

Percepcija pacijenata s poremećajima prehrane i njihovog tretmana - perspektiva stručnjaka uključenih u tretman

Šrut, Sandra

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:588361>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Sandra Šrut

**Percepcija pacijenata s poremećajima prehrane i njihovog tretmana –
perspektiva stručnjaka uključenih u tretman**

DIPLOMSKI RAD
Mentor: doc. dr. sc. Jelena Maričić

Zagreb, 2024.



UNIVERSITY OF ZAGREB
FACULTY OF CROATIAN STUDIES

Sandra Šrut

**Perception of patients with eating disorders and their treatment -
perspective of professionals involved in treatment**

FINAL THESIS

Mentor: Assoc. Ph.D. Jelena Maričić

Zagreb, 2024.

Sažetak

Cilj ovog rada je ispitati percepciju pacijenata s poremećajima prehrane i njihovog tretmana iz perspektive stručnjaka, s naglaskom na multidisciplinarni pristup u Hrvatskoj. Specifičan je cilj razumjeti uloge i doprinos različitih stručnjaka te identificirati čimbenike koji doprinose uspješnom oporavku. Korišteni su polustrukturirani/nestrukturirani intervjui s 12 stručnjaka iz Klinike za psihijatriju Sv. Ivan u Zagrebu, uključujući psihijatre, psihologe, nutricioniste i terapeute. Nalazi pokazuju da multidisciplinarni pristup omogućuje sveobuhvatan tretman, pri čemu su emocionalni rad, prihvaćanje i strpljenje ključni za oporavak, a bitnima se pokazuju i edukacija te podrška obitelji. Terapijski pristupi poput kognitivno-bihevioralne terapije, geštalt terapije, radne terapije i terapije pokretom doprinose holističkom liječenju. Zaključno, uspješan tretman zahtijeva suradnju, kontinuiranu edukaciju i emocionalnu podršku, što u sinergiji doprinosi trajnom oporavku i boljoj kvaliteti života pacijenata.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, multidisciplinarni pristup tretmanu, perspektiva stručnjaka, psihoterapijski pravci, grupna psihoterapija

Abstract

The objective of this paper is to explore the perception of patients with eating disorders and their treatment from the perspective of professionals, with a focus on the multidisciplinary approach in Croatia. The specific aim is to understand the roles and contributions of various professionals and identify factors that facilitate successful recovery. Semi-structured/unstructured interviews were conducted with 12 professionals from the Clinic for Psychiatry Sv. Ivan in Zagreb, including psychiatrists, psychologists, nutritionists, and therapists. The findings indicate that a multidisciplinary approach provides comprehensive treatment, wherein emotional labor, acceptance, and patience are pivotal to recovery, while education and family support are also significant. Therapeutic modalities such as cognitive-behavioral therapy, gestalt therapy, occupational therapy, and movement therapy contribute to holistic treatment. In conclusion, successful treatment necessitates collaboration, continuous education, and emotional support, which collectively contribute to sustained recovery and improved quality of life for patients.

Keywords: eating disorders, multidisciplinary treatment approach, professional perspective, psychotherapeutic modalities, group psychotherapy

Sadržaj

1. UVOD	2
1.1. Poremećaji prehrane	3
1.2. Tretman poremećaja prehrane	5
1.3. Multidisciplinarnost u radu s poremećajima prehrane	7
1.4. Tretman poremećaja prehrane u kontekstu Hrvatske.....	10
1.5. Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u klinici za psihijatriju sv. Ivan	11
2. CILJ	13
3. METODOLOGIJA	14
3.1. Metoda	14
3.2. Sudionici.....	14
3.3. Postupak	15
4. REZULTATI I RASPRAVA	16
4.1. Stručnjaci i njihov put.....	16
4.2. Percepcija pacijenata	18
4.2.1. Motivacija.....	18
4.2.2. Emocije.....	20
4.2.3. Pojam o sebi	21
4.2.4. Uloga obitelji.....	23
4.2.5. Odnos prema prehrani	24
4.2.6. Kontrola	25
4.3. Tretman poremećaja prehrane	26
4.3.1. Timski rad.....	26
4.3.2. Specifičnosti stručnjaka	28
4.3.3. Što je važno u tretmanu?	30
4.4. Osobna iskustva.....	35
4.4.1. Osobni zaključci	35
4.3.2. Teški trenutci.....	37
4.3.3. Ispunjavajući trenutci	38
5. OPĆA RASPRAVA	39
6. ZAKLJUČAK	41
7. LITERATURA	43
8. PRILOZI	49
Prilog 1	49

1. UVOD

Svjetska prevalencija poremećaja hranjenja povećala se s 3,5% na 7,8% u razdoblju od 2000. do 2018. godine, a očekuje se i daljnji porast brojki (Galmiche i sur., 2019). Istraživanje Runfola i suradnika (2013) pokazuje da u Sjedinjenim Američkim Državama 69-84% žena osjeća nezadovoljstvo vlastitom tjelesnom težinom. Relevantnost ove teme još dodatno naglašava činjenica da su veliki dio ugrožene populacije mladi. Oko petine do četvrtine (22%) djece i adolescenata u svijetu pokazuje simptome poremećaja u prehrani (López-Gil i sur., 2021). Od poremećaja prehrane mogu oboljeti osobe obaju spolova te različitih dobi, rasa, vjera, etničkih pripadnosti, seksualnih orijentacija i tjelesnih težina. Ne postoji pojedinačni uzrok, već kombinacija bioloških, psiholoških i sociokulturnih čimbenika koji konvergiraju i čine pojedinca ranjivim (Schaumberg i sur., 2017). Poremećaji hranjenja samo su jedan od pokazatelja emocionalne patnje osobe, uz česte dodatne tegobe koje smanjuju kvalitetu života. U meta analizi Hambletona i suradnika (2022) se pokazalo da su kod poremećaja prehrane najčešće psihijatrijski komorbiditeti anksioznost (do 62%), poremećaji raspoloženja (do 54%) te poremećaji zloupotrebe supstanci i posttraumatski stresni poremećaj (slične stope komorbiditeta, do 27%). Također je istaknuta povezanost između specifičnih poremećaja prehrane i samoozljeđivanja, poremećaja osobnosti i neurorazvojnih poremećaja. Osim toga, pokazalo se da su poremećaji prehrane bili komplicirani medicinskim komorbiditetima koji zahvaćaju neuroendokrini, skeletni, nutritivni, gastrointestinalni, dentalni i reproduktivni sustav. Medicinski komorbiditeti mogu prethoditi, javljati se paralelno ili se pojaviti kao komplikacija poremećaja prehrane (Hambleton i sur., 2022). Česti su i pokušaji samoubojstva – kod 31% osoba s anoreksijom, 23% osoba s bulimijom i 23% osoba s dijagnosticiranim poremećajem emocionalnog prejedanja (Udo i sur., 2019).

Oporavak od poremećaja prehrane je dugotrajan te kompleksan proces, stoga je bitno neprestano usavršavati načine dijagnostike, liječenja i prevencije.

Za kvalitetan oporavak potreban je motiviran rad pacijenta i multidisciplinarnog tima tijekom dužeg vremenskog perioda. Različiti su uzroci dugotrajnosti i neizvjesnosti oporavka, odnosno predugog odstupanja u prehrani u okvirima poremećaja. Narav samog poremećaja je

kompleksna, a dodatno djeluju nepovoljni kulturalni utjecaji, uz jaku društvenu stigmatizaciju. Stoga proces liječenja treba prilagoditi sociokulturnim čimbenicima (Crnoe i sur., 2023).

Kao jedan od učinkovitih tretmana za liječenje poremećaja prehrane u kontekstu Hrvatske, pokazao se program u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan u Zagrebu. Njegove glavne značajke su multidisciplinarnost i raznovrsni terapijski pristupi. U ovom radu se nastojao dobiti dublji uvid u to kako stručnjaci percipiraju pacijente s poremećajima prehrane u tretmanu i svoj rad općenito. Dobiveni podaci mogli bi koristiti stručnjacima u zdravstvenom i obrazovnom sustavu te pacijentima i obiteljima oboljelih osoba u borbi protiv „epidemije“ poremećaja prehrane.

1.1. Poremećaji prehrane

Tematika poremećaja prehrane sve je češća u današnjem društvu. Malo tko nije čuo bar za neki oblik poremećaja prehrane te su se mnogi i suočili s tim opasnim stanjem. Popularizacijom teme dolazi do destigmatizacije tih poremećaja i podizanja svijesti o problemu, pri čemu se može naići i na pogrešne informacije. Stručnjaci diljem svijeta sustavno rade na "razbijanju mitova" i pronalasku adekvatnog rješenja za prevenciju, liječenje i dijagnostiku poremećaja prehrane. Novija istraživanja odmakla su se od jednostavnih postavki vezanih samo uz izgled, spol, dob i disciplinu osobe, prema složenijoj naravi tih poremećaja. Time se bolje razumije ozbiljnost njihovih posljedica na mentalno i fizičko zdravlje. Danas je poznato da je samo manje od 6% ljudi s poremećajem hranjenja medicinski pothranjeno (Flament i sur., 2015). Također, sve je više muškaraca s ovim poremećajima. Zbog prevladavajućeg mišljenja da poremećaji hranjenja pogađaju samo mlade djevojke, muškarci kasne u prepoznavanju svog ponašanja kao mogućih simptoma poremećaja (Räisänen i Hunt, 2014).

Poremećaji prehrane ozbiljna su i potencijalno po život opasna stanja. Nisu hir, faza ili trend (*Academy for eating disorders* (AED), 2021), već složene psihičke bolesti koje karakteriziraju dugotrajne poremećaje ponašanja u prehrani, kao i poremećaje psihičkog funkcioniranja. Obilježeni su trajnim obrascima ponašanja vezanima uz prehranu, koji uzrokuju promijenjenu konzumaciju hrane te ozbiljno ugrožavaju fizičko zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje (*American Psychology Association* (APA), 2022). Dakle,

poremećaji obuhvaćaju destruktivne emocije, stavove i ponašanja vezana uz hranu i težinu osobe koja sa sobom mogu nositi ozbiljne posljedice – za oboljelu osobu, njenu obitelj, ali i cjelokupno društvo (AED, 2021). Mehanizmi suočavanja sa stresom kod osoba s ovim poremećajima vezani su pretežno ili isključivo uz hranu i mogu biti jako štetni. Tipični simptomi su opsjednutost izgledom, nagli gubitak težine, izbjegavanje određenih namirnica, gubitak kontrole u blizini hrane, vrtoglavica, nagle promjene raspoloženja, prekomjerna tjelovježba, osjećaj krivnje nakon jela i sl. (APA, 2022). Posljedice na fiziološkom i tjelesnom planu su neuravnoteženi elektroliti i hormoni, dentalni i probavni problemi te teškoće sa srcem i jetrom (Cost i sur., 2020). Često se spominje i bol u trbuhu, hladnoća, umor, ispadanje kose, izostanak menstruacije, dijabetes, visok krvni tlak, nepokretnost, astma i bolovi u leđima (APA, 2022). Osim fizičkih posljedica tu su i socijalna izolacija, problem s koncentracijom, emocionalna nestabilnost, narušeni bliski odnosi i osjećaj srama (Smink i sur., 2012).

Dijagnostički kriteriji za određene poremećaje prehrane navedeni su u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5 TR, god ...). Osnovni tipovi su: anoreksija nervoza (AN), bulimija nervoza (BN), poremećaj prejedanja (BED), restriktivni poremećaj izbjegavanja unosa hrane (ARFID), drugi specificirani poremećaji hranjenja i prehrane (OSFED), pika i ruminativni poremećaj (APA., 2022). Poremećaj prehrane je biopsihosocijalni poremećaj – psihička bolest koja se razvija pod utjecajem genetskih, bioloških, ekoloških i društvenih elemenata (Schaumberg i sur., 2017). Osobe mogu razviti poremećaj prehrane ukoliko se posloži rizična kombinacija bioloških, psihološki i sociokulturnih čimbenika. Osobe s poremećajem hranjenja ne odabiru poremećaj – to nije izbor ili nešto čega se jednostavno riješiti. Rizična populacija moga biti adolescenti i mladi odrasli jer su posebno ranjivi zbog značajnih fizičkih i emocionalnih promjena. Osobe koje su pod pritiskom vezanim uz izgled su također u riziku za razvoj poremećaja – manekenke ili sportaši u disciplinama koje zahtijevaju mršavost ili kontrolu težine, poput borilačkih vještina, gimnastike ili trčanja. Pod većim su rizikom i osobe s obiteljskom poviješću poremećaja prehrane, osobe koje su često na dijeti, stigmatizirane osobe – LGBT+ zajednica, rasne manjine te osobe sklone anksioznosti i depresiji (*National Eating Disorders Association (NEDA)*, 2023). Osobe koje se bore s poremećajima prehrane proživjele su u prosjeku više trauma od opće populacije (Mitchell, 2011). Istraživanje Brewertona i sur. (2020) pokazalo je kako skoro polovica osoba s dijagnozom poremećaja prehrane ima simptome slične dijagnozi PTSP-a. Ovi poremećaji su drugi uzrok smrtnosti među svim psihijatrijskim bolestima, odmah iza opijata (Arcelus, 2011). Oboljele osobe često se okreću konzumaciji alkohola i droga - prema

Nacionalnom centru za ovisnost i zloupotrebu supstanci (2003), 50% njih, u usporedbi s oko 9% u općoj populaciji. Nerijetko je prisutan i pokušaj suicida (Udo i sur., 2019), koji je jedan od vodećih uzroka smrti kod osoba s dijagnosticiranim poremećajem prehrane (Goldstein i Gvion, 2019). Istraživanja su pokazala kako će oko 9% stanovništva SAD-a imati poremećaj prehrane u jednom periodu života (DAE, 2020). Prevencija i rano traženje liječenja značajno povećavaju šanse za potpuni fizički i psihički oporavak (AED, 2021). Poremećaje prehrane valja ozbiljno shvatiti jer oboljele osobe pate u svim aspektima života, a za oporavak je potrebno uložiti mnogo truda (Crone i sur., 2023).

1.2. Tretman poremećaja prehrane

Za potrebe provedenog istraživanja, sadržaj rada bit će usmjeren većinom na tretman poremećaja prehrane i proces oporavka, a ne na prevenciju, nastanak, rizičnu populaciju, dijagnostiku i slično. Dosadašnja istraživanja pokazala su kako se različiti poremećaji prehrane mogu liječiti sličnim metodama jer u suštini dijele temeljne karakteristike, samo se manifestiraju na drugačiji način (Fairburn i sur., 2008). Istraživanja navode da nedostatak sigurnih i podržavajućih veza u ranom djetinjstvu može dovesti do problema s niskim samopouzdanjem, teškoćama u regulaciji emocija i povećanom osjetljivošću na vanjske pritiske. Sve su to čimbenici rizika za razvoj poremećaja prehrane. Osim toga, prekomjerna zaštitnička briga, krutost i nedostatak rješavanja konflikata u obitelji također mogu pridonijeti razvoju poremećaja (Minuchin, 1978). Rossi i suradnici (2022) su primijetili da je nesigurna privrženost povezana s većom težinom simptoma poremećaja prehrane i lošijim ishodima liječenja.

Prvi korak u liječenju za one čija je medicinska stabilnost ugrožena jest medicinska stabilizacija i nutritivna rehabilitacija. Cilj je pomoći pacijentu da se vrati na optimalno stanje prehrane, što omogućuje kognitivno funkcioniranje i sudjelovanje u psihološkom liječenju (Crone i sur., 2023). Drugi korak je, dakle, psihoterapija. Liječenje najčešće obuhvaća dubinski rad na sebi, korekciju negativnih simptoma, prekidanje ponašanja povezanih s poremećajem, stabilizaciju težine, uspostavljanje održivih obrazaca prehrane, suočavanje sa štetnim mislima, razvijanje strategija suočavanja sa stresom, rješavanje medicinskih i mentalnih problema te uspostavljanje plana za prevenciju recidiva (Crone i sur., 2023). Postoje razni tipovi tretmana u pogledu bolničkog setinga, rezidualnog liječenja, dnevne bolnice, individualne terapije i

sličDDnoga. Koji tip tretmana je najadekvatniji, ovisi o jačini poremećaja, tj. fazi oporavka (Crone i sur., 2023). Primjerice, ako su simptomi jako izraženi i osoba ne može biti ostavljena samostalno – pogodan je rezidualni smještaj. Ukoliko je osoba u fazi osvještavanja i rada na sebi – dobar izbor je dnevna bolnica kako bi se pacijent lagano prebacivao u "realnost". Pacijenti koji su pobijedili poremećaj prehrane nastavljaju individualnu psihoterapiju kako bi poremećaj držali pod kontrolom (Crone i sur., 2023). Treći korak u liječenju je održavanje psiho fizičkog blagostanja, odnosno sprječavanje recidiva.

Postoji nekoliko vrsta psihoterapije za poremećaje prehrane. Prilikom odabira terapije treba uzeti u obzir individualne sklonosti i tip poremećaja. Dobro je i kombinirati različite terapije kako bi rad na sebi bio što obuhvatniji, te kako bi se na poremećaju radilo sa više strana. Iako različite vrste psihoterapije naglašavaju različite kliničke čimbenike, sve se bave mislima, osjećajima, ponašanjima i odnosima koji utječu na simptome poremećaja prehrane (Crone i sur., 2023). Neke od često korištenih terapija su: Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), geštalt, psihodinamski pristup, psihoanaliza, radna terapija, terapija pokretom i plesom, psihodrama, grupna terapija, obiteljska i realitetna terapija (Herzok, 2022). Osim različitih vrsta terapeuta, u kvalitetnom multidisciplinarnom timu za liječenje poremećaja prehrane sudjeluju i liječnik, nutricionist, psihijatar i fizijatar (Borden i Cook – Cottone, 2020).

Oporavak od poremećaja prehrane je individualan i često nelinearan proces - ovisno o vrsti poremećaja, težini stanja, individualnim čimbenicima te dostupnoj podršci i tretmanu. Općenito, proces oporavka može trajati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina. Recidiv (povratak simptoma) poremećaja prehrane je relativno čest i može biti izazovan dio oporavka. Osobe mogu doživjeti recidiv zbog raznih čimbenika kao što su stres, promjene u životu, emocionalni problemi ili nedovoljna podrška. Ključni čimbenici u oporavku uključuju ranu intervenciju, individualni pristup, pristup profesionalnoj pomoći (psihoterapija, nutricionističko savjetovanje, medicinska skrb), dugoročnu podršku obitelji i prijatelja, te individualnu motivaciju pacijenta (Treasure, 2010). Istraživanje Joya i suradnika (2003) izuzetno naglašavaju važnost rane intervencije, ali navode kako potpuni oporavak postiže samo 40-50% pacijenata, što ukazuje na dugoročne izazove u liječenju poremećaja prehrane.

Pregledni rad Johnsa i suradnika (2019) pruža temeljitu analizu postojećih zdravstvenih usluga za poremećaje hranjenja iz različitih perspektiva. Zdravstveni stručnjaci, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, suočavaju se s izazovima u dijagnosticiranju i liječenju poremećaja prehrane. Često opisuju svoju ulogu kao složenu, s poteškoćama u ispunjavanju

potreba pojedinaca s poremećajima prehrane, njihovih obitelji te šireg zdravstvenog sustava. Glavne identificirane prepreke uključuju nedostatak specijaliziranog znanja, ograničene resurse, napetosti među profesionalcima te emocionalni i profesionalni teret. Zdravstveni djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, poput liječnika opće prakse i medicinskih sestara, često nemaju potrebnu obuku i iskustvo za učinkovito suočavanje s poremećajima prehrane, što može rezultirati kašnjenjem u dijagnostici i nedostatnom početnom skrbi. Nedostatak resursa kao što su vrijeme i specijalizirane usluge dodatno otežava pružanje sveobuhvatne skrbi, s dugim listama čekanja za specijalizirane usluge i nedostatkom podrške za kontinuirano liječenje. Kompleksnost poremećaja prehrane, zajedno s emocionalnim teretom suočavanja s takvim slučajevima, često opterećuje zdravstvene djelatnike. Preporuke za poboljšanja uključuju bolju obuku, pravedniju raspodjelu resursa, jaču međuprofesionalnu suradnju te kontinuiranu edukaciju. Ukratko, pregled stanja naglašava hitnost sustavnih poboljšanja u obuci, resursima i suradnji među zdravstvenim stručnjacima, kako bi se pružila bolja podrška osobama s poremećajima prehrane i njihovim obiteljima (Johns i sur., 2019).

Istraživanje Reida i suradnika (2010) doprinosi razumijevanju izazova s kojima se suočavaju zdravstveni djelatnici u pružanju usluga osobama s poremećajima u prehrani. Korištenjem kvalitativnih metoda, konkretno polustrukturiranih intervjua s 18 zdravstvenih djelatnika, istražene su njihove perspektive o pacijentima s poremećajima u prehrani i dostupnim uslugama. Stručnjaci uključeni u tretman istaknuli su složenost potreba tih pacijenata, naglašavajući nedostatak sredstava i ograničenja resursa koji nisu isključivo financijske prirode - poput adekvatne obuke i podrške osoblju. Također, istaknuli su raznolikost među pacijentima te potrebu za individualiziranim pristupom u liječenju, što je često otežano zbog ograničenih resursa. Iako rezultati podržavaju prethodna istraživanja koja naglašavaju izazove u tretmanu ovih pacijenata, autori nude novu perspektivu kroz prizmu ograničenih resursa, ističući da pacijenti nisu "teški" sami po sebi, već u kontekstu neadekvatne podrške i resursa (Reid i sur., 2010).

1.3. Multidisciplinarnost u radu s poremećajima prehrane

U istraživanju Joya i suradnika (2003), autori objašnjavaju važnost multidisciplinarnog pristupa te doprinos svakog člana tima procesu liječenja. Liječnici se fokusiraju na medicinsku

stabilizaciju i praćenje fizičkog zdravlja pacijenata, nutricionisti izrađuju planove prehrane i pružaju edukaciju o pravilnoj prehrani, dok stručnjaci za mentalno zdravlje nude psihoterapiju kako bi se riješili psihološki korijeni poremećaja. Ova koordinirana suradnja osigurava holistički pristup skrbi koji obuhvaća sve aspekte poremećaja. Također, ističe se i velika važnost redovitih sastanaka tima kako bi se pratio napredak pacijenta i napravile potrebne prilagodbe u planu liječenja (Joy i sur., 2003).

U nastavku će biti opisane jedne od najpopularniji terapija u tretmanu poremećaja prehrane. Jedan od najčešće korištenih psihoterapijskih pristupa u liječenju poremećaja prehrane je kognitivno – bihevioralna terapija (KBT). Ona igra ključnu ulogu u liječenju poremećaja prehrane, posebno u smanjenju simptoma i pružanju konkretnih strategija za upravljanje negativnim mislima i ponašanjima. Međutim, zbog svog fokusa na površinske razine problema, KBT često nije dovoljno duboka za rješavanje dubljih emocionalnih i psiholoških problema. Za postizanje dugoročnog oporavka, mnogi pacijenti mogu imati koristi od kombiniranja KBT-a s terapijskim pristupima koji omogućuju dublji rad na sebi i istraživanje korijena njihovih problema. (Fairburn, 2008).

Kvalitetna tehnika za cjeloviti rad na sebi je geštalt terapija jer se fokusira na holistički način razumijevanja pojedinca. Geštalt terapija se fokusira na svijest, "ovdje i sada" iskustvo i odgovornost pacijenta. Pomaže pacijentima da postanu svjesni svojih trenutnih osjećaja i potreba te da preuzmu odgovornost za svoje izbore i ponašanja. Geštalt terapija može biti korisna za pacijente s poremećajima prehrane jer ih potiče na autentično izražavanje i samoprihvatanje (Perls, 1969).

U istraživanju Macka i suradnika (2023) također je istaknuta važnost sveobuhvatnog pristupa liječenju ovih poremećaja, pri čemu se posebno naglašava uloga radnih terapeuta. Kroz strukturirane kreativne aktivnosti i terapijske intervencije, oni pomažu pacijentima da izgrade samopouzdanje i samopoštovanje te ponovno uspostave zdrave rutine obroka, upravljaju stresom i razviju pozitivne obrasce ponašanja. Sve spomenuto pomaže pacijentima da razviju osjećaj normalnosti i kontrole nad svojim životom. Radni terapeuti posjeduju jedinstvene vještine koje im omogućuju da identificiraju značenje koje pojedinci pridaju različitim aktivnostima te razumiju kako sudjelovanje u tim aktivnostima utječe na njihovu dobrobit i identitet (Mack i sur., 2023).

U tretman poremećaja prehrane dobro je uključiti art terapiju. Ljudi s poremećajima prehrane često imaju poteškoća s verbalnim izražavanjem svojih osjećaja. Art terapija pruža siguran način za istraživanje i izražavanje tih emocija kroz različite umjetničke medije kao što su crtanje, slikanje, skulptura, kolaž ili pokret. Jedan od težih, ali učinkovitih pristupa poremećaja prehrani je terapija pokretom i plesom. U navedenoj terapiji pokret se koristi kao sredstvo izražavanja i istraživanja emocija. Ova terapija može biti posebno korisna za pacijente koji imaju poteškoće u verbalnom izražavanju svojih osjećaja. Međutim, za populaciju s poremećajima prehrane je zahtjevna zbog njihove loše slike o vlastitom tijelu i ukočenih, suzdržanih pokreta. Kroz pokret, pacijenti mogu istražiti svoje tjelesne doživljaje, poboljšati tjelesnu svijest i razviti zdraviji odnos prema svom tijelu (Levy, 2005). Zbog problematike simptoma poremećaja prehrane, uz terapiju pokretom i plesom, pacijentima može biti zahtjevna i psihodrama. Psihodrama koristi dramske tehnike za istraživanje emocionalnih problema i međuljudskih odnosa. Ova terapija omogućuje pacijentima da kroz igranje uloga i improvizaciju istraže svoje osjećaje, konflikte i obrasce ponašanja. Također može pomoći pacijentima da steknu uvid u svoje probleme i razviju nove načine suočavanja s njima (Blatner, 2000).

Važno je spomenuti i grupnu terapiju. Grupna terapija pruža pacijentima priliku da dijele svoja iskustva i izazove s drugima koji se suočavaju s sličnim problemima. Ovaj oblik terapije može smanjiti osjećaj izolacije i pružiti podršku kroz zajedničko iskustvo. Grupna dinamika omogućuje pacijentima da uče jedni od drugih, razvijaju međuljudske vještine i dobivaju povratne informacije koje mogu biti ključne za njihov oporavak. Dakle, korisno je ako se sve navedene terapije i aktivnosti odvijaju u grupnom setingu (Yalom i Leszcz, 2005).

Za kraj, psihodinamski pristup je izuzetno koristan za dubinski rad na sebi jer se fokusira na otkrivanje i razumijevanje nesvjesnih procesa, emocionalnih konflikata i trauma koji leže u osnovi poremećaja. Kroz istraživanje prošlih iskustava, obiteljskih odnosa i nesvjesnih motivacija, pacijenti stječu uvid u temeljne uzroke svojih simptoma, što im omogućuje da razviju zdravije obrasce ponašanja i emocionalne regulacije. Ovaj pristup također pomaže pacijentima da prepoznaju i izraze potisnute emocije te da razumiju kako njihovi obrasci razmišljanja i ponašanja utječu na njihovo psihičko i fizičko zdravlje, što je ključno za postizanje trajnog oporavka (Bruch, 1978).

1.4. Tretman poremećaja prehrane u kontekstu Hrvatske

Prema podacima Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske (2024), tretman poremećaja prehrane u Hrvatskoj moguć je u Klinici za Psihijatriju Vrapče, Klinici za Psihijatriju KBC-a Zagreb (Rebro), Klinici za psihijatriju Sveti Ivan i raznim centrima za mentalno zdravlje – primjerice u Centru BEA. Kao klinike za liječenje poremećaja prehrane izvan Zagreba, uz privatne psihološke prakse, spominju se KBC Osijek, KBC Rijeka te KBC Split. (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. 2024). Međutim, nemaju sve klinike zadovoljene uvjete za uspješan i kvalitetan tretman poremećaja prehrane, a kvaliteta i dostupnost usluge uvelike ovisi o dobi oboljele osobe. Nabrojanim ustanovama uglavnom imaju pristup punoljetni pacijenti, a za maloljetnike su neki od pogodnih opcija Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju KBC Zagreb te Klinika za dječje bolesti KBT Split (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. 2024).

Liječenje bi trebalo obuhvaćati multidisciplinarni pristup koji uključuje psihoterapiju, medicinsku skrb, nutricionističku podršku i farmakoterapiju. Psihoterapeuti najčešće koriste kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT), interpersonalnu terapiju (IPT) i obiteljsku terapiju kako bi pomogla pacijentima u promjeni nezdravih obrazaca razmišljanja. Medicinska skrb može uključivati bolničko liječenje za teže slučajeve, gdje se provodi medicinska stabilizacija, nutricionistička rehabilitacija i intenzivna psihoterapija, dok se manje teški slučajevi liječe ambulantno. Nutricionistička podrška obuhvaća izradu individualnih planova prehrane i edukaciju o pravilnoj prehrani, a farmakoterapija može uključivati lijekove za liječenje anksioznosti, depresije ili drugih mentalnih stanja povezanih s poremećajima prehrane (NEDA, 2023).

Kao kvalitetan tretman poremećaja prehrane u Hrvatskoj do sada se pokazao program u Dnevnoj bolnici za poremećaje prehrane u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb. Upravo iz tog razloga, sudionici u provedenom istraživanju su članovi multidisciplinarnog tima koji sudjeluju u liječenju poremećaja prehrane u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan.

1.5. Dnevna bolnica za poremećaje prehrane u klinici za psihijatriju sv. Ivan

U Klinici za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb prepoznat je javnozdravstveni problem poremećaja prehrane u Hrvatskoj (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb, 2024). Na svojoj internetskoj stranici navode kako prema najnovijim epidemiološkim procjenama, u Hrvatskoj oko 40.000 osoba ima problema s poremećajima prehrane - uključujući anoreksiju, bulimiju i kompulzivno prejedanje. Također ističu kako su ovi poremećaji povezani s visokom stopom smrtnosti, ozbiljnim psihofizičkim posljedicama i mnogim predrasudama te negativno utječu na cijelu obitelj pacijenta i cjelokupno društvo (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb, 2024).

Program u Dnevnoj bolnici za poremećaje prehrane, smještenoj u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan u Zagrebu, sastoji se od različitih oblika terapije uključujući psihoterapiju, radnu terapiju, nutricionističku edukaciju, psihodramu, terapiju plesom i pokretom, kognitivno-bihevioralnu terapiju, obiteljsku terapiju, geštalt terapiju i psihofarmakoterapiju. Program je poluotvorenog tipa, uključuje do 30 pacijenata te je namijenjen tjelesno i intelektualno sposobnim osobama. Program se provodi svakog radnog dana od 8:00 do 15:00 (program ANBN: anoreksija, bulimija, nespecifični), odnosno tri puta tjedno od 16:30 do 20:30 (program PUT: emocionalno prejedanje) te se temelji na grupnom radu. Stručni interdisciplinarni tim čine psihoanalitičar i voditelj programa; psihijatrica; grupni terapeut; voditeljica KBT radionica i znanstvena evaluatorica; nutricionistkinja i voditeljica nutricionističke grupe; voditeljica psihodramske grupe; voditeljica grupe za terapiju plesom i pokretom; voditeljica radne terapije; te vanjska suradnica; dr. geštalt terapeut; psiholog i grupni terapeut; terapeut pokretom i plesom. Supervizorica tima je psihijatrica iz Kliničkog centra u Ljubljani. Osim rada s pacijentima, dnevna bolnica nudi i obiteljsku psihoterapiju jednom tjedno (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb, 2024).

Za prijem u program (prijava preko HZZO – a) potrebno je obaviti indikacijski razgovor s psihijatrom, a pacijent mora biti fizički pokretan, verbalan, psihički sposoban za uvid u realitet, socijaliziran, motiviran za liječenje te imati indeks tjelesne mase iznad 15. Indeks tjelesne mase (ITM) je mjera koja se koristi za kategorizaciju pojedinaca na temelju njihove tjelesne težine u odnosu na visinu (*World health organisation* (WHO), 2020). Izračunava se dijeljenjem težine osobe u kilogramima s kvadratom visine u metrima (kg/m^2). Kategorije ITM-a su sljedeće: pothranjenost: ITM manji od 18.5, normalna tjelesna težina: ITM između 18.5 i 24.9, prekomjerna tjelesna težina: ITM između 25 i 29.9, te pretilost: ITM 30 ili više. Ove kategorije

pomažu u procjeni potencijalnih zdravstvenih rizika povezanih s tjelesnom težinom (WHO, 2020).

Terapijski ciljevi uključuju upoznavanje s poremećajem, poboljšanje samospoznaje, mijenjanje štetnih obrazaca ponašanja, poticanje socijalnih vještina i osobni rast. Krajnji cilj je dugoročni oporavak od poremećaja prehrane. Osim toga, cilj je i prevencija te edukacija stručnjaka i javnosti. Dnevna bolnica je započela s radom u listopadu 2014. godine (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb, 2024).

Radi lakše predodžbe sveobuhvatnosti programa, aktivnosti su prikazane u obliku tablica. Osobe sa anoreksijom, bulimijom i nespecifičnim poremećajem prehrane pohađaju jutarnji program, dok popodnevni pohađaju osobe s emocionalnim prejedanjem.

Tablica 1. Jutarnji program 9:00-15:00 ANBN (znač. anoreksija nervosa, bulimija nervosa):

PON	UTO	SRI	CET	PET
Vizita	Psihoedukacija	Radna terapija	Joga	Poezija
Užina	Užina	Užina	Užina	Užina
Zajednica	Psihodrama	Pisanje pisama	Komunikacija	Grupna terapija
Vaganje	Planovi i ciljevi	Pokret i ples		Mišićna relaksacija
Ručak	Ručak	Ručak	Ručak	Ručak
Nutricionizam	Grupna terapija	KBT	Nutricionizam	Obiteljska
Užina	Užina	Užina	Užina	Užina

Tablica 2. Popodnevni program 16:30-20:30 PUT (znač. Promjena unutarnje težine):

UTO	SRI	ČET
Grupna	Geštalt/NLPT	Grupna
KBT	Fizikalna terapija	Nutricionizam
Pokret i ples		
Večera	Večera	Večera

Osim terapija i aktivnosti navedenih u tablici, treba istaknuti kako svaki tjedan izvršavaju i nutricionističke izazove, gdje se izlažu stresnim situacijama povezanim s hranom u sigurnom okruženju. Osim toga, kroz cijeli program polaznici vode dnevnik samomotrenja, pišu motivacijska pisma, osvrte na proces oporavka, osvrte na filmove i sl. Pacijentima su jedne od najtežih aktivnosti vaganje i obroci. Valja naglasiti kako postoje stroga pravila što se tiče održavanja tjelesne mase i konzumacije obroka. Ukoliko pacijenti padnu ispod indeksa tjelesne mase 15 kg/m^2 i neko vrijeme ne podignu težinu, dobit će disciplinski otpust. Smatra se da osobe sa tako niskim indeksom tjelesne mase nisu kognitivno sposobne za sudjelovanje u programu. Što se tiče konzumacije obroka, užinu pacijenti odabiru po želji, dok bi za ručak trebali jesti topli cjeloviti bolnički obrok. Ukoliko ne mogu jesti na taj način zbog problematike poremećaja – moguće je konzumirati nutritivni napitak kao zamjenu. U kuhinji dnevne bolnice uvijek ima dostupne raznovrsne hrane kako bi pacijenti bili u mogućnosti slušati svoje tijelo i zadovoljiti potrebe. Osim toga, stroga su pravila oko kašnjenja, izostanaka te motivacije. Od velike je važnosti pacijentima s poremećajem prehrane postaviti strukturu i jasne granice, ali uz prihvaćanje i razumijevanje. Na taj način se uče preuzeti odgovornost za sebe i svoje postupke. Unatoč strogim pravilima, pacijenti se osjećaju prihvaćeno i voljeno te im njihova grupa predstavlja obitelj. Grupni rad kod liječenja patologija vrlo je učinkovit i pokazalo se kako je ljudski kontakt izuzetno ljekovit (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb, 2024).

Dakle, pacijenti koji sudjeluju u programu dubinski rade na sebi pomoću raznih psihoterapija, psihoedukacija i radionica u grupnoj atmosferi. S obzirom na tešku narav poremećaja prehrane treba ga "napadati" sa svih strana te će se na taj način učinkovitije doprijeti do uzroka i dugoročnog oporavka. Trajanje liječenja je fleksibilno, ovisi o pacijentu i njegovom procesu oporavka. Pacijenti odlaze iz programa kada osjećaju da su spremni – u prosjeku nakon godinu i pol. Nakon odlaska iz dnevne bolnice, nastavlja se individualni rad i ambulantno praćenje kako bi se poremećaj držao pod kontrolom (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb, 2024).

2. CILJ

Cilj rada je produbiti spoznaje o osobama s poremećajima prehrane i njihovom tretmanu iz perspektive stručnjaka koji su uključeni u tretman. Intervjuiranjem osoblja u Klinici za

psihijatriju Sv. Ivan – Dnevna bolnica za poremećaje prehrane, steći će se uvid u načine rada, vrste tretmana te različite doprinose i aspekte suradnje multidisciplinarnog tima. Na temelju toga, cilj je steći nove spoznaje koje bi mogle doprinijeti saznanjima o čimbenicima koji doprinose razvoju poremećaja prehrane te njihovome liječenju u kontekstu hrvatskoga zdravstva i društvenih okolnosti.

3. METODOLOGIJA

3.1. Metoda

Korištena metoda je polustrukturirani - nestrukturirani intervju. Radi se o vrsti kvalitativne istraživačke metode koja se često koristi u psihologiji kako bi se dobile dubinske informacije o subjektivnim iskustvima, mišljenjima i stavovima ispitanika. Polustrukturirani intervju pruža okvir koji osigurava da se pokriju sve ključne teme, dok nestrukturirani intervju omogućava dublje istraživanje neočekivanih tema (Smith, 2015). Prednosti kombinacija spomenutih metoda su: fleksibilnost, pokrivanje ključnih tema, dobra kontrola intervjuera, dublji uvid u subjektivne sadržaje, ispitanici se osjećaju slobodnije pri izražavanju, a moguće je i istraživanje neplaniranih tema. S druge strane, nedostaci ovakvog intervjuera mogu biti: mogućnost odstupanja od teme, potrebna je visoka razina vještine intervjuera, a i teže je analizirati podatke zbog nepredvidivosti odgovora (Rubin, 2012). Istraživač priprema popis osnovnih pitanja ili tema koje želi obraditi, ali redosljed i formulacija pitanja mogu se prilagoditi tokom razgovora prema interesima i odgovorima ispitanika. Ovaj pristup omogućava veliku slobodu sudionika da izrazi svoje misli i osjećaje (Rubin, 2012). S obzirom na navedene karakteristike polustrukturiranog – nestrukturiranog intervjuera i kompleksne naravi poremećaja prehrane – odabrana metoda smatra se adekvatnom za istraživanje i bolje razumijevanje rada stručnjaka u tretmanu poremećaja prehrane.

3.2. Sudionici

U istraživanju su sudjelovali stručnjaci multidisciplinarnog tima za liječenje poremećaja prehrane u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan – Dnevna bolnica za poremećaje prehrane. Sudionici

su prikupljeni metodom regrutacije preko institucije. Regrutacija sudionika preko institucije uključuje kontaktiranje organizacije ili ustanove koja može osigurati pristup ciljanoj populaciji. Organizacija zatim djeluje kao posrednik, olakšavajući kontakt između istraživača i potencijalnih sudionika (Kvale, 2009). Opisana metoda prikupljanja sudionika je u ovom slučaju prikladna jer je omogućila pristup specifičnoj populaciji, ali treba uzeti u obzir mogućnost pritiska na sudionike te na pitanje dobrovoljnosti pristanka na sudjelovanje (Kvale, 2009). Intervjuirano je 12 stručnjaka koji aktivno sudjeluju u tretmanu poremećaja prehrane u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan. Sudionici zajedno surađuju u multidisciplinarnom timu, a čine ga: psihoanalitičar, psihijatri, psiholozi, nutricionist, grupni terapeuti, radni terapeuti, geštalt terapeut, KBT terapeut, terapeuti pokretom i plesom te psihodramski terapeut. Tijekom intervjuiranja svaki od stručnjaka iznio je svoj subjektivni doživljaj tretmana i pacijenata i način na koji se međusobno nadopunjavaju. Na taj način, pokušava se dobiti jasnija i dublja slika iz perspektive različitih stručnjaka uključenih u tretman poremećaja prehrane.

3.3. *Postupak*

U Kliniku za psihijatriju Sv. Ivan poslan je upit o mogućnosti provedbe istraživanja za diplomski rad pod naslovom *Percepcija pacijenata s poremećajima prehrane i njihovog tretmana – perspektiva stručnjaka uključenih u tretman*. Etičkom povjerenstvu poslana je Zamolba, koja je uključivala obrazac s temom diplomskog rada te opisanim ciljem i planiranom metodologijom. Objašnjeno je kako bi bili provedeni individualni intervjui u prosječnom trajanju od 60 minuta – u terminu koji odgovara sudioniku te kako bi se poštivala privatnost sudionika. Među ostalim je naglašeno kako je provedba istraživanja usklađena s Kodeksom etičke psihološke djelatnosti te da je istraživačica na raspolaganju u slučaju bilo kakvih pitanja. Uz Zamolbu je priložen vodič za intervju kako bi Etičko povjerenstvo dobilo uvid u strukturu planiranog intervjua. Provedba istraživanja bila je odobrena kroz nekoliko dana. Kao prvi sudionik istraživanja, intervjuiran je voditelj Dnevne bolnice, nakon čega je istraživačica omogućila kontaktiranje ostalih članova tima. Ostale stručnjake istraživačica je kontaktirala preko mobilnog telefona te su telefonskim razgovorima izravno dogovoreni termini i lokacija provedbe. Svi sudionici odabrali su prostor Dnevne bolnice za provedbu intervjua, gdje su bili individualno intervjuirani u trajanju od 45 do 80 minuta. Prosječno trajanje intervjua bilo je 60 minuta. Na početku svakog intervjua sudionici su bili informirani o detaljima istraživanja i mogućnosti odustajanja te su potpisali *Obrazac za suglasnost (Prilog 2)*. Intervjui su snimani,

a potom transkribirani i analizirani. Istraživačica je imala pripremljen *Vodič za pitanja (Prilog I)*, ali s obzirom da se radilo o polustrukturiranom/nestrukturiranom intervjuu, dopuštene su digresije te je bilo poželjno čuti sudionike kako pričaju i o neočekivanim temama, koje su se, iako neplanirane, uklapale u okvir ovog istraživanja. Teme intervjua bile su podijeljene na Uvodna pitanja; o radnom mjestu i odabiru profesije (npr. *Kada ste se odlučili na rad s osobama s poremećajima prehrane?*), Pitanja o populaciji s poremećajima prehrane; o vrstama poremećaja i socioekonomskim značajkama pacijenata (npr. *Koje vrste poremećaja su najčešće?*), Pitanja o bolničkom odjelu; o načinu rada, o grupnom tretmanu (npr. *Koliko je bitna suradnja među stručnjacima različitih profila?*), te Pitanja za kraj; o osobnim dojmovima (*Što je Vama osobno najteže, a što Vam je najljepše u Vašem radu s osobama s poremećajima prehrane?*). Analiza rezultata i rasprava u nastavku prikazane su istim redoslijedom, od upoznavanja samih stručnjaka, preko njihovog iskustva s pacijentima, prikaza značajki konkretnog tretmana, do osobnih zaključaka.

4. REZULTATI I RASPRAVA

Rezultati i rasprava bit će obrađeni gore spomenutim redoslijedom. Početna cjelina bit će *Stručnjaci i njihov put*. Zatim slijedi *Percepcija pacijenata*, koja je podijeljena u nekoliko podcjelina, temeljeno na dominantno prisutnim odgovorima sudionika, a odnose se na *Motivaciju, Emocije, Pojam o sebi, Ulogu obitelji, Odnos prema prehrani i Kontrolu*. Sljedeća cjelina je *Tretman poremećaja prehrane*, koja se odnosi na konkretan program te u kojoj su istaknute podcjelinae *Timski rad, Specifičnosti stručnjaka* te *Što je važno u tretmanu?*. Posljednja cjelina nazvana je *Osobna iskustva* te se dijeli na podcjelinae *Osobni zaključci, Teški trenutci* i *Ispunjavajući trenutci*.

4.1. Stručnjaci i njihov put

Prema dosadašnjim spoznajama, motivacija stručnjaka igra važnu ulogu u uspješnom tretmanu pacijenata s poremećajima prehrane (Joy i sur., 2003). Motivacija je bitna jer pomaže

stručnjacima da se nose s emocionalnim teretom rada u ovom području (Reid i sur., 2010). Svi sudionici provedenog istraživanja slažu se sa prethodnom tvrdnjom te naglašavaju kako se ta motivacija može javiti prije ili kasnije u životu stručnjaka. Visoka motivacija pomaže u održavanju entuzijazma, empatije i ustrajnosti. Motivacija je često ukorijenjena u njihovim osobnim iskustvima i želji za pomaganjem drugima. Često započinje od mladosti, kada se razvija interes za psihologiju, medicinu ili srodna polja, što potiče mlade da odaberu karijeru u ovom području. Ta unutarnja motivacija važna je za uspješan rad jer motivirani stručnjaci često pružaju kvalitetniju njegu te imaju veće zadovoljstvo poslom (Reid i sur., 2010)

Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da je većina stručnjaka počela razvijati interes za poremećaje prehrane iz osobnih razloga. Jedan od sudionika je naveo da je njegova ljubav prema ovom području počela nakon što je svjedočio oporavku jedne pacijentice, te je kao motivaciju spomenuo vlastita iskustva sa stigmatizacijom tijekom djetinjstva.

"Kada sam vidio oporavak te pacijentice, tada je počela moja ljubav prema poremećajima prehrane. Osim toga, ja sam kao dijete osjetio što znači biti stigmatiziran, a one su sve stigmatizirane. Ne u smislu da su inicijalno stigmatizirane nego da jednostavno kad ih vide tako mršave ljudi imaju odmah odbojnost i gađenje prema njima. I to ne samo obični ljudi nego i stručnjaci."

Drugi sudionici spominju kako su imali potrebu da svojim specifičnim znanjima doprinesu tretmanu poremećaja prehrane.

"To me emotivno dotaknulo, da u Zagrebu netko radi upravo to što bih ja voljela raditi i to sa temeljima koji su nam zajednički. Jer kad razmišljamo o poremećajima prehrane nije naglasak samo na fizičkom. Zapravo sam im ja poslala pismo namjere u kojem sam opisala svoju potrebu, a to je bilo jako iskreno i jednostavno."

"Nije mi sjela ova klasična priča nutricionistička. Tipa, piši menije... Nisam htjela ljudima sad prepisivati dijete i govoriti da moraju smršaviti, kalorije brojati. Nije me uopće to zanimalo - nego mi se nekako ta strana psihologije činila bitnom. I tražila sam što bih, i slučajno sam naletjela u biti na tu specijalizaciju iz poremećaja hranjenja u Italiji. "

Rijetkost je da se netko od stručnjaka slučajno našao na tom radnom mjestu, a jedna sudionica navodi kako joj se tek sa 36 godina javila želja za rad s ljudima.

"Pa ja mislim da sam jedina članica ovog našeg tima tu koja nije došla sa svojom motivacijom, nego mi je dodijeljen taj posao."

"I zapravo sam onda odlučila tek sa 36 godina da bi voljela raditi s ljudima. Voljela bih da je kreativno, da je vezano s psihologijom."

Sukladno ranijim istraživanjima, svi članovi tima motivirani su za rad te prepoznaju važnost održavanja iste. Iako postoje razlike u specifičnim motivacijama i pristupima stručnjaka, zajednički čimbenik je visoka razina empatije i predanosti pacijentima (Gustafsson i sur., 2021). Jedan od sudionika naglašava kako je motivacija u radu s poremećajima prehrane u Hrvatskoj osobito bitan čimbenik za rad, jer se samoinicijativom potrebno potruditi za uspjeh.

"Uz sav ovaj trud koji smo uložili –ja sam se 7 godina borio da dobijemo financije za volontere."

Ukratko, visoka razina motivacije stručnjaka važna je za kvalitetan tretman jer omogućava održavanje entuzijazma, empatije i ustrajnosti u radu (Joy i sur, 2003). Bitno je kontinuirano podržavati i poticati motivaciju stručnjaka kako bi se osigurala najbolja moguća skrb za pacijente (Gustafsson i sur., 2021).

4.2. Percepcija pacijenata

Sljedeći dio prikaza rezultata i rasprave odnosi se na to kako stručnjaci doživljavaju svoje pacijente u tretmanu. Važno je dobiti uvid u iskustvo stručnjaka kako bi se usporedile različite vizije i korigirao tretman. Prema radu Gustafssona i suradnika (2021), razlike u percepcijama mogu otkriti ključne aspekte liječenja koji mogu biti zanemareni iz jedne točke gledišta. Nastojao se steći dublji uvid u njihovu percepciju pacijenata te su obrađene teme koju su sudionici najčešće isticali.

4.2.1. Motivacija

Prema Fairburnu i suradnicima (2008), visoka razina motivacije pacijenata povezana je s boljim ishodima terapije jer pacijenti postaju spremniji aktivno sudjelovati u procesu liječenja i mijenjati negativne obrasce ponašanja. Reid i suradnici (2010) naglašavaju da je motivacija pacijenata jedan od najvažnijih čimbenika za uspješan tretman, te terapeuti trebaju prepoznati i podržati individualne izvore motivacije svakog pacijenta. Sudionici istraživanja prepoznaju važnost motivacije:

"Znači, da bi imalo smisla, oni se moraju htjeti izliječiti od poremećaja hranjenja."

"Nastojimo u principu kroz ciljeve vratiti te svoje zdrave navike koje su nam bile korisne i koje smo voljeli i bez poteškoća obavljali. Ako se vratimo sviranju ili plesu, to nas je punilo i to će nam dati nekakvu motivaciju."

Neki od sudionika naglašavaju važnost postavljanja realnih i ostvarivih ciljeva, što pomaže pacijentima da osjete napredak i ostanu motivirani. Stručnjaci također koriste pozitivno potkrepljenje, pohvalu i priznanje kako bi potaknuli pacijente da nastave s pozitivnim ponašanjima. Svaki pacijent ima jedinstvene izvore motivacije, stoga terapeuti moraju prilagoditi svoje pristupe kako bi najbolje podržali svakog pojedinca (Reid i sur., 2012), što je vidljivo iz sljedećih citata:

"Pa onda se međusobno potiču, predlažu nekakve ciljeve, postavljaju se razni ciljevi."

"One nemaju cilj, teško im je, ne znaju što bi... Onda grupa nastoji, onda pozovem grupu da grupa nastoji pomoći da se pronađe cilj."

Neki sudionici navode kako je jako teško raditi s pacijentima koji nisu motivirani za liječenje te kako im je to izrazito teško gledati. Pacijenti često ne shvaćaju težinu svog stanja ili se snažno opiru promjenama u ponašanju, što otežava terapijski proces i postizanje pozitivnih rezultata (Agüera i sur., 2021). Razvidno je kako je do nemotiviranih pacijenata teško doprijeti:

"Teško mi je...još uvijek mi je teško kad vidim da netko ima težak poremećaj hranjenja, a nije motiviran – nikako se ne mogu s time pomirit."

" One jako, jako pate i ja ih vidim kao nezbrinute djevojčice, izgubljene, ljute, ogorčene, parasuicidalne...povremeno potpuno bezuvidne. Cure kad su u restrikciji ništa ne čuju... "

Zaključno, pacijenti koji nisu motivirani predstavljaju poseban izazov u terapijskom procesu, što dodatno naglašava važnost prilagođavanja pristupa terapeuta (Agüera i sur., 2021). Visoka razina motivacije pacijenata neizostavna je za tretman poremećaja prehrane jer potiče aktivno sudjelovanje u terapiji i promjenu negativnih obrazaca ponašanja. Terapeuti trebaju prepoznati i podržati individualne izvore motivacije svakog pacijenta kako bi postigli bolje rezultate liječenja (Fairburn i sur., 2008).

4.2.2. Emocije

Osim niske motivacije, sljedeća sastavnica koju su stručnjaci isticali kod pacijenata su neugodne emocije, odnosno, potiskivanje istih. Pacijenti s poremećajima prehrane često potiskuju svoje emocije. Brewerton i suradnici (2020) ističu povezanost traumatskih iskustava i poremećaja prehrane, naglašavajući kako neproživljene emocije mogu dovesti do razvoja i održavanja ovih poremećaja. To potvrđuje važnost terapijskog pristupa usmjerenog na emocije, čega su svjesni i naši sudionici. Sukladno literaturi, svi sudionici suglasni su kako je jedan od glavnih terapijskih ciljeva naučiti pacijente prepoznavati i izražavati vlastite emocije.

"I onda se tu zapravo dogodi da oni uopće ne znaju prepoznati svoje autentične osjećaje. I da zapravo ne znaju razgovarati o emocijama."

"Pogotovo da ih na neki način naučim toj vještini osvještavanja emocije i izvlačenja emocije van iz sebe. Jer zapravo oni su bunker emocija, jel?"

"I sad mi pokušavamo zapravo otkriti zašto oni trebaju te simptome poremećaja hranjenja. Najčešće da bi maknuli određene emocije. Jer kada postoji poremećaj, kada postoje simptomi, onda se razmišlja samo o hrani. Ne osjeća se ništa. A mi onda pokušavamo, kao prvo, doći do tih emocija i doći do uzroka zašto te emocije ne mogu biti proživljene."

Dakle, pacijenti često koriste kontrolu nad hranom kao način da izbjegnu suočavanje s negativnim emocijama (Hayaki, 2009). Sudionici najčešće primjećuju da se radi o osjećaju straha, bijesa, srama i ljutnje. Spomenute emocije mogu biti posljedica traumatskih iskustava, niskog samopoštovanja ili obiteljskih problema (Brewerton i sur., 2020).

"Ono s čim sam ja došla u kontakt i to vrlo intenzivno je ljutnja i bijes. Tu je jako puno potisnute ljutnje i bijesa u njihovim tijelima...srama isto. Sram je opće prisutna emocija, no iskreno najviše se bavim ljutnjom, bijesom, sa izricanjem toga, pronalaženjem pravog načina nošenja s tim."

Neki sudionici isticali su nemogućnost prepoznavanja vlastitih emocija kod pacijenata, koje je „zamijenjeno“ usmjeravanjem i „popravljanjem“ tuđeg raspoloženja. Jedan stručnjak objasnio je kako su pacijenti često u simbiozi s majkom te kako ne osjećaju sebe i svoje autentične osjećaje.

“Jer zapravo anoreksije imaju blind spot za sebe. Oni nemaju doticaj sa sobom. Da, vrlo često imaju awareness svoje mame recimo. Jako ih je teško onako odlijepiti.”

"I onda ta djeca imaju osjećaj zapravo da su oni uzrok tuge, razdražljivosti svojih roditelja i pokušaju popravljati njihovo raspoloženje. I idu zatim da uvijek pokušavaju popravljati tuđe emocije, umjesto da opće sebe prepoznaju. Tu su zapravo ljudi koji teško osjete same sebe."

Zanimljivo je kako je većina govorila o tome da pacijenti ne osjećaju ništa, da su prazni, da im je samo hrana u glavi. To ukazuje na prisutne kognitivne disfunkcije (Keeler i sur., 2022).

"Većina njih osjeća prazninu u tijelu."

"Samo ti hrana ide po glavi, ne možeš ništa drugo misliti. Opsjednute su hranom, a ne smiju jest. To je velika duševna bol, baš duševna patnja."

Stručnjaci uključeni u tretman naglašavaju važnost stvaranja sigurnog i podržavajućeg okruženja u kojem se pacijenti osjećaju dovoljno sigurno da izraze svoje skrivene osjećaje. Sudionici se slažu kako je izazovno podnositi teške emocije, ali stvarajući sigurnu atmosferu, pacijenti se osjećaju prihvaćeno i slobodno. To potvrđuje i istraživanje Galmiche i suradnika (2019), koje pokazuje da pacijenti koji se osjećaju sigurno i podržano u terapijskom okruženju pokazuju bolje rezultate u terapiji, jer su spremniji otvoreno razgovarati o svojim osjećajima i iskustvima.

"Kad to prebrodimo, takve krize s pacijenticama, one dobiju povjerenje zapravo u grupu da grupa može podnijeti njihove najgore emocije, za razliku od roditelja koji to nisu mogli. Znači, njihovi roditelji nisu mogli podnijeti njihov plač, njihovu tugu, nisu im dozvolili se izraziti. A kad ovdje mogu tako nešto reći, to je zapravo jako ljekovito. I zapravo je to korektivno emocionalno iskustvo koje na kraju liječi."

Navedeni citati ukazuju na važnost proživljavanja neproživljenih emocija, odnosno na primjenu terapijskih pristupa koji tome mogu adekvatno doprinijeti.

4.2.3. Pojam o sebi

Destruktivne obrasce ponašanja pacijenata s poremećajima prehrane, uz „negativne“ emocije, još dodatno pojačavaju nisko samopoštovanje i samopouzdanje, odnosno loš ili

nepostojeći pojam o sebi. Fairburn i suradnici (2008) naglašavaju važnost rada na samopoštovanju u liječenju poremećaja prehrane. Pacijenti često imaju negativnu sliku o sebi, nisko samopoštovanje i osjećaj da nisu dovoljno dobri ili vrijedni, što ih dovodi do ekstremnih mjera kontrole nad hranom i tijelom, kako bi stekli osjećaj vrijednosti i prihvaćanja (Fairburn i sur., 2008). Sukladno literaturi, većina sudionika provedenog istraživanja vide pacijente kao osobe s niskim samopoštovanjem i samopouzdanjem. Jedan sudionik ističe kako se u djetinjstvu može razviti i lažna slika o sebi zbog narcisoidnih roditelja.

"Stalno je input od tih roditelja, ti trebaš ovako, ti trebaš onako, tebi treba ovo, tebi treba ono. I na taj način kada netko živi, zapravo razvije jako puno lažnog selfa."

"Oni imaju takav problem da sat vremena ne mogu izgovoriti tri lijepe stvari o sebi. Dakle, razina samopouzdanja je vrlo, vrlo niska. One su dosta krhke. Dakle, jako su, u pravilu su jako puno povrijeđene u djetinjstvu." "I onda sve zajedno istražujemo otkud to ide. Koji je neki glavni uzrok problema. Obično je u pitanju osjećaj vlastitog samopoštovanja i samopouzdanja."

Svi sudionici prepoznaju važnost rada na samopouzdanju. Terapeuti koriste različite metode kako bi pomogli pacijenticama da razviju zdraviji pojam o sebi i povećaju svoje samopoštovanje. Sudionici objašnjavaju kako pacijenti kroz terapiju uče prepoznati svoje vrijednosti i snage. KBT se često koristi za prepoznavanje i promjenu negativnih misli i uvjerenja o sebi (Beck, 1995), dok geštalt terapija i art terapija mogu pomoći pacijenticama da istraže i razumiju svoje emocionalne reakcije i ponašanja (Malchiodi, 2003).

"Znači dođem s određenom temom, s nekim materijalima, vježbicama. Recimo pričali smo puno o samopoštovanju, o nekim strategijama za jačanje samopoštovanja."

„I zapravo već se trudimo ih osvijestiti da prepoznaju kad krenu prema hrani zašto im je sad to potrebno. Što se u njima dešava. Onda, recimo, ta slika o vlastitom tijelu koja je zapravo loša. Zatim, samopoštovanje koje zapravo nemaju. U principu, samopouzdanje."

"Evo ja sam znala zadat domaće zadaće, na primjer, osoba koja se ne zna veseliti, nije se nikad znala pohvaliti, za zadaću odvoji 15 minuta i da se pohvali, bravo, kako si super napravila, bravo, znači ono da jednostavno se veseli zbog sebe. Evo još uvijek, recimo već pet mjeseci ta osoba nije napravila tu zadaću."

Ukratko, rad na samopoštovanju ključan je u liječenju jer pomaže pacijentima prepoznati svoje vrijednosti i snage te promijeniti negativna uvjerenja o sebi.

4.2.4. Uloga obitelji

Sudionici se slažu u tezi da disfunkcionalni obiteljski obrasci i negativni događaji u ranom djetinjstvu doprinose narušenom samopoštovanju. I prijašnja istraživanja dolaze do zaključka da obiteljski odnosi imaju značajan utjecaj na razvoj i liječenje poremećaja prehrane (Schaumberg i sur., 2017). Narušeni obiteljski odnosi mogu doprinijeti razvoju poremećaja, dok pozitivna obiteljska dinamika može potaknuti oporavak. Sudionici istraživanja govore kako mnogi pacijenti dolaze iz obitelji s poviješću emocionalnih problema i trauma.

"Jer recimo ono standardna priča je da djevojčica koja je osjetljiva, perfekcionista, ima možda neke nasljedne momente tipa alkoholizma u obitelji, opsesivno kompulzivnog poremećaja, nacističke roditelje, zeznuta obiteljsku situaciju..."

"Traume su vrlo često vezane uz zlostavljanja, i to fizička, seksualna, duboke traume na razini primarne obitelji, nepostojanje roditelja fizički ili emotivno najčešće."

"Znači njihovi roditelji nisu mogli podnijeti njihov plač, njihovu tugu, znači nisu im dozvolili se izraziti."

Sudionici istraživanja naglašavaju važnost rada s obiteljima kako bi se poboljšala komunikacija i podrška unutar obitelji, što je ključ za uspješan oporavak (Chase, 2018).

"I ono što mi radimo što je zgodno i dobro te se radi svugdje u svijetu – mi smo jako ponosni da i mi to radimo – je podrška za roditelje i rodbinu – medicinska sestra je primijetila da roditelji znaju biti jako, jako anksiozni te da ako umirimo roditelje postoji mogućnost da će i djeca koja se kod nas liječe – da će biti mirnija. Dakle ako smo naučili roditelje neke stvari, onda smo unaprijedili liječenje."

Stručnjaci se slažu kako edukacija obitelji uopće nije laka te kako su pacijenti često zreliji od svojih roditelja (Chase, 2018).

"Svaki je petak grupa u 14 sati koja traje sat i pol i tu se skupe onda svi roditelji i zapravo razgovaramo o njihovim problemima s kojima se oni nose vezano za poremećaj svoje djece. - Bude suza, bude plača, bude ljutnje, bude uvrijeđenosti, bude svašta."

"Neki roditelji bi jako pomogli, ali ne znaju kako. Imaju dojam da što god naprave ne valja. Tipa ako komentiraju izgled ne valja, pa „Je li jedeš?“ ne valja jer je kontrola. Ako ne pita, onda ga nije briga."

"Naši klijenti budu zreliji od svojih roditelja. Nekad nas to veseli, nekad nas to rastuži."

Iz navedenoga je razvidno da i članovi obitelji pacijenata trebaju primiti podršku, kako bi disfunkcionalne obrasce postupno zamijenili funkcionalnijima.

4.2.5. Odnos prema prehrani

Stručnjaci primjećuju kako pacijenti zbog potisnutih emocija i trauma iz djetinjstva provlače emocije kroz tematiku hrane. Drugim riječima, sudionici ih vide kao opsjednute hranom i kao da koriste hranu za bijeg od emocija. Keski-Rahkonen i suradnici (2021) također potvrđuju da osobe s poremećajima prehrane često razvijaju opsesivne misli o hrani i tijelu.

"Samo ti hrana ide po glavi, ne možeš ništa drugo misliti. Opsjednute su hranom, a ne smiju jest. To je velika duševna bol, baš duševna patnja."

"Jer one samo osjete glad, sitost i sve je u tijelu, a jako malo u glavi."

"Jer kada postoji poremećaj, kada postoje simptomi, onda se razmišlja samo o hrani. Ne osjeća se ništa."

"Zajednička točka je opsesivnost prema hrani – neke svoje emocije provlače kroz temu hrane."

Terapija često uključuje rad na normalizaciji prehrambenih navika i razbijanju mitova o hrani (Keski-Rahkonen, 2021). Sukladno literaturi, sudionici pokušavaju promijeniti paradigmu gledanja na hranu, radeći na razbijanju dijetne kulture i normalizaciji prehrane. Trude se maknuti fokus sa hrane i usmjeriti pacijente na slušanje svojih stvarnih potreba.

"Ono što se ja uopće osobno trudim, negdje je i rad na toj promjeni paradigme. Ajmo reći, pogleda na način hranjenja. U smislu da nema tog strogog pogleda na dobru ili lošu hranu. Da, rad na razbijanju dijetne kulture."

"Ako bih ja njima pisala menije, to bi značilo da oni moraju stalno razmišljati o hrani, a to nije dobro. Znači, u tim svjetskim centrima, ovdje gdje sam ja bila, hrana je gotova. I mi u tom principu onda ovdje i radimo."

"Imaju kuharicu koja dođe, dođe, zagrabi i stavi, kao i bilo kojom drugom pacijentu. Što je u principu nekakva normalizacija svega toga."

Iz navedenoga je primjetno kako je u radu s osobama s poremećajima prehrane vrlo bitno „ne uhvatiti se u zamku“ prevelike usmjerenosti na temu hrane, pri čemu je nužno imati na umu da je odnos prema hrani samo simptom ispod kojeg se krije dublji problem.

4.2.6. Kontrola

Sudionici ističu i potrebu za kontrolom kod pacijenata u tretmanu. Govore kako mnogi pacijenti s poremećajima prehrane imaju osjećaj gubitka kontrole nad svojim životom te koriste hranu kao način da vrate kontrolu. Mnogi pacijenti koriste kontrolu nad hranom kao način da postignu osjećaj stabilnosti i predvidljivosti, osobito ako su iskusili traumatske događaje poput emocionalnog ili fizičkog zlostavljanja (Brewerton i sur., 2020). U praksi, terapeuti rade s pacijentima na razvoju zdravijih načina upravljanja stresom i emocijama te na vraćanju osjećaja kontrole nad vlastitim životom (Blatner, 2000). Perfekcionizam i visoki standardi, kako navode Fairburn i suradnici (2008), također igraju značajnu ulogu, a kontrola postaje način izbjegavanja osjećaja neuspjeha i srama. Stručnjaci, poput Kvale i Brinkmann (2009), ističu važnost prepoznavanja i razumijevanja potrebe za kontrolom te prilagodbe terapijskih strategija.

Sudionici vide pacijente s poremećajem prehrane kao ukočene, pretjerano oprezne osobe koje se boje gubitka kontrole, što je vidljivo u sljedećim citatima:

"Moje viđenje je kao da je njima ručna stalno potegnuta - nastoji imati kontrolu nad nečim. A to je hrana, izgled... I onda tu krene ta jedna kontrola, još ću ovo, još ću ono, barem na to imam utjecaj itd. I onda ode van kontrole, a zapravo je kontrola cilj. "

"Stalno nadglasavanje bolesnog i zdravog dijela. Oni su u otporu, suzdržani, kontrolirajući. Boje se neuspjeha, izražen je perfekcionizam. "

"Dakle kad sjednemo u krug, onda se svi sjednu, lijepo se utaboraju u svoje stolice – a ja im kažem da promijene pozicije. I onda bude, ajme meni, zašto vi nama ovo radite? Zašto se mi moramo promijeniti?"

Zanimljivo je kako jedna sudionica ističe da je poremećaj najjači baš kada osoba napreduje u procesu oporavka, zbog čega se događa povratak starim obrascima ponašanja.

"Oni se prepadnu tog napretka i vrlo često se dogodi strah od gubitka onoga što mi daje poremećaj - gubitka kontrole nad sobom, nad ovim, nad onim. Izgubit ću to i ne želim izgubiti i onda se dogodi da se ponovo vraćaju u poremećaj."

Vidljivo je kako je tema kontrole relevantna pacijentima, pri čemu se oni često usmjeravaju na ono što im je naizgled lakše kontrolirati te ih je važno osnaživati da prepoznaju svoje patološke obrasce i krenu prema zdravijima.

4.3. *Tretman poremećaja prehrane*

4.3.1. *Timski rad*

Zbog svih spomenutih elemenata, činjenica je kako je rad s pacijentima s poremećajem prehrane kompleksan posao. Tretman poremećaja prehrane zahtijeva multidisciplinarni pristup, koji uključuje rad različitih stručnjaka poput psihijataru, psihologa, nutricionista, radnih terapeuta i drugih. Joy i suradnici (2003) naglašavaju kako multidisciplinarni timovi donose jedinstvene perspektive koje omogućuju sveobuhvatan pristup liječenju poremećaja prehrane. To uključuje redovite sastanke za usklađivanje terapijskih pristupa i rješavanje problema. Provedeno istraživanje pokazuje da stručnjaci cijene prednosti rada u timu. Sudionici ističu važnost redovitih sastanaka tima radi razmjene informacija i usklađivanja terapijskih strategija, što osigurava koordiniranu i optimalnu njegu. Ovakav pristup također omogućava brzu identifikaciju i rješavanje problema tijekom liječenja (Joy, 2003).

"Mi obavezno srijedom imamo timski sastanak, timsku interviziju kako to zovemo, pa onda podijelimo neke stvari. Ne samo da pričamo o pacijentima, nego pričamo i o nama koliko nam je nešto teško, pružamo podršku jedne drugima, educiramo jedne druge. Osim toga, mi kao tim idemo svaka dva mjeseca na superviziju u Ljubljani."

"Mi tražimo rješenje kroz ove naše timske sastanke i kroz supervizije u Ljubljani - ide se na superviziju svaka dva mjeseca. To je često. Osam godina. Valjda smo već bili četrdeset puta u tih devet godina. To se vidi na kvaliteti tima."

Sudionici ističu vrijednost konstantne usmjerenosti na pacijente, donošenja perspektiva različitih stručnjaka te intervizije, kao i prepoznavanja članova obitelji pacijenata kao dijela tima:

"Da bi pacijenti bili dobro u ovakvom program jako je bitno da se o njima priča konstantno. Znači mi moramo biti neka vrsta anksiozno brižnih roditelja. Mi dođemo ovdje na posao pa dok ne odemo mi u principu prepričavamo što se s pacijentima događa...oni na taj način imaju osjećaj da se mi brinemo za njih."

"Pomogne mi čak i drugačije gledanje, ja ću možda neku stvar vidjeti na jedan način, doktor na drugi, psiholog na treći i onda u biti izmjenjujemo svoje stavove. Nekad su slični, nekad su različiti, ali svatko iz svog kuta će to sagledati, imat nekakve asocijacije na sve to i to upotpunjava u biti sliku o pacijentu. Jer, mislim da nema krivog pogleda ili krivog kuta, nego svatko od nas će s obzirom na sebe, na svoje kuteve gledanja, filtre i to, čuti neku situaciju na određeni način i onda ćemo to nekad stvoriti, dobiti neku sliku. Da, to mislim da je recimo najljepša stvar rada u timu."

"Iza teških grupa i mi smo tu napunjeni, preplavljeni iza teških sadržaja, teških grupa i mi se olakšavamo na taj način da iza grupe je sinteza, gdje pozvonimo, tko je tu i da ispričamo grupu. I to nam je vrlo vrijedno jer znamo pratiti što će se događati, aha, tu je otvorila, tu nije nikad otvorila itd."

"I ono što mi radimo što je zgodno i dobro te se radi svugdje u svijetu – mi smo jako ponosni da I mi to radimo – je podrška za roditelje i rodbinu – medicinska sestra je primijetila da roditelji znaju biti jako, jako anksiozni te da ako umirimo roditelje postoji mogućnost da će i djeca koja se kod nas liječe – da će biti mirnija. Dakle ako smo naučili roditelje neke stvari, onda smo unaprijedili liječenje."

Iz navedenoga je razvidan stav da je holistički pristup, koji uključuje različite perspektive i stalnu međusobnu komunikaciju, neophodan za učinkovito liječenje poremećaja prehrane.

4.3.2. Specifičnosti stručnjaka

Svaki stručnjak u timu donosi specifične metode i pristupe koji obogaćuju tretman. Reid i suradnici (2010) ističu važnost specifičnih metoda i pristupa različitih stručnjaka u tretmanu poremećaja prehrane. KBT se pokazala učinkovitom za smanjenje simptoma, dok geštalt terapija pomaže u emocionalnom liječenju. U provedenom istraživanju, geštalt terapeut fokusira se na emocionalno liječenje kroz rad na "ranjenom djetetu", dok KBT terapeut koristi konkretne strategije za upravljanje negativnim mislima i ponašanjima. Terapeuti pokretom i plesom pomažu pacijentima da istraže svoje tjelesne doživljaje, dok radni terapeuti koriste kreativne aktivnosti za izražavanje emocija. Psihodinamski pristup je koristan za dubinski rad na sebi jer se fokusira na otkrivanje i razumijevanje nesvjesnih procesa, emocionalnih konflikata i trauma koji leže u osnovi poremećaja (Reid i sur., 2010).

"A terapeut zapravo na neki način sabire taj sadržaj i interpretira, pokušava nekako doći do nesvjesnog u tom njihovom razgovoru pa se onda interpretira. Znači, dominantno se radi o tome da mi u tom psihodinamskom radu pokušavamo doći do uzroka koji su zapravo doveli do samih simptoma, odnosno sami simptomi poremećaja hranjenja imaju svoju ulogu."

"KBT je izvrstan, ne umanjujemo značaj. Genijalan je za smanjivanje simptoma – ali treba raditi dublje! Pa kažu, znači više nemaju simptome poremećaja, ali osjećaju da je poremećaj još tu negdje. Čuči. U smislu da možda u nekoj budućoj kriznoj, stresnoj situaciji se opet javi potreba za restrikciju ili recimo prejedanjem i povraćanjem. S druge strane imaju neka oruđa kojima će tome doskočiti."

"Ali mi geštaltisti ipak radimo i s ranjenim djetetom u nama i mislim da je to potrebno ako se misle baš sustavno liječiti. Bila sam iznenađena s količinom trauma koju nose ljudi s prekomjernim težinama."

"Kod poremećaja hranjenja je u stvari tijelo arena na kojoj se vodi emocionalni psihološki rat. Prisutni su robotski pokreti, vrlo ukočeni, nemaju nikakvog flowa. I zato je terapeutu jako teško raditi. I onda ako uspijemo brzi pokret usporiti, laganom pokretu dodati snagu i trajanje, i ako uspijemo ta stopala na pod, uzemljavanje, ukorjenjivanje, onda zaista se to prelama na emocionalnu razinu, socijalnu i tako."

'Radna terapija kroz izražavanje, to je uvijek odlično rješenje, jer ne moraš biti u direktnom kontaktu, ne mora se osjećati ugroženo, nitko ju ne gleda, nitko ju ne osuđuje, pustiš ju da

radi na neku temu koju si predložio, Na taj način neke emocije izađu van lakše nego verbalno i osvijesti se nešto novo.”

"I da učimo sve kroz uloge i da je self nastao kroz igranje uloga. Da igraš ulogu djeteta prema majci, tu gradiš prvo dio self, onda ulogu djeteta prema ocu, pa ulogu jednu, drugu, treću i od svih tih uloga nastaje self. I onda da se taj self može restrukturirati, učenjem, zapravo, igranja drugih uloga. I što je širi dijapazon uloga koje smo sposobni igrati, to je naše mentalno zdravlje uvijek bogatije, bolje, ugodnije."

Zanimljivo je proučiti i rad nutricionista, s obzirom da također pacijentima pristupa holistički i ne fokusira se samo na hranu. Koriste tehnike samomotrenja, gdje pacijenti bilježe svoje prehrambene navike, misli i osjećaje, što omogućuje dublje razumijevanje njihovih obrazaca i okidača. Nutricionisti često koriste KBT tehnike za smanjenje simptoma poremećaja prehrane, kao što su nepravilne prehrambene navike i opsesivno vježbanje (Bray, 2023). Rad na simptomima također uključuje edukaciju o pravilnoj prehrani i strukturiranim obrocima. Osim toga, ako pacijenti imaju strahove vezane uz određenu hranu, nutricionist na adekvatan način pomaže pacijentima da prevladaju svoje strahove, postupno uvodeći "fear foods" (hranu koje se pacijent boji) u sigurnom okruženju.

"Moj rad s njima je konkretno, rekla bih, možda najzahtjevniji za njih. Ne za mene, ali za njih. U smislu da je rad na simptomima poremećaja hranjenja jako zahtjevan. Radimo na tom poboljšanju odnosa prema hrani i prema tijelu – jer puno njih nema uopće nikakvu strukturu hranjenja, nego to sve je nekako jako nestrukturirano i svašta se događa i puno predanja, povraćanja, laksativa, diuretika, kompulzivnog vježbanje."

"Ne preporučam baš pacijentima da sad su doma i da mjere hranu i važu hranu. Na to se ljudi fiksiraju sad. Uvijek se fiksira na kalorije, a uvijek još sa tom ortoreksijom onda to može dodatno postati još veća opsesija i tu se probudi i OKP i tako."

"Ja mislim da je to sve – a treba nadodat da se svaka dva tjedna održava veliki nutricionistički izazov. Tada jedu neku od hrane koje se boje, same je pripremaju u terapijskoj kuhinji, nekada ju naruče iz vana. A mali nutricionistički izazovi svaki tjedan u kuhinji. To su ono ugljikohidrati, palačinke, keksi, ono što je njima strašno, to odluče jesti. To je način na koji se polako izlažu u toploj i sigurnoj atmosferi i budu ok s time."

"Gdje oni, članovi grupe, moraju pisati dnevnik hranjenja. Ali ne samo što su jeli, nego kako su se osjećali prije toga. Kako su se osjećali prije, kako su se osjećali poslije. I na taj način počnu povezivati hranu sa emocijama i uviđaju da je problem dublji. "

Zajedničko svim stručnjacima u tretmanu je visoka razina empatije i strpljivosti (Agüera i sur., 2021). Bitno je da svi shvaćaju kako se na poremećajima prehrane radi iznutra, a ne izvana, što jedna od sudionica i eksplicira:

"Jer kad razmišljamo o poremećajima prehrane nije naglasak samo na fizičkom."

"Jer to su njihove sudbine. Ali možda više ovaj dio nekog opreza i empatije i razumijevanja."

"Empatija je ključni sastojak svake psihoterapije."

"I zapravo je potrebna strpljivost, no lagano podsjećanje i vraćanje na taj proces."

Najtežim tematikama navigiraju vodeće članovi tima:

"Pa ovako, najteže interpretacije, zrcaljenja, klarifikacije, sve što se tehnički u psihoterapiji radi, radimo kolegica i ja."

"Pacijenti moraju imati što zrelije osobe uz sebe. Oni sami po sebi nisu zreli i moraju imati neosuđujući pristup. A da bi imao neosuđujući pristup, moraš biti neka vrsta profesionalca i imati određenu razinu emocionalne zrelosti. Raditi sa tim pacijentima je jako teško jer oni koji imaju naglašen recimo narcizam, samodopadnost, orijentirani su samo prema tijelu..."

Iz navedenih citata razvidno je bogatstvo različitih pristupa, koje se povećava upravo kroz prepoznavanje „vlastitog mjesta“, suradnju i sinergiju.

4.3.3. Što je važno u tretmanu?

Za kvalitetan tretman, svi sudionici naglašavaju individualizirani pristup pacijentima. Osim toga, kao veliki doprinos uspješnom tretmanu spominju grupni rad, sigurno okruženje, prihvaćanje i empatiju, te mogućnost dugotrajnosti liječenja.

Individualni pristup u tretmanu poremećaja prehrane je neophodan jer omogućuje prilagodbu terapije specifičnim potrebama svakog pacijenta, uzimajući u obzir njihovu osobnu

povijest, fazu bolesti i komorbiditet (Fairburn i sur., 2008). Sukladno spomenutom istraživanju, svi sudionici ovog istraživanja prepoznaju važnost individualiziranog programa. Zaključili su kako kod pacijenata nema generalizacije, primjerice jedni pacijenti se lakše izražavaju verbalno, a drugi pismeno. Sudionici ističu i mnoge druge razlikujuće elemente koje su opazili:

"Nemamo svi isto vrijeme, niti svi u jednako vrijeme ne sazrijevamo, niti se u jednako vrijeme ne dešavaju neakve stvari u našem životu."

"Prilagodimo, jako je individualno. Imaju uspone i padove. To damo mi sebi u glavi da nema nekog pravila, ali damo sebi kao neku granicu."

"...nego da stvarno pokušaju onako i imati razumijevanja i malo saslušati tu emotivnu stranu priče i zapravo da im pristupe kao čovjeku."

"Svaki pacijent je specifičan. To je na prvom mjestu. Znači, rad je grupni, ali je svaka osoba mjerljiva za sebe."

"I onda, ovisno o tipu problematike i da li je osoba trenutno motivirana, gledam da li ću možda osobu pratiti ambulantno. Jer sad neki imaju potrebu i vidim ako je motivacija tu, da ih odmah uhvatim."

Nadalje, sudionici naglašavaju potrebu izbjegavanja strogih vremenskih rokova i pritisaka. Zato je bitna strpljivost i fleksibilnost. Tolerancija i strpljenje omogućavaju pacijentima da napreduju vlastitim tempom, što je presudno za potpuni oporavak – s obzirom na čestu pojavu recidiva kod pacijenata s poremećajem prehrane (Crone i sur., 2023). Velika prednost Dnevne bolnice je što pacijenti nemaju rok otpusta nego odlaze iz tretmana kada se osjećaju spremno. Svi sudionici naglašavaju potrebu izbjegavanja strogih vremenskih rokova i pritisaka.

"Prosječno trajanje liječenja traje 10 mjeseci. A ozbiljniji slučajevi budu minimalno godinu, dvije. One koje su došle samo nešto probat i neće se do kraja liječit budu samo 6 mjeseci, ali one koje se zaista temeljito liječe ostanu duže."

"Samo što je to isto proces. To traje. Nekom će trajati godinu, nekom dvije, nekom pet. I onda mi pokušavamo objasniti da zapravo mi smo svi kao jedan luk koji guliš sloj po sloj. I plačeš. I plačeš i smiješ se i ono sve skupa. I tužan si, i sretan si, i bijesan, i svakakav. Ali treba jednostavno se prepustiti. Treba vremena i kad čovjek misli da je sve riješio, nije riješio."

"No, stvar je u tome da, zapravo onda sam nekako promijenila pristup, kao i inače, zapravo treba pratiti klijenta, a ne ga, ono, lagano gurenje da, ali zapravo ih forsirati u nešto, ako još nisu spremni, nikako ne. I zapravo je potrebna strpljivost, no lagano podsjećanje i vraćanje na taj proces."

"Treba biti strpljiv i zapravo nikad od nikog ne treba odustati. Da, i onda ako su živjeli 20-30 godina u tom obrascu, ne možeš ga preko noći promijeniti. Teško je to, mislim. Da bi osobi to ušlo u nekakvu naviku."

Grupni terapeut objašnjava kako liječenje može biti kontraproduktivno i onda ga treba prekinuti na adekvatan način.

"Jer nekad ljudi ne žele otići jer im je dobro, jer im je lakše ovdje nego se suočavati sa životom. Onda u tom smislu nije učinkovito, kontraproduktivno je. Onda nekako je navedemo da ona sama odluči, ohrabri se za otići..."

Pomicanjem vremenskih rokova, pacijenti se osjećaju mirno i prihvaćeno. Bitno je osigurati da se pacijenti osjećaju sigurno, a za to su također potrebni empatija i prihvaćanje. To su ključni elementi u izgradnji povjerenja između terapeuta i pacijenta. Osobe s poremećajima prehrane često se osjećaju stigmatizirano i odbačeno, što može otežati otvoreno izražavanje njihovih osjećaja i problema. Terapeuti koji pokazuju empatiju i prihvaćanje mogu stvoriti sigurno i podržavajući okruženje koje potiče pacijente na suradnju i otvorenost (Gustafsson i sur., 2021). Reid i suradnici (2010) također naglašavaju važnost empatije i prihvaćanja u terapijskom procesu. Sudionici istraživanja prepoznaju potrebu za stvaranjem sigurnog okruženja. Oni navode kako mnogi pacijenti s poremećajima hranjenja imaju povijest neprihvatanja i kritike, a iskustvo bezuvjetnog prihvaćanja u terapijskoj grupi može biti korektivno, pomažući im da razviju zdraviji odnos prema sebi i drugima. Prihvaćanje također omogućuje pacijentima da budu autentični i iskreni prema sebi i drugima, što može dovesti do dubljeg razumijevanja i rada na korijenskim uzrocima njihovih problema.

"Toliko ljubavi tu ima u toj grupi, i tim ljudima je stvarno potrebno toliko ljubavi koju nisu dobili u djetinjstvu, i nježnosti, i zapravo, baš te podrške."

"Koliko je to ljekovito, iscjeljujuće, s obzirom na to da je mnogima ovo prvi puta u životu da su naišli na razumijevanje, empatiju i tu neku istovrijednost."

"Mislim da im je ovo, ja bih rekla, kao jedno sigurno utočište."

"Lijepi dio posla mi je kada vidim kako je nekima potrebna podrška grupe i kako zapravo stvaramo tu atmosferu grupe. Inače se osjećaju sami i nekako volim vidjeti taj osjećaj i da to stvaramo zajedno, tu neku vrstu podrške."

Uz sve navedeno, stručnjaci kao najveći adut Dnevne bolnice ističu upravo podršku grupe. Grupa pruža podršku, osjećaj pripadnosti i zajedništva, smanjujući osjećaj izolacije i usamljenosti (Arcelus i sur., 2011). Prema Joyu i suradnicima (2003), grupna terapija omogućava pacijentima da dijele svoja iskustva, uče jedni od drugih i razvijaju socijalne vještine koje su često narušene zbog poremećaja prehrane. Grupa nudi emocionalnu podršku i razumijevanje, koje pojedinci često ne dobivaju iz svoje obitelji ili društvenog okruženja. Herzog i suradnici (2022) naglašavaju da grupna terapija smanjuje osjećaj stigmatizacije i povećava motivaciju za oporavak. Kroz dijeljenje svojih iskustava i slušanje tuđih, pacijenti dobivaju nove perspektive i strategije za suočavanje s problemima. Grupna terapija također omogućava pacijentima da razvijaju empatiju i razumijevanje prema drugima, poboljšavajući sposobnost suočavanja s vlastitim problemima (Kvale i Brinkmann, 2009). Sudionici toliko veličaju moć grupe, da navode kako je njihov zadatak samo očuvati tu grupu. Napominju kako grupa ima mogućnost podnijeti sve najteže i najljepše emocije pacijenata. Iako se znaju javiti nesuglasice i svađe, grupa uvijek riješi konflikte te funkcionira kao obitelj. Grupa pacijentima predstavlja korektivno obiteljsko iskustvo.

"Jer grupa je glavni terapijski medij. Grupa je svetinja na neki način. Ono što među njima može grupa ni jedan od nas to ne može. Naše je samo da tu grupu čuvamo."

"U šest mjeseci koliko ja sam tu, grupa je više manje, core grupe je isti – a dakle primanje novog člana i separacija sa starim članom, to su procesi. Dakle grupa zapravo predstavlja obitelj."

"Prilagodba grupi ovisi o tome kakve su crte ličnosti tog novog člana. Tako se meni čini. Ili uopće nije to - možda u kojoj je fazi grupa. Imali smo, ne znam, fazu bunta u grupi. Ono, mi smo bili roditelji, ili nisu možda svi članovi tima bili kao roditelji, ali baš se osjetilo da prema određenima cijela grupa i prema cijelom timu, nekad budu baš agresivni i tako traje neki period. Onda se to smiri, onda budu nešto drugo. Tako da cijela grupa nekako skupa diše."

"Mislim, ovo je kao jedna njihova obitelj. Mislim posvađuju se daleko od toga i ljute se jedni na druge i sve. Ali sve je to dio oporavka."

"Ali dinamika je takva da, u principu, svatko ima priliku reći nešto za svoj problem. Grupa ima priliku isto tako pomoći odgovoriti, dati nekakav svoj uvid u to ili možda neko svoje iskustvo i tu je zapravo bogatstvo toga. Jer od 20 ljudi možemo 20 ljudi istu stvar govoriti, ali možda će samo ta jedna osoba na to "zazvoniti", da je to to"

"Tu smo jako otvoreni i pažljivi oko toga da oni isto dobiju nekako osjećaj da tu mogu biti ono što jesu."

"One dobiju povjerenje zapravo u grupu da grupa može podnijeti njihove najgore emocije za razliku od roditelja koji to nisu mogli."

Za kraj, sudionici smatraju da informirani i educirani terapeuti, pacijenti i zajednica mogu zajedničkim snagama raditi na smanjenju prevalencije poremećaja prehrane i pružanju podrške onima koji su pogođeni. Dakle, navode kako je za dugoročni opravak potrebna i edukacija pacijenata i njihovih obitelji te stručnjaka i javnosti. Edukacija uključuje pružanje informacija o simptomima, uzrocima i mogućnostima liječenja poremećaja prehrane (Reid i sur., 2010). Sudionici istraživanja svjesni su važnosti svih aspekata edukacije, a neki od njih su posebno entuzijastični.

"Brinem o nekoliko projekata koji su u tijeku. Npr. sad organiziramo kongres o muškim poremećajima prehrane koji će se održati krajem desetog mjeseca. Radimo neku preventivu u Puli u jesen za djecu drugog i trećeg razreda srednje škole. Radim jednu školu za roditelje u Sisačko-moslavačkoj županiji koju bi trebala financirati država..."

''Tako da smo mi i na taj način neki rasadnik znanja za poremećaje hranjenja.''

„Tako da se na taj način dobro može pristupiti populaciji koja je rizična. Tu rade možda i na nekoj prevenciji da je i doktor na televiziji pa, i taj Instagram profil, tako da je zapravo tu uključen baš taj vizualni dio, koji je zapravo u tom dijelu i dio problema kod mladih po pitanju prehrane, izgleda i sličnog.“

"... da oni postanu stručnjaci svog poremećaja, znači da mentaliziraju, da nauče mentalizirati, da skuže šta im se događa, da skuže začarani krug poremećaja hranjenja,"

"I tako da mislim da definitivno bi trebalo biti više stručnjaka za poremećaje hranjenja, ali svih stručnjaka. Evo, tako ću reći. I puno više mjesta u Hrvatskoj. Jer ovo sad ima samo u Zagrebu."

Stavove sudionika u istraživanju potvrđuju i istraživanja Cambridge (2019) te Reida i suradnika (2010). U istraživanju Cambridge (2019) preporučuje se bolja obuka, pravednija raspodjela resursa, jača međuprofesionalna suradnja te kontinuirana edukacija kako bi se poboljšala podrška osobama s poremećajima prehrane (Cambridge, 2019). Istraživanje Reida i suradnika (2010) ističe složenost potreba pacijenata, nedostatak resursa, te potrebu za individualiziranim pristupom liječenju. Zaključak istraživanja je da pacijenti nisu "teški" sami po sebi, već zbog neadekvatne podrške i resursa (Reid i sur., 2010).

Iz navedenog je vidljivo da stručnjaci naglašavaju važnost individualiziranog pristupa pacijentima, grupnog rada, sigurnog okruženja, prihvaćanja i empatije, te mogućnosti dugotrajnosti liječenja. Individualni pristup omogućuje prilagodbu terapije specifičnim potrebama pacijenata, dok grupna terapija pruža podršku, smanjuje osjećaj izolacije i pomaže u razvijanju socijalnih vještina, kroz primanje i davanje.

4.4. Osobna iskustva

4.4.1. Osobni zaključci

Sudionici donose različite osobne zaključke na temelju svog iskustva u radu s pacijentima s poremećajima prehrane. Tijekom donošenja osobnih zaključaka stručnjaka, uglavnom su se provlačile teme individualnog pristupa, edukacije, empatije i smanjenje stigme. Istaknuta je i potreba za unapređenjem zdravstvenog sustava.

"Najtužniji dio mi je ta nekakva procedura koja zapravo što se tiče socijalnog i zdravstvenog osiguranje i takvih nekakvih stvari koje zapravo otežava ljudima da budu bolje."

"Ovisno od pacijenta od pacijenta. Individualno neki drže u sebi, pa im je lakše izraziti na papiru, neki dođu do nekog zaključka kroz grupu, kroz analizu i tako, tako da je to vrlo, vrlo individualno."

"Jer to su njihove sudbine. Ali možda više ovaj dio nekog opreza i empatije i razumijevanja. I naravno puno rada na sebi i edukacije."

"Važno je promicanje svijesti i destigmatizacija mentalnih bolesti. Da je normalno doći u ustanovu potražiti pomoć."

"Gurati puno edukacije. Mislim, da toga fali."

Grupni terapeut nudi posebnu perspektivu na povećanje poremećaja prehrane u društvu:
"Ja mislim da to što je porast poremećaja prehrane nije zapravo do gena i genetike, nego je više do nekakvih odnosa međuljudskih i odnosa prema samome sebi."

Jedan sudionik spomenuo je zanimljiv prijedlog za organizacijom mobilnog tima za psihološku pomoć, dok se jedan usmjerava na potrebu dubinske promjene vrijednosti u društvu.

"Da se napravi nekakav Psihobus u smislu kao na Bibliobus, znači da postoji tim stručnjaka koji su mobilni tim stručnjaka i koji zapravo ide od škole do škole."

"Možemo utjecati ovo da društvo ne bude toliko fokusirano na tijelo, na izgled, na mršavost, nego nekako da prihvaćamo da nekako taj izgled prestane biti u fokusu, da neke druge stvari postanu fokus. "

Ipak, kao najvažniji zaključak među stručnjacima, pokazao se timski rad i edukacija kao ključan čimbenik u borbi protiv poremećaja prehrane. Jedan sudionik dao je lijepu metaforu što za njega znači rad u timu.

"Odlično je kad radite s patologijama – raditi u timu. Kao kad u utrci imate zečeve koji vas vuku I žrtvuju se za vas. Ili u biciklizmu..."

„I tako da mislim da definitivno bi trebalo biti više stručnjaka za poremećaje hranjenja, ali svih stručnjaka. Evo, tako ću reći. I puno više mjesta u Hrvatskoj. Jer ovo sad ima samo u Zagrebu.''

U skladu s ranije navedenim nalazima drugih istraživača, sudionici donose osobne zaključke o važnosti individualnog pristupa, pojačanog podrškom drugih ljudi i sustava. Posebno ističu važnost edukacije stručnjaka, ali i ulogu šireg društva u destigmatizaciji i primarnoj prevenciji.

4.3.2. Teški trenutci

Rad s pacijentima s poremećajima prehrane nosi i značajne emocionalne izazove. Stručnjaci koji rade s pacijentima s poremećajima prehrane često doživljavaju visoke razine emocionalnog stresa zbog prirode posla (Brewerton i sur., 2020). Suočavanje s teškim emocionalnim stanjima pacijenata može izazvati osjećaj bespomoćnosti i frustracije kod terapeuta. Sudionici navode kako najteži trenuci uključuju suočavanje sa suicidalnim mislima pacijenata, traumatskim iskustvima i povratkom destruktivnih ponašanja unatoč terapiji. To je uočljivo i u citatima dvaju stručnjaka:

"Najteže je raditi sa pacijentom koji je izuzetno ambivalentan i koji odbija sugestije. Znači imate pacijenta koji jednostavno neće jesti. Ne žele biti tu. Teško im je to i odu. Ali to znači da vjerojatno nisu još bili spremni."

"Incestualno seksualno zlostavljanje mi je najteži dio posla. Grozno zvuči, ali čak ni ubojstvo nije tako strašno, kao što je ovo."

„A najteže mi je taj moment suicida i da u toj procjeni ne napravim neku grešku.“

„I bila sam iznenađena količinom trauma koju nose ljudi s prekomjernim težinama. To je velika količina trauma.“

Kako bi se lakše nosili sa teškim trenucima, neki stručnjaci podršku traže za vrijeme intervizija. Također neki od sudionika navode kako ipak većinom pozitivna iskustva prevladaju nad onim negativnima:

"Iza teških grupa i mi smo tu napunjeni, preplavljeni iza teških sadržaja, teških grupa i mi se olakšavamo na taj način da iza grupe je sinteza, gdje pozvonimo, tko je tu i da ispričamo grupu. I to nam je vrlo vrijedno jer znamo pratiti što će se, aha, događati, aha, tu je otvorila, tu nije nikad otvorila itd."

"...uvijek pamtim, više pamtim ove pozitivnije stvari. Ostanem motiviraniji da nastavim s tim. Iako neke stvari koje nisu dobre se jednostavno ne mogu zaboraviti i bodu, ali kažem uvijek... Malo zasladi taj gorki biloć, to bi se reklo."

Primjetno je kako je rad s oboljelima od poremećaja prehrane emocionalno vrlo zahtjevan, ali da primjerena podrška i usmjeravanje na pozitivne pomake mogu stručnjacima dati dodatnu snagu.

4.3.3. Ispunjavajući trenutci

Unatoč teškim trenucima, stručnjaci koji rade s pacijentima s poremećajima prehrane često doživljavaju visoke razine profesionalnog zadovoljstva kada vide pozitivne ishode svog rada (Reid i sur., 2010). U tom radu, prisutni su mnogi emocionalno ispunjavajući trenutci, koji stručnjacima pružaju motivaciju i potvrđuju smisao njihovog rada. Najljepši trenuci, kako sudionici kažu, uključuju svjedočenje napretku pacijenata, njihovoj transformaciji i postizanju značajnih ciljeva u terapiji, što je primjetno u dvama sljedećim citatima;

*"A lijepo je- prekrasno je kad se netko transformira iz nekog tko ima teški poremećaj, ne zna di mu je du** di mu je glava, kad je osoba cijela u hrani – kada se konačno transformira u osobu, u ženu. Kad dođe sa vijestima da je našla dečka, da je bila vani, da ju nije smetalo kad joj netko kaže da se malo udebljala... Dakle do sada se zaliječilo četiri žene koje su do sada postale majke."*

"Meni je najljepše kad ljudi kažu da se zapravo osjećaju slobodno."

"Predivno mi je to što točno kužite kako u stvari taj proces liječi, odnosno taj odnos, ljudski odnos i ljudski kontakt. Koliko je to ljekovito, iscjeljujuće, s obzirom na to da je mnogima ovo prvi puta u životu da su naišli na razumijevanje, empatiju i tu neku istovrijednost."

Zaključno, empatija i prihvaćanje, zajedno s multidisciplinarnim pristupom, ključni su za uspješan tretman pacijenata s poremećajima prehrane. Empatija terapeuta stvara sigurno okruženje koje omogućuje pacijentima da se osjećaju shvaćeno i podržano, što je ključno za izgradnju povjerenja i otvoreno izražavanje osjećaja (Gustafsson i sur., 2021). Multidisciplinarni tim, koji uključuje psihijatre, psihologe, nutricioniste i razne terapeute, omogućuje sveobuhvatan pristup liječenju, kombinirajući različite perspektive i metode za optimalne rezultate (Joy i sur., 2003). Edukacija pacijenata, njihovih obitelji i stručnjaka također je ključna za dugoročni oporavak i smanjenje stigmatizacije poremećaja prehrane (Reid i sur., 2010).

Pregledom relevantne literature i rezultata provedenog istraživanja, jasno da je za uspješan tretman poremećaja prehrane ključno osigurati multidisciplinarni pristup, individualizirani program, kontinuiranu edukaciju stručnjaka i podršku pacijentima te njihovim

obiteljima. Također je potrebno razvijati strategije za jačanje motivacije pacijenata i poboljšanje njihovog uvida u ozbiljnost svog stanja. Ipak, za početak oporavka, pacijentima je najpotrebnija empatija i prihvaćanje. Rad stručnjaka uključenih u tretman poremećaja prehrane u Dnevnoj bolnici odvija se sukladno dosadašnjim spoznajama (Reid i sur., 2010), ali se dodatno ističu pozitivan efekt grupe te specifičnosti pojedinih terapeuta. Također, kao i stručnjaci diljem svijeta (Johns, 2019), ističe se potreba za većim financijskim resursima za kvalitetan pristup pacijentima. Ovo istraživanje prikazuje dublji uvid u iskustva stručnjaka u Hrvatskoj, što omogućava bolju implikaciju rezultata u praksi.

5. OPĆA RASPRAVA

Istraživanje percepcije pacijenata s poremećajima prehrane i njihovog tretmana iz perspektive stručnjaka otkriva složenost i višedimenzionalnost ove problematike. Stručnjaci u *Dnevnoj bolnici za poremećaje prehrane* rade u skladu s dosadašnjim spoznajama s pojedinim prilagodbama tretmana (Johns i sur., 2019). Pregledom relevantne literature i rezultata provedenog istraživanja, jasno da je za uspješan tretman poremećaja prehrane ključno osigurati multidisciplinarni pristup (Joy i sur., 2003), individualizirani program te kontinuiranu edukaciju stručnjaka i podršku pacijentima te njihovim obiteljima (Reid i sur., 2010). Također je potrebno razvijati strategije za jačanje motivacije pacijenata i poboljšanje njihovog uvida u ozbiljnost njihova stanja (Agüera i sur., 2021). Ipak, za početak oporavka, pacijentima je najpotrebnija empatija i prihvaćanje (Yalom i Leszcz, 2005). Sudionici posebno ističu individualizirani pristup te benefite rada u grupi – što omogućava odgovarajuću emocionalnu podršku i pacijentima i stručnjacima. Ovi nalazi potvrđuju važnost holističkog pristupa i kontinuirane edukacije za sve uključene strane.

Radi boljeg razumijevanja kompleksnosti tretmana poremećaja prehrane – najvažniji elementi, prema stručnjacima u tretmanu, prikazani su u Tablici 4 u nastavku.

Tablica 4

Tablični prikaz važnih sastavnica u tretmanu poremećaja prehrane:

KVALITETAN TRETMAN UKLJUČUJE:		
TIMSKI RAD	OPORAVAK PACIJENTA	ODRŽIVOST

Multidisciplinarnan pristup	Empatija	Edukacija stručnjaka
Komunikacija među stručnjacima	Individualiziran pristup	Edukacija obitelji
Grupni rad pacijenata	Motivacija pacijenta	Edukacija javnosti
	Rad na emocijama	
	Rad na samopoštovanju	

Doprinos ovog istraživanja je u povećanju razumijevanja važnosti multidisciplinarnog pristupa i emocionalne podrške u liječenju poremećaja prehrane, ističući ulogu edukacije i podrške obiteljima kao ključne za dugoročni oporavak. Istraživanje pruža uvid u specifičnosti terapijskog rada u sklopu konkretnog programa u Hrvatskoj, što može pomoći u oblikovanju boljih praksi u lokalnom kontekstu.

Jedno od ograničenja ovog istraživanja može biti (ne)iskustvo intervjuera pri provedbi intervjua, s obzirom na to da je prilikom provedbe polustrukturiranog/nestrukturiranog intervjua potrebna visoka vještina intervjuera. Primjerice, moguće je da je došlo do nenamjernog navođenja sudionika prema određenom načinu odgovaranja, a važno je imati na umu da i sama pojavnost intervjuera, kao i neke temeljne informacije o njemu, mogu utjecati na interakciju između njega i sudionika (Milas, 2005). Također treba naglasiti kako analiza polustrukturiranog/nestrukturiranog intervjua može biti složena, što otežava identificiranje relevantnog sadržaja. U kvalitativnim istraživanjima na malom uzorku pitanje privatnosti i povjerljivosti odgovora sudionika predstavlja značajan izazov, jer sudionici mogu biti manje skloni dijeljenju osjetljivih informacija ako osjećaju da njihova privatnost nije adekvatno zaštićena. Osim potrebe da zašтите svoju privatnost, u slučaju ovog istraživanja, sudionici su imali potrebu, a i etičku obvezu, štitiťi privatnost pacijenata te je moguće da su u nekim slučajevima davali više kontrolirane odgovore, kako ne bi narušili pravilo povjerljivosti u odnosu sa svojim pacijentima. Uz sve navedeno, ograničenja mogu biti i vrijeme (tijekom ili nakon radnog vremena sudionika) i resursi (nije postojala financijska potpora istraživanja).

Nadalje, nalazi ukazuju na potrebu za kontinuiranom edukacijom stručnjaka i uključivanjem obitelji u proces liječenja, što može značajno poboljšati ishode terapije. Ističu se i specifičnosti pojedinih terapeuta i pozitivni učinci grupnog rada, što može poslužiti kao

temelj za unapređenje postojećih terapijskih programa u području poremećaja prehrane, ali i šire.

Prijedlozi za buduća istraživanja uključuju detaljniju analizu učinkovitosti različitih terapijskih pristupa, s posebnim naglaskom na individualizaciju terapije i multidisciplinarni pristup. Važno je istražiti dugoročne učinke kontinuirane podrške i edukacije na oporavak pacijenata te evaluirati preventivne programe i edukativne inicijative kako bi se povećala svijest o poremećajima prehrane i smanjila stigmatizacija. Bitno bi također bilo istražiti ulogu različitih kulturnih i socijalnih konteksta u prihvatljivosti programa, odnosno pokazati osjetljivost u prilagodbi programa različitih kontekstima. Stručnjaci naglašavaju potrebu za kontinuiranom edukacijom, organiziranjem preventivnih programa i pružanjem emocionalne podrške pacijentima i njihovim obiteljima. Bilo bi korisno provesti istraživanje gdje se intervjuiraju pacijenti i njihove obitelji, kako bi se stekao sveobuhvatniji pogled na obiteljsku dinamiku vezanu uz razvoj i liječenje poremećaja prehrane. Ne treba zanemariti ni činjenicu da su za organizaciju cjelovitog tretmana potrebni veći financijski resursi.

6. ZAKLJUČAK

Cilj rada je produbiti spoznaje o osobama s poremećajima prehrane i njihovom tretmanu iz perspektive stručnjaka koji su uključeni u tretman. Korištena metoda bila je polustrukturirani/nestrukturirani intervju te su intervjuirani stručnjaci uključeni u tretman poremećaja prehrane u Klinici za psihijatriju Sv. Ivan – Dnevna bolnica za poremećaje prehrane. Sudionici su intervjuirani individualno, u prostoru Dnevne bolnice u trajanju od prosječno 60 minuta. Intervjui su snimani, potom transkribirani, a na kraju analizirani.

Dobiveni nalazi pokazuju kako motivacija stručnjaka igra ključnu ulogu u uspješnom tretmanu poremećaja prehrane. Stručnjaci su visoko motivirani zbog osobnih iskustava i želje za pomaganjem drugima, što im pomaže u održavanju entuzijazma, empatije i ustrajnosti u radu. Motivacija je često ukorijenjena u mladosti, kada se razvija interes za psihologiju, medicinu ili srodna polja. Visoka motivacija stručnjaka omogućuje kvalitetniju skrb te veće zadovoljstvo poslom. Važno je da stručnjaci prepoznaju i održavaju svoju motivaciju kroz kontinuiranu edukaciju i profesionalni razvoj.

Nadalje, stručnjaci smatraju kako je bitan individualan pristup svakom pacijentu te točna percepcija svakog pojedinca u tretmanu. Percepcija pacijenata s poremećajima prehrane uključuje razumijevanje njihovih emocija, motivacije, pojma o sebi, potrebe za kontrolom, opsesije hranom i obiteljskih dinamika. Pacijenti često potiskuju emocije poput straha, bijesa, srama i ljutnje, što može dovesti do razvoja i održavanja poremećaja prehrane. Nisko samopouzdanje i samopoštovanje, kao i narušeni obiteljski odnosi, dodatno pogoršavaju stanje pacijenata. Stručnjaci rade na prepoznavanju i izražavanju emocija pacijenata, jačanju njihovog samopoštovanja i razvijanju zdravijih načina upravljanja stresom i emocijama.

Uspješan tretman poremećaja prehrane zahtijeva multidisciplinarni pristup koji uključuje rad različitih stručnjaka, poput psihijataru, psihologa, nutricionista i radnih terapeuta. Timski rad omogućuje sveobuhvatnu skrb o pacijentima, koordiniranu terapiju i razmjenu informacija među stručnjacima. Individualizirani pristup terapiji prilagođava se specifičnim potrebama svakog pacijenta, uzimajući u obzir njihovu osobnu povijest i fazu bolesti. Empatija, prihvaćanje i stvaranje sigurnog okruženja ključni su za izgradnju povjerenja između terapeuta i pacijenta.

Kontinuirana edukacija stručnjaka, pacijenata, njihovih obitelji i šire javnosti ključna je za uspješan tretman poremećaja prehrane. Edukacija pomaže u smanjenju stigme, povećanju razumijevanja poremećaja prehrane i poboljšanju pristupa tretmanu. Stručnjaci naglašavaju važnost organiziranja preventivnih programa i edukativnih inicijativa, kako bi se povećala svijest o poremećajima prehrane. Kontinuirana podrška pacijentima i njihovim obiteljima kroz cijeli proces oporavka ključna je za postizanje dugoročnih pozitivnih ishoda.

Stručnjaci koji rade s pacijentima s poremećajima prehrane doživljavaju i neke vrlo teške, ali i neke vrlo lijepe te ispunjavajuće trenutke u svom radu. Najteži trenuci uključuju suočavanje sa suicidalnim mislima pacijenata, traumatskim iskustvima i povratkom destruktivnih ponašanja unatoč terapiji. Stručnjaci naglašavaju važnost emocionalne podrške i kontinuirane edukacije kako bi se nosili s izazovima u radu s pacijentima. Najviše ispunjavajući trenuci uključuju svjedočenje napretku pacijenata, njihovu transformaciju i postizanje značajnih ciljeva u terapiji.

Zaključno, uspješan tretman poremećaja prehrane zahtijeva multidisciplinarni pristup, kontinuiranu edukaciju i emocionalnu podršku. Motivacija stručnjaka i pacijenata ključna je za postizanje dugoročnog oporavka, dok individualizirani pristup terapiji omogućuje prilagodbu specifičnim potrebama svakog pacijenta. Kroz suradnju, empatiju i edukaciju, moguće je

poboljšati ishode liječenja i pružiti kvalitetnu brigu pacijentima s poremećajima prehrane. Implementacija ovih strategija može značajno doprinijeti poboljšanju tretmana i podrške pacijentima u Hrvatskoj, omogućujući im postizanje trajnog oporavka i bolje kvalitete života. Na kraju, pacijentima je najpotrebnija ljubav - potrebni su im obitelj, empatija i prihvaćanje. Ovi elementi su temelj uspjeha Dnevne bolnice. Ljudski kontakt liječi, grupa liječi – a na nama je da to osiguramo osobama s poremećajima prehrane i psihičkim poremećajima općenito – osiguravanjem kvalitetnog tretmana i edukacijom obitelji i društva.

7. LITERATURA

- Academy for Eating Disorders. (2021). *AED Report 2021: Medical Care Standards Guide. Medical Care Standards Guide – Academy for Eating Disorders (4. Izd.)*. Dostupno na : <https://www.aedweb.org/publications/medical-care-standards>
- Agüera, Z., Riesco, N., Valenciano-Mendoza, E., Granero, R., Sánchez, I., Andreu, A., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2021). Illness perception in patients with eating disorders: clinical, personality, and food addiction correlates. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 2287–2300. doi:10.1007/s40519-020-01083-3
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arcelus, J. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Beck, J. S. (1995). *Kognitivna terapija: Osnove i šire*. Guilford Press.
- Blatner, A. (2000). *Foundations of psychodrama: History, theory, and practice*. Springer Publishing Company.

- Borden, A. i Cook-Cottone, C. (2020). Yoga and eating disorder prevention and treatment: A comprehensive review and meta-analysis. *Eating Disorders*, 28(4), 400–437. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1798172>
- Brewerton, T., Perlman, M., Gavidia, I., Suro, G., Genet, J. i Bunnell, D. (2020). The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 2061–2066. <https://doi.org/10.1002/eat.23401>
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chase, K. (2018). Obiteljska dinamika i poremećaji prehrane. *Journal of Family Therapy*, 40(2), 245-258.
- Cost, J., Krantz, M. J. i Mehler, P. S. (2020). Medical complications of anorexia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(6), 361–366. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19084>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S. H. i Medicus, J. (2023). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>
- Deloitte Access Economics. *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*. 2020. Dostupno na: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z. i Shafran, R. (2008). Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. U: Fairburn, C. G. (Ur.). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. The Guilford Press.
- Flament, M. F., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen, H. N. T., Birmingham, M. i Goldfield, G. (2015). Weight Status and DSM-5 Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents From the Community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.01.020>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. i Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Goldstein, A. i Gvion, Y. (2019). Socio-demographic and psychological risk factors for suicidal behavior among individuals with anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1149-1167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.015>
- Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Wilbe Ramsay, K. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members, and health care professionals: A meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of Eating Disorders*, 9(156). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>
- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S. i Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: Findings from a rapid review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2>
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 552-556. doi:10.1002/eat.20646

- Herzog, W., Wild, B., Giel, K. E., Junne, F., Friederich, H. C., Resmark, G., Teufel, M., Schellberg, D., de Zwaan, M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Zeeck, A., von Wietersheim, J., Tagay, S., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Schmidt, U. I Zipfel, S. (2022). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in female outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): 5-year follow-up of a randomised controlled trial in Germany. *The lancet. Psychiatry*, 9(4), 280–290. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00028-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00028-1)
- Johns, G., Taylor, B., John, A., & Tan, J. (2019). Current eating disorder healthcare services – the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families, and health professionals: Systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, 5(6), e59. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.48>
- Joy, E. A., Wilson, C. I Varechok, S. (2003). The multidisciplinary team approach to the outpatient treatment of disordered eating. *Current Sports Medicine Reports*, 2(6), 385-389.
- Keeler, J. L., Kaye, W. H., & Klump, K. L. (2023). "Your mind doesn't have room for anything else": A qualitative study of perceptions of cognitive functioning during and after recovery from anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. doi:10.1186/s40337-023-00349-4
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
- Klinika za psihijatriju Sv. Ivan Zagreb. (2024). *Dnevna bolnica za poremećaje prehrane*. Preuzeto sa <https://www.pbsvi.hr/dnevne-bolnice/dnevna-bolnica-za-poremećaje-prehrane-hrana/>
- Kvale, S. i Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. SAGE Publications.

- Levy, F. J. (1988). *Dance/Movement Therapy. A Healing Art*. AAHPERD Publications.
- Mack, R.A., Stanton, C.E. i Carney, M.R. (2023). The importance of including occupational therapists as part of the multidisciplinary team in the management of eating disorders: a narrative review incorporating lived experience. *J Eat Disord*, 11, 37.
<https://doi.org/10.1186/s40337-023-00763-6>
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2012). *Handbook of art therapy* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Milas, G. (2005). Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima. Naklada Slap, Jastrebarsko.
- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2024). Preuzeto sa <https://zdravlje.gov.hr/>
- Minuchin, S., Rosman, B. L. i Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D. i Smith, B. N. (2011). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307–315. <https://doi.org/10.1002/eat.20965>
- National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) at Columbia University. (2003). *Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders*. New York, National Center on Addiction and Substance Abuse.
- National Eating Disorders Association (NEDA). (2023). "Risk Factors." Preuzeto sa <https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors>
- Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Real People Press.

- Räisänen, U. i Hunt, K. (2014). The role of gendered constructions of eating disorders in delayed help-seeking in men: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 4(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004342>
- Reid, M., Williams, S. i Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 390-398. <https://doi.org/10.1002/erv.976>
- Rubin, H. J. i Rubin, I. S. (2012). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781452226651>
- Runfola, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. A., Hofmeier, S. M., Gagne, D. A. i Bulik, C. M. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: Results of the UNC-SELF and gender and body image (GABI) studies. *European Eating Disorders Review: The Journal of The Eating Disorders Association*, 21(1), 52–59. <https://doi.org/10.1002/erv.2201>
- Smink, F. R., van Hoeken, D. i Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, J. A. (Ed.). (2015). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. SAGE Publications.
- Treasure, J., Claudino, A. M. i Zucker, N. (2010). Eating disorders. *The Lancet*, 375(9714), 583-593.
- World Health Organization. (2020). Body mass index - BMI. Preuzeto sa: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Yalom, I. D. i Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). Basic Books.

8. PRILOZI

Prilog 1

Vodič za intervju:

1. Uvodna pitanja

- Gdje trenutno radite? Koji je naziv Vašeg radnog mjesta?
- Na temelju čega ste odabrali svoju profesiju? Kada ste ju odabrali? Što Vas je privuklo da se time bavite?
- Kako izgleda vaš tipičan radni dan?
- Koliko je ovaj posao blizak onome što ste zamišljali? Što je možda bolje, a što je možda teže od onoga što ste zamišljali?

2. Pitanja o poremećajima prehrane i populaciji s poremećajima prehrane općenito

- S osobama s kojim poremećajima prehrane se susrećete u svome radu? S kojima od njih se susrećete češće, a s kojima rijede?
- S koliko ste okvirno ženskih, a s koliko muških pacijenata do sada radili? Koje su dobi bili – u kojem rasponu, koliko je koja dob bila zastupljena? Jeste li primijetili neke razlike među muškim i ženskim pacijentima, među mlađim i starijim pacijentima? Kakvi su bili po obrazovanju, a kakvi po ekonomskom statusu? Koliko procjenjujete da je to (obrazovanje, ekonomski status) utjecalo na njihove probleme s prehranom i na liječenje?

3. Pitanja o bolničkom odjelu

- Po čemu mislite, odnosno znate da je pristup u bolnici Sveti Ivan specifičan? Koliko se razlikuje od onoga što, prema Vašim saznanjima, pacijenti mogu dobiti drugdje u Hrvatskoj i u svijetu?
- Na što osobe s poremećajima prehrane, prema Vašem iskustvu, ovdje najčešće dobro reaguju? Što im možda “teže pada”?
- Kako baš Vaša struka ovdje može doprinijeti njihovome tretmanu? Koliko je bitna suradnja među stručnjacima različitih profila? Možete li to potkrijepiti nekim primjerom?

- (Pitati ih i za ostale aspekte rada s osobama s poremećajima prehrane, koje možda nisu sami spomenuli, ili su ih spomenuli u maloj mjeri.) Npr., što možete reći o ulozi rada na prehrani, ulozi fizičke aktivnosti, individualne psihoterapije, grupne psihoterapije, rada s obiteljima?
- Kolika je, prema Vašem viđenju, bitna uloga drugih pacijenata u liječenju osobe s poremećajem prehrane? Na koji način je to vidljivo?
- Kolika je, prema Vašem viđenju, bitna uloga obitelji u liječenju osobe s poremećajem prehrane? Na koji način je to vidljivo?

4. Pitanja za kraj

- Što je Vama osobno najteže, a što Vam je najljepše u Vašem radu s osobama s poremećajima prehrane?
- Koliko rad s osobama s poremećajem prehrane utječe na Vas osobno? Koliko mislite da to kakvi ste Vi kao osoba inače u životu, doprinosi Vašem radu s osobama s poremećajem prehrane?
- Što biste poboljšali u sustavu za liječenje osoba s poremećajem prehrane kada bi to bilo u Vašoj moći? Koliko stručnjaka i kojih profila je, po Vašem mišljenju, još potrebno u Hrvatskoj za rad s osobama s poremećajima prehrane?
- Što mislite da bi se, na društvenoj razini, trebalo učiniti da se spriječi razvoj poremećaja prehrane? Iz perspektive Vaše struke, a i općenito?
- Što biste savjetovali mlađim kolegicama i kolegama koji tek započinju raditi s osobama s poremećajima prehrane?

Prilog 2

Suglasnost za sudjelovanje:

Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju „Percepcija pacijenata s poremećajima prehrane i njihovog tretmana – perspektiva stručnjaka uključenih u tretman“

Ovim putem Vas molimo za sudjelovanje u istraživanju kojim se nastoji utvrditi kakva je percepcija stručnjaka o pacijentima s poremećajima prehrane i o radu s njima. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada studentice psihologije Sandre Šrut, uz mentorstvo doc. dr. sc. Jelene Maričić s Fakulteta hrvatskih studija.

Ovaj razgovor bio bi sniman radi točnijeg bilježenja i analiziranja prikupljenih mišljenja. Snimke će biti dostupne isključivo studentici Sandri Šrut, a transkripti isključivo studentici i mentorici. Vaš identitet, kao ni identiteti drugih sudionika, neće biti poimence navedeni te se pri prikazu nalaza neće navoditi nepotrebni detalji koji bi mogli biti identificirajući za Vas ili druge sudionike. Prije predaje završne verzije diplomskog rada, bit će Vam poslani citati iz Vašeg intervjua planirani za navođenje u radu, kako biste se izjasnili o tome jeste li suglasni s njihovim navođenjem.

Predviđeno trajanje razgovora je sat vremena ili malo dulje, pri čemu je sudjelovanje potpuno dobrovoljno, što znači da možete odbiti odgovoriti na neko pitanje ili prekinuti sudjelovanje u svakom trenutku.

**SVOJIM POTPISOM NA OVAJ OBRAZAC IZRAŽAVATE SUGLASNOST ZA
SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU**

Ja, _____ (*ime i prezime, molimo napisati tiskanim slovima*), izražavam suglasnost za sudjelovanje u gore opisanom istraživanju i razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno.

Potpis sudionika

Datum