimije nervoze

Bulimija nervoza se uglavnom javlja u periodu srednje i kasne adolescencije, kod mladih osoba u srednjoj školi ili na fakultetu, dok detinjstvo predstavlja latentni period bolesti. Adolescencija je period života tokom koga se mlada osoba bori sa mnogobrojnim nesigurnostima, sa izazovom da prihvati promene koje su nastale u tom periodu života, kako telesne, tako i psihološke. Neke adolescentkinje se sa tim nose lakše, a neke teže. One koje se bore sa osećanjem izražene nesigurnosti, perfekcionizmom, sniženim samopouzdanjem, mogu da veruju da će redukcijom nekoliko kilograma postati slične osobi iz časopisa kojoj se dive. Oblikovanjem svoga tela i kontrolom unosa hrane adolescentkinja pokušava da se oseća sigurnije i samopouzdanije.

Sam povod za početak bolesti mogu biti porodične krize, neuspeh u školi, prekid ličnih sentimentalnih odnosa, započinjanje emotivne veze i susret sa seksualnošću. Kao okidače za bulimičnu krizu pacijentkinje navode napetost, neraspoloženje, osećanje praznine, svađe sa roditeljima, mladićem, umor ili dosadu. Kada su osećanja veoma intenzivna, bilo da su neprijatna ili čak prijatna, one koriste hranu da bi „umrtvile“ te emocije.

Interesantno je da su *follow-up* studije³⁸ pokazale da je samo mali procenat bulimičnih pacijenata imao fazu anoreksije pre razvoja bulimičnih simptoma. Model ishrane podrazumeva izgladnjivanje koje se smenjuje sa epizodama prejedanja, koje se karakterišu žudnjom za hranom i gubitkom kontrole. Deprivacija u ishrani kod ovakvih osoba

veoma brzo vodi ka prejedanju i nasilnom povraćanju ili zloupotrebi laksativa kao metodama kojima neutrališu parališući strah od gojenja. Ovo ponašanje na početku bolesti izgleda kao „najdelotvornije rešenje“, da jedu koliko žele i šta žele, a da ne dobijaju na telesnoj masi.

Bulimično ponašanje može biti:

- Planirano – osoba bolesna od bulimije razmišlja o hrani, planira kako će i kada kupiti hranu, kako će se prejesti i povraćati. S obzirom na to da se ponašanje drži u tajnosti, dešava se da ceo dan planira kako da bude sama i organizuje bulimičnu epizodu, pa se tako zanemaruju porodica, prijatelji i školske obaveze.
- Impulsivno – dešava se ukoliko bulimična osoba pojedje nešto od „zabranjene hrane“ ili pak kada neplanirano ostane sama kod kuće.

S obzirom na to da se veliki deo njihovog života odvija u tajnosti, jasno je da je to izvor konstantnog stresa. Ciklus prejedanje-povraćanje u potpunosti zaokuplja osobu koja se bori sa bulimijom i ulazi u svaki aspekt života i svakodnevnih aktivnosti: ceo dan razmišlja o hrani, planira kako će i kada kupiti hranu, prejesti se i povraćati. Preokupiranost hranom dovodi do zanemarivanja drugih oblasti života. Vremenom se izoluju od porodice, prijatelja, zanemaruju školske obaveze, a takva izolacija pojačava osećanje da su čudne/bolesne. Ovo „izbegavanje“ postaje izraženije kako bolest napreduje, te se uspostavlja jedan začarani krug koji se manifestuje učestalim prejedanjem, povraćanjem, socijalnim povlačenjem, zanemarivanjem školskih i profesionalnih obaveza. Kako bolest napreduje, doživljaj da imaju kontrolu se smanjuje, počinju da se osećaju neadekvatno i drugačije od ostalih, preplavljene su osećanjem stida zbog svog ponašanja i zbog odsustva kontrole nad njim. Zbog izraženog osećanja samomržnje i stida tokom i posle bulimičnih kriza, samopovređivanje je često, kao i pokušaji suicida, što je i najčešći razlog za traženje profesionalne pomoći.

Psihodinamika bulimije nervoze

Veza između hranjenja i roditelja koji hrani je osnova za razvijanje kapaciteta za odnos sa drugima i prema sebi. Neke bebe imaju veće potrebe za kontaktom sa majkom ili ne mogu tolerisati frustraciju koju osećaju kada im hrana ne dođe baš kada to žele. Sa druge strane, majke osoba kod kojih će se razviti bulimija nervoza su nudile hranu umesto da zadovolje neke druge potrebe deteta, verovatno zbog sopstvenih poteškoća – depresivnost majke npr., a rezultat je da dete tada ne čita tačno svoje unutrašnje stanje i ne može da odgovori na to na adekvatan način. Jedenje tako postaje povezano sa samoregulacijom u smislu redukcije anksioznosti i besa. Osobe bolesne od bulimije nemaju sposobnost da se samoumire, jer su u detinjstvu pretrpele neuspeh empatičnog ogledanja i nisu stekle unutrašnje kapacitete koji bi normalno ojačali ego i njegove funkcije. Prejedanje se

može posmatrati kao neprilagođen oblik samolečenja kroz pokušaj da se smanje bolni afekti i da se povrati osećaj blagostanja korišćenjem hrane kao simboličkog predstavljanja majčinih umirujućih funkcija.

Postoje brojna tumačenja psihodinamike bulimije nervoze, značaja i simboličke simptoma. Frojd se nije bavio lečenjem osoba sa poremećajem ishrane, ali neke njegove pacijentkinje koje je opisao u svojim delima su imale neke od simptoma poremećaja ishrane. Frojd povezuje bulimičnu simptomatologiju žudnje za hranom i povraćanje sa histeričnim simptomima, a kasnije sa intrapsihičkim konfliktom koji je povezan za fantazijama oralne trudnoće, koja mora biti uništena na samokažnjavajući način – povraćanjem³⁹.

Farrell⁴⁰ govori o značaju bulimičnih simptoma, pa i samog tela kao prelaznog objekta. Farrell smatra da se u slučaju BN radi o patologiji majke i njenoj nesposobnosti da omogućiti detetu da napravi separaciju. Majka bulimične osobe koristi svoju bebu i njeno telo kao svoj prelazni objekat u pokušaju da potvrdi svoje fizičke granice. Umesto da majka prihvati neprihvatljiva bebina osećanja, uloge se menjaju i beba preuzima osećanja majke. Na taj način beba proživljava osećanja koja nisu njena i kasnije mora da ih se oslobodi.

S obzirom na to da je hranjenje u detinjstvu povezano sa majkom, prejedanje se može razumeti kao način da se obezbedi umirenje u majčinom odsustvu. Kroz konstantno unošenje i izbacivanje hrane – projekciju i introjekciju, bulimična osoba prorađuje proces separacije – individuacije, simbolično uništavajući i inkorporišući ljude prežderavanjem. Tako Sugarman i Kurash⁴¹ bulimiju vide kao razvojni zastoj separacije-individuacije i smatraju da je u osnovi poremećaja defekt ega. Sugerman⁴² smatra da postoji razvojna nemogućnost bulimičnih pacijentkinja da svoje želje, potrebe, i afekte manifestuju na verbalan način i da se odvoje od dominantne i kontrolišuće majke: „Prežderavanje postaje akt simboličnog ponovnog sjedinjavanja, povraćanje akt separacije, ako ne i uništenja majke“. Povređujući sebe kroz čin prejedanja i nasilnog povraćanja, one povređuju svoju okolinu i na ovaj način ispoljavaju nesvesnu agresiju koju osećaju prema ljudima, prvenstveno roditeljima.

Masterson⁴³ bulimiju nervozu vidi kao predstavnika narcističkog poremećaja ličnosti. To objašnjava činjenicom da je dečija (patološka) grandioznost bila traumatično razočarana što dovodi do defanzivne idealizacije drugog. Kao rezultat, ovi pacijenti se fokusiraju na druge umesto na sebe, brinu o potrebama i željama drugih i sebe uvek stavljaju na drugo mesto.

Po Kernbergu⁴⁴ bulimična simptomatologija, pa i simptomatologija poremećaja ishrane uopšte, je odraz „nemilosrdnog sadističkog ataka na telo pacijenta“. Po Kernbergu, simptomi bulimije predstavljaju napade na: sposobnost da se doživi zadovoljstvo (uzimanje hrane, primanje dobrog od drugih, uživanje); na majku; na ženstvenost (preedipalni nivo koji ukazuje na težu psihopatologiju, i edipalni kod manje bolesnih pacijenata); heteroseksualnost. Kroz epizode

prejedanja i povraćanja ove pacijentkinje negiraju osećanje zavisnosti od značajnih drugih i ispoljavaju bes prema stvarnom ili fantaziranom napuštanju.

Somatske komplikacije bulimije nervoze

Elektrolitni disbalansi

Poremećaji elektrolita nastaju kao ozbiljnija komplikacija nasilnog povraćanja i „čišćenja“^{46,47}. Može doći do sniženja serumskih koncentracija kalijuma, hlorida, magnezijuma i natrijuma, što povlači mnoge druge ozbiljne komplikacije. Ovi elementi su neophodni za metaboličke procese u organizmu, kao i za funkcionisanje nervnog i muskulo-skeletnog sistema. Elektrolitni disbalans može prouzrokovati slabost, umor, opstipaciju, depresiju, a mogu se javiti i poremećaji ritma srčanog rada i iznenadna smrt. Pored ozbiljnih kardioloških komplikacija, hipokalijemija može izazvati i intestinalni dismotilitet i miopatiju skeletnih mišića. Elektrolitni disbalans je reverzibilna komplikacija bulimije nervoze, što znači da se elektrolitni status popravljiva onda kada se prekine sa povraćanjem. Ponekad zahteva dodatan tretman, ali je važno da bude pod nadzorom lekara (neke pacijentkinje same „na svoju ruku“ uzimaju kalijum kako bi nadoknadile gubitak koji je izazvan povraćanjem).

Dehidracija

Nastaje kao posledica povraćanja, zloupotrebe diuretika i laksativa. Karakterišu je žeđ, suvoća usta, tahikardija, slabost, pogoršanje turgora kože, vrtoglavica. Mnogi pacijenti se žale na oteku prstiju, zglobova i lica, koji su posledica edema. Kao posledica dehidracije javljaju se i kognitivne promene, a to su: smanjena koncentracija, konfuznost i, u najgorem slučaju, može doći do delirijuma. Ukoliko je dehidracija izražena ili dugotrajna, može doći i do oštećenja bubrežne funkcije.

Kardiološke komplikacije

Kardiološke komplikacije nastaju prvenstveno kao posledica gubitka kalijuma i remećenja homeostaze telesnih tečnosti. Hipokalijemija za posledicu može imati poremećaj srčanog ritma. U stanjima hipokalijemije potencirani su i efekti nekih lekova (npr. kardiotonični glikozidi). Perzistentno restriktivno ponašanje u ishrani kao i učestalo povraćanje rezultuju hipovolemijom, što za posledicu ima aktivaciju sistema renin-angiotenzin-aldosteron sa ciljem da se zadrži tečnost, što dovodi do nastanka edema.

Disfunkcija bubrega

Učestalo povraćanje ima za rezultat ozbiljan poremećaj bubrežne funkcije. Hronična hipokalijemija može biti uzrok nefropatije, sa povišenim nivoom serumskog kreatinina, što konačno može rezultovati hroničnom bubrežnom insuficijencijom, toliko ozbiljnom da zahteva dijalizu. Kontinuirano povraćanje i zloupotreba laksativa i diuretika, uz povremeno gladovanje, stimulišu sistem renin-angiotenzin-aldosteron s

obzirom da telesni homeostatski sistem pokušava da zadrži tečnost. Kada prestanu sa zloupotrebom ovih supstanci, perzistentni hiperaldosteronizam može dovesti do edema koji mogu trajati nedeljama. Važno je pacijente upozoriti na ovu mogućnost, jer neki dobiju između 2,5 kg i 4,5 kg težnosti, što dovodi do prave panike i može ih opet uvesti u povraćanje.

Gastrointestinalni sistem

Kod 25% bulimičnih pacijenata mogu se videti bezbolni otoci parotidnih i submandibularnih pljuvačnih žlezda, što se viđa i kod osoba bolesnih od anoreksije bulimičnog tipa. Ovaj nalaz je posebno stresan za pacijente koji su već jako senzitivni u vezi svog izgleda. Do oticanja dolazi zbog hiperaktivnosti žlezda koja se javlja čim se hrana nađe u ustima, što ima posledičnu hipertrofiju. Sa prekidom povraćanja, vremenom dolazi do normalizacije veličine žlezda.

Kod ovih pacijenata česte su laceracije, krvarenja, trauma usne šupljine (kao posledica izazivanja povraćanja prstom ili nekim stranim objektom, npr. četkicom za zube). Zbog vraćanja želudačnog sadržaja, česte su i upale ždrele. Komplikacije jednjaka su počev od blagog ezofagitisa, do životno ugrožavajuće ruptуре. Akutna gastrična dilatacija se može javiti kod bulimičnih u toku prejedanja, a u izuzetno retkim slučajevima moguća je i gastrična ruptura. Akutni pankreatitis se može javiti kao komplikacija učestalih bulimičnih kriza. Gastrično pražnjenje može biti usporeno kao i peristaltika uopšte, što može dovesti do neprijatnog osećanja nadutosti, bola, konstipacije i, potencijalno – ileusa. Učestalo povraćanje vremenom može rezultovati i spontanom regurgitacijom hrane. Kod manjeg broja pacijenata javlja se i gastroezofagealni refluks i posle male količine hrane ili pića.

Hronična zloupotreba laksativa uzročnik je gubitku normalne peristaltike, što rezultuje bolovima u abdomenu, dijarejom i opstipacijom. Gladovanje, povraćanje i zloupotreba laksativa i diuretika dovode do dehidracije ali i povratne retencije tečnosti. Simptomi dehidracije obuhvataju: drhtavicu, slabost, umor, pad koncentracije, prebojenost urina. Ukoliko ovakvo stanje duže potraje, može dovesti do težih oštećenja bubrega, srčanog mišića i drugih vitalnih organa.

Ketoacidoza nastaje kao posledica ubrzanog sagorevanja masti umesto ugljenih hidrata kako bi telo obezbedilo neophodnu energiju. Zbog završenih metaboličkih ciklusa dolazi do nagomilavanja ketonskih tela, koja smanjuju pH krvi i organizam uvode u stanje acidoze.

Endokrini poremećaji

Pacijenti bolesni od bulimije nervoze mogu ispoljavati neke endokrine abnormalnosti i kod njih su zastupljeniji neredovni menstrualni ciklusi u odnosu na amenoreju. Kod žena obolelih od bulimije je povišen nivo kortizola kao i ACTH. Prejedanje i nasilno povraćanje su jedan oblik stresa, što za posledicu može imati povećanje nivoa kortizola.

Osim toga povećanje nivoa kortizola nastaje i kao posledica poremećaja hipotalamo-hipofizno-adrenalne osovine, što je dokazano u neurobiologiji depresije. Povišene vrednosti kortizola mogu dovesti do deficita serotonina. Alteracije serotoninskog sistema imaju uticaj na način ishrane, na raspoloženje, kao i na apetit i kontrolu impulsa.

Poremećaji na nivou kože

Pacijentkinje koje povraćaju imaju karakteristične povrede na dorzalnoj strani šake, tzv. Raselov znak. Radi se o erozijama, modricama, kalusima koji nastaju prilikom akta povraćanja kada zubima povređuju prste i kožu dorzalne strane šake tokom izazivanja refleksa povraćanja. Nešto ređe mogu se videti i hemoragije ili facijalne petehije ili purpura.

Oštećenja zuba

Kod pacijenata sa bulimijom javljaju se erozije zubne gleđi i učestala pojava karijesa. Posle višegodišnjeg povraćanja izgled zuba postaje karakterističan, i može biti i prvi dijagnostički znak.

Terapija bulimije nervoze

Terapija bulimije nervoze je dugotrajna. Lečenje može biti ambulantno ili hospitalno, što zavisi od kliničke slike i stanja pacijenta. Indikacije za hospitalno lečenje su: učestale bulimične krize, odsustvo kontrole nad bulimičnim epizodama, srednje teška ili teška depresivna epizoda, dijagnoza graničnog poremećaja ličnosti, ozbiljni poremećaji somatskog zdravlja, kao i procena da postoji povećan rizik od suicida. U lečenju se primenjuju: psihoterapija, farmakoterapija, kao i saveti vezani za ishranu. U nekim slučajevima potrebno je konsultovati specijaliste iz endokrinologije, kardiologije, gastroenterologije.

Psihoterapija

Psihoterapija se smatra terapijom izbora u lečenju obolelih od bulimije nervoze. Najbolji psihoterapijski pristup lečenju bulimije nervoze je integrativna psihoterapija. Pored bihevioralne kognitivne psihoterapije⁴⁵, sa ciljem da se promene navike u ishrani, u lečenju se koristi i psihoanalitička psihoterapija, koja uključuje individualnu, grupnu i porodičnu psihoterapiju.

Kognitivno bihevioralna psihoterapija ima značajno mesto u lečenju ovih pacijenata, i praktično se na ovaj način i započinje tretman osoba bolesnih od bulimije nervoze. Inicijalna faza lečenja se koristi da bi se redukovale ili prekinule bulimične epizode, tačnije fokus je na poremećenim navikama u ishrani – prejedanju i povraćanju, kao i izglednivanju. Nutritivna edukacija je važan deo ovog ranog tretmana i tretmana uopšte. Od pacijenta se zahteva i da vodi dnevnik ishrane i, uopšte, da uspostavi veću kontrolu nad svojim ponašanjem. Cilj ove faze lečenja je da se pomogne pacijentu da postigne bolju kontrolu nad svojim simptomima.

Psihoanalitička psihoterapija podrazumeva dubinski i nedirektivan pristup pacijentu, fokusira se na probleme u ranom razvoju ličnosti, i po pravilu je dugotrajan proces. Indikacija za psihoanalitičku psihoterapiju pacijenata bolesnih od bulimije je neadekvatan odgovor na vremenski ograničene psihoedukativne kognitivno-bihevioralne metode. Psihoanalitička psihoterapija, kao dubinska psihoterapija, nije indikovana za sve pacijente, ipak iskustvo pokazuje da većina njih može imati koristi. Za razliku od bolesnih od anoreksije, većina osoba bolesnih od bulimije želi da se leči, da promeni svoj način ishrane, života, i same traže pomoć. Na lečenje se najčešće javljaju kada više ne mogu da se nose sa depresivnošću, bulimičnim epizodama i često posle nekoliko pokušaja suicida. Važno je da terapeut ima na umu da su simptomi bulimije način komunikacije ovih pacijenata, jer putem svojih simptoma one pokazuju svoju ljutnju, nezadovoljstvo, bes. Osobe koje boluju od poremećaja ishrane su aleksitimične. Zato je važno da terapeut ima minimalna očekivanja da će ove aleksitimične pacijentkinje na početku terapije verbalizovati svoja osećanja. Terapeut mora da bude strpljiv i spreman na kompromise tokom psihoterapijskog procesa. Zbog toga je sva odgovornost na terapeutu u smislu uspostavljanja odgovarajućeg kontakta sa njima, kao i pružanja pomoći da nauče kako da ispituju svoja osećanja, da nauče da ih „pretvore u reči“, i, konačno, koriste terapiju.

Farmakoterapija

Farmakoterapija se primenjuje samostalno ili u kombinaciji sa psihoterapijom. Do danas nije razvijen specifičan lek za lečenje bulimije nervoze, ali postoje lekovi koji značajno mogu da redukuju bulimične epizode i poboljšaju psihičko stanje pacijenata. U lečenju obolelih primenjuju se lekovi odobreni za druge bolesti, pre svega antidepresivi iz grupe SSRI, a zatim i antiepileptici. Danas nam je na raspolaganju fluoksetin koji je odobren od strane FDA za lečenje bulimije nervoze kod odraslih pacijenata. Interesantno je napomenuti da je fluoksetin jedini lek koji je FDA odobrila za lečenje poremećaja ishrane uopšte. U tu svrhu primenjuje se u dozi od 60 mg/dan, što je veća doza od one koja se uobičajeno koristi u lečenju depresije. U dozi od 60 mg/dan fluoksetin značajno smanjuje epizode prejedanja, nasilnog povraćanja i redukuje depresivnu simptomatologiju. Prilikom primene fluoksetina kod adolescenata treba uzeti u obzir, sa jedne strane, postojanje povišenog rizika za suicid kod adolescenata obolelih od bulimije nervoze⁴⁶, a sa druge potencijal lekova iz grupe SSRI za povećanje suicidalnosti. Zato se adolescenti kojima je propisan lek iz ove grupe moraju pažljivo pratiti.

Iz grupe antiepileptika izdvaja se topiramat, zbog dobro poznatog efekta na redukciju apetita, a u slučaju BN redukcije bulimičnih kriza. Zbog u potpunosti nepotvrđene efikasnosti, ne smatra se lekom prvog izbora u lečenju pacijenata sa bulimijom nervozom, već se lekari oslanjaju na korisne efekte njegove *off-label* primene, uočene u malobrojnim kliničkim ispitivanjima⁴⁷.

Abstract

The fact, that man has always been focused on external beauty is never surprising. The base of our identity is our body. However, it is worrying to know that whether they are obese, thin, or normally fed, people of both sexes and all age groups have never been as dissatisfied with their bodies as they are today. Many do not perceive eating disorders as serious diseases, but as someone's whim, the desire to be thin, and some even go so far as to accept a disturbed diet as healthy. We notice that healthy people talk about eating disorders in an affirmative tone - they don't understand that it is a disease. Avoiding a normal diet is considered "normal" and even desirable. Unfortunately, eating disorders are culturally normalized. The most commonly diagnosed eating disorders are anorexia nervosa and bulimia nervosa. Unlike anorexia nervosa, bulimia nervosa is much more difficult to detect. It can remain unrecognized for a long time even from the immediate environment, because a person suffering from bulimia is usually of normal body weight, and bulimic crises usually take place in secret. And then, even when the disease is discovered, its meaning and severity are often unrecognized. Unfortunately, bulimia nervosa is often experienced as a whim of a spoiled child from a rich society. In etiological terms, bulimia nervosa is a multifactorial disease. In its origin and development, the role is played by various factors that interact with each other: genetic, neurobiological, psychological and socio-cultural. There are many interpretations of the psychodynamics of bulimia nervosa, the significance and symbolism of symptoms. The most common comorbidities are depression, anxiety disorders, PTSD, and substance abuse. The consequences of the disease are in the sphere of mental and physical health. Recognition and treatment of bulimia nervosa is extremely important, and psychotherapy and pharmacotherapy are used in the treatment of patients.

Keywords: eating disorders, bulimia nervosa, psychotherapy

Literatura

1. Lassegue C. De l'anorexie hysterique. Archives Generales de medecines, Paris: 1873, 21(1), 386-403.
2. Abraham K. Development of the libido, in Selected Papers of Karl Abraham. London: Karnac, 1979, reprinted 1988, 418-501.
3. Freud S. Some Psychical Consequences of the Anatomical Distinction between the Sexes. In Laplanche J and Pontalis JB. (1973), Language of psycho-analysis. London: Hogarth Press. 1925.
4. Fenichel O. Some Psychiatric Aspects of Anorexia Nervosa, Demonstrated by a Case Report. The Psychoanalytic Quarterly. 1945; 14: 413.
5. Wulff M. Ueber einen interessanten oralen symptomkomplex und seine Beziehung zur Sucht. Internationale Zeitschrift fur Psychoanalyse. 1932; 18: 281-302.
6. Boskind-Lodhl M. Cinderella stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Journal of Women in Culture and Society. 1976; 342-56.
7. Stunkard A. A description of Eating disorders in 1932. American Journal of Psychiatry. 1990; 147: 263-8.
8. Nasser MA. Prescription of vomiting: Historical footnotes. International Journal of Eating Disorders. 1993, 13: 129-31.
9. Bell BM. Holy anorexia. Chicago: University of Chicago Press. 1985.
10. Russell GFM. The history of bulimia nervosa. In: Handbook of treatment for eating disorders, (Garner DM, Garfinkel PE. Eds.). New York: The Guilford Press. 1997. 11-24.
11. Boskind-Lodhl M. Cinderella stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Journal of Women in Culture and Society. 1976; 342-56.
12. Russel G. F. M. (1979) Bulimia nervosa: An omnivariant of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979 Aug; 9(3): 429-48.
13. Williams Janet BW. Diagnostic Criteria from DSM-III-R. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
14. Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Deseta revizija, Knjiga 1. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2013.
15. Treasure J, Schmidt U, van Furth E. Handbook of Eating Disorders. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. 2003.
16. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. Int J Eat Disord. 2003; 3: 383-96.
17. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2006; 19: 389-94.
18. Keski-Rahkonen A, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. Psychol Med. 2009; 39: 823-31.
19. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. Curr Opin Psychiatry. 2013; 26: 543-8.
20. Swanson SA, Crow S, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68: 714-23.
21. Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, et al. Twin studies of eating disorders: a review. Int J Eat Disord. 2000; 27: 1-20.
22. Bergen AW, Van den Bree MB, Yeager M, et al. Candidate genes for anorexia nervosa in the 1p33-36 linkage region: serotonin 1D and delta opioid receptor loci exhibit significant association to anorexia nervosa. Mol Psychiatry. 2003; 8: 397-406.
23. Menzies IEP. Psychosocial aspects of eating. Journal of Psychosomatic Research 1970; 14: 223-7.
24. Stein RA. New Look at the Theory of Melanie Klein. International Journal of Psychoanalysis 1990; 7: 499-511.
25. Coles P. Aspects of perversion in Anorexic/Bulimic Disorders. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. 1988; 3: 137-47.
26. Land P. Thinking about Feelings: Working with the staff of an Eating Disorder Unit. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. 2004; 18: 390-403.
27. Birksted-Breen D. Unconscious Representation of Femininity. Journal of American Psychoanalytic Association. 1996; 44(S): 119-32.
28. Miller L. Mother-daughter and absent father: Oedipal issues in the therapy of an 11-year-old girl with an eating disorder. Journal of Child Psychotherapy. 1997; 23: 81-102.
29. Land P. Thinking about Feelings: Working with the staff of an Eating Disorder Unit. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. 2004; 18: 390-403.
30. Laufer ME. The Female Oedipus Complex and the Relationship to the Body. The Psychoanalytic Study of Child. 1986; 41: 259-76.
31. Bruch H. Obesity and Orality. Journal of Contemporary Psychoanalysis. 1969; 5: 129-43.
32. Lawrence M. Loving them to death: the anorexic and her objects. International Journal of Psychoanalysis. 2001; 82: 43-55.
33. Mahler MS. On sadness and grief in infancy and childhood: Loss and restoration of the symbiotic love object. The Psychoanalytic Study of The Child. 1961; 16: 322-51.
34. Williams G. Reflections on some dynamics of eating disorders: 'no entry' defences and foreign bodies. International Journal of Psychoanalysis. 1997; 78: 927-41.
35. Stainer-Adar C. New maps of development, New models of therapy: The psychology of women and the treatment of Eating Disorders. In: Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia, (Johnson CL. Ed.). New York: Guilford Press, 1991. 225-44.
36. Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. International Journal of Eating Disorders. 2000; 28: 265-71.
37. Ung EK. Eating disorders in Singapore: a review. Annals Academy of Medicine Singapore. 2003; 32: 19-24.
38. Beumont JV, Pierre. Clinical Presentation of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook, (Fairburn CG, Brownell KD. Eds.), Second edition. New York, London: Guilford Press, 2002.
39. Freud S. Extracts from the Fliess papers. In: The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. (Strachey J, Ed.). London: Hogarth Press, 1953. 1: 175-280.
40. Farrel E. Lost for Words - The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia. London: Process Press. 1995.
41. Sugarman A, Kurash C. The body as a transitional object in bulimia. International Journal of Eating Disorders. 1982; 1: 57-62.
42. Sugarman A. Bulimia: A displacement from psychological self to body self. In: Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. (Johnson CL, Ed.). New York: Guilford Press, 1991; 3-33.
43. Masterson JF. Paradise lost-bulimia, a closet narcissistic personality disorder. A developmental, self, and object relations approach. In: Adolescent psychiatry. (Marhon BC, Feinstein SC, Eds.). Hillsdale: Analytic Press. 1995; 253-66.
44. Kernberg OF. Technical approach to eating disorders in patients with borderline personality disorders. Paper presented at the 14th Regional Conference of the Chicago Psychoanalytic Society, Chicago. 1994.
45. Grilo CM. Psychological and behavioral treatments for binge-eating disorder. J. Clin Psychiatry. 2017; 78: 20-4.
46. Crow SJ, Swanson SA, le Grange D, Feig EH, Merikangas KR. Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa. Comprehensive Psychiatry. 2014; 55: 1534-9.
47. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Romo-Nava F. Progress in developing pharmacologic agents to treat bulimia nervosa. CNS Drugs. 2019; 33: 31-46.

Konflikt interesa: Nema

Primljeno: 07.03.2022.

Prihvaćeno: 22.03.2022.

Onlajn: 30.03.2022.