

ULOGA RODITELJA U NASTANKU POREMEĆAJA SLIKE TIJELA KOD ADOLESCENATA

Nezadovoljstvo slikom tijela i sa njim povezani poremećaji fenomen su kojim se bavi više psiholoških teorija i psihoterapijskih pravaca. Kvalitet odnosa sa roditeljima i porodična dinamika smatraju se jednim od najznačajnijih faktora ne samo u nastanku već i u tretmanu problema ovog tipa kod adolescenata i mladih. U ovom radu uloga porodice u nastanku nezadovoljstva tijelom prikazuje se iz ugla tri teorijska pristupa: sociokulturoloških teorija, psihoanalitičkih teorija objektnih odnosa, te različitih smjerova porodične psihoterapije. Sociokulturološke teorije posmatraju roditelje kao prenosiocce društvenih ideala i standarda ljepote, koji dovode do primjene nerealističnih standarda u procjeni sopstvenog izgleda. Sa druge strane, psihoanalitička učenja se fokusiraju na rane deficite interakcije majka-dijete koji dovode do osjećaja neprihvaćenosti, neadekvatnosti i nevoljenosti, te pokušaja da se ove emocije kompenzuju putem dostizanja „idealnog” tijela i kritikujućeg odnosa prema tijelu koje je identifikovano sa lošim aspektom selfa. Modaliteti porodične psihoterapije patologiju slike tijela tumače kao manifestaciju šire porodične disfunkcionalnosti. Poremećaj koji se javlja kod adolescenta često predstavlja nesvjesni protest protiv roditeljskih zabrana, nedostatka autonomije, atmosfere potisnute nesigurnosti i strepnje u porodici. Unutar porodične psihoterapije istovremeno se javlja i neophodnost rada sa roditeljem kako bi se navedeni poremećaji komunikacije korigovali i afirmisala autonomija adolescenta uporedo s autentičnom uključenošću

* luka.borovic@ffuis.edu.ba

roditelja u njegov život. Zaključak koji se može izvesti na osnovu datih prikaza jeste da je poremećaje slike tijela neophodno tretirati holistički i kao dio dublje problematike odnosa prema selfu, uslovnog osjećaja lične vrijednosti i straha od gubitka autonomije spram gubitka ljubavi bližnjih.

Ključne riječi: nezadovoljstvo slikom tijela, sociokulturološke teorije, psihoanalitička teorija objektnih odnosa, porodična psihoterapija, adolescencija

UVOD: POJAM SLIKE TIJELA

Slika tijela i poremećaji koji se vezuju za ovaj fenomen jesu problematika od izuzetnog značaja za praktičan rad psihologa na polju mentalnog zdravlja. Unutar stručne literature mogu se izdvojiti dvije tendencije prilikom proučavanja problematike slike tijela. Pod prvom tendencijom misli se na pristup ovom problemu dominantno iz ugla socijalne psihologije. Nezadovoljstvo i poremećaji slike tijela tumače se kao socijalno uslovljen fenomen, nastao pod uticajem društvenih vrijednosti i kanala komunikacije koji ih prenose. Druga tendencija obuhvata psihoterapijske pristupe i klinički orijentisane autore koji poremećaje slike tijela proučavaju kao prvenstveno individualni fenomen, a uzroke problema nalaze u iracionalnim uvjerenjima, osobinama ličnosti i dinamici intimnih odnosa pojedinaca (Heinberg, 1996). Prva struja prilikom istraživanja slike tijela dominantno se fokusira na slučajeve umjerene tjelesne disforije na nivou opšte populacije, a klinički orijentisani autori prvenstveno na poremećaje ishrane, anoreksiju i bulimiju kao primjere najtežih distorzija slike tijela, kod kojih su mržnja prema sopstvenom tijelu i želja za njegovom promjenom izraženi do ekstrema.

Slika tijela (engl. *body image*) u ranim je istraživanjima početkom XX vijeka definisana prvenstveno kao stepen perceptualne tačnosti, odnosno podudaranje između predstave koju osoba ima o svom tijelu (dakle, *unutrašnje slike*) i njenog realnog izgleda (Grogan, 2016). Međutim, modernija definicija glasi da je slika tijela

[...] konstrukt koji obuhvata način na koji osoba vidi svoje tijelo, uvjerenja u vezi sa sopstvenim tijelom i njegovom adekvatnošću kao i emocionalne reakcije na tijelo i sa njim povezane stimuluse (Grogan, 2016: 3).

Dakle, naglasak je prvenstveno na *emocionalnom odnosu* koji osoba ima prema svom tijelu. Iako se perceptivni aspekt slike tijela ne može u potpunosti zanemariti, on je procijenjen na osnovu standarda i očekivanja osobe, a na osnovu rezultata ove procjene nastaju različite emocije povezane sa osjećajem lične vrijednosti (Thompson et al, 1999). Slika tijela se može interpretirati kao specifična vrsta stava, koja se, kao i drugi stavovi, sastoji od kognitivne (standardi koje osoba koristi u procjeni svog izgleda, vjerovanja o tome kako izgleda), afektivne (emocije koje nastaju na osnovu ove procjene, a koje mogu varirati od narcisoidnog zadovoljstva pa sve do dubokog osjećaja očaja i abnormalnosti) i bihevioralne (ponašanja usmjerena na isticanje, prikrivanje i oblikovanje tijela) komponente (Cash & Smolak, 2011). Ideja o našem tijelu i njegovim granicama integralni je i razvojno najstariji dio selfa, odnosno predstavlja osnovu ideje o prostorno-vremenskoj konzistentnosti našeg bića i osjećaja odvojenosti od drugih osoba i spoljašnjeg svijeta (Ćeranić, 2005; Krueger, 2002). Jednostavnije rečeno, tijelo *smo mi*, ali se tijelo istovremeno i doživljava kao objekat koji je *procijenjen od strane selfa*, kome je data određena vrijednost.

Nezadovoljstvo slikom tijela ili *tjelesna disforija* odnosi se na negativnu evaluaciju sopstvenog tijela, odnosno značajan jaz između željenog tijela i ocjene svog realnog tjelesnog izgleda, na osnovu kojeg nastaju izrazito negativne emocije (stid, anksioznost, depresivnost, itd.) i tendencija ka različitim oblicima ponašanja koji počivaju na pokušajima prikrivanja (nošenje vrećaste odjeće, izbjegavanje javnih nastupa, itd.) ili modifikacije sopstvenog tijela (Grogan, 2016). Kao što je već istaknuto, nezadovoljstvo sopstvenim izgledom sreće se i u opštoj populaciji, do te mjere da mnogi autori smatraju da je postalo *normativno*, naročito u ženskoj i adolescentskoj populaciji (Curtis & Loomans, 2014; Schwarz et al., 1999). Stoga je moguće govoriti o *kontinuumu* između nezadovoljstva i zadovoljstva sopstvenim tijelom. Umjereni oblici nezadovoljstva i dalje ostaju u okvirima društveno prihvatljivog ponašanja, dok se ekstremniji oblici ponašanja i emocija sreću kod pacijenata sa poremećajima ishrane. Izvjesno je da postoji i veliki broj „graničnih” slučajeva, odnosno osoba koje ispoljavaju visok stepen nezadovoljstva tijelom i mnoga bizarna, pa i autodestruktivna ponašanja povezana sa tijelom i ishranom, ali ne do te mjere da ikada budu formalno dijagnostikovane.

Fokus ovog rada biće usmjeren na tri široke teorijske orijentacije koje se bave problematikom slike tijela. Prvu prikazanu orijentaciju čine različite sociokulturološke teorije koje u roditeljima vide prenosioc ne-realističnih društvenih standarda idealnog tijela. Drugu predstavljaju različiti psihoanalitički modaliteti, sa naglaskom na teorije objektnih od-

nosa, koje smatraju da je poremećaj slike tijela znak dublje disfunkcije ega u organizaciji iskustva i odnosu prema objektu, a do koga dolazi usljed nepovoljnih ranih iskustava. Treća je porodična psihoterapija, koja posmatra poremećaj slike tijela kao dio šire porodične disfunkcije i neadekvatnih obrazaca interakcije u porodici (Lock, 2002). Iako svaki od ova tri pristupa ima svoja ograničenja, njihovim poređenjem i kombinovanjem može se doći do modela nastanka poremećaja slike tijela koja u sebi uključuje šire društvene faktore, dinamiku intimnih odnosa, ali i različite intrapsihičke i nesvjesne procese u samom pojedincu.

ULOGA RODITELJA U OKVIRU SOCIOKULTUROLOŠKIH TEORIJA

Sociokulturološka grupa teorija nudi interpretaciju poremećaja slike tijela kao fenomena koji je u velikoj mjeri uslovljen dominantnim socijalnim vrijednostima društva. Tačnije, ogroman značaj koje moderno društvo pridaje tjelesnoj privlačnosti, izjednačavajući vrijednost osobe sa njenim spoljašnjim izgledom, skupa sa nerealističnim standardima ljepote koji zahtijevaju mršavost (u slučaju žena) i mišićavost (u slučaju muškaraca), postaju internalizovani stavovi same osobe na osnovu kojih procjenjuje sopstveni izgled kao nezadovoljavajući (Kearney-Cooke, 2002).

Bitno je shvatiti da se iza ovog društvenog pritiska na saobražavanje idealu tjelesne ljepote nalaze šire društvene vrijednosti, odnosno tendencija modernog zapadnog društva ka individualizmu, samokontroli i kompetitivnosti (Grogan, 2016). Tijelo koje se u medijima slavi kao „idealno“ (mišićavo, vitko, bez znakova starenja), odražava društvenu tendenciju ka samokontroli i projektovanju slike sebe kao uspješne i samopouzdanе osobe u svim sferama života. U tom smislu, značajan faktor rizika za razvoj nezadovoljstva slikom tijela predstavljalo bi odstupanje realnog izgleda osobe od društveno idealizovanog tjelesnog izgleda, te stepen u kome je osoba internalizovala ove društvene norme kao mjerilo sopstvene vrijednosti (Husarić i dr., 2018). Za osobe koje u manjoj ili vjećoj mjeri odstupaju od dominantnog zapadnog ideala tjelesnog izgleda, načini njegovog dostizanja postaju striktna i rigidna kontrola ishrane, režimi stalnog fizičkog vježbanja, pa čak i estetske modifikacije. Ovi oblici ponašanja se vide kao socijalno prihvatljiv način dostizanja željnog tjelesnog izgleda.

Roditelji su, skupa sa vršnjacima i medijima, shvaćeni kao jedan od tri ključna agensa socijalizacije koji vrše izuzetan uticaj na stavove, uvjerenja i standarde mladih osoba (Kearney-Cooke, 2002). Roditelji mogu biti *direktni prenosioци* poruka vezanih za izgled tijela, odnosno slu-

žiti kao prenosilac društvenih ideala ljepote. Pri tom je neophodno shvatiti da se ne radi isključivo o prenošenju slike o tome kakvo je idealno tijelo, već i uvjerenja o ogromnom značaju fizičkog izgleda po cjelokupni identitet osobe (slika tijela kao centralni i ekscesivno investirani dio selfa), kao i o nizu predrasuda u pogledu efekata našeg fizičkog izgleda na odnose sa drugima (Heinberg, 1996). Dodatnu validaciju ovakvim roditeljskim stavovima daje činjenica da se ljudi često *zaista* ovako ophode prema drugima u svakodnevnom životu. Pod uticajem halo-efekta, fizički privlačnim osobama često se pripisuje i niz drugih poželjnih osobina koje ne moraju nužno posjedovati, a osobama koje ne zadovoljavaju društveni standard fizičke ljepote pripisuju se negativne osobine. Uzroci gojaznosti se često pogrešno atribuiraju u smislu da se nalaze u faktorima koji su pod kontrolom same osobe, poput količine fizičke aktivnosti i kvaliteta ishrane, pri čemu se zanemaruju slučajevi u kojima se gojaznost javlja kao rezultat nekontrolabilnih faktora, recimo različiti hormonalni poremećaji.

Ako govorimo o shvatanju indirektnog uticaja roditelja u socio-kulturološkim teorijama, kroz poruke i ponuđene modele u porodici stvara se *ranjivost*, odnosno sklonost da se društveni standardi ljepote nekritički internalizuju (Curtis & Loomans, 2014). Pritom naročitu ulogu igraju roditeljski komentari koji se odnose na fizički izgled i osjećaj vrijednosti samog djeteta, poput zadirkivanja zbog kilaže, napominjanja da bi mogao da „popravi” svoj izgled (redovnim vježbanjem, dijetom, i slično), različitih neprimjerenih šala. Ovi komentari mogu često biti indirektni i izneseni u socijalno prihvatljivom obliku „pomaganja” adolescentu da dostigne željeni fizički izgled, bude srećniji, samopouzdaniji, zdraviji. U osnovi ovakvih poruka nalazi se nedostatak bezuslovnog prihvatanja tjelesnog izgleda djeteta, pa i ličnosti djeteta u cjelini, na osnovu čega se razvija nesigurnost, osjećaj defektnosti tijela i selfa, te nužnost da se oni „poprave” kako bi se došlo do pozicije (uslovnog) samopoštovanja (Schwartz et al., 1999).

Dva osnovna mehanizma putem kojih se proces uticaja roditelja odvija jesu *internalizacija* i *identifikacija*. Internalizacija se kao jedan od osnovnih mehanizama psihičkog razvoja odnosi na pounutrašljenje spoljašnjih poruka, relacija i kapaciteta kao dijela sopstvene ličnosti, tj. svog intrapsihičkog prostora (Ćeranić, 2005). Kroz interakcije sa roditeljima dolazi do internalizacije njihovog stava prema tijelu djeteta, njegovoj privlačnosti, uzrocima fizičkog izgleda djeteta (npr. gojaznost se može tumačiti kao znak emocionalne nezrelosti i nedostatka kontrole) i značaju privlačnosti po ličnu vrijednost i socijalni status. Ovi stavovi se prenose direktno i indirektno, verbalno i neverbalno (Kearney-Cooke,

2002). U suštini, odnos adolescenta prema svom tijelu često je internalizovana „replika” stava samih roditelja, odnosno njihovih kritika, nezadovoljstva i narcisoidnih tendencija.

Identifikacija je još obuhvatniji proces, u okviru kojeg do određene mjere dolazi do poistovjećenja sa osobom i usvajanja njenih stavova, oblika ponašanja, vrijednosti. Nezadovoljstvo slikom tijela stoga često ne mora da odražava stav roditelja prema tijelu djeteta, već njegov stav prema sopstvenom tijelu, potencijalno i prema tjelesnosti uopšte, npr. ukoliko su tijelo i njegove funkcije shvaćene kao „prljave”, opasne, i slično. Rezultati različitih studija pokazuju da često postoji transgeneracijski prenos nezadovoljstva slikom tijela (Rodgers & Chabrol, 2009; Schwartz et al., 1999; Čeranić, 2005).

Odnos roditelja prema tijelu predstavlja model koji djeca usvajaju i primjenjuju i na sopstvenu tjelesnost. Roditelj koji je snažno nezadovoljan svojim izgledom, doživljava ga kao prepreku samoostvarenju i uspješnosti, konstantno pokušavajući da ga modifikuje, svojim primjermom može indirektno uticati na razvoj sličnih stavova kod djeteta čak i u odsustvu direktnih poruka. Dijete percipira da odrasli često negativno komentarišu izgled osoba (npr. javnih ličnosti na televiziji, poznanika, drugih članova porodice) i ocjenjuju njihovu vrijednost na osnovu atraktivnosti, što šalje visoko negativnu i neželjenu poruku za one osobe čiji izgled odstupa od društvenog standarda ljepote.

Istraživanje Kurtisa i Lumensa (Curtis & Loomans, 2014) intrigantno je u smislu identifikovanja poruka porodice o fizičkom izgledu u svakodnevnim interakcijama, budući da su autori svoje podatke sakupili na osnovu dnevnika komentara i osjećanja u vezi sa tijelom koje su ispitanice svakodnevno vodile. Primjetna je visoka učestalost kako direktnih tako i indirektnih (čak pasivno-agresivnih) komentara u vezi sa tijelom koje su ispitanice dobijale od svojih roditelja i šire porodice, koji su varirali od kritikovanja njihovog izgleda i kilaže, preko predlaganja različitih načina regulisanja tjelesne težine, pa sve do ocjenjivanja i ruganja drugim ljudima na osnovu izgleda. O snazi društvenih vrijednosti i internalizovanju društvenih standarda svjedoči činjenica da nijedna od ispitanica nije doživjela ove komentare kao neopravdan *napad* na sebe i kao toksične poruke, već kao pokušaje pomoći od strane bližnjih, čak i kada bi njihova posljedica bio pad samopoštovanja i opsesivna ruminacija o nedostižnosti željenog izgleda. Ideja o neophodnosti bezuslovnog prihvatanja sopstvenog tijela onakvo kakvo jeste i baziranja osjećaja lične vrijednosti na dubljim kvalitetima i kompetencijama osobe nije bila prisutna ni kod jedne ispitanice (sve su ispoljavale umjeren do visok stepen nezadovoljstva slikom tijela).

ULOGA RODITELJA U OKVIRU PSIHOANALITIČKIH TEORIJA

Psihoanalitička teorija daje vjerovatno najsloženiji prikaz razvoja predstave o sebi i drugima, intrapsihičkih granica, ali i predstave u tijelu u prvih nekoliko godina života, sa naročitim naglaskom na prve mjesece života i rana iskustva u afektivnim interakcijama na relaciji majka-dijete (Ćeranić, 2005). Radovi autorki kao što su Melani Klajn [Melanie Klein] i Margaret Maler [Margaret Mahler], koji se bave navedenim temama, inspirisali su kasnija nastojanja da se stanja nezadovoljstva slikom tijela u odrasлом dobu i adolescenciji objasne putem ranih iskustava, tragajući za ključnim deficitima organizacije ega i iskustva koji čine osobu ranjivom za razvoj poremećaja.

Međutim, prije davanja detaljnijeg osvrtа na ove aspekte ranog iskustva, neophodno je shvatiti psihoanalitičku definiciju *tjelesnog selfa*, koja ovaj pojam posmatra kao osnovu osjećaja identiteta, odvojenosti od drugih ljudi, individualnosti i autonomije (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Formiranje tjelesnog selfa, koje se postepeno odvija u prve dvije godine života, podrazumijeva sposobnost da se pojmi razlika između sebe i drugih ljudi (i razlikovanje *akcija* koje preduzimamo mi, a koje preduzimaju drugi), da se napravi jasna diferencijacija unutrašnjih tjelesnih i psihičkih senzacija naspram spoljašnjih stimulusa. U ideji o reakciji drugih na naše tijelo, pokrete i postupke, koja može biti povoljna ili nepovoljna, leži i začetак predstave o unutrašnjim mentalnim stanjima drugih ljudi (tzv. teorija uma) (Kruger, 2002).

Iskustva bebe u prvih nekoliko mjeseci života svode se na čisto fizičke senzacije koje, međutim, nisu jasno integrisane o sliku sopstvenog tijela i njegovih stanja kao kod odraslih osoba, već se javljaju u difuznom, nejasnom, često za dijete preplavljujućem obliku (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Prva iskustva u interakciji sa spoljašnjim svijetom, i majkom kao predstavnikom ovog svijeta, služe organizaciji tjelesnih senzacija i regulaciji preplavljujućeg afekta. Idealna uloga majke jeste adekvatno reagovanje na emocije djeteta, što vodi do slabljenja afekta djeteta i njegovog proživljavanja u obrađenom obliku, što je Bion (Bion, 1962) nazivao „kontejnerskom” ulogom majke, tj. procesom projektivne identifikacije. Na osnovu iskustava *dodira i reakcije* majke na djetetove potrebe postepeno se gradi prvi sloj tjelesnog selfa, odnosno osjećaj odvojenosti, intrapsihičke granice između sebe i spoljašnje sredine, simbolizacija tjelesnih iskustava dodira i udaljenosti spram drugog. O koliko ključnom i razvojno starom aspektu identiteta i tjelesnog selfa se radi govori i činjenica da poremećaje ove funkcije srećemo samo kod najdub-

ljih mentalnih bolesti, odnosno različitih oblika psihoza, naročito kod tjelesnih sumanutosti i ideja transfera misli (Segal, 1973).

Na osnovu ovih iskustava dolazi do postepene diferencijacije i unutar samog tjelesnog selfa, tj. počinju se jasnije razlikovati tjelesna u odnosu na emocionalna i kognitivna stanja, što je često otežano i zbog direktnog efekta koji naše emocije imaju na tjelesne senzacije (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Ipak, u slučaju optimalnih uslova za razvoj, dijete postepeno razlikuje ove doživljaje, iako će ova granica još dugo vremena ostati nejasna, a u odraslom dobu je i izbrisana u mehanizmima odbrane kao što su somatizacija i konverzija. Osobe koje hronično pribjegavaju ovim mehanizmima odbrane nisu u stanju da adekvatno prepoznaju, regulišu i predstave (simbolizuju) emocije u svom intrapsihičkom prostoru, zbog čega one ostaju na nivou neregulisanog tjelesnog razdraženja, van dometa svjesne obrade (Ćeranić, 2005; Mahler, Pine & Bergman, 1975). Posljednja faza, koja se odigrava oko druge godine života, podrazumijeva pridavanje drugih aspekata selfa i identiteta ovom bazičnom osjećaju tjelesne odvojenosti, odnosno dijete počinje da sebe doživljava i kroz stavove i očekivanja drugih, svoju ulogu u porodici, na šta izuzetan uticaj ima i razvoj govora kao sredstva komunikacije sa drugima i primanja složenijih poruka o svojoj prirodi i vrijednosti (Segal, 1973; Freud, 1966).

Iz ugla psihoanalize tijelo nije samo još jedan od aspekata našeg identiteta, već osnova na koju se nadovezuju razvojno mlađi aspekti identiteta, osnova koja u sebi sadrži shvatanje ljudske odvojenosti od svijeta koji ga okružuje, individualnosti i jedinstvenosti, ali i osnovnu ideju prihvaćenosti i vrijednosti u svijetu, nastalu na osnovu brižnog i senzitivnog baratanja tijelom i tjelesnim potrebama djeteta od strane majke (Mahler, Pine & Bergman, 1975; Lemma, 2009). Problematiku slike tijela nemoguće je shvatiti odvojeno od pitanja sopstvenog identiteta, autonomije spram drugih, ali i osjećaja duboke, безусловne lične vrijednosti, odnosno prihvatanja sebe uz punu svijest o postojanju negativnih kvaliteta koji su, ipak, nadjačani od strane dobrih. Ova *vjera* u dobrotu samog sebe i značajnih drugih pod drugačijim nazivima sreće se i u drugim teorijama, npr. kao *osjećaj bazičnog povjerenja* u Eriksonovoj teoriji psihosocijalnog razvoja (Erikson, 1994).

Jedna od osnovnih funkcija majke jeste da bude *pomoćni ego* odojčeta, kako u smislu regulisanja njegovih neprijatnih tjelesnih stanja i emocija tako i u smislu poveznice sa spoljašnjim svijetom (Krueger, 1989). U tom smislu, dijete koje šalje određene signale i emocije prema majci, očekuje odgovor koji mu daje dragocjene informacije o tome kako

da reguliše sopstvene emocije u budućnosti, pruža osjećaj sigurnosti, zaštite, simbiotskog jedinstva sa majkom, ali formira i osnovnu ideju o tome kakva je ona osoba („kako drugi reaguju na mene?“) i kakva je priroda drugih („da li su drugi prijateljski ili neprijateljski nastrojeni? Da li su tu za mene?“). Da bi majka uspješno obavila ovu „ogledajuću“ funkciju, ona mora imati sposobnost da *primijeti* potrebe djeteta, tj. da pojmi njegove neverbalne signale, ali i da *podnese i obradi* snažne i arhaične anksioznosti koje dijete projektuje prema njoj, poput straha od napuštanja, uništenja, panike zbog gladi ili grčeva, itd. Majčina sposobnost da obavi ove zadatke će zavisiti od poklapanja njenog temperamenta sa temperamentom djeteta, sposobnosti da podnese projektovane negativne emocije, te unutrašnjih psihičkih konflikata (Mahler, Pine & Bergman, 1975; Ćeranić, 2005). Ovi konflikti mogu biti različite prirode, od narcisoidnosti majke koja vidi dijete kao produžetak same sebe, do remećenja životnih ambicija usljed rođenja djeteta.

Lema (Lemma) (2009) opisuje tri oblika nepovoljne interakcije majka-dijete koji mogu dovesti do poremećenog odnosa prema sopstvenom tijelu i vrijednosti u odraslom dobu i adolescenciji. Prvi oblik jeste nedovoljno responzivna majka, odnosno majka koja ne odgovara na potrebe djeteta blagovremeno, čak i ako često zadovoljava njegove fizičke potrebe. U tom slučaju, za odojče majka ostaje enigma, „neprozirno ogledalo“, odnosno suočeno je sa osjećajem unutrašnje praznine i emocionalne hladnoće drugih, što se internalizuje u obliku snažnog uvjerenja o sopstvenoj nevoljenosti, deformisanosti, uporedo sa snažnom željom *da se bude viđen* od strane drugih i bezuslovno prihvaćen. Kod ovakvih osoba nezadovoljstvo tijelom zapravo je uvjerenje o odbacivanju od strane objekta ljubavi, i njihova osnovna fantazija jeste da, ako se tijelo približi idealnom, može se postići prihvatanje i ljubav od strane drugih osoba. Dostizanje željenog izgleda putem novog gubitka kilaže, „posljednje“ estetske modifikacije i slično, na nesvjesnom nivou se magijski tumači kao preobražaj negativnog selfa u pozitivni.

Drugi oblik transfera jeste još nepovoljniji za razvoj djeteta i podrazumijeva hostilnu majku, koja negativno reaguje na signale odojčeta i šalje mu *poruku mržnje*, a njegova negativna osjećanja vraća u neprerađenom obliku (Lemma, 2009). Bitno je napomenuti da projektovana hostilnost majke ne mora biti direktno izražena, već često u obliku pretjerane, „gušeće“ brige za dijete, pasivne agresije, suptilne neverbalne komunikacije (tjelesne napetosti, mrštenja, promjene tona glasa), koju dijete ipak na intuitivnom nivou pravilno osjeti (Ćeranić, 2005). Na ovaj je način djetetov doživljaj svijeta transformisan u hostilno i hladno mjesto, a majčina reakcija na dijete se internalizuje kao „loš“

self, odnosno negativna slika sebe. Tipičan mehanizam odbrane od ovih ranih iskustava anksioznosti na kasnijim uzrastima jeste *osjećaj otuđenja od sopstvenog tijela*, kako bi se „dobar” dio selfa sačuvao od „lošeg” tijela, i *identifikacija* sa proganjajućom figurom majke, odnosno arhaičnim super-egom (Lemma, 2009). Stoga nastojanja ovakvih pojedinaca nemaju toliko karakter postizanja idealnog selfa, već kažnjavanja i u konačnoj liniji uništenja tijela kao lošeg objekta. Ovo se može ostvariti kroz izglednjivanje koje osobu dovodi u smrtnu opasnost, kroz konzumiranje lijekova i narkotika kako bi se „otupile” senzacije i doživljaj tijela, estetske modifikacije koje su invazivne i štete tijelu, itd.

Treći oblik interakcije majka–dijete koji opisuje Lema (2009) podrazumijeva visoko narcisoidnu strukturu ličnosti majke koja reaguje na svoje, a ne na potrebe djeteta, odnosno shvata dijete kao produžetak narcisoidnog selfa. Ovo može biti u smislu potpune zavisnosti djeteta od nje, kako bi pokazala sredini da je „dobra majka” i da bi se osjećala potrebnom i voljenom, ili u pogledu visokih očekivanja od djeteta koje će biti savršeno, prelijepo, uspješno, itd., odnosno ostvariće sve njene neostvarene ambicije (Mahler, Pine & Bergman, 1975). U tom slučaju dijete formira neautentičan self, odnosno identitet koji počiva na zadovoljavanju potreba i želja drugih zarad očuvanja ljubavi. Javljanje težih oblika poremećaja slike tijela, poput anoreksije u adolescenciji, predstavlja očajničku pobunu protiv simbiotskih težnji majke putem sticanja kontrole nad sopstvenim tijelom i *napadanjem* tijela kroz izglednjivanje, jer je ono doživljeno kao aspekt lažnog selfa konstruisanog kroz odnos sa majkom (Ćeranić, 2005).

ULOGA RODITELJA U PORODIČNOJ PSIHOTERAPIJI

I pored prepoznavanja porodičnih faktora kao izuzetno značajnih u etiogenezi poremećaja slike tijela, naročito u ekstremnim oblicima anoreksije i bulimije, većina psihoterapijskih pravaca se zasniva na individualnom radu sa osobom (Gerstein & Pollack, 2015). Tako se u okviru kognitivno-bihevioralne terapije, jednog od najčešće korišćenih pristupa za tretman poremećaja ishrane, prvenstveno radi na edukovanju pacijenta o prirodi svoje bolesti, usvajanju zdravih navika vezanih za hranu, te radu na disvalidaciji iracionalnih kognitivnih uvjerenja i grešaka u zaključivanju koji dovode do hroničnog nezadovoljstva slikom tijela i pokušaja da se ona modifikuje hroničnim izglednjivanjem ili povraćanjem (Larcher, 2005).

Neke od najčešćih pogrešnih uvjerenja i disfunkcionalnih obrazaca razmišljanja koje srećemo kod poremećaja slike tijela jesu manihejsko, apsolutističko razmišljanje („gubitak kontrole nad kilažom znači gubitak kontrole nad čitavim životom, svime”, moje tijelo je ili savršeno ili užasno), izjednačavanje tjelesne privlačnosti sa ličnom vrijednošću, pogrešno tumačenje komentara i fidbeka drugih kao negativnih, sistematsko ignorisanje *pozitivnih* aspekata sopstvenog tijela, pretjerana generalizacija društvenih predrasuda, poput one da je gojaznost znak slabosti volje i da su gojazni ljudi uvijek socijalno odbačeni i ne mogu da nađu partnera (Aziraj-Smajić, 2016; Larcher, 2005).

Porodična psihoterapija, iako uzima u obzir disfunkcionalne stavove i osobine ličnosti pojedinca sa poremećajem slike tijela, poremećaj prvenstveno tumači u okviru porodičnog sistema u kome je nastao, odnosno kao izraz njegove šire disfunkcije i nemogućnosti da se emocije i konflikti članova slobodno izraze (Le Grange, Crosby & Lock, 2008). U tom smislu ona je naročito pogodna za rad sa adolescentima. Odrasle osobe koje ispoljavaju poremećaj slike tijela u velikom broju slučajeva odvojile su se od svoje primarne porodice i njihov osnovni konflikt se odvija u domenu *intrapsihičkih predstava* porodičnih odnosa, roditeljskih figura, i odnosa prema samom sebi. Sa druge strane, adolescenti su i dalje dio primarne porodice (iako teže ka autonomiji i slabljenju zavisnosti od roditelja), te je njihovo ponašanje pod značajnim uticajem postupaka roditelja i aktuelnog odnosa sa njima, i otvara se mogućnost modifikacije porodičnog sistema kako bi se ovi problemi razradili *kroz odnos* sa roditeljima (a ne kroz transferni odnos sa psihoterapeutom koji predstavlja „zamjenu” za realnog roditelja) (Gerstein & Pollack, 2016; Nichols, 2008). Ipak, porodična psihoterapija se prvenstveno usmjerava na rad sa anoreksičnim i bulimičnim osobama, budući da ovi poremećaji predstavljaju ekstreman primjer negativnog odnosa prema sopstvenom tijelu i nepodudaranja sopstvene percepcije tijela sa njegovim realnim dimenzijama. Nažalost, ovo dovodi do nedostatka literature koja se bavi umjerenijim oblicima nezadovoljstva tijelom, pa su stoga u ovome radu dominantno prikazani radovi čija su polazna tačka bile anoreksične i bulimične osobe.

Od samog početka medicinskog proučavanja poremećaja slike tijela postojao je ambivalentan tretman prema ulozi porodice, pa se tako u ranoj literaturi sreću i preporuke u smislu odvajanja pacijenta iz porodične sredine u kojoj je konflikt nastao, kako bi ga samostalno preradio bez toksičnog prisustva roditelja, ali i oprečni stavovi o uključivanju roditelja u tretman kako bi se terapijski pomoci učvrstili i kako ne bi došlo do regresije prilikom povratka u porodičnu sredinu (Lock & Le Grange,

2015). Dodatno pitanje koje se postavlja jeste da li uključiti porodicu u tretman kako bi se radilo samo na problemima samog adolescenta povezanim sa ishranom, ili, nakon postizanja određenog napretka, treba poraditi na dubljim problemima porodične dinamike (Gerstein & Pollack, 2016).

Opasnost koja je već napomenuta jeste da se ponašanja roditelja usmjerena ka uspostavljanju kontrole nad navikama adolescenta mogu na svjesnom nivou protumačiti kao pokušaji uspostavljanja kontrole i tiranskog autoriteta, što je u suprotnosti sa težnjama ovog perioda, usmjerenim ka autonomiji i odvajanju od roditelja. Na nesvjesnom nivou ovo bi potencijalno moglo biti protumačeno u smislu opasnosti od ponovog „spajanja” u simbiozu sa roditeljima, ili odbacivanja onog dijela ličnosti koji želi da se separira od slike ambivalentnog roditelja, ukoliko uzmemo u obzir i psihoanalitička razmatranja ove teme. Nameće se da je neophodno da terapeut ima senzibiliteta da uoči nekongruentnosti i ambivalentne emocije u ponašanju samih roditelja kako ovi naponi ne bi postali pokušaj da se mlada osoba podvede pod kontrolu svoje porodice (koja *uvijek* zna šta je najbolje za nju i kakva treba da bude – osjećaj lažnog selfa o kome govore psihoanalitičari).

Drugi pristupi u okviru porodične psihoterapije pokušavaju da poremećaje slike tijela dosljednije protumače u okviru porodičnih disfunkcija. *Strukturalna porodična psihoterapija* razmatra poremećaje u hijerarhiji porodice, odnosno da li postoje jasne granice između generacija (bez pretjerane identifikacije i simbioze roditelja sa djecom) i snažan roditeljski savez i sloga u pitanjima povezanim sa vaspitanjem djece. Poremećaji strukture koji se tipično opažaju u porodicama anoreksičnih i tjelesno disforničnih pacijenata jeste poremećena hijerarhija, odnosno roditelji ne preuzimaju autoritet i odgovornost nad djecom, već se nalaze u simbiotskim odnosima sa njima, koji su često obilježeni narcizmom ili perfekcionizmom roditelja (neostvarene ambicije se premještaju u dijete) (Gerstein & Pollack, 2016). Česte su i koalicije roditelja jedno protiv drugog, u smislu rascijepljenosti porodice na nekoliko suprotstavljenih saveza (npr. majka i kćerka protiv oca, ili i sin i majka protiv oca i njegove majke, itd.), što dovodi do atmosfere nesigurnosti, pretjeranog uplitanja roditelja u život djeteta, straha od gubitka ljubavi i odobravanja roditelja, uz nesvjesno neprijateljstvo prema njemu zbog snažnog osjećaja zavisnosti (Aziraj-Smajić, 2016).

Klasični opisi porodica osoba sa teškim poremećajem slike tijela naglašavaju njihovu disfunkcionalnost, nedostatak granica i nejasne obrasce komunikacije. Porodice bulimičnih osoba se najčešće opisuju

kao visoko haotične, u njima dominiraju burne emocionalne ekspresije i sukobi roditelja usljed kojih potrebe i emocije djeteta ostaju neprimijećene i neispoljene (Steinberg & Phares, 2001). Nezadovoljstvo slikom tijela i epizode prejedanja razvijaju se na osnovu lošeg modela kontrole emocija koji se usvaja od roditelja. Porodice osoba koje su takođe okupirane pitanjem debljine i koje se često izgladnjuju da bi dostigle željenu kilažu, sa druge strane, odlikuje rigidnost, simbiotski odnosi između roditelja i djece, visoka roditeljska očekivanja uporedo uz selektivnu emocionalnu toplinu prema djetetu (Steinberg & Phares, 2001). Dakle, u ovakvim porodicama se javlja intenzivan pritisak ka ispunjenju roditeljskih standarda uporedo uz zanemarivanje autentične ličnosti djeteta. Nažalost, empirijska istraživanja ne nude potpunu potvrdu ovih koncepta, prvenstveno usljed metodoloških teškoća i nedostatka objektivnosti u samoiskazima ispitanika.

U tom smislu naročito je zanimljiv prikaz slučaja Srdanović-Maraš i saradnika (2010), koji prikazuju porodičnu dinamiku mlade djevojke čije je ekstremno nezadovoljstvo sopstvenim izgledom dovelo do javljanja anoreksije nervoze. Data porodica je bila obilježena nedostatkom odgovornosti od strane majke (koja se prema oboljeloj kćerci prije postavljala kao prijateljica – simbiotske tendencije) i oca (koji je provodio malo vremena kod kuće usljed poslovnih obaveza), prikriivanjem negativnih emocija koje su postojale između roditelja, te „zamrznutim” konfliktom, u smislu da su neurotske smetnje djece zamrzle sukobe u odnosu roditelja koji su se već deset godina nalazili na „pragu razvoda”, uz česte i burne svađe. Slične opise porodica nalazimo i u studiji Gerštejna i Polaka (Gerstein & Pollack, 2016), koji opisuju porodicu anoreksične pacijentkinje, u kojoj je glavni sukob na relaciji svekrva-snaha, pri čemu vaspitanje djece postaje „bojno polje” u pogledu toga „ko je bolja majka”, uz pasivnost i povučenost oca (što je dinamika koja se naročito često sreće u našoj kulturi).

Na polju emocija govori se o nemogućnosti porodica pacijenata sa poremećajima slike tijela da regulišu negativne emocije i otvoreno se pozabave sa njima kroz međusobnu komunikaciju. Naprotiv, emocije bijesa, prkosa, mržnje potiskuju se ili postaju „zabranjene” i zamjenjuju se prihvatljivijim oblicima ponašanja, poput naglaska na socijalnu fasadu porodice kao ugledne i složne, neurotičnu tendenciju ka postignućima i savršenstvu, polaganje visokih nada u djecu koja će „opravdati” sve „neizmjerne” žrtve roditelja, itd. (Lyons-Ruth, 2003). Jasno je da se ove tendencije porodice mogu povezati sa raskorakom između realnog i željenog (idealnog selfa), strahom od gubitka kontrole i osjećanjima krivice i stida koji proživljavaju anoreksični pacijenti. U ovom tipu rada naglasak je na

otvorenom izražavanju emocija od strane članova porodice, uz održavanje stalnog međusobnog dijaloga. Kroz dijalog, očekuje se uvid u osnovne, „zabranjene” emocije u osnovi disfunkcionalnih obrazaca ponašanja. Tek kada članovi porodice razviju uvid u svoje odbrane, moguće je raditi na osnovnom konfliktu (Gerstein & Pollack, 2016).

ZAKLJUČAK

Na osnovu pregleda različitih teorijskih pristupa problematici nezadovoljstva slikom tijela može se zaključiti da se roditelji navode kao značajan izvor uticaja u praktično svim radovima na ovu temu. Ono u čemu se autori razilaze jeste objašnjenje *načina* na koji roditelji utiču na djetetov odnos prema sopstvenom tijelu. Dok sociokulturološke teorije posmatraju roditelje kao prenosiocce širih društvenih normi privlačnosti i predrasuda povezanih sa izgledom, dotle se psihoanalitički pristup fokusira na internalizovane konflikte koji su nastali u ranim iskustvima sa roditeljima, ali koji se sada odvijaju unutar osobe i bez roditeljskog direktnog prisustva i učešća. Porodična psihoterapija uspijeva da nađe „zlatnu sredinu” naglašavajući značaj *aktuelne* porodične dinamike kao faktora koji dovodi do aktiviranja unutrašnjih konflikta osobe, ali i iracionalnih uvjerenja i odnosa adolescenta prema samom sebi. Ono što je izvjesno jeste da svaki od navedenih teorijskih pristupa poremećajima slike tijela ima svoja ograničenja, ali da istovremeno dopunjuju jedan drugi.

Sumirajući sociokulturološke teorije, osnovna zamjerka koja se može iznijeti jeste nedovoljna integrisanost porodičnog uticaja na problematiku slike tijela sa širim poremećajima porodične dinamike i procesa u porodici. Tačnije, neopravdano je tretirati roditeljske komentare i negativan stav prema tjelesnom izgledu djeteta kao fenomene koji se javljaju izolovano, bez poveznice sa dubljim poremećajima u porodici. Neki od ovih dubljih problema može biti narcisoidna investiranost roditelja u dijete, koja dovodi do pritiska da dijete bude „savršeno” i konformira roditeljskim zahtjevima (bude najljepše, najuspješnije, najpametnije), ili vaspitni stil roditelja koji počiva na konstantnoj kritici djeteta i podsticanju osjećaja krivice zbog neostvarivanja očekivanja roditelja. Ovakvi ciljevi su nametnuti djetetu spolja i stoga ne mogu dovesti do autentičnog osjećaja samopoštovanja. Aspektima ove dublje dinamike u većoj mjeri bave se psihoanalitičke teorije.

Još jedna zamjerka koja se može iznijeti ovoj grupi teorija jeste stavljanje djeteta u pasivnu ulogu, tj. njegov udio u preradi roditeljskih poruka se završava na njihovoj internalizaciji i prihvatanju. Ovo se ne

poklapa sa iskustvima iz kliničke prakse, gdje svjedočimo stalnim nastojanjima pacijenata da pronađu *kompromise* između poruka dobijenih u djetinjstvu i osnovnih ljudskih potreba, kao što je opsesivno nastojanje da se ostvari željeni izgled („mogu se osjećati vrijedno sve dok *pokušavam i patim* zarad ostvarenja cilja, koji nikada neće biti ostvaren”) ili negiranje tijela kao aspekta identiteta, kao u slučaju osoba koje skrivaju svoje tijelo i izbjegavaju situacije gdje je tijelo fokus pažnje drugih. Još jedan mehanizam o kome se može govoriti jeste *ispunjavanje* tijela prijatnim senzacijama konzumiranjem različitih supstanci, a kako bi se nadoknadio unutrašnji osjećaj neadekvatnosti, a ovakvo ponašanje vodi u još dublji osjećaj patnje, neadekvatnosti i gubitka kontrole. Iako sociokulturološke teorije govore i o *identifikaciji* kao manje pasivnom načinu usvajanja roditeljskih poruka, opaža se nedostatak objašnjenja interakcije između upućene roditeljske poruke i načina na koji dijete tumači datu poruku u okviru svog referentnog sistema.

Na osnovu ranijeg pregleda psihoanalitičkih teorija jasno je da njihova vrijednost leži u tome što naglašavaju da se poremećaji slike tijela ne mogu izolovano posmatrati i tretirati. Naprotiv, adekvatna analiza ovih stanja *mora* uzeti u obzir i širu dinamiku ličnosti i intrapsihičke procese koje hrana simbolizuje, poput sjedinjavanja sa drugima, kažnjavanja sebe zbog nedovoljne vrijednosti ili nesavršenosti, itd. Teško je objasniti neka od izraženo patoloških ponašanja povezanih sa slikom tijela, u svoj kompulsivnosti, patnji, paradoksalnosti i apsolutnoj uvjerenosti koju pacijenti ispoljavaju, bez shvatanja unutrašnje *fantazije* čija su oni manifestacija, poput bajkovite transformacije u „lijepu i savršenu” kada se „izgubi samo još jedan kilogram”, stid i sram zbog gubitka kontrole u prejedanju koji se mora „popraviti” time što će se hrana isporučiti, odnosno sve „loše” (emocije, misli, sjećanja) izbaciti iz sebe, estetska modifikacija koja je za pacijenta nužna da bi ga drugi prihvatili, da ga ne bi odbacili zbog „neoprostivog” defekta, itd. Jasno je da ovako ekstremna i iracionalna osjećanja moraju vući korijene iz podjednako apsolutističkog i iracionalnog viđenja svijeta ranog djetinjstva. Međutim, i pored toga, psihoanalitička teorija, kao jedan od najstarijih teorijskih pristupa, često ne povezuje svoja saznanja sa drugim teorijama i granama psihologije, koristi težak i komplikovan jezik, uz značajnu dozu spekulacije u pogledu iskustava ranog djetinjstva koja se ne mogu verbalno opisati, itd. Još jedna značajna zamjerka jeste zanemarivanje uloga oca, ali i drugih članova porodice, uz fokusiranje samo na dijadu majka–dijete.

Različiti modaliteti porodične psihoterapije ubjedljivo demonstriraju da poremećaji slike tijela ne nastaju isključivo na osnovu dinamike

ličnosti osobe već kao odraz porodičnih procesa i sukoba, koji se vremenom internalizuju. Ova grupa gledišta u velikoj je mjeri komplementarna psihoanalitičkom pristupu, uz, istina, značajnu razliku u fokusu. Psihoanaliza se fokusira na mehanizme putem kojih dijete internalizuje poruke roditelja i obrađuje ih u okviru svog self-koncepta i prototipa odnosa sa značajnim drugim, a porodična psihoterapija je direktno usmjerena na ponašanje i poruke roditelja. Naročita vrijednost porodične psihoterapije ogleda se i u njenoj usmjerenosti na sadašnjost, odnosno na odnose i disfunkcije koje je *sada* moguće korigovati u porodici adolescenta prije nego što se internalizuju u smislu trajnih dispozicija ličnosti. Psihoanaliza se dominantno bavi posljedicama ranih, preverbalnih iskustava u djetinjstvu, te postoje značajne teškoće u osvješćivanju ovih arhaičnih procesa i u dokazivanju validnosti osnovnih postavki terapije.

Može se zaključiti da su poremećaji slike tijela znak dubokog konflikta u pogledu osnovne vrijednosti i načina dobijanja ljubavi od strane drugih. Prihvatanje drugih i socijalni fidbek koji od njih dobijamo jesu „ogledala” na osnovu kojih se formira osnovna ideja o tome kakva smo i koliko vrijedna osoba, odnosno kakve reakcije naše biće, naš osnovni sloj identiteta kao odvojenog tijela izaziva od strane drugih. Prototip ovih budućih odnosa jeste upravo odnos sa roditeljima kao dominantim „ogledalom” selfa i predstavnicima spoljašnjeg svijeta u periodu djetinjstva. Uporedo sa shvatanjem sebe kao odvojenog tijela (odvojenog bića) javlja se i problematika našeg odnosa prema stvarima koje su ne-ja, odnosno spoljašnjem svijetu i drugima. Duboke anksioznosti koje prate shvatanje sopstvene odvojenosti jeste strah od neprijateljstva spoljašnjeg svijeta (transformisan u strah od pogleda, ruganja, osuđivanja drugih kod osoba poremećene slike tijela) i strah od gubitka ljubavi drugih osoba (transformisan u vjerovanje osobe poremećene slike tijela da će uvijek biti odbačena od strane drugih jer je u svojoj srži defektna, ružna, neprihvatljiva).

U toku normalnog razvoja, ove anksioznosti se postepeno prerađuju na različitim razvojnim stadijumima, postajući sve složenije i u većoj mjeri simbolizovane. Kod djeteta se javlja svijest o svojim psihičkim kvalitetima, kognitivnim sposobnostima, statusu i postignućima u društvu, koja ublažava ove rane razvojne anksioznosti. Iako strah od neprijateljstva i odbacivanja drugih nikada sasvim ne nestaje, on je u normalnom razvoju ublažen iskustvima prihvatanja od strane drugih na osnovu našeg bića, bezuslovnog prihvatanja djetetovih dobrih i loših strana, ali i kroz osjećanja postignuća i kompetentnosti koja smanjuju percipiranu zavisnost od drugih.

U patološkom ili nepovoljnom toku razvoja, značajni drugi prihvataju dijete samo ukoliko ono konformira njihovim očekivanjima, potisne ili iskrivi „negativne” dijelove sebe. Pritom je „negativno” ono što roditelj odredi kao takvo, često uključujući i mnoge sasvim prirodne emocije poput bijesa, tuge, straha, itd. Ovakva iskustva stvaraju strah od odbacivanja i neprijateljstva od strane drugih ako se „pravi self” (nevoljeni, ružni, potisnuti dio sebe) ikada u potpunosti razotkrije pred drugima, u momentu kada osoba više ne može ili ne želi da održava „lažni self”, stalno postiže nova postignuća, bude vedra, kulturna, „dobro vaspitana”, živi život prema scenariju roditelja. Ovaj strah se transformiše u tiranski odnos prema tijelu, strah od razotkrivanja „neadekvatnog” tijela pred očima drugih, dovodeći do otcjepljivanja tijela kao „lošeg objekta” od sopstvene ličnosti koja je „dobra”. Tijelo postaje objekat koji će biti kontrolisan, modifikovan ili, u krajnjem slučaju, uništen kako bi se zauvijek dobila ljubav i odobravanje unutrašnjeg (internalizovanog) roditelja (Campbell & Hale, 2017).

Stoga se u psihoterapijskom radu sa osobama, naročito adolescentima koji ispoljavaju poremećaje slike tijela mogu primjenjivati elementi sva tri pristupa. Kroz rad sa roditeljima kako bi korigovali negativne komentare povezane sa tijelom i ponašanjem adolescenta, smanjuje se broj svakodnevnih „okidača” koji aktiviraju iracionalna uvjerenja i unutrašnje konflikte adolescenta. Istovremeno, kroz dublje promjene porodične dinamike (preuzimanje odgovornosti od strane roditelja, stvaranje saveza između njih, poruke prihvatanja djeteta i poštovanja njegove autonomije) dolazi do snažnog *korektivnog iskustva* koje dovodi do preispitivanja bazičnih uvjerenja formiranih kroz iskustva u ranom djetinjstvu. Ovo korektivno iskustvo je potencijalno još snažnije u odnosu na ona koja se doživljavaju u transfernom odnosu sa terapeutom, jer se doživljava u relaciji sa osobama koje su zaista izvršile ogroman uticaj na formiranje ličnosti adolescenta i čije je ponašanje osnova za građenje internalizovanog roditelja (super-ega). Javlja se mogućnosti postepene promjene slike unutrašnjeg roditelja kroz njegovo poređenje sa realnim, razumijevanjem i toplinom ispunjenim roditeljem sadašnjosti. Ovo dalje može voditi prihvatanju sopstvenih negativnih aspekata i voljenju samog sebe uprkos istima.

Literatura

- Aziraj-Smajčić, V. (2016). Psihoterapijski tretman anoreksije nervoze u adolescentnoj dobi. *Zbornik Islamskog pedagoškog fakulteta u Bihaću*, 8, 215-234. doi: 10.52535/27441695.2016.8.215-234.
- Bion, W. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-310. DOI:10.1002/j.2167-4086.2013.00030.x
- Campbell, D., & Hale, R. (2017). *Working in the dark: understanding the pre-suicide state of mind*. London: Routledge. doi: 10.4324/9781315731490.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (2011). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (3–11). New York: The Guilford Press.
- Ćeranić, S. (2005). *Normalni razvoj ličnosti i patološka uplitanja*. Istočno Sarajevo: Zavod za udžbenike i izdavačka sredstva.
- Curtis, C., & Loomans, C. (2014). Friends, family, and their influence on body image dissatisfaction. *Women's Studies Journal*, 28 (2), 39–56.
- Erikson, E. (1994). *Identity and Life Cycle*. London: W. W. Norton & Company.
- Freud, A. (1966). *The Ego and Mechanisms of Defence*. New York: International Universities Press, Inc.
- Gerstein, F., & Pollack, F. (2016). Two case studies on family work with eating disorders and body image issues. *Clinical Social Work Journal*, 44 (1), 69-77. doi: 10.1007/S10615-015-0566-X.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge. doi: 10.4324/9781315681528.
- Heinberg, L. (1996). Theories of body image disturbance: perceptual, developmental and sociocultural factors. In J. Thompson (Eds.), *Body image, eating disorders and obesity* (27–49). Washington, D.C.: American Psychological Association. doi: 10.1037/10502-002.
- Husarić, M., Selimović, L. T., & Emić, E. (2018). The Role of Family Factors in the Development of Eating Pathology. *Društvene i humanističke studije*, 3 (1(4)), 325–340.
- Kearney-Cooke, An. (2002). Familial Influences on Body Image Development. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice* (99–108). New York: The Guilford Press.

- Krueger, D. (2002). Psychodynamic perspectives on body image. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice* (30–38). New York: The Guilford Press.
- Krueger, D. W. (1989). *Body self & psychological self: A developmental and clinical integration of disorders of the self*. Levittown: Brunner/Mazel.
- Larcher, V. (2005). ABC of adolescence: Consent, competence, and confidentiality. *BMJ. British Medical Journal*, 330 (7487), 353–356. doi: 10.1136/bmj.330.7487.353.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., & Lock, J. (2008). Predictors and moderators of outcome in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 464–470. doi: 10.1097 /CHI.0b013e3181640816.
- Lemma, A. (2009). Being seen or being watched? A psychoanalytic perspective on body dysmorphia. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90 (4), 753–771. doi: 10.1111/j.1745-8315.2009.00158.x.
- Lock, J. (2002). Treating adolescents with eating disorders in the family context: Empirical and theoretical considerations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 11 (2), 331–342. doi: 10.1016/S1056-4993(01)00009-8.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: The Guilford Publications.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent–infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51 (3), 883–911. doi: 10.1177 /00030651030510031501.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- Nichols, M. P. (2008). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston: Pearson/Allyn and Bacon.
- Rodgers, R., & Chabrol, H. (2009). Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17 (2), 137–151. doi: 10.1002/erv.907.

- Schwartz, D. J., Phares, V., Tantleff-Dunn, S., & Thompson, J. K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders*, 25 (3), 339–343. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199904)25:3<339::aid-eat13>3.0.co;2-v.
- Segal, H. (1973). *Introduction to Melanie Klein*. London: Karnac Books.
- Srdanović-Maraš, J., Šobot, V., Marković, J., & Telečki, T. (2010). Family-based treatment of anorexia nervosa: A case report. *Engrami*, 32 (3), 95–100.
- Steinberg, A. B., & Phares, V. (2001). Family functioning, body image, and eating disturbances. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (127–147). Washington, D.C.: American Psychological Association. [https://doi.org /10.1037 / 10404-005](https://doi.org/10.1037/10404-005)
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, D.C.: American Psychological Association. doi: 10.1037/10312-000.

Luka D. Borović

THE ROLE OF PARENTS IN THE GENESIS OF BODY IMAGE DISORDERS IN ADOLESCENTS

Summary

Body image dissatisfaction and disorders are a phenomena studied by multiple psychological theories and schools of psychotherapy. The relationship quality with parents and the family dynamic are considered to be one of the most important factors not only in the genesis but also in the treatment of these disorders in the young and adolescents. In this paper, the role of the family in the development of body image dissatisfaction is analysed through the lenses of three theoretical approaches: sociocultural theories, psychoanalytic theories of object relationships, and various schools of family psychotherapy.

Sociocultural theories conceptualise parents as carriers of societal ideals and standards of beauty, slenderness, muscularity, etc., which can lead to unrealistic standards when judging the value of our looks. These social messages can be portrayed indirectly, through various comments, jokes, and prejudices towards people of certain body types. Further, body dissatisfaction can also be developed through excessive identification with a parent unhappy with his or her own body and who tries to achieve the desired looks. However, these theories fail to connect such social interactions with a deeper dynamic of self and a sense of personal value, and neurotic tendencies and irrational beliefs that stem from these problems.

On the other hand, psychoanalytic theories focus on early deficits in mother–child interactions that can produce feelings of being unaccepted, defective, unlovable, and also attempts to compensate these feelings by achieving an “ideal” body and a tyrannical relationship towards the body that is identified with aspects of a “bad self”. These deficits can range from interactions with an unresponsive mother who cares for the child only in the sense of his physical needs, to downright hostile mothers whose behaviour portrays the world as a hostile and unfriendly place in which the child will be rejected for his faults and defects. A special type of defective relationship occurs when mothers are highly narcissistically invested in their child, with fantasies of enormous beauty, success, popularity, etc. These messages can lead to a child developing a “false” sense of a grandiose self and perfect body that hides

feelings of personal inadequacy and a constant need to project the image of a beautiful and successful person.

Various modalities of family psychotherapy see body image pathology as a manifestation of wider family dysfunctions. When body image disorders occur in adolescents they often represent an unconscious protest towards parental prohibitions, a lack of autonomy, the repressed feelings of insecurity and anxiety in the family. Within family therapy, there is also a necessity of working with parents to correct these communication failures and to affirm the autonomy of the adolescent while maintaining parental interest and authentic engagement in his life. Therapeutic interventions are mainly based on the free expression of repressed emotions, parents accepting their responsibilities and forming a working alliance for the well-being of their children, and accepting a new autonomy and the need to be a separate person which arises in adolescence while maintaining a healthy and balanced diet.

The conclusion that can be interceded based on these theories is that body image dissatisfaction and disorders need to be treated holistically. Body image is a part of the wider problem of a relationship towards the self, a conditional sense of personal value, and a fear of losing autonomy as opposed to a fear of losing the love and acceptance of our loved ones.

Key words: body image dissatisfaction, sociocultural theories, psychoanalytic theory of object relationships, family psychotherapy, adolescence