

Faktori rizika za nastanak anoreksije nervoze¹

Jovana Lazarević²

Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Borjanka Batinić

*Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu
Klinika za psihijatriju KCS, Beograd*

Tatjana Vukosavljević Gvozden

Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Anoreksija nervoza predstavlja složen poremećaj ishrane čije su osnovne karakteristike voljno smanjivanje i održavanje telesne težine na nivou ispod 85% od optimalne, iracionalan strah od hrane i gojaznosti, kao i poremećaj doživljaja telesne težine i oblika tela. Na razvoj, održavanje i kompleksnost simptoma utiču različiti biološki, psihološki i socijalni faktori. Cilj rada jeste predstavljavanje faktora rizika koji mogu značajno doprineti razvoju i izraženosti simptoma anoreksije nervoze. Reč je o preglednom radu u kojem su prikazani ključni faktori koji utiču na nastanak i održavanje poremećaja. Posebno detaljno diskutovani su stilovi afektivnog vezivanja, perfekcionizam i zabrinutost povodom oblika tela, što predstavlja sržne psihološke faktore koji utiču na razvoj i izraženost simptoma dominantno prisutnih u kliničkoj slici. Nedostatak samopoštovanja i samopouzdanja, nerazrešeni emocionalni problemi, visoki, nerealistični standardi i ideali fizičkog izgleda kojih se osoba rigidno drži i uporno i dosledno pokušava da dostigne, nezadovoljstvo oblikom tela, odnosno izražena diskrepanca između doživljaja opaženog i zamišljene slike idealnog tela – povezani su sa maladaptivnim stavovima i navikama u vezi sa ishranom i često prethode dijagnozi anoreksije nervoze. Istraživanja ukazuju na to da su nesigurni stilovi emocionalnog vezivanja, perfekcionizam i zabrinutost povodom oblika tela značajno povezani sa simptomima anoreksije nervoze i da predstavljaju značajne predisponirajuće i održavajuće faktore. Fokusiranje na navedne probleme može značajno doprineti sveobuhvatnijoj prevenciji i tretmanu poremećaja.

Ključne reči: anoreksija nervoza, afektivno vezivanje, perfekcionizam, zabrinutost povodom oblika tela

Uvod

Anoreksija nervoza jeste psihološki poremećaj čiju suštinu predstavljaju promene u ponašanju u vezi sa ishranom, kako bi se smanjio apetit i postigao gubitak telesne

1 Članak predstavlja rezultat rada na projektu „Identifikacija, merenje i razvoj kognitivnih i emocionalnih kompetencija važnih društvu orijetnisanom na evropske integracije” (br. 179018) koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

2 Student doktorskih studija, e-mail:jocal88@yahoo.com

težine. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (ICD-10) (WHO,1992), da bi se dijagnosticirala anoreksija nervoza, moraju biti zadovoljeni sledeći uslovi: 1. telesna težina održava se na najmanje 15% ispod očekivane težine, ili je Quetelov indeks telesne mase ($QI = \text{kg/m}^2$) 17,5 ili niži; 2. gubitak telesne težine indukovano je od strane pacijenta putem izbegavanja „hrane koja goji” ili primenom jednog ili više oblika ponašanja kojima se redukuje višak težine – povraćanje, upotreba diuretika, laksativa, preterano vežbanje; 3. poremećaj telesne sheme u formi specifične psihopatologije putem koje strah od gojaznosti perzistira kao intruzivna, procenjena ideja i pacijent sebi nameće standarde niske telesne težine; 4. difuzni endokrini poremećaj koji uključuje osovину hipotalamus-hipofiza-gonade i kod žena se ispoljava amenorejom, a kod muškaraca gubitkom seksualne želje i potencije.

Najnovija klasifikacija Američkog udruženja psihijatarata (DSM-V) (APA, 2013) daje slične kriterijume za dijagnozu anoreksije nervoze: perzistentna restrikcija unosa kalorija, koja dovodi do značajnog smanjenja telesne težine (u kontekstu težine koja se minimalno očekuje s obzirom na uzrast, pol, razvojni put i fizičko zdravlje); intenzivan strah od dobijanja na težini ili od debljanja, ili istrajavanje u ponašanju koje onemogućava gojenje (iako je prisutna značajno manja težina); doživljaj poremećaja telesne sheme ili oblika tela, telesna shema i težina imaju negativan uticaj na samovrednovanje, ili je prisutan perzistentan izostanak priznavanja ozbiljnosti aktuelno niske telesne težine.

Postoje dva tipa anoreksije nervoze: restriktivni i prejedajući tip. Za restriktivni tip karakteristično je strogo ograničavanje i smanjenje količine unosa hrane i kalorija, kao i izlaganje preteranom vežbanju, koje je prisutno u približno 40% slučajeva anoreksije nervoze. Za prejedajući tip karakteristične su epizode prejedanja ili unosa visokokalorične hrane, nakon čega se izaziva povraćanje ili se koriste purgativi i laksativi.

Anoreksija nervoza može dovesti do ozbiljnih fizičkih i psihičkih komplikacija, uključujući osteoporozu, bolesti srca, jetre, bubrega, gastrointestinalne i stomatološke probleme, neplodnost, anemiju, zloupotrebu supstance, depresiju, anksioznost, distimiju, panični i opsesivno-kompulzivni poremećaj (Hunt, 2007). Ona predstavlja psihijatrijski poremećaj s najvišom stopom smrtnosti. Mogućnost oporavka je približno 50% u periodu od 10 godina, oko 25% poprimi hronični tok, dok se prevalenca smrtnog ishoda među obolelima kreće i do 25%. Uglavnom počinje u uzrastu između desete i tridesete godine, s prosečnim početkom razvoja u uzrastu od 17 do 18 godina. Čak 95% obolelih jesu osobe ženskog pola, a prevalenca tog poremećaja među ženama iznosi 0,5–1,0% (Steinhausen, 2002).

Uzimajući u obzir zastupljenost anoreksije nervoze, težinu simptoma i ishod tretmana, neophodno je sistematičnije raditi na prevenciji i lečenju, ali i edukaciji mladih devojaka, koje su pod najvećim rizikom da razviju poremećaj. Kako bi se podigla svest o anoreksiji nervozi kao problemu mladih devojaka, a primene različitih preventivnih i tretmanskih mera bile delotvornije, potrebno je razumeti i uzeti u obzir različite faktore rizika, odnosno predisponirajuće, precipitirajuće i održavajuće faktore koji su povezani s tim poremećajem. Predisponirajućim faktorima čine osobu podložnom da razvije anoreksiju nervozu. Oni uključuju pol (žene su pod većim rizikom da razviju poremećaj), biološke činioce – kao što su genetska predispozicija i somatska oboljenja; psihološke – kao što su perfekcionizam i nisko samopoštovanje; socijalne – kao što su društvene norme i uticaji medija. Precipitirajući faktori predstavljaju okidače poremećaja i najčešće je reč o stresnim životnim događajima, teškim traumama (zlostavljanje), velikim životnim krizama i promenama. Održavajućim faktorima utiču na trajanje i ispoljavanje simptoma poremećaja i podrazumevaju aktuelan ili dugotrajan stres, porodičnu dinamiku i sekundarnu dobit od bolesti, kontrolisanje

ishrane, kognitivne distorzije. Međutim, često se određeni faktor ne može svrstati samo u jednu od kategorija faktora rizika jer može uticati kako na razvoj, tako i na održivost simptoma anoreksije nervoze (Ghaderi & Scott, 2001).

Cilj rada jeste da predstavi neke od najvažnijih bioloških, socijalnih i psiholoških faktora koji mogu doprineti razvoju i održavanju simptoma anoreksije nervoze. S obzirom na brojne teorije i empirijski utemeljene podatke, dobijene širom sveta na kliničkom i nekliničkom uzorku, posebno će biti razmatrani stilovi afektivnog vezivanja, perfekcionizam i zabrinutost zbog oblika tela, što sve predstavlja značajne činioce povezane s nastankom poremećaja i izraženošću simptoma. Navedeni faktori povezani su sa sržnim odlikama anoreksije nervoze i karakterističnim simptomima dominantno prisutnim u kliničkoj slici poremećaja. Oni predstavljaju značajne faktore rizika za razvoj anoreksije nervoze, s obzirom da čine osobu podložnom da razvije poremećaj (predisponirajući faktori), ali utiču i na izraženost i trajanje simptoma (održavajući faktori). Naime, negativna slika o sebi može uticati na usmerenost osobe na postizanje određenih standarda lepote i privlačnog fizičkog izgleda kako bi se stekla sigurnost ili osećaj kontrole. Nedostatak samopoštovanja i samopouzdanja, kao i nepoverenje u druge ljude mogu, takođe, doprineti tome da osoba kroz ponašanje i stavove u vezi sa ishranom pokušava da prevaziđe svoje emocionalne probleme i da kroz dobijanje pažnje drugih zadovolji neispunjene potrebe (Karwautz et al., 2001; Allen, 2001). Osobe koje sebi postavljaju izuzetno visoke i nefleksibilne ciljeve težeće da to čine i u oblasti fizičkog izgleda i težine. Ukoliko su izuzetno stroge prema sebi, a uporne i dosledne, istrajajuće u nameri da dostignu svoje ciljeve, odnosno postignu željenu telesnu težinu (Fairburn et al., 2003; Stice, 2002). Nezadovoljstvo sopstvenim izgledom i izrazita diskrepanca između doživljaja sopstvenog tela i zamišljene slike idealnog tela uticaće na to da se razviju maladaptivni stavovi i navike u vezi sa ishranom, kako bi se dostigli sopstveni ideali. Nezadovoljstvo telom i doživljaj debljine i nesavršenstva konstantno su prisutni, pa će se osobe dosledno pridržavati režima ishrane kojim se unosi mali broj kalorija i iscrpljujućih aktivnosti kojima se unete kalorije troše (Touyz, 1985).

S obzirom na rečeno, razvijanje pozitivnije slike o sebi i drugima, promena previsokih kriterijuma i rigidnih ciljeva u vezi sa lepotom, promena doživljaja sopstvenog fizičkog izgleda i ideala lepote – mogu predstavljati značajne faktore prevencije i tretmana poremećaja ishrane. Kroz rad na navedenim karakteristikama, za koje u kliničkoj i terapijskoj praksi postoje efikasne metode i tehnike, može se postići sistematičniji, značajniji i obuhvatniji napredak u tretmanu simptoma poremećaja ishrane.

Faktori rizika za nastanak anoreksije nervoze

Anoreksija nervozna jeste složen poremećaj koji se javlja kao posledica kompleksne interakcije različitih unutrašnjih i spoljašnjih faktora. Za objašnjenje nastanka poremećaja uglavnom se koriste multidimenzionalni ili bio-psiho-socijalni modeli, koji naglašavaju značaj većeg broja faktora – bioloških, psiholoških, socijalnih (Karwautz et al., 2001).

Biološki faktori

Mogućnost nasleđivanja anoreksije nervoze iznosi između 58% i 74%. Indeks telesne mase, ograničenja ishrane, samoindukovano povraćanje, nezadovoljstvo zbog izgleda tela, zabrinutost ishranom i težinom – takođe su nasledni. Generalno, nastanak anoreksije nervoze povezuje se s hromozomom 1 u ljudskom genomu i genima

zaduženim za produkciju serotonina, dok se težnja ka mršavosti i opsesija hranom dovode u vezu s hromozomima 1, 2 i 13. Anoreksija nervoza povezuje se s porodičnom istorijom opsesivno-kompulzivnog poremećaja, poremećaja raspoloženja, posebno depresije, alkoholizma i zloupotrebe supstance (Treasure, 2007). Na razvoj poremećaja mogu uticati i komplikacije tokom trudnoće, neadekvatna ishrana pre i posle porođaja, nutritivni status i planiranje ishrane tokom života, mala težina na rođenju, prevremeno rođenje ili trauma prilikom rođenja (Favaro et al., 2006).

Dalje, kod osoba sa anoreksijom nervozom umanjen je talamus, smanjena je zapremina desnog dorzalnog korteksa, poremećeno je funkcionisanje insule, prisutne su lezije u desnom frontalnom i temporalnom režnju, kortikalna atrofija i proširenje moždanih komora, smanjenje bele i sive moždane mase (zapremina sive mase smanjena je posebno u prednjem cingularnom girusu), anomalije u funkcionisanju hipotalamo-hipofizno-adrenalnog sistema stresa tokom bolesti i nakon oporavka (Connan et al., 2003).

U razvoj i održavanje poremećaja uključeni su i brojni biološki faktori i mehanizmi. Dopamin, koji je povezan s gubitkom težine, preteranim vežbanjem i neosetljivošću na nagrade, takođe je smanjen tokom bolesti i nakon oporavka, a receptor dopamina D4, uključen u regulisanje sitosti, značajan je faktor rizika za razvoj anoreksije nervoze (Bachner-Melman et al., 2007). Serotonin je smanjen tokom akutne faze anoreksije nervoze, a utvrđene su i anomalije na genu koji kontroliše serotonin-ske receptore (5-HT) (*5-hidroksitriptaminski receptori*) koji između ostalog utiču i na regulaciju apetita i inhibiciju unosa hrane (Treasure, 2007).

Socijalni faktori

Idealna telesna težina koju promoviše društvo poslednjih decenija progresivno je sve niža, pa kulturni pritisak da žene treba da budu mršave može doprineti razvoju anoreksije nervoze. Masovni mediji promovišu mršavost kao simbol lepote i uspeha, kao i ponašanje prema sebi i svom telu, što može pojačati rizik razvoja poremećaja ishrane (Miller & Pumariega, 2001). Pored uticaja medija, vršnjaci i porodica predstavljaju značajan izvor informacija o sociokulturnim standardima privlačnosti, koji mogu uticati na mršavljenje i razvoj nezdravih stavova i oblika ponašanja u vezi sa ishranom (Zandian et al., 2006).

Porodični faktori koji mogu doprineti razvoju anoreksije nervoze jesu: preterano zaštićivanje deteta, nedostatak porodične hijerarhije, problemi s granicama, destruktivna komunikacija majke i kćerke, intruzivnost, agresivnost i negiranje emocionalnih potreba deteta, kontrolišući i kritizerski nastrojeni roditelji, porodični nesklad i visoki zahtevi roditelja, siromašna komunikacija i disfunkcionalna interakcija, manja kohezivnost porodice i veći broj konflikata, slanje dvostrukih poruka detetu i zanemarivanje njegove potrebe da iskaže svoje emocije, rigidna porodica, prevelika umreženost i loše rešavanje konflikata (Cunha et al., 2009). Posebno je značajan rani odnos majka – dete, a naglasak je na neuspehu u razvoju autonomije osoba sa anoreksijom nervozom, nedostatku diferencijacije u odnosu na majku i traženju kontrole, što se javlja kao posledica njihove nemogućnosti da se nose sa separacijom i individualizacijom u periodu adolescencije (Bruch, 1982). Izostanak usaglašavanja detetovih potreba i odgovora roditelja može ugroziti uspešnu regulaciju gladi kod deteta i mogu se javiti problemi vezani za samosvest, samopoimanje i nesposobnost razlikovanja gladi i sitosti od drugih potreba i neprijatnosti. U istoriji osoba sa anoreksijom nervozom zabeleženo je i često prisustvo traume, seksualnog ili fizičkog zlostavljanja (Allen, 2001).

Osobe koje svrstavamo u posebno rizičnu grupu za razvoj anoreksije nervoze jesu sportistkinje, balerine i modeli. Dalje, žene koje doživljavaju više nivoa stresa u socijalnom, porodičnom i finansijskom aspektu života – pod većim su rizikom da razviju poremećaj ishrane (Garner & Garfinkel, 1980).

Psihološki faktori

Patologija ličnosti povećava rizik za razvoj anoreksije nervoze koja se smatra izrazom osnovnih, dubljih poremećaja ličnosti. Preokupacija hranom može predstavljati odbranu od bazičnih problema, pre svega od sumnje u svoju vrednost, ali i pseudorešenje za probleme ličnosti i življenja (Bruch, 1982). Samoizgladnjivanje takođe može predstavljati izraz nesvesne potrebe da se zadovolje prethodno neispunjene potrebe od strane figure vezivanja (Chassler, 1997).

Među osobama sa anoreksijom nervozom visoka je prevalenca poremećaja ličnosti. Najčešće su prisutni poremećaji ličnosti klastera C (opsesivno-kompulzivni, zavisni, izbegavajući) i s njima povezane crte ličnosti – perfekcionizam i kompulzivnost, kao i granični poremećaj ličnosti. Kod većine takvih slučajeva poremećaji ličnosti prisutni su pre razvoja anoreksije nervoze.

Sa simptomima anoreksije nervoze povezane su i određene crte ličnosti. Opsesivno-kompulzivne crte, kao što su sumnja, proveravanje, potreba za simetrijom i tačnošću mogu nagovestiti razvoj anoreksije nervoze, a svaka dodatna opsesivno-kompulzivna crta ličnosti sedam puta povećava šanse za razvoj poremećaja ishrane (Cassin & Ranson, 2005). Podložnosti za razvoj anoreksije nervoze mogu, takođe, doprineti izražen perfekcionizam i anksioznost, prevelika kontrola, emocionalna disregulacija i smanjena emocionalna kontrola, neuroticizam i negativna emocionalnost, posebno potisnuti bes, siromašna introspektivna svesnost, psihorigidnost, nizak nivo traženja novina, manje izražena kooperativnost, više izraženo izbegavanje kazne, negativna samoprocena, nisko samopoštovanje, visoko izražena stidljivost, usamljenost i osećanje inferiornosti, izražen narcizam, ispoljen kao iracionalna zabrinutost oko fizičkog izgleda (Western et al., 2006). Poremećaji ishrane mogu se povezati i s konfliktom između očuvanja nezavisnosti i autonomije, s jedne strane, i oslanjanja na odnose sa drugima prilikom procene svoje vrednosti i samopoštovanja, s druge (Cassin & Ranson, 2005).

Potrebno je, takođe, pomenuti da razvoju poremećaja ishrane mogu doprineti i kognitivni faktori, kao što su logičke greške, kognitivne distorzije, opsesivne misli, rigidni obrasci mišljenja. Za anoreksiju nervozu posebno su karakteristične sledeće kognitivne distorzije: preterana generalizacija, selektivan izvod, katastrofiziranje i personalizacija (Strauss & Ryan, 1988).

Kod osoba sa anoreksijom nervozom uglavnom su prisutni nesigurni stilovi afektivnog vezivanja, kao i perfekcionizam i zabrinutost zbog oblika tela, što ćemo, zbog njihovog značaja, detaljnije razmotriti.

Anoreksija nervoza i stilovi afektivnog vezivanja

S obzirom da se stilovi afektivnog vezivanja često dovode u vezu s različitim oblastima psihološkog funkcionisanja, razvijene su i brojne teorijske hipoteze o njihovoj povezanosti s poremećajima ishrane. Retrospektivna istraživanja povezuju prekide u ranom odnosu deteta i majke sa simptomima poremećaja ishrane u odraslom dobu (Ramacciotti et al., 2001 – preuzeto iz Zachrisson & Skarderud, 2010). Simptomi poremećaja ishrane predstavljaju direktan izraz psiholoških i emocionalnih procesa karakterističnih za obras-

ce afektivnog vezivanja, a u funkciji su ponašanja povezanog s traženjem bliskosti (Candelori & Ciocca, 1998 – preuzeto iz Zachrisson & Skarderud, 2010; Orzolek-Kronner, 2002 – preuzeto iz Zachrisson & Skarderud, 2010). Neki autori smatraju da afektivno vezivanje utiče na poremećaje ishrane preko treće varijable. Jedno od objašnjenja jeste to da su žene s nesigurnim stilom afektivnog vezivanja više sklone poređenju sa idealizovanim drugima, te su stoga nezadovoljnije svojim telom i postaju podložnije razvoju poremećaja ishrane (Bamford & Halliwell, 2009 – preuzeto iz Zachrisson & Skarderud, 2010). Drugo objašnjenje jeste to da vezivanje utiče na strategije afektivne regulacije, što povratno utiče na poremećaje ishrane (Tasca et al., 2009 – preuzeto iz Zachrisson & Skarderud, 2010). Kod osoba s negativnim stilom vezivanja izloženost stresu povećava njihovu vulnerabilnost za razvoj simptoma poremećaja ishrane, koji predstavljaju maladaptivnu strategiju prevladavanja stresa (Zachrisson & Skarderud, 2010). Transgeneracijsko prenošenje obrazaca vezivanja s majke na ćerku, nesigurni stil afektivnog vezivanja kod mladih žena sa anoreksijom nervozom objašnjava se obrascima vezivanja njihovih majki (Ward et al., 2001 – preuzeto iz Zachrisson & Skarderud, 2010).

Ponašanja karakteristična za anoreksiju nervozu mogu se javiti kao rezultat neuspeha u razvijanju sigurnih emocionalnih odnosa koji predstavljaju osnovu samoregulacije i omogućavaju osobi dobijanje podrške (Allen, 2001). Dok neke osobe sa anoreksijom nervozom negiraju svoje neispunjene emocionalne potrebe, usmeravajući se na ponašanja u vezi sa hranom i rituale koji predstavljaju očajničke pokušaje da „se isprazne” ili „ostanu prazne”, druge su potpuno preokupirane svojim potrebama i zavisnošću i oslanjaju se na poremećaj ishrane kako bi naterale drugog da se brine o njima.

Brojna istraživanja potvrdila su povezanost nesigurnih stilova afektivnog vezivanja i poremećaja ishrane. Pozitivna korelacija utvrđena je i između simptoma poremećaja ishrane i preokupiranog stila afektivnog vezivanja, što se pokazalo kao dobar prediktor u predviđanju da li osoba pripada kontrolnoj grupi ili grupi osoba s poremećajem ishrane (Suldo & Sandberg, 2000). Nesigurni stil je kod žena iz nekliničke populacije povezan s većom okupiranošću težinom, nezadovoljstvom telom i stavovima karakterističnim za poremećaje ishrane (Sharpe et al., 1998). Dok sigurni stil afektivnog vezivanja korelira negativno, preokupirani i odbacujući stilovi pozitivno koreliraju sa simptomima poremećaja ishrane kod studentkinja (Suldo & Sandberg, 2000). Kada je reč o anoreksiji nervozni, kod osoba s tim poremećajem značajno manje zastupljen je siguran stil afektivnog vezivanja, dok je prisutna značajno veća prevalenca odbacujućeg i preokupiranog stila u poređenju sa zdravim ženama (Chassler, 1997). Odbacujući stil afektivnog vezivanja povezan je sa držanjem dijete i nedostatkom interoceptivne svesnosti, što je povezano sa simptomima anoreksije nervoze, pa su osobe s tim stilom vezivanja pod većim rizikom da razviju poremećaj ishrane (Ward et al., 2000).

Kao što vidimo, empirijski su potvrđene brojne teorijske pretpostavke o značaju stila afektivnog vezivanja kao faktoru rizika za razvoj anoreksije nervoze (Ward et al., 2000). Istraživanja sprovedena na kliničkim i nekliničkim uzorcima mladih devojaka širom sveta ukazuju na postojanje pozitivne korelacije nesigurnih stilova afektivnog vezivanja i izraženosti simptoma anoreksije nervoze.

Anoreksija nervoza i perfekcionizam

Perfekcionizam se već dugo konceptualizuje kao osobina ličnosti koja uzrokuje različite oblike patologije. Često se opisuje i kao sržna odlika poremećaja ishrane, koja vodi do poremećaja (Bruch, 1982; Halmi et al., 2000). Kao važan faktor vulnerabilnosti, u interakciji s drugim faktorima, kao što su samopoštovanje i nezadovoljstvo telesnom

figurom, perfekcionizam može da nagovesti simptome poremećaja ishrane (Fairburn et al., 2003). Perfekcionistačka očekivanja roditelja mogu ograničiti razvoj detetove autonomije i stvoriti okruženje u kojem se dete više oslanja na očekivanja roditelja nego na sopstvene potrebe i želje. Poremećaji ishrane u periodu adolescencije mogu se razviti kao način definisanja sebe i uspostavljanja osećaja kontrole (Stein, 1996).

Posledice perfekcionizma jesu loše raspoloženje, suženje interesovanja, socijalna izolacija, iscrpljenost, insomnija, poremećaji koncentracije, izražen osećaj neuspeha i povećan rizik od suicida. Kad je reč o poremećaju ishrane, posledice uključuju i održavanje poremećaja i opasno male telesne težine, nemogućnost da se oseti zadovoljstvo povodom postignuća i samoprocenu na osnovu nerealnih standarda u oblasti hrane, telesne težine i izgleda. Poremećaji ishrane povezani su sa nerealističnim standardima u vezi sa fizičkom privlačnošću i mršavošću, bez obzira na pojavu štetnih posledica (preokupacija hranom i telesnom težinom, prisutna glad) (Fairburn et al., 2003). Osobe veruju da ih drugi procenjuju strogo, i postavljaju sebi previsoke zahteve za savršenstvom. Normalne nedostatke tumače previše traumatično, a normalno telo i delove tela kao znak nesavršenosti.

Perfekcionizam je identifikovan kao potencijalan faktor rizika za razvoj anoreksije nervoze, a igra važnu ulogu i u patogenezi i održavanju tog poremećaja. On predstavlja jasnu, diskriminativnu karakteristiku anoreksije nervoze (Halmi et al., 2000). Manifestacije perfekcionizma kod osoba sa anoreksijom nervozom mogu se videti i kroz tendenciju da se ponašaju ritualno, rigidno i pedantno (Hewitt et al., 1995).

Osobe sa anoreksijom nervozom imaju značajno više nivoe perfekcionizma u odnosu na zdrave osobe ili osobe s drugim mentalnim poremećajima. Naslednost te osobine iznosi između 22% i 42% (Bulik et al., 2003). Viši nivoi perfekcionizma, kao i zabrinutosti zbog telesne težine i oblika tela, prisutni su i kod roditelja osoba s poremećajem ishrane. Majke osoba sa anoreksijom nervozom pokazuju znatno više nivoe perfekcionizma i težnje za mršavošću u odnosu na kontrolnu grupu majki. Osobe u remisiji odlikuje više izražen perfekcionizam u poređenju sa onima koji nisu bolovali od anoreksije nervoze (Halmi et al., 2000). Utvrđena je i značajna korelacija različitih dimenzija perfekcionizma i poremećaja navika u ishrani i izražene posvećenosti vežbanju i držanju dijete kod studentkinja (Hewitt et al., 1995).

Iz prethodnog pregleda možemo zaključiti da perfekcionizam predstavlja značajan faktor rizika za razvoj anoreksije nervoze, koji utiče na izraženost i trajanje simptoma poremećaja. Izražena crta perfekcionizma povezana je sa disfunkcionalnim stavovima i ponašanjima u vezi sa ishranom, što je potvrđeno u brojnim istraživanjima.

Anoreksija nervoza i zabrinutost povodom oblika tela

Zabrinutost zbog telesne težine i izgleda, nezadovoljstvo telom i negativna slika o sebi, kao i držanje dijete predstavljaju značajne prediktore poremećaja ishrane, dok zadovoljstvo sopstvenim telom služi kao protektivni faktor kod mladih žena koje su iz drugih razloga pod rizikom da razviju poremećaj ishrane. Međutim, ne razvije svaka žena koja je nezadovoljna svojim telom poremećaj ishrane. Ono što je presudno jesu pitanja identiteta i kontrole. Za neke žene investiranje u dostizanje „savršenog” tela predstavlja egzistencijalnu temu (način da njihov život dobije smisao, koherentnost i emocionalnu ispunjenost koja im inače nedostaje), dok druge kontrolišu ishranu, težinu i oblik tela, verujući da je kontrola u tim oblastima moguća iako im u ostalim aspektima života nedostaje (Keel et al., 2007).

Poremećaj slike tela najznačajniji je prethodnik razvoju anoreksije nervoze, posebno tokom perioda adolescencije (Kalodner & DeLucia-Waack, 2003). Karakteristike

poremećaja slike tela kod osoba sa anoreksijom nervozom jesu sledeće: *kognitivne* – precenjivanje veličine celog ili delova tela, telesne težine, rigidna samoprocena, negativne globalne automatske misli, nepoverenje u procene drugih, diskrepanca između mentalne i objektivne slike tela; *emocionalne* – nezadovoljstvo, anksioznost, gađenje, osećanje manje vrednosti, nisko samopoštovanje; *bihevioralne* – izbegavajuća ponašanja vezana za određena mesta (teretana, bazen), ljude (privlačni ljudi, muškarci), aktivnosti (šetanje, gledanje u ogledalo) i položaje (sedenje na određen način), kao i preterano proveravanje težine, doterivanje, šminkanje na određen način, pokrivanje određenih delova tela. Osobe sa anoreksijom nervozom odlikuje izrazito nezadovoljstvo sopstvenim telom i osećaj prevelike debljine, čak i kada je telesna težina osobe ispod normalne. One precenjuju veličinu svoga tela, imaju negativnu sliku o telu i veruju da su im neki delovi tela previše mali ili previše veliki, osećaju se anksiozno, posramljeno ili neprijatno i ne uklapaju se u idealnu sliku oblika tela (Garner, 2002). Kod osoba sa anoreksijom nervozom diskrepanca između toga kako se osećaju povodom izgleda tela i kako bi želeli da izgledaju iznosi i preko 40%, a stepen nezadovoljstva telom varira i zavisi od faze bolesti, telesne težine, prirode simptoma, dužine tretmana, stepena neuroticizma, samokontrole i poricanja, snaga ega (Touyz et al., 1985).

Veoma bitna karakteristika za doživljaj tela i nezadovoljstvo jeste oblik tela. Brojna istraživanja pokazala su da postoji čvrsta povezanost između poremećaja ishrane i zabrinutosti i okupiranosti oblikom tela. Kod studentkinja koje su nezadovoljne telom postoji značajno veća prevalenca disfunkcionalnih stavova o ishrani (34.2%) u poređenju sa studentkinjama koje su zadovoljne telom (2.3%) (Costa et al., 2010). Kod učenica srednjih škola, pripadnica svih rasa, postoji jaka korelacija ponašanja u vezi sa ishranom i doživljaja svoje figure (Caradas et al., 2001). Kod studentkinja psihologije utvrđena je značajna pozitivna korelacija ($r = 0.68$) stavova o ishrani i zabrinutosti svojom figurom (Strauman et al., 1991). Nezadovoljstvo i briga za izgled kod adolescentkinja u pozitivnoj su korelaciji sa stavovima i ponašanjima čiji je cilj kontrola ishrane (Lofrano-Prado et al., 2011). Postoji, takođe, značajna razlika u nezadovoljstvu i doživljaju sopstvene figure između učenica srednje škole koje imaju simptome poremećaja ishrane i onih koje ih nemaju (Ponce de León et al., 2010).

Poremećaj slike o sebi, odnosno nezadovoljstvo izgledom, predstavlja sržnu odliku anoreksije nervoze i najznačajniji faktor koji prethodi razvoju poremećaja. Doživljaj sopstvene figure i zabrinutost zbog izgleda povezani su s načinom ishrane, ponašanjima usmerenim ka kontroli telesne težine i izraženošću simptoma anoreksije nervoze. Te korelacije dobile su empirijsku potvrdu u istraživanjima sprovedenim na kliničkom i nekliničkom uzorku mladih devojaka širom sveta.

Povezanost stilova afektivnog vezivanja, perfekcionizma i doživljaja oblika tela kod žena sa simptomima anoreksije nervoze

Brojna istraživanja utvrdila su povezanost između stilova emocionalnog vezivanja, perfekcionizma i doživljaja oblika tela kod mladih žena koje ispoljavaju simptome anoreksije nervoze ili ispunjavaju kriterijume poremećaja.

Nesigurni stilovi afektivnog vezivanja povezani su s više izraženim perfekcionizmom, dok je crta perfekcionizma značajno manje izražena kod mladih žena sa sigurnim stilom afektivnog vezivanja (Mirzadeh & Rice, 2000). Takođe, kod mladih žena koje ispoljavaju simptome anoreksije nervoze, a za koje je karakterističan siguran stil afektivnog vezivanja, manje je izražena zabrinutost povodom oblika tela u poređenju sa onima sa nesigurnim

stilom (Troisi et al., 2005). Kod mladih žena koje ispoljavaju simptome anoreksije nervoze, postoji pozitivna korelacija perfekcionizma i doživljaja oblika tela (Sherry et al., 2009).

Takav rezultat dobijen je i u našem istraživanju sprovedenom u Beogradu, na uzorku od 45 studentkinja sa simptomima anoreksije nervoze ($r = 0.393$; $p < .01$). Studentkinje koje imaju više izražen perfekcionizam, pa samim tim sebi postavljaju visoke i nerealne standarde, nezadovoljnije su oblikom svog tela (Batinić i sar, 2013).

Implikacije navedenih nalaza za terapijsku praksu i prevenciju poremećaja

Kao što je navedeno, brojna istraživanja ukazuju na to da nesigurni stilovi afektivnog vezivanja predstavljaju značajan faktor rizika za razvoj anoreksije nervoze. S obzirom na postojeće nalaze, u tretmanu tog poremećaja, kao i u preventivnom radu, važno je posvetiti veliku pažnju tome kako osoba doživljava sebe, a kako druge, koliko ima samopoštovanja, samopouzdanja, koliko drugima veruje i koliko ih smatra pouzdanim – a zatim nastojati da se promeni negativna slika o sebi i drugima i ojača pozitivna.

Zbog nemogućnosti zadovoljenja emocionalnih potreba, osobe sa simptomima ili dijagnozom anoreksije nervoze kroz svoje maladaptivne stavove i ponašanja u vezi sa ishranom pokušavaju da regulišu emocije ili da pridobiju pažnju nekoga ko bi se brinuo o njima. U terapijskom radu posebno su značajne intervencije usmerene na emocije i interpersonalne relacije kako bi se obnovila duboka povezanost sa samim sobom (kroz obradu zastrašujućih emocija) i ostvarilo sigurno vezivanje za druge (pre svega za terapeuta). Cilj je da se osobi pomogne da razume kako interakcije sa značajnim drugima utiču na njene navike u ishrani, kao i da razvije veštine prevladavanja emocionalnog bola. Uključivanje i podrška porodice od presudnog je značaja i može pomoći osobama sa simptomima ili dijagnozom anoreksije nervoze da razviju autonomiju i osećaj unutrašnje sigurnosti (Fosha, 2005).

Izražena crta perfekcionizma ne samo što doprinosi razvoju već značajno utiče i na održavanje simptoma poremećaja o kojem je reč. Osoba koja nerealno procenjuje i evaluira sebe, kritizerski je nastrojena i preuveličava i naglašava svaki svoj nedostatak, ima veće šanse da razvije poremećaj ishrane. Jedan od ciljeva prevencije, odnosno tretmana osoba sa anoreksijom nervozom, jeste preispitivanje njihovih visokih ili nefleksibilnih standarda u vezi sa fizičkim izgledom. S obzirom da se često ciljevi kojima teže razlikuju od standarda koje postavljaju drugima, potrebno je proveriti zasnovanost i korisnost postojanja takvih duplih standarda. Cilj je da kroz preispitivanje kognitivnih distorzija koje su karakteristične za perfekcionizam (katastrofiziranje, sve ili ništa razmišljanje, preterana generalizacija) osobe s maladaptivnim stavovima i ponašanjima u vezi sa ishranom uvide greške koje prave prilikom izvođenja zaključaka u oblasti sopstvenog fizičkog izgleda. Zatim, kako bi se uticalo na simptome anoreksije nervoze, potrebno je podstaći osobe da preispitaju korisnost oblika ponašanja koje ispoljavaju (usmerenost na detalje i zagledanje svake nepravilnosti na telu, upornost, doslednost) i podstaći ih da se izlažu suprotnim oblicima ponašanja (Fairburn et al., 2003).

Doživljaj oblika tela pouzdan je prediktor anoreksije nervoze i značajno korelira sa izraženošću simptoma tog poremećaja. Zabrinutost zbog fizičkog izgleda i oblika tela, koja često vodi prekomernom vežbanju ili držanju rigoroznih dijeta, uglavnom prethodi razvoju anoreksije nervoze i predstavlja srž poremećaja. S obzirom na

izrazit uticaj medija koji promovišu mršavo telo kao privlačno i kao simbol lepote, za prevenciju simptoma anoreksije nervoze izuzetno je značajno uticati u društvu i medijima na promenu sadašnjeg ideala telesne težine. Potrebno je više pažnje posvetiti edukaciji mladih devojaka o štetnim posledicama držanja rigoroznih dijeta, intenzivnog vežbanja, naglog i ekstremnog mršavljenja. Devojkama koje ispoljavaju maladaptivne stavove i oblike ponašanja u vezi sa ishranom potrebno je pomoći da procene štetnost straha, realnost i zasnovanost sopstvene procene i nezadovoljstva uz razvijanje bezuslovnog prihvatanja sebe (Garner & Garfinkel, 1980; Touyz, 1985).

Zaključak

Anoreksija nervoza jeste težak poremećaj ishrane koji prate ozbiljne fizičke i psihičke komplikacije. Brojni autori saglasni su da je etiologija multifaktorijalna i da različiti biološki, psihološki i socijalni faktori doprinose vulnerabilnosti za razvoj anoreksije nervoze i utiču na izraženost i održavanje simptoma. Međutim, kompleksnost interakcija i nedovoljno poznavanje faktora koji uzrokuju anoreksiju nervozu često otežava prevenciju i tretman, pa se poslednjih godina beleži značajan porast prevalencije tog poremećaja.

Teorije i empirijski nalazi koje smo naveli pružaju značajne informacije za obuhvatniju prevenciju i tretman. Pored primarne usmerenosti na promenu režima ishrane, potrebno je proceniti stil afektivnog vezivanja, izraženost perfekcionizma i doživljaj oblika tela, kako bi se preciznije procenio rizik da će osoba razviti anoreksiju nervozu i primenila sistematičnija prevencija. Takođe bi bilo korisno da se navedeni faktori rizika uključe u širu dijagnostičku procenu anoreksije nervoze, kako bi se stekao bolji uvid u izraženost i način ispoljavanja simptoma poremećaja.

S obzirom na multifaktorijalnu etiologiju i kompleksnost anoreksije nervoze, nalazi navedeni u radu otvaraju mnoga važna pitanja i pružaju smernice za dalja istraživanja. Da bi se dobila jasnija slika faktora rizika u našoj sredini, bilo bi potrebno sprovesti studije na nekliničkim i kliničkim uzorcima u vezi sa uticajem nesigurnih stilova afektivnog vezivanja, perfekcionizma i zabrinutosti zbog oblika tela na razvoj i održavanje simptoma anoreksije nervoze. Ipak, budući da faktori rizika koji su posebno diskutovani u ovom radu predstavljaju samo neke od mnogobrojnih činilaca koji utiču na nastanak i održavanje anoreksije nervoze, još obuhvatnije informacije dobile bi se uz pomoć istraživanja koja bi se usmerila na proučavanje interakcije šireg skupa bioloških, psiholoških i socijalnih faktora.

Referecne

- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bachner-Melman, R., Lerer, E., Zohar, A., Kremer, I., Elizur, Y., Nemanov, L., Golan, M., Blank, S., Gritsenko, I., & Ebstein, R. (2007). Anorexia Nervosa, Perfectionism, and Dopamine D4 Receptor (DRD4). *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 144, 748–56.
- Batinić, B., Lazarević, J. & Vukosavljević-Gvozden, T. (2013, april). *Perfectionism and body shape concerns in female students with dysfunctional eating attitudes and behaviour*. Saopštenje na 21th European Congress of Psychiatry (EPA 2013), Nica, Francuska.

- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1531–1538.
- Bulik, C., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S., Aggen, S., & Sullivan, P. (2003). The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366–368.
- Caradas, A., Lambert, E., & Charlton, K. (2001). An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South African schoolgirls. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14, 111–120.
- Cassin, S. & Ranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895–916.
- Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 25, 407–423.
- Connan, F., Campbell, I., Katzman, M., Lightman, S., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 79, 13–24.
- Costa, L., Guedes de Vasconcelos, F., & Peres, K. (2010). Influence of Biological, Social and Psychological Factors on Abnormal Eating Attitudes among Female University Students in Brazil. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 28, 173–181.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 229–240.
- Favaro, A., Renconi, E., & Santonastaso, P. (2006). Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63, 82–88.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanalytic Review*, 92, 513–552.
- Garner, D. & Garfinkel, P. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647–656.
- Garner, D. M. (2002). Body Image and Anorexia Nervosa. U T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001): Prevalence, Incidence and Prospective Risk Factors for Eating Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 122–130.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W., & Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1799–1805.
- Hewitt, P., Flett, C., & Ediger, E. (1995). Perfectionism Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 317–326.
- Hunt, J. S. & Rothman, A. J. (2007). College students' mental models for recognizing anorexia and bulimia nervosa. *Appetite*, 48, 289–300.
- Kalodner, C. R. & DeLucia-Waack, J. L. (2003). Theory and research on eating disorders and disturbances in women: Suggestions for practice. U M. Kopala & M.A. Keitel (Eds.), *Handbook of counseling women* (str. 506–532). London: Sage Publications.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 74, 317–329.
- Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 422–432.

- Lofrano-Prado, M., Prado, W., Piano, A., Tock, L., Caranti, D. A., Nascimento, C. M., Oyama, L. M., Tufik, S., Mello, M., & Damaso, A. (2011). Eating disorders in adolescents: Correlations between symptoms and central control of eating behavior. *Eating Behaviors, 12*, 78–82.
- Miller, M. & Pumariega, A. (2001). Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review. *Psychiatry, 64*, 93–110.
- Mirzadeh, S. A. & Rice, K. G. (2000). Perfectionism, attachment, and adjustment. *Journal of counseling psychology, 47*, 238–250.
- Ponce de León, M., Ruiz, E. i Díaz, J. M. (2010). Risk factors for the development of symptomatology of eating disorders: Prospective study. *Journal of Behavior, Health & Social Issues, 2*, 7–15.
- Sharpe, T. M., Killen, J. D., Bryson, S. W., Shisslak, C. M., Estes, L. S., Gray, N., Crago, M., & Taylor, C. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 23*, 39–44.
- Sherry, S. B., Vriend, J. L., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., & Wardrop, A. A. (2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body Image, 6*, 83–89.
- Stein, K. F. (1996). The Self-schema Model: a Theoretical Approach to the Self-concept in Eating Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing, 10*, 96–109.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1284–1293.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*, 825–848.
- Strauman, T., Vookles, J., Berenstein, V., & Chaiken, S. (1991). Self-Discrepancies and Vulnerability to Body Dissatisfaction and Disordered Eating. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 946–956.
- Strauss, J. & Ryan, R. (1988). Cognitive Dysfunction in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 19–27.
- Suldo, S. M. & Sandberg, D. A. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy, 15*, 59–73.
- Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Collins, J. K., McCabe, M., & Jupp, J. (1985). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *Psychiatry Digest, 29–30*.
- Treasure, J. (2007). Getting Beneath the Phenotype of Anorexia Nervosa: The Search for Viable Endophenotypes and Genotypes. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie, 52*, 212–219.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 89–97.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M. i Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders: Past in the present. *International Journal of Eating Disorders, 28*, 370–376.
- Westen, D., Thompson-Brenner, H., & Peart, J. (2006). Personality and eating disorders. *Annual Review of Eating Disorders, 2*, 97–112.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva, World Health Organization.
- Zachrisson, H. & Skarderud, E. (2010). Feelings of Insecurity: Review of Attachment and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 18*, 97–106.
- Zandian, M., Ioakimidis, I., Bergh, C., & Södersten, P. (2007). Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology & Behavior, 92*, 283–290.

Risk Factors in the Development of Anorexia Nervosa

Jovana Lazarević

Faculty of Philosophy, University of Belgrade

Borjanka Batinić

Faculty of Philosophy, University of Belgrade

Clinic of Psychiatry, Clinical Center of Serbia, Belgrade

Tatjana Vukosavljević Gvozden

Faculty of Philosophy, University of Belgrade

Anorexia nervosa is a complex eating disorder characterized by the voluntary reduction, and subsequent maintenance, of body weight at a level below 85% of optimal body weight, a pathological fear of food and weight gain, and disturbance of experience of weight and body shape. Development, sustainability and complexity of symptoms depend upon different biological, psychological and social factors. The aim of the paper is to present risk factors that can significantly contribute to the development and severity of the symptoms of anorexia nervosa. This review paper presents the key factors in the development of the disorder. Attachment styles, perfectionism and concerns about body shape, as core psychological factors for development and severity of symptoms, are the principle areas discussed. Lack of self-esteem and self-confidence, unresolved emotional issues, high, unrealistic standards and ideals of physical appearance to which people rigidly hold and which they persistently and consistently attempt to reach, dissatisfaction with body shape, and significant discrepancy between perceived and ideal body image are all associated with maladaptive behavior and attitudes towards food, and often precede the diagnosis of the disorder. The review of research indicates that insecure emotional attachment styles, perfectionism and concern about body shape significantly correlate with symptoms of anorexia nervosa and represent risk and maintaining factors of the disorder. Focus on these problems can significantly contribute to more comprehensive prevention and treatment of the disorder.

Keywords: Anorexia nervosa, attachment styles, perfectionism, body shape concerns