

POVEZANOST DEMOGRAFSKIH, SOCIJALNIH I ZDRAVSTVENIH ČIMBENIKA, NEUROTICIZMA I OBILJEŽJA EMOCIONALNOSTI S POREMEĆAJIMA HRANJENJA

Ljiljana Pačić-Turk

Klinika za neurokirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb
ljiljanapt@gmail.com

Barbara Tomašić

Dječji vrtić Žirek
Cvjetno naselje bb, 10410 Velika Gorica
barbaratomatic@yahoo.com

Branka Divčić

Klinika za pedijatriju, Kliničke bolnice Sestara milosrdnica
Vinogradska 29, 10000 Zagreb
brankad2000@yahoo.com

Sažetak

Cilj istraživanja bio je utvrditi odnos između poremećaja hranjenja i demografskih, socijalnih i zdravstvenih čimbenika, kao i neuroticizma i obilježja emocionalnosti u osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. Podaci su prikupljeni od 2000. do 2010. godine u Klinici za pedijatriju Kliničke bolnice Sestara milosrdnica u Zagrebu, a ispitana su ukupno 164 pacijenta/ica, 13 muškog i 151 ženskog spola. Dobni raspon u vrijeme psihološke obrade kreće se od 9,9 do 23,5 godina (prosječna dob 15,6 godina). Podaci su dobiveni kliničkim intervjuom te Indeksom profila emocija (PIE) i Crown-Crispovim indeksom iskustva (CCH). Dobiveni rezultati potvrđuju da je većina oboljelih ženskog spola, a najčešća dijagnoza je anoreksija. Najučestalija dobna skupina za razvoj poremećaja je 12-15 godina, a javljanje na psihološku obradu je najčešće u rasponu od 12 do 15 i od 16 do 19 godina. Većina oboljelih ima braću/sestre, a poremećaj je najčešći kod najmlađeg, potom najstarijeg, a zatim kod srednjeg djeteta u obitelji. Većina postiže izvrstan školski uspjeh. Kao povod za obiljevanje najčešće navode intrinzičnu motivaciju. Oboljeli od anoreksije imaju statistički značajno nižu prosječnu vrijednost minimalnog i maksimalnog indeksa tjelesne mase (ITM) u odnosu na oboljele od bulimije nervoze. Na PIE profilu dobivena je statistički značajna razlika s obzirom na spol na dimenziji bojažljivosti i pristranosti, pri čemu više vrijednosti postižu muški pacijenti. S obzirom na tip dijagnoze, nisu dobivene značajne razlike. Na CCEI nisu utvrđene statistički značajne razlike s obzirom na spol, a s obzirom na dijagnozu pacijentice s anoreksijom postižu niže vrijednosti na opsesivnosti i somatskom iskazivanju anksioznosti.

Ključne riječi: poremećaji hranjenja, spol, dob, Indeks profil emocija, Crown-Crispov indeks iskustva

UVOD

Posljednjih je desetljeća poremećaj hranjenja sve češći – u SAD-u 1-2% adolescentica boluje od anoreksije, a 2-4% od bulimije nervoze, u Velikoj Britaniji ima 70 000 anoreksičnih i 125.000 bulimičnih pacijentica, uz pretpostavku o velikom broju nedijagnosticiranih slučajeva (Grgurić, 2004). Na području Republike Hrvatske procijenjena brojka je oko 90 000. Poražavajuća statistika upućuje na anoreksiju nervozu kao psihički poremećaj s najvećom stopom smrtnosti u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi na području SAD (Gentile, 2010). Kriepe i Birdorf (2000) navode da u europskim razmjerima strategije liječenja kod adolescentica postižu uspjeh u 86% oboljelih s mortalitetom manjim od 5%. Kod odraslih pak pacijentica stopa mortaliteta je mnogo veća, pri čemu se 50% odraslih pacijentica oporavi, a 26% njih ima kroničan tijek s mortalitetom od 9,8% (Steinhausen, Boyadjieva, Seidel, Winkler-Metzke, 2000).

Anoreksija nervozu je poremećaj hranjenja koji uključuje odbijanje zadržavanja normalne tjelesne težine, strah od debljanja, poremećaj u percepciji oblika i/ili veličine tijela te amenoreju. Razlikujemo dva tipa: restriktivni i prežderavajući/purgativni, ovisno o tome provodi li osoba dijetu i prekomjerno tjelesno vježba ili je uključena u ponašanje prejedanja i pražnjenja. Bulimija nervozu je poremećaj hranjenja čije je obilježje prejedanje s neodgovarajućim kompenzacijskim metodama preveniranja porasta težine, a prisutno je najmanje dvaput tjedno u periodu od tri mjeseca. Razlikujemo purgativni i nepurgativni tip, ovisno o tome pribjegava li osoba samoizazvanom povraćanju ili zlorabiti laksativa i diuretika ili pak posti i pretjerano tjelesno vježba. Pri diferencijalnoj dijagnostici (Američka psihijatrijska udruga, 1996) potreban je oprez jer su neka obilježja dio kriterija za socijalnu fobiju, opsesivno-kompulzivni poremećaj i poremećaj sheme vlastitog tijela (First, Frances, Pincus, 1997). Prema Jurčiću (2004) neadekvatni dijagnostički kriteriji dovedu do toga da će se anoreksiju i bulimiju, ako se pojave prije pune spolne zrelosti, formalno klasificirati kao atipičan poremećaj.

Poremećaji hranjenja češći su u osoba ženskog spola - omjer je 9:1 (Pokrajac-Bulian, 2000). Muškarci čine 5-10% populacije oboljelih od anoreksije i 10-15% od bulimije nervoze. Najviše slučajeva anoreksije pojavljuje se u dobi od 14 do 17 godina, a bulimije oko 18. godine (Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, 2004). Rijetko poremećaji hranjenja počinju u pretpubertetu (Ruuska, Kaltiala, Koivisto, Rantanen, 2003). Longitudinalna studija na 800 djece upućuje na to da se zabrinutost tjelesnim izgledom razvija tijekom djetinjstva, a postaje vidljiva u kasnijoj adolescenciji, posebice kod djevojaka (Gowers i Shore, 2001). U osnovnoj školi 45% djece želi biti mršavije, a 37% pokušava smanjiti težinu (Ambrosi-Randić, 2001).

Niz godina nastoji se odgovoriti na pitanje o etiologiji ovog poremećaja. Rani psihoanalitičari smatraju da je povezana s konfliktima vezanima uz funkciju hranjenja (Ross, 1977). Goodstitt (1969) smatra da osobe s anoreksijom često asociiraju agresivne i seksualne činove s hranjenjem. Prema Crisp (1980), gubitak na težini ispod kritične razine potrebne za uspostavu menstrualnog ciklusa povezan je sa željom za povratkom u pretpubertetsko stanje i izbjegavanje uspostave odraslog seksualnog identiteta, pa je anoreksija odraz sukoba između želje za postizanjem neovisnosti i straha od odrastanja. Sours (1980) smatra da se pacijenti regresivno vraćaju u fazu u kojoj zadovoljstvo postignuto ekscesivnim kontroliranjem hrane nadilazi zadovoljstvo uzimanja hrane. Moderna psihodinamska tumačenja polaze od teorije objektnih odnosa. Bulik, Sullivan, Weltzin i Kaye (1995) navode da se anoreksične djevojke boje svoga tijela koje zbog unosa hrane raste na račun ega, tijelo se identificira s inkorporiranim objektom-majkom u negativnim aspektima, pa i samo postaje loš objekt. Drugo objašnjenje tiče se uloge ranih deficitarnih odnosa s objektima, anoreksične pacijentice sebe doživljavaju kao bezuspješne i ponašaju se isključivo prema zahtjevu drugih (Bulik, Sullivan i Kendler, 2000). Osnovna pretpostavka kognitivno-bihevioralnih modela je iskrivljena slika o tjelesnoj težini i izgledu tijela, a uključuje fobiju od debljine ili težnju da se dostigne izgled žene promican u društvu (Bemis, 1978).

Postoje određeni rizični čimbenici za razvoj poremećaja hranjenja. Djevojke se u pubertetu suočavaju s tjelesnim promjenama, različitim osjećajima vezanim uz vlastito tijelo te reproduktivnim statusom koji zahtijeva reorganizaciju slike o sebi (Attia i Walsh, 2007), a u tom pogledu među njima postoje velike individualne razlike (Rimpela, 1993). Preuranjen ulazak u pubertet predisponirajući je čimbenik za razvoj depresije i delinkventnog ponašanja (Berg-Kelly, 1997; Hayward i sur., 1997) te za razvoj negativne slike o vlastitom tijelu. Prema Brooks-Gunn i Warrenu (1985), djevojke koje su kasnije sazrele zadovoljnije su svojim tijelom i imaju niži stupanj poremećaja. Mlade djevojke smatraju da je za uspješne odnose s drugim spolom važna privlačnost i da će biti uspješnije ako su mršavije (Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hillier i Petrovich, 1991). Selvini-Palazzoli smatra da su danas žene u položaju trajnog unutarnjeg konflikta, jer se od njih očekuje da budu uspješne istovremeno u više različitih uloga (Selvini-Palazzoli, 1974).

Mediji, najmoćniji prijenosnici sociokulturalnih ideja, promiču sliku abnormalne mršavosti kao ideala ženske ljepote. Lakoff i Scherr (1984) naglašavaju njihov posebno negativan utjecaj jer se modeli shvaćaju kao realne slike. Field i sur. (1999) su utvrdili da je nezadovoljstvo tjelesnom težinom povezano s učestalošću čitanja modnih časopisa. Prema Lindberg i Hjern (2003), sociokulturalni kontekst je najznačajniji rizični faktor. Pokazalo se da osobe na dijeti i osobe s poremećajima hranjenja imaju iste osobine: nisko samopoštovanje, nezadovoljstvo vlastitim izgledom i smanjenu internalnu osjetljivost, pojačano slaganje s okolinom i slične distorzije u mišljenju, dihotomiziranje hrane na "dobru" i "lošu", pojačanu kognitivnu usmjerenost na hranu i oblik vlastitog tijela. Međutim, dihotomiziranje kod

osoba na dijete vezano je samo uz hranu, a kod osoba s poremećajem hranjenja na sva područja života (Gowers i Shore, 2001). Pretilost također može biti rizična za razvoj bulimije i purgativnog tipa anoreksije (Ghaderi, 2001). Neka istraživanja također pokazuju da su osobe s poremećajima hranjenja češće preživjele traumu u djetinjstvu i bile izložene nasilnoj okolini. Izravni učinci toga su nisko samopouzdanje, sram i negativno poimanje vlastitog tijela (Bulik i sur., 2000).

Liječenje poremećaja hranjenja zahtijeva multidisciplinarni pristup. Priroda bolesti uključuje (ne)svjestan otpor prema liječenju i nedostatak uvida u ozbiljnost problema pa to otežava započinjanje liječenja. Bolnička liječenja bulimije potrebna su za 8-10% pacijenata, a neizbježna su kod 40% osoba s ozbiljnim komorbiditetom (Vidović, 2004). Hsu (1990) navodi da se nakon 4-8 godina oko 75% pacijentica oporavilo, u 20% se razvio kronični oblik poremećaja, dok je 5% umrlo.

Istraživanja su pokazala da oboljeli od poremećaja hranjenja imaju izvrsno školsko postignuće i IQ većinom viši od prosjeka (Lopez, Stahl i Tchanturia, 2010). Dura i Bornstein (1989), međutim, smatraju da su dobri rezultati u školi više posljedica perfekcionizma. Vandereycken i Vreckem (1991) su dobili nekonzistentne rezultate o veličini obitelji i redosljedu rođenja. Prema Sullowayevoj teoriji, postoji povezanost osobina ličnosti i redosljeda rođenja: prvorodena djeca su ekstraverziranija i savjesnija, a kasnije rođena ugodnija, emocionalno stabilnija i otvorenija prema iskustvu (Maričić, 2006). Taj nalaz mogao bi se povezati s predisponiranošću prvorodne djece za kasniji razvoj poremećaja hranjenja. Istraživanjima također nisu dobiveni konzistentni rezultati koji bi govorili o periodu između nastanka poremećaja i traženja pomoći psihologa ili psihijatra, vjerojatno zbog nemogućnosti dijagnosticiranja početka bolesti i mnogih slučajeva koji ostaju neprepoznati. Na pitanje o problemu amenoreje također nema jasnog odgovora. Roberto, Steinglass, Mayer, Attia i Timothy Walsh (2008) navode da je kriterij amenoreje upitan, jer je amenoreja odraz težine i nutritivnog stanja, a oboljeli održavaju menstrualni ciklus oralnim hormonalnim unosom.

Prema Leonu, Keelu, Klumpu i Fulkersonuu (1997) predisponirajući faktori za nastanak poremećaja su perfekcionizam, moralna i religijska uvjerenja i psihoseksualni utjecaj puberteta. Prema Casperu, Hedekeru i McCloughu (1992), oboljeli od poremećaja hranjenja i nakon oporavka imaju visoke rezultate na skalama negativne emocionalnosti, što bi upućivalo na to da i prije nastupa poremećaja imaju specifičnu strukturu ličnosti (Pokrajac-Bulian, 2000). Prema Castro-Fornieles i sur., 2007 te Bulik i sur., 2000., perfekcionizam, opsesivnost, pretjerana zabrinutost oko pogrešaka, dvoumljenje i nesigurnost opstaju nakon oporavka od ovih poremećaja.

Određene značajke ličnosti smatraju se tipičnim za različite tipove poremećaja pa se može zaključiti da postoje značajne razlike između osoba s primarnom dijagnozom anoreksije i osoba s primarnom dijagnozom bulimije nervoze (Ahren-Moonga, Holmgren, von Knorring, Klinteberg, 2008). Pokazalo se da anoreksične pacijentice obilježava rigidnost, potreba za (samo)kontrolom, opsesivnost, perfekcionizam, niska razina samopouzdanja i negativna samoevaluacija (Bulik, Sullivan,

Weltzin i Kaye, 1995; Bulik i sur., 2000) te inhibirana razina emocionalnosti i interpersonalne anksioznosti (Strober, 1983). Halvorsen i Heyerdahl (2006) ističu veliku važnost koja se pripisuje postizanju visokog postignuća. Važna obilježja ličnosti su i visoki neuroticizam i niska ekstraverzija (Stonehill i Crisp, 1997; Ahren-Moonga i sur., 2008).

Pacijentice oboljele od bulimije nervoze smatraju se nešto heterogenijom skupinom, a posebno se izdvajaju impulzivnost, niska tolerancija na frustraciju, nisko samopouzdanje te antisocijalne značajke (Ahren-Moonga i sur., 2008.; Silva, 2007), povišena ekstravertiranost i emocionalna labilnost (Bulik i sur., 1995). Vidović (1994) dodaje da su bulimične osobe društvene, uz prevladavajuće osjećaje straha, srdžbe, tjeskobe i ljutnje. Prema van dobro funkcioniraju, a internalno osjećaju zavisnost i potrebu za drugima (Gordon, 1992). Prema Nye i Johnson (1999), dominira negativna slika o tijelu, visoka očekivanja i potreba za prihvaćanjem, snažna uzdržljivost, perfekcionizam te poteškoće sa seksualnim ulogama.

Istraživanja upućuju na prisutnost poremećaja ličnosti u rasponu 21-97% (Westen i Harnden-Fischer, 2001), i to kod anoreksije 22-87%, najčešće iz klastera C, s prosječnom prevalencijom od 45% (Halvorsen i Heyerdahl, 2006), a kod bulimije 2-50%, uglavnom iz klastera B (Ames-Frankel i sur., 1992; Gartner, Marcus, Halmi i Loranger, 1989; Herzog i sur., 1992; Johnson, Tobin i Enright, 1989; Levin i Hyler, 1986; Pope, Frankenburg, Hudson, Jonas i Yurgelun-Todd, 1987; Powers, Coover i Brightwell, 1988; Wonderlich, Swift, Slotnick i Goodman, 1990; Yates, Sieleni i Reich, 1989; Zanarini i sur., 1990). Kod pacijentica s anoreksijom najčešće se dijagnosticira opsesivni poremećaj, a kod pacijentica s bulimijom histrionični i/ili granični poremećaj ličnosti (Gowers i Shore, 2001). Perfekcionizam pozitivno korelira sa psihoticizmom (Eysenck i sur., 1985), a prema Pumariegu i LaBarberi (1986) povezan je s anksioznošću vezanom uz tjelesnu težinu i seksualnu inhibiciju. Nye i Johnson (1999) navode čestu pojavu anksioznih i depresivnih simptoma. Nizom istraživanja potvrđuje se povezanost anoreksije i bulimije nervoze s neurotskim simptomima i poremećajima, čak i psihotičnim. Isto tako, karakteristike ličnosti oboljelih pacijenata/ica doimlju se prediktivnima za povećanu pojavnost bolesti ovog tipa.

Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je utvrditi odnos između poremećaja hranjenja i demografskih (spol, životna dob početka bolesti, dob pri prvoj psihološkoj obradi), socijalnih (školski uspjeh, jedinci/braća/sestre, redoslijed rođenja) i zdravstvenih [dijagnoza, maksimalan i minimalan indeks tjelesne mase (ITM), povod za početak bolesti, trajanje bolesti do psihološke obrade, amenoreja] čimbenika prisutnih kod pacijenata/ica s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja. Također smo željeli utvrditi karakteristike emocionalnosti i neuroticizam kod pacijenata s dijagnosticiranim po-

remećajem hranjenja na Indeksu profila emocija (PIE) i Crown-Crispovu indeksu iskustva (CCEI) i provjeriti postoje li razlike u karakteristikama emocionalnosti i neuroticizmu s obzirom na spol i dijagnozu.

METODA

Sudionici

U istraživanju su sudjelovala 164 sudionika, 13 muškog i 151 ženskog spola. Dobni raspon tijekom prve psihološke obrade kretao se od 9,9 do 23,5 godina, a prosječna dob je bila 15,6. Sudionici istraživanja bili su pacijenti Klinike za pedijatriju Kliničke bolnice Sestara milosrdnica u Zagrebu od 2000. do 2010. godine. Uzorak ovog istraživanja čine svi pacijenti koji su u navedenom vremenskom periodu uključeni u psihološku obradu s dijagnozom poremećaja hranjenja (anoreksija, bulimija, anoreksija i bulimija), pri čemu većina boluje od anoreksije nervoze (88,4%).

Instrumentarij

Primijenjen je klinički intervju te Indeks profila emocija (Emotions Profile Index-PIE) autora R. Plutchika i H. Kellermana (2000) i Crown-Crispov indeks iskustva (Crown-Crisp Experiental Index-CCEI) autora Sidneya Crowna i A. H. Crispa (1994).

Provedbom kliničkog intervju prikupljeni su demografski, socijalni i zdravstveni podaci o sudionicima ovog istraživanja.

Indeks profila emocija (PIE) mjeri emotivnost u skladu s Plutchikovim modelom emocija, a obuhvaća osam dimenzija: društvenost, povjerljivost, nekontroliranost, bojažljivost, depresivnost, nepovjerljivost, kontroliranost i agresivnost te pristranost (prije zvanu ljestvicu socijalno poželjnih odgovora). To je test prisilnog izbora i sastoji se od 62 čestice. Zadatak ispitanika je da od dva ponuđena termina odabere onaj koji ga bolje opisuje. Konačni rezultat prikazuje se kružnim profilom, a omogućava usporedbu pojedinih emocionalnih karakteristika ličnosti te određivanje njihova relativnog značenja za pojedinca kao i međusobne konflikte.

Crown-Crispov indeks iskustva (CCEI) namijenjen je za utvrđivanje psihoneurotskih poremećaja, a ima 48 pitanja, koja uključuju šest subskala - dimenzija: slobodno lebdeća anksioznost (FFA), fobična anksioznost (PHO), opsesivnost (OBS), somatske manifestacije anksioznosti (SOM), depresija (DEP) i histerija (HYS). Ukupan rezultat daje mjeru opće emocionalne nestabilnosti ili neuroticizma uz profil od šest rezultata po subskalama.

Postupak

Podaci su prikupljeni tijekom psihološke obrade, a uključuju medicinsku dokumentaciju hospitaliziranih pacijenata/ica s dijagnosticiranim poremećajem hra-

njenja. Svi ispitanici testirani su jednokratno, a svi testovi nisu primijenjeni na svim pacijentima pa je od ukupnog uzorka ($N = 164$), PIE ispunilo 89 pacijenata u dobnom rasponu od 13 do 23 godine, dok su CCEI ispunila 64 pacijenta u dobnom rasponu od 12 do 23 godine.

REZULTATI

U obradi podataka korišteni su demografski, socijalni i zdravstveni podaci prikupljeni kod pacijenata/ica s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja.

Demografski čimbenici

Većina sudionika je ženskog spola (92,1%), boluje od anoreksije nervoze (88,4%); bulimiju ima 8,5%, a anoreksiju i bulimiju samo 3,0% ispitanika (tu skupinu činile su pacijenti/ce kojima je pri prvom prijemu u Kliniku za pedijatriju dijagnosticirana anoreksija, a u kasnijem tijeku bolesti razvila se bulimija). Varijabla životne dobi pri psihološkoj obradi dobivena je iz podataka iz kliničkog intervjua, dok je životna dob početka poremećaja dobivena oduzimanjem vremenskog perioda trajanja bolesti od kronološke dobi pri psihološkoj obradi. Najčešća dobna skupina s obzirom na početak poremećaja je 12-15 godina (64%), dok je u vrijeme psihološke obrade najčešća dob u rasponu 12-15 (48,9%) te 16-19 (37,2%) godina. Najmanje je onih koji razviju poremećaj u dobi iznad 20 godina (3%), te onih koji su kod prve psihološke obrade u dobi od 7 do 11 godina (4,3%).

Socijalni čimbenici

Analiza je pokazala da 86,6% pacijenata/ica ima braću ili sestre. Najviše je najmlađe djece (47,2%), potom najstarije (38%), a najmanje je djece koja su srednja po redoslijedu rođenja. Provedbom χ^2 testa utvrđena je statistički značajna razlika, tj. među djecom s poremećajima hranjenja statistički je značajno niži broj djece koja su srednja po redoslijedu rođenja ($\chi^2(2, N = 142) = 23,76; p < 0,01$). Analiza je također pokazala da većina postiže odličan školski uspjeh (65,9%), vrlo dobar uspjeh postiže 24,4% sudionika, dok dobar uspjeh postiže njih 9,8%.

Zdravstveni čimbenici

Većina ispitanika (68,3%) kao povod za početak poremećaja hranjenja navodi svoju samoinicijativnu želju i intrinzičnu potrebu. Prema čestoći slijede ismijavanje od strane društva zbog tjelesnog izgleda, tj. debljine (17,7%), provođenje dijete prijateljice ili uže obitelji (6,7%), a komentari odrasle osobe ili prijateljice/vršnjaka bili su povod za početak poremećaja u nešto više od 7% (Tablica 1).

Tablica 1. Struktura uzorka s obzirom na povod oboljenja te prisutnost osobe s istim poremećajem ili osobe izrazite mršavosti u okolini

		Frekvencija	Postotci
Povod obolijevanju	intrinzično	112	68,3
	ismijavanje od društva zbog debljine	29	17,7
	prijateljica/uža obitelj na dijete	11	6,7
	odrasla osoba komentira debljinu	8	4,9
	prijateljica/vršnjak komentira debljinu	4	2,4
	Ukupno	164	100,0
χ^2 test	Df	p	
250,21	4	<0,01	
Osoba u okolini s istim poremećajem ili izrazite mršavosti	prijateljica	17	10,4
	uža obitelj	14	8,5
	nema	133	81,1
	Ukupno	164	100,0
χ^2 test	Df	p	
168,45	2	<0,01	

Iz Tablice 1. je vidljivo da je kod gotovo 19% oboljelih u okolini prisutna osoba koja boluje od istog poremećaja ili je izrazito mršava (neovisno jesu li članovi uže obitelji ili prijatelji/ce).

Promatrajući strukturu uzorka s obzirom na amenoreju utvrđeno je da 41,7% od ukupnog broja pacijentica uključenih u istraživanje ima redovitu menstruaciju, dok ostale (58,3%) nisu imale menstruaciju. Na žalost, budući da je ovo retrospektivno istraživanje, podaci o broju pacijentica koje još nisu dobile menstruaciju ili su je zbog bolesti izgubile odnosno razvile amenoreju, nisu nam bili dostupni. Najveći broj nema menstruaciju 3-6 mjeseci (27,2%), 15,9% više od 6 mjeseci, a 15,2% 3 mjeseca.

U Tablici 2. prikazan je maksimalan i minimalan indeks tjelesne mase (ITM), ovisno o dijagnozi. Pri tome, izračunati su ITM min i max za anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i anoreksiju i bulimiju zajedno. Također, u tablici je prikazan raspon (min-max) u minimalnom ITM gledajući sve tri dijagnoze zajedno, što je učinjeno i za maksimalni ITM. T-test za nezavisne uzorke pokazao je značajne razlike između pacijenata s anoreksijom i bulimijom i u minimalnom i maksimalnom indeksu tjelesne mase ($t_{min}(146) = -3,25, p < 0,05$; $t_{max}(136) = -5,29, p < 0,05$;). Oboljeli od anoreksije imaju statistički značajno nižu prosječnu vrijednost minimalnog i maksimalnog ITM-a u odnosu na oboljele od bulimije. Nije dobivena značajna razlika između pacijenata s anoreksijom i bulimijom s obzirom na prosječnu razliku u ITM ($\Delta_{ITMmax-min}$), a primjenom Kruskal-Wallisova H testa dobiveno je da ne postoji značajna razlika između tri tipa dijagnoze (anoreksija, bulimija, te anoreksija

Tablica 2. Minimalni i maksimalni indeks tjelesne mase s obzirom na tip dijagnoze

			M (min-max)	min-max	SD	N
Dijagnoza	anoreksija nervoza	ITM min	15,26 (10,27-20,76)	10,49	1,97	134
		ITM max	20,39 (14,61-30,43)	15,82	3,23	125
	bulimija nervoza	ITM min	18,31 (14,04-23,53)	9,49	2,75	14
		ITM max	23,42 (18,51-27,68)	9,17	2,85	13
	anoreksija i bulimija	ITM min	17,89 (16,96-18,56)	1,6	0,70	4
		ITM max	23,10 (20,31-24,91)	4,6	1,87	5
		RASPON (min-max)	M	SD		
ITM min ukupno		10,27-23,53	15,61	2,23		
ITM max ukupno		14,61-30,43	20,76	3,29		
Kruskal-Wallisov H test		df	P	N		
0,46		2	p > 0,05	141		

Legenda: ITMmin – najmanji izmjereni indeks tjelesne mase ITMmax - najveći izmjereni indeks tjelesne mase

i bulimija kombinirano) s obzirom na razliku u ITM ($\Delta_{ITMmax-min}$) [(t(135) = -0,007, $p > 0,05$; H(2, N = 141) = 0,46; $p > 0,05$], što je moguće pripisati velikoj razlici u veličini uzoraka. T-test za nezavisne uzorke, uzimajući u obzir samo dijagnozu anoreksije i bulimije nervoze, primjenjivao se zbog pretpostavke da će se jasnije odraziti razlika između ITM budući da je kod pacijenata s bulimijom nerijetko slučaj da su normalne ili čak iznadprosječne težine, a njihova oscilacija u težini ne mora biti toliko rapidna.

Vrijednosti u Tablici 3. pokazuju da je najveći broj pacijenata s anoreksijom došao na psihološku obradu 7-12 mjeseci od početka poremećaja (N = 49), zatim

Tablica 3. Raspodjela pacijenata po tipu dijagnoze s obzirom na trajanje poremećaja do psihološke obrade

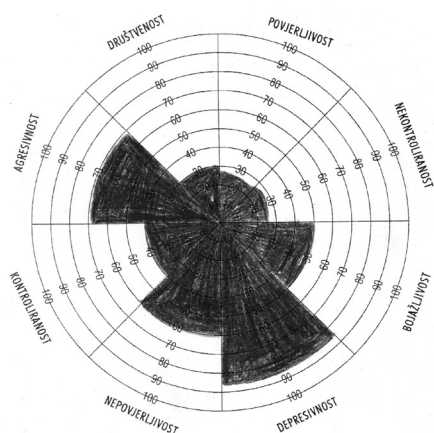
		Trajanje poremećaja do psihološke obrade (u mjesecima)					
		1-6	7-12	13-24	25-48	49-90	Ukupno
Tip dijagnoze	anoreksija nervoza	45	49	34	13	4	145
	bulimija nervoza	0	3	5	3	3	14
	anoreksija i bulimija	0	0	2	2	1	5
	Ukupno	45	52	41	18	8	164
χ^2 test	df	p					
2,480	2	> 0,05					
Trajanje bolesti do psih. obrade ukupno		RASPON (min-max)		M	SD		
88 (2-90)		88 (2-90)		16,45	14,96		

oni koji boluju do 6 mjeseci ($N = 45$) i od 13 do 24 mjeseca ($N = 34$). Najveći broj pacijenata s bulimijom došao je na prvu obradu 13-24 mjeseca od početka poremećaja, a zatim slijede oni pacijenti koji su došli na psihološku obradu 25-90 mjeseci od početka poremećaja. S obzirom na to da kod pacijenata s miješanom dijagnozom nije moguće jasno odrediti vremenski period koji je protekao između pojave simptoma i prve psihološke obrade (preklapanje simptoma anoreksije i bulimije), ovi pacijenti su izostavljeni iz navedene analize podataka. Iz Tablice 3. vidi se da primijenjeni χ^2 test nije značajan ($\chi^2(2, N = 164) = 2,48; p > 0,05$). Pri tome treba napomenuti da dobivenu vrijednost χ^2 -a treba uzeti u obzir s oprezom budući da je χ^2 proveden tako što su spojene ćelije u varijabli trajanje poremećaja na način da su kategorije od 1-6 mj., 7-12 mj. te 13-24 mj. spojene u jednu kategoriju kako bi se izbjeglo postojanje nulnih frekvencija.

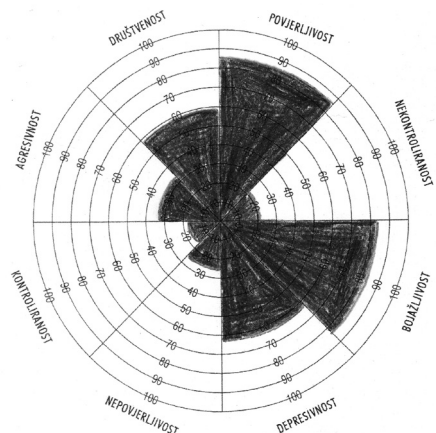
Profil emocija i neuroticizam

Da bismo odgovorili na pitanje povezano s drugim ciljem našeg istraživanja, utvrdili smo emocionalni profil na Indeksu profila emocija (PIE) i Crown-Crispovu indeksu iskustva (CCEI) te postoje li razlike s obzirom na spol i dijagnozu.

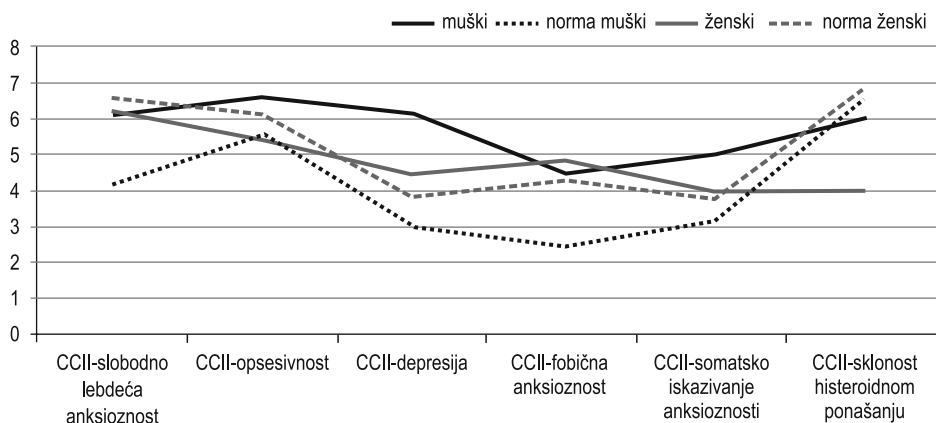
Na slikama 1a. i 1b. prikazani su PIE profili za muške i ženske pacijente, pri čemu valja napomenuti da su samo 4 pacijenta bila muškog spola. Najprije smo zbog toga razloga htjeli odustati od daljnje analize dobivenih rezultata po spolu, međutim, odlučili smo ih ipak uključiti u rad budući da su dobiveni interesantni podaci koji bi mogli biti povod za daljnja istraživanja. Isto tako, mali je broj muških



Slika 1a. Prikaz PIE profila sudionika ženskog spola ($N = 85$)



Slika 1b. Prikaz PIE profila sudionika muškog spola ($N = 4$)

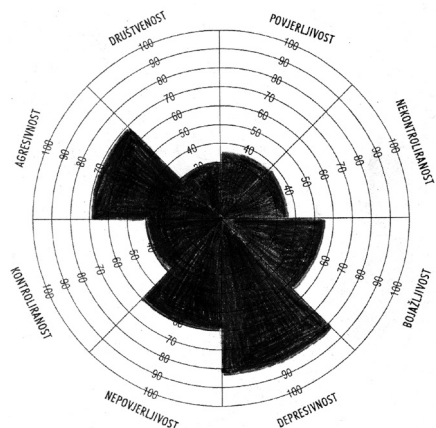


Slika 2. Prikaz CCEI profila s obzirom na spol

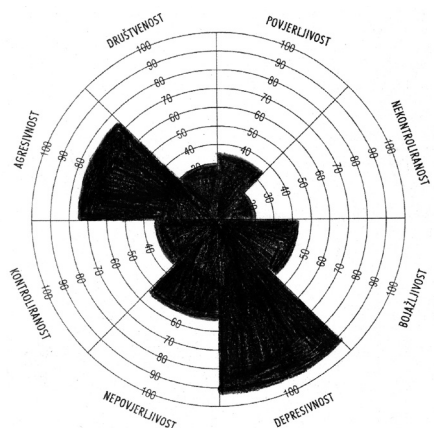
pacijenta koji dolaze na liječenje zbog navedenih dijagnoza, pa je i to bio jedan od razloga što smo odlučili ovdje prikazati njihove rezultate. Primijenjeni t-test pokazao je statistički značajne razlike na dimenziji bojažljivosti ($t(87) = 2,16, p < 0,05$) i pristranosti ili davanja socijalno poželjnih odgovora ($t(87) = 2,03, p < 0,05$), što potvrđuje i primjena Mann-Whitneyeva testa ($U_{\text{samozaštita}} = 63,00, p < 0,05$; $U_{\text{bias}} = 44,50, p < 0,05$). Bojažljivost je viših vrijednosti kod muških pacijenata, kao i sklonost davanju socijalno poželjnih odgovora, a osobe s ovakvim profilom imaju tendenciju biti oprezne, pažljive i anksiozne, s izraženom potrebom da budu prihvaćene.

Dobiveni profili na CCEI prikazani su na Slici 2, pri čemu su uvrštene i vrijednosti za muške i ženske osobe bez poremećaja prema normama iz Priručnika CCEI (Crown i Crisp, 1994). T-test za nezavisne uzorke pokazao je da ne postoji značajna razlika ni na jednoj subskali CCEI s obzirom na spol. Usporedbom s normama, vidljivo je da muški pacijenti postižu više vrijednosti na subskali slobodno lebdeće anksioznosti, depresije, fobične anksioznosti te somatskom iskazivanju anksioznosti, u odnosu na muške osobe iz populacije bez poremećaja, tj. u odnosu na norme; za razliku od njih, kod ženskih pacijentica odstupanje je zamjetljivo jedino na subskali sklonosti histeroidnom ponašanju, pri čemu su prisutne više vrijednosti u odnosu na norme.

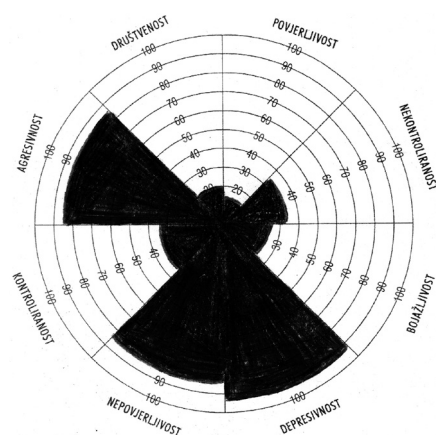
Na slikama 3a, 3b i 3c prikazani su PIE profili emocija ispitanica s obzirom na dijagnozu. Muški ispitanici nisu uključeni u ovu analizu zbog malog broja sudionika muškog spola s PIE profilom ($N = 4$) i s obzirom na ranije navedene nađene razlike po spolu. Primjenom Kruskal-Wallisova testa dobiveno je da ne postoje statistički značajne razlike između pacijentica s različitim dijagnozama poremećaja hranjenja.



Slika 3a. PIE profil emocija s obzirom na dijagnozu (anoreksija nervoza) (N = 72)

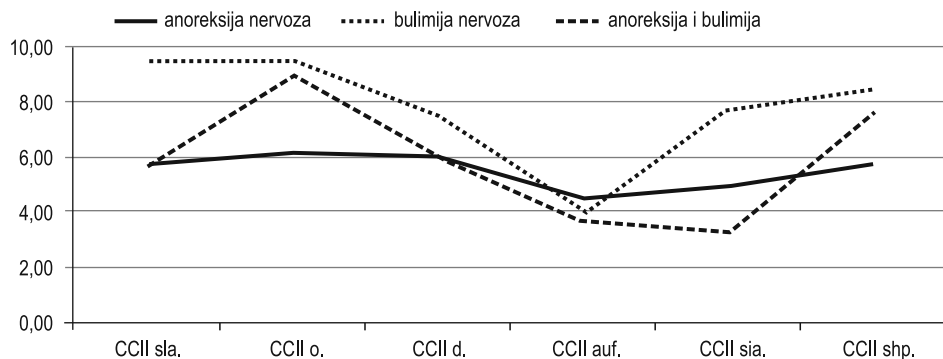


Slika 3b. PIE profil emocija s obzirom na dijagnozu – bulimija nervoza (N = 9)



Slika 3c. PIE profil emocija s obzirom na dijagnozu - anoreksija i bulimija nervoza (N = 4)

Primjenom Kruskal Wallisova testa pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u rezultatima na CCEI s obzirom na dijagnozu i to na ljestvici opsesivnosti ($H(2, N = 64) = 6,65; p < 0,05$) i somatskog iskazivanja anksioznosti ($H(2, N = 64) = 7,54; p < 0,05$). Kao što se vidi iz Slike 4., pacijentice s anoreksijom imaju manje izraženu opsesivnost i somatsko iskazivanje anksioznosti.



Slika 4. Prikaz CCEI profila s obzirom na dijagnozu

Legenda: CCEI sla.- slobodno lebdeća anksioznost CCEI o.- opsesivnost CCEI d.- depresija CCEI f.a.- fobična anksioznost CCEI sia.- somatsko iskazivanje anksioznosti CCEI shp.- sklonost hysteroidnom ponašanju

RASPRAVA

Kao što se može vidjeti iz prikazanih rezultata, a vezano uz demografske čimbenike, većina sudionika je ženskog spola i boluje od anoreksije nervoze. Dobivene vrijednosti u skladu su s dosadašnjim istraživanjima, prema kojima je omjer ženskih i muških pacijenata 9:1 (Pokrajac-Bulian, 2000). Po pitanju čestote dijagnoze podaci su također u skladu s istraživanjima budući da su pacijenti u ovom istraživanju uglavnom u ranoj adolescentskoj dobi, a bulimija nervoza se pojavljuje kasnije, oko 18. godine života (Pokrajac-Bulian, Živčić- Bećirević, 2004). Najčešća dobna skupina s obzirom na početak poremećaja je 12-15 godina, dok je u vrijeme psihološke obrade najčešća dob u rasponu 12-15 te 16-19 godina. Dobivene vrijednosti slažu se s nalazima drugih autora prema kojima se anoreksija i bulimija pojavljuju u dobi između 12. i 25. godine, pri čemu se anoreksija pojavljuje nešto ranije (14 odnosno 17 godina) u odnosu na bulimiju (18 godina) (Pokrajac-Bulian, Živčić-Bećirević, 2004). Dobivena donja dobna granica pri nastanku poremećaja u ovom je uzorku niža, što može dodatno upućivati na sve veću rizičnost sve mlađe populacije za razvoj ovog poremećaja.

Što se tiče socijalnih čimbenika, analiza je pokazala da 86,6% pacijenata/ica ima braću ili sestre. Najviše je najmlađe djece, potom su najstarija, a najmanje je djece koja su srednja po redosljedu rođenja. Pretpostavka je bila da će najstarije dijete, zbog osobina ličnosti, biti u najvećem riziku za razvoj poremećaja (Maričić, 2006), ali ovo istraživanje pokazuje da je poremećaj najčešći kod najmlađeg djeteta. Analiza je također pokazala da većina postiže odličan školski uspjeh. Dobiveni rezultat je u skladu s dosadašnjim istraživanjima, pri čemu je prema nekim autorima postizanje višeg školskog uspjeha povezano s višim kvocijentom inteligencije (Lopez i

sur., 2010), dok Dura i Bornstein (1989) smatraju da je to rezultat perfekcionizma kod oboljelih pacijenata. Većina ispitanika kao povod za početak poremećaja hranjenja navodi svoju samoinicijativnu želju i intrinzičnu potrebu. Kod gotovo 19% oboljelih u okolini je prisutna osoba koja boluje od istog poremećaja ili je izrazito mršava. Dobivene vrijednosti su u skladu s početnim pretpostavkama da oboljele osobe počinju s restrikcijom hrane ili bulimičnim ponašanjem zbog intrinzične motivacije, ali je vrlo teško napraviti jasnu distinkciju između intrinzične motiviranosti neovisne o vanjskim faktorima i vanjskih utjecaja koji su istu i potaknuli. Valja napomenuti da su podaci prikupljeni iz kliničkog intervjua, stoga ih je potrebno uzeti u obzir s oprezom, zbog moguće nesvjesnosti o stvarnom povodu za poremećaj.

Što se tiče zdravstvenih čimbenika utvrđeno je da 41,7% od ukupnog broja pacijentica uključenih u istraživanje ima redovitu menstruaciju, dok ostale ili nisu dobile menstruaciju ili su je izgubile nakon razvoja poremećaja hranjenja. Najveći broj nema menstruaciju 3-6 mjeseci. Ovom analizom htjelo se ispitati koliko pacijentica je izgubilo redoviti menstrualni ciklus; međutim, vrijednost ovih nalaza je upitna budući da je riječ o uglavnom ranoj adolescentnoj dobi, pa određeni broj pacijentica nije razvio menarhu, što također opet može biti povezano s ispodprosječnom tjelesnom težinom; 14,6% djevojaka nema menstruaciju dulje od pola godine, no, budući da je ovo retrospektivno istraživanje i taj nam podatak nije bio dostupan, nije moguće diferencirati između onih kojima menstrualni ciklus nije redovit zbog obolijevanja i onih koje (unatoč obolijevanju) imaju fiziološki uvjete za menstruaciju, ali se kod njih još nije razvila. Postoji i vjerojatnost da pacijentice uzimaju hormonalnu terapiju te time stvaraju privid optimalnog hormonalnog rada. Na žalost, kod pacijentica u našem uzorku nije bio dostupan taj podatak. U skladu s time, Roberto i sur. (2008) upozoravaju da je kriterij amenoreje pri dijagnozi poremećaja hranjenja upitan, jer odražava uglavnom samo težinu i nutritivno stanje.

Što se tiče maksimalnog i minimalnog indeksa tjelesne mase (ITM), rezultati su pokazali da oboljeli od anoreksije imaju statistički značajno nižu prosječnu vrijednost minimalnog i maksimalnog ITM-a u odnosu na oboljele od bulimije. Nije dobivena značajna razlika između pacijenata s anoreksijom i bulimijom s obzirom na prosječnu razliku u ITM, a primjenom Kruskal-Wallisova H testa, dobiveno je da ne postoji značajna razlika između anoreksije nerveze, bulimije nerveze te anoreksije i bulimije kombinirano, s obzirom na razliku u ITM. Pretpostavka je bila da će postojati značajna razlika, pri čemu će kod anoreksije najniži ITM biti značajno niži nego kod bulimije, što se i potvrdilo. Unatoč tome, razlika u ITM nije se pokazala značajno različitom za različite dijagnoze poremećaja hranjenja.

Najveći broj pacijenata došao na psihološku obradu 7-12 mjeseci od početka poremećaja, zatim oni koji boluju do 6 mjeseci i od 13 do 24 mjeseca. Pretpostavilo se da će postojati značajna razlika po tipu dijagnoze s obzirom na trajanje poremećaja do psihološke obrade, te da će u slučaju anoreksije taj period biti kraći. Primenjeni χ^2 test nije značajan, ali smo već kod rezultata naveli da zbog spajanja ćelija dobivenu vrijednost χ^2 -a treba uzeti s oprezom. Također, i sam omjer pacijenata koji

imaju anoreksiju ili bulimiju nervozu nije dovoljno razmjeran za iznošenje sigurnih zaključaka.

Jedan od ciljeva ovog istraživanja bilo je i utvrđivanje emocionalnosti i neuroticizma u bolesnica s poremećajem hranjenja te su primijenjeni PIE profil emocija i CCEI. Na PIE profilu emocija dobivene su statistički značajne razlike po spolu samo na dimenziji bojažljivosti i pristranosti ili davanja socijalno poželjnih odgovora. Ovi rezultati pokazuju da su muški pacijenti oprezniji, pažljiviji i anksiozniji, s izraženom potrebom da budu prihvaćeni. Jedna je od mogućih hipoteza da je dobivene vrijednosti moguće pripisati stigmatizaciji, pri čemu su dječaci tome još više izloženi. Kod muškaraca je ideal ljepote prvenstveno baziran na muževnom torzu i definiranim mišićima, pa dječaci koji razvijaju poremećaj hranjenja mogu biti neshvaćeni, zanemareni te ismijavani, a moguće je da su ovi dječaci premorbidno možda nesigurniji i anksiozniji. Dobiveni podatak o visokoj razini bojažljivosti i pristranosti, tj. potrebe za davanjem socijalno poželjnih odgovora, mogao bi implicirati i na upitnost valjanosti realne brojke oboljelih muškaraca od poremećaja hranjenja, zbog vještog prikrivanja, srama i straha od odbijanja. Valja spomenuti da su mogućnosti zaključivanja temeljene na dobivenim rezultatima ograničene s obzirom na mali broj muških sudionika i nemogućnost generalizacije ovih rezultata.

Promatrajući profile zasebno, primjetno je da je kod djevojaka povišena depresivnost, nepovjerljivost i agresivnost, a snižena društvenost, povjerljivost i nekontroliranost, dok su bojažljivost, kontroliranost i pristranost u granicama normale. Ovakav prosječni profil pokazuje da se djevojke s poremećajem hranjenja mogu opisati kao nedruštvene osobe, sklone socijalnoj izolaciji i povlačenju te depresiji, tuzi i apatiji. Ovi rezultati također upućuju na tvrdoglavu, zlovoljnu i kritičnu osobu, pasivno-agresivnih crta, ali i agresivniju osobu sklonu prepiranju. Ovakav profil također upućuje na nepovjerljivu osobu, koja je kontrolirana te teži stabilnosti i sigurnosti. Prosječan profil ovih pacijentica ima dosta preklapanja s profilom skupine manično-depresivnih pacijenata u depresivnoj fazi i s profilom hospitaliziranih pacijenata s pokušajem samoubojstva (PIE, 2000). Sličnost u navedenim profilima na PIE potvrđena je i u prijašnjim istraživanjima - podaci o preklapanju profila s manično-depresivnim pacijentima potvrđeni su od strane drugih autora, koji navode prisutnost depresivnih crta, impulzivnosti te neurotskih i anksioznih simptoma. Stein, Lilenfeld, Wilman i Marcus (2004) su utvrdili da je 32% od 150 pacijenata oboljelih od poremećaja hranjenja u anamnezi imalo pokušaj suicida i/ili samoozljeđivanje.

Profil PIE muških pacijenata također pokazuje nisku nekontroliranost, nepovjerljivost, kontroliranost i agresivnost te vrlo izražene visoke vrijednosti na povjerljivosti, bojažljivosti i pristranosti, tj. tendenciji socijalno poželjnom odgovaranju, uz nešto niže, no i dalje visoke vrijednosti na društvenosti i depresivnosti. Ovakav profil upućuje na dezorganiziranu osobu koja stavlja veliki naglasak na samokontroli, teži stabilnosti i sigurnosti, neodlučna je te ne teži ni kritičnosti ni odbijanju. Neagresivna je i pasivna osoba, nepovjerljiva, pokazuje izraženu opreznost i pažli-

vost, težnju da se prikaže u socijalno poželjnom svjetlu, uz prisutnost depresivnosti i tuge, ali i sklonosti socijalnim kontaktima.

Na CCEI nije dobivena statistički značajna razlika ni na jednoj subskali CCEI s obzirom na spol. Usporedbom s normama, vidljivo je da muški pacijenti postižu više vrijednosti na subskali slobodno lebdeće anksioznosti, depresije, fobične anksioznosti i somatskom iskazivanju anksioznosti, u odnosu na norme; za razliku od njih, kod ženskih pacijentica odstupanje je zamjetljivo jedino na subskali sklonosti histeroidnom ponašanju, pri čemu su prisutne više vrijednosti u odnosu na norme.

Malo je provedenih istraživanja na oboljelima muškog spola, no dobiveni podaci iz CCEI profila djelomice se preklapaju i s vrijednostima u PIE profilu. Naime, i tamo je dobivena iznimno naglašena sklonost davanju socijalno poželjnih odgovora, povišena depresija i anksioznost, što bi moglo upućivati na potencijalno potiskivanje emocija i socijalno povlačenje. Dobiveni profil muških pacijenata odražava povučeno inhibirano ponašanje, s mnogo potiskivanja emocija. Kod ženskih pacijentica je češća sklonost histeroidnom ponašanju. Prema Brownellu i Fairburnu (1995), pacijentice s bulimijom često imaju izraženu depresivnost, impulzivnost te neurotsku anksioznost, a Ahren-Moonga i sur. (2008) navode nisko samopoštovanje i antisocijalne značajke ličnosti. Bulik i sur. (2000) navode da je kod anoreksije vrlo često izražen neuroticizam, što bi se eventualno moglo povezati s izraženijim vrijednostima na sklonosti histeroidnom ponašanju.

Također je napravljena usporedba PIE profila emocija ženskih ispitanica s obzirom na dijagnozu i dobiveno je da ne postoje statistički značajne razlike između pacijentica s različitim dijagnozama poremećaja hranjenja. Dobiveni nalazi nisu u skladu s dosadašnjim istraživanjima, a objašnjenje bi moglo uključivati nerazmjerni omjer pacijentica s anoreksijom i bulimijom. Također, riječ je o pacijenticama mlađe adolescentske dobi, a budući da se bulimija najčešće razvija u kasnijoj dobi, upitno je koliko su se karakteristike ličnosti karakteristične za bulimiju uopće uspjele razviti. Međutim, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u rezultatima na CCEI s obzirom na dijagnozu i to na ljestvici opsesivnosti i somatskog iskazivanja anksioznosti, s time da pacijentice s anoreksijom imaju manje izraženu opsesivnost i somatsko iskazivanje anksioznosti. Dobiveni nalazi nisu posve u skladu s prijašnjim istraživanjima, jer se u većini istraživanja ističe jasna razlika anoreksije i bulimije nerazmjerno u pravcu izraženije impulzivnosti bulimičnih pacijenata. Moguće objašnjenje moglo bi biti što su pacijentice mlađe adolescentske dobi, s prosječnom dobi pojavnosti poremećaja između 12 i 15 godina te uz pubertetske promjene, vrlo striktno i rigorozno pristupaju režimu prehrane i/ili tjelovježbe. Dakako, sama priroda poremećaja hranjenja je opsesivna i "neracionalna", no upravo dob u kojoj se poremećaj najčešće razvija pogoduje razvoju istog. Pošto se bulimija razvija nešto kasnije, moguće da je opsesivnost kao dimenzija ipak slabije izražena. Što se tiče somatskog iskazivanja anksioznosti i manje izraženosti iste kod anoreksičnih pacijentica, nisu nam poznata druga istraživanja. Unatoč tome, dobiveni nalaz upućuje na to da je kod bulimičnih pacijentica češća zadihanost, glavobolja, probavne

smetnje, poremećaji spavanja, lupanje srca itd. (u sklopu somatskog iskazivanja anksioznosti). Jesu li navedeni simptomi posljedica bulimičnog ponašanja ili psihosomatski uvjetovani, nije moguće zaključiti na osnovi rezultata ovog istraživanja.

Potrebno je također navesti i ograničenja ovog istraživanja, npr. mali broj sudionika s bulimijom, mali broj ispitanika muškog spola, nemogućnost izvođenja zaključaka o premorbidnom funkcioniranju. Svakako bi bilo preporučljivo napraviti longitudinalno istraživanje, s obzirom na to da poremećaj počinje razmjerno rano i mogu se očekivati mnoge promjene ličnosti. Također, zbog porasta broja poremećaja u muškaraca pojavljuje se potreba za detaljnijim istraživanjem oboljelih od poremećaja hranjenja muškog spola. Ovakva bi istraživanja mogla doprinijeti boljem razumijevanju etioloških faktora koji vode poremećaju i mogućem prepoznavanju potencijalno rizičnih skupina, a što bi otvorilo put i za preventivno djelovanje. Prije svega, primarna prevencija poremećaja hranjenja nešto je što u sve većoj mjeri dobiva na snazi i silnoj potrebi, na što upućuje i porast broja oboljelih od poremećaja hranjenja, sve niža kronološka dob obolijevanja, te sve veći pritisak na mlade ljude glede vanjskog izgleda i zadovoljenja kriterija "idealnih mjera" vršen od strane medija, sociokulturološki uvjetovanih standarda ljepote te općenito stila življenja.

ZAKLJUČAK

Iz dobivenih rezultata možemo zaključiti da je većina oboljelih od poremećaja hranjenja ženskog spola i najčešća je dijagnoza anoreksija. Najčešća dobna skupina za razvoj poremećaja je 12-15 godina, a dob u vrijeme prvog javljanja psihologu nešto je viša. Najveći broj oboljelih ima braću/sestre, a prema redoslijedu rođenja oboljele su najčešće najmlađe dijete, zatim najstarije i potom srednje dijete u obitelji. Velik broj oboljelih postiže izvrstan školski uspjeh. Kao povod za razvoj poremećaja oboljeli najčešće navode intrinzičnu potrebu da smršave. Oboljeli od anoreksije imaju statistički značajno nižu prosječnu vrijednost minimalnog i maksimalnog ITM-a u odnosu na oboljele od bulimije. Nije dobivena značajna razlika između skupina s anoreksijom i s bulimijom s obzirom na prosječnu razliku u ITM-u.

Na PIE profilu emocija utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike s obzirom na spol na dimenzijama bojažljivosti i pristranosti. S obzirom na tip dijagnoze, nisu dobivene značajne razlike. Na Crown-Crispovu indeksu iskustva (CCEI) nisu utvrđene statistički značajne razlike s obzirom na spol. Međutim, analiza profila pokazuje da je kod pacijentica iznadprosječno visoka sklonost histeroidnom ponašanju, dok je kod pacijenata izraženija slobodno lebdeća anksioznost, depresija, fobična anksioznost te somatsko iskazivanje anksioznosti. Nije utvrđeno postojanje statistički značajne razlike između pacijentica s različitim dijagnozama poremećaja hranjenja s obzirom na PIE profil, dok na CCEI profilima pacijentice s anoreksijom nervozom postižu statistički značajno niže vrijednosti na opsesivnosti i somatskom iskazivanju anksioznosti u odnosu na norme.

LITERATURA

- Ahren-Moonga, J., Holmgren, S., von Knorring, L., Klinteberg, B. (2008). Personality Traits and Self-Injurious Behaviour in Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16, 268-275. doi: 10.1002/erv.860
- Ambrosi-Randić, N. (2001). *Biološki, psihološki i socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja*. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ames-Frankel, J., Devlin, M.J., Walsh, B.T. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: Clinical correlates and changes with treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 90-96.
- Attia, E., Walsh, B.T. (2007). Anorexia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1805-1810.
- Bemis, K. (1978). Current Approaches to the Etiology and Treatment of Anorexia Nervosa. *Psychological Bulletin*, 85, 593-617
- Berg-Kelly K, Erdes L. (1997). Normative Development Behavior with Implications for Health and Health Promotion among Adolescents: a Swedish Cross-sectional Survey. *Acta Paediatrica*, 84, 278-288.
- Brooks-Gunn, J., Warren, M.P. (1985). Effects of Delayed Menarche in Different Contexts: dance and nondance students. *Journal of Youth and Adolescence* 14, 285-300.
- Brownell, K.D., Fairburn, C.G. (1995). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Kendler, K.S. (2000). An Empirical Study of the Classification of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 15, 886-895. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.886
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Weltzin, T.E., Kaye, W.H. (1995). Temperament in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 17, 251-261. doi: 10.1002/1098-108x(199504)17:3<251::AID-EAT2260170306>3.0.CO;2-V
- Casper, R.C., Hedeker, D.D., McClough, J.F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their reference for subtyping. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 831-840.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Araceli, G.V., Fuhrmann, C., Imirizaldu, M., Saura, B., Martinez, E., Toro, J. (2007). Self Oriented Perfectionism in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 40, 562-568. doi: 10.1002/eat.20393
- Crisp, A.H. (1980) *Anorexia Nervosa – Let Me Be*. London: Academic Press.
- Crown, S., Crisp, A.H. (1994). *Crown-Crispov indeks iskustva*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Dura, J.R., Bornstein, R.A. (1989). Differences between IQ and school achievement in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*. 45, 433-435. doi: 10.1002/1097-4679(198905)45:3<433::AID-JCLP2270450313>3.0.CO;2-x
- Eysenck, S.B.G., Eysenck, H.J., Barrett, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.
- Field, A.E., Cheung, L., Wolf, A.M., Herzog, D.B., Gortmaker, S.L., Colditz, G.A. (1999). Exposure to the Mass Media and Weight Concerns Among Girls. *Pediatrics*, 103, 36.

- First, M.B., Frances, A., Pincus, H.A. (1997). *DSM-IV, Priručnik za diferencijalnu dijagnostiku*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Gartner, A.F., Marcus, R.N., Halmi, K., Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Gentile, M.G. (2010). Anorexia nervosa: identification, main characteristics and treatment. *Nutritional Therapy and Metabolism*, 28, 185-192.
- Ghaderi, A. (2001). Review of Risk Factors for Eating Disorders: Implications for Primary Prevention and Cognitive Behavioural Therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 57-74. DOI: 10.1080/02845710117890
- Goodsitt, A (1969). Anorexia Nervosa. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 109-118.
- Gordon, R.A. (1992). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic*. Oxford: Blackwell.
- Gowers, S.G., Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 236-242. doi: 10.1192/bjp.179.3236
- Grgurić, J. (2004). Poremećaj hranjenja u djece-sve veći problem današnjice. *Medix*, 52, 75-76.
- Halvorsen, I., Heyerdahl, S. (2006). Girls with Anorexia Nervosa as Young Adults: Personality, Self-Esteem, and Life Satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 285-293. doi: 10.1002/eat.20248
- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yeh, C.J., Lavori, P.W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Hsu, L.K. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Johnson, C., Tobin, D., Enright, A. (1989). Prevalence and clinical characteristics of borderline patients in an eating-disorder population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9-15.
- Jurčić, Z. (2004). Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*, 52, 40-44.
- Hayward, C., Killen, J.D., Wilson D.M., Hammer L.D., Litt, I.F., Kraemer H.C., Haydel, F., Taylor C.B. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 255-262.
- Leon, G.R., Keel, P.K., Klump, K.L., Fulkerson, J.A., (1997). The future of risk factors research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychofarmacology Bulletin*, 33, 405-411.
- Kreipe, R.E., Birndorf, S.A. (2000) Eating disorders in adolescents and young adults. *The Medical clinics of North America*, 84, 1027-1049.
- Lakoff, R.T., Scherr, R.L. (1984). *Face Value: Politics of Beauty*. Boston: Routledge Kegan.
- Levin, A.P., Hyler, S.J. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 47-53.
- Lindberg, L., Hjern, A. (2003). Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397-408.
- Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K. (2010). Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Annals of General Psychiatry*, 9, 1-10.

- Maričić, B. (2006). *Povezanost osobina ličnosti i redoslijeda rođenja*. Neobjavljeni magistrski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
- Nye, S., Johnson, C. (1999). Eating Disorders. U S.P. Netherton, D. Holmes, C.E. Walker (Ur.) *Child and Adolescent Psychological Disorders* (397-414). New York: Oxford University Press.
- Paxton, S., Wertheim, E., Gibbons, K., Szmukler, G., Hillier L., Petrovich, J. (1991). Body Image Satisfaction, Dieting Beliefs and Weight Loss Behaviours in Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 361-379.
- Plutchik, R., Kellerman, H. (2000). *Indeks profila emocija – PIE*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Pokrajac-Bulian, A. (2000). *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja*. Doktorska disertacija, Zagreb: Filozofski fakultet.
- Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I. (2004). Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Medix*, 52, 67-68.
- Pope, H.G. Jr, Frankenburg, F.R., Hudson, J.I., Jonas, J.M., Yurgelun-Todd, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 181–184.
- Powers, P.S., Coovert, D.L., Brightwell, D.R., Stevens, B.A. (1988). Other Psychiatric Disorders among Bulimic Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 503-508.
- Pumariega, A.J., LaBarbera, J.D. (1986). Eating Attitudes and Personality Variables in a Nonclinical Sample. *International Journal of Eating Disorders*. 5, 285-294. doi: 10.1002/1098-108x(198602)5:2<285::AID-EAT2260050208>3.0.CO;2-Z
- Rimpela, A.H., Rimpela, M.K. (1993). Towards an equal distribution of health? Socioeconomic and regional differences of the secular trend of the age of menarche in Finland from 1979 to 1989. *Acta Paediatrica International Journal of Pediatrics*, 82, 87-90.
- Roberto, C.A., Steinglass, J., Mayer, L.E.S., Attia, E., Walsh, T.B. (2008). The Clinical Significance of Amenorrhea as a Diagnostic Criterion for Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 41, 559-563. DOI: 10.1002/EAT.20534
- Ross, C.A. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Wiley.
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.M., Rantanen, P. (2003). Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 214-220. DOI: 10.1007/s00787-003-0340-4
- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Silva, A.S.F. (2007). The relationship between personality traits and eating pathology in adolescent girls. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 285-292. doi: 10.1007/s00737-007-0199-3
- Sours, J.A. (1980). *Starving to Death in a Sea of Objects*. New York: Jason Aronson.
- Stein, D., Lilenfeld, L.R.R., Wildman, P.C., Marcus, M.D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 45, 447-451. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.011

- Steinhausen, H.C., Boyadjieva, S., Grigoriu-Serbanescu, M., Seidel, R., Winkler Metzke C. (2000). A Transcultural Outcome Study of Adolescent Eating Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 60-66.
- Stonehill, E., Crisp, A.H. (1977): Psychoneurotic characteristics of patients with anorexia nervosa before and after treatment and at 4-7 year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 189-193.
- Strober, M. (1983). Subclassification of anorexia nervosa: Psychological and biological correlates. U G. Bargman (ur.), *New Directions in Anorexia Nervosa* (1-5). Columbus, Ohio, Ross Laboratories.
- Vandereycken, W., Van Vreckem, E. (1991). Siblings of Patients with an Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 12, 273-280. doi: 10.1002/1098-108x(199211)12:3<273::AID-EAT2260120307>3.0.CO:2-K
- Vidović V. (1994). *Doživljaj tijela u anoreksiji i bulimiji*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Vidović V. (2004). Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*, 52, 69-74.
- Westen, D., Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158, 547-562. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.547
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B., Goodman, S. (1990) DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders* 9, 607-16
- Yates, W.R., Sieleni, B., Reich, Brass C. (1989). Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 50, 57-59.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O., Frankenburg, F.R. (1990). *Psychiatric disorders in the families of borderline outpatients*. U P.S. Links (ur.), *Family environment and borderline personality disorder. Progress in psychiatry series* (69-84). Washington DC: American Psychiatric Association.

RELATIONSHIP OF DEMOGRAPHIC, SOCIAL AND HEALTH FACTORS, NEUROTICISM AND CHARACTERISTICS OF EMOTIONALITY WITH EATING DISORDERS

Abstract

This research is focused on determining the relationship between eating disorders and demographic, social and health factors, as well as determining neuroticism and characteristics of emotionality in persons suffering from eating disorders. The data used were collected from 2000 to 2010 at the Department of Pediatrics, University Hospital "Sestre Milosrdnice" in Zagreb. The sample consists of 164 patients, 13 male and 151 female. The age range recorded at the time of psychological testing was 9.9-23.5 years (average age 15.6 years). The data were obtained from clinical interviews,

Emotional Profile Index (PIE) and the Crown Crisp Experiential Index (CCEI). The results showed that the majority of patients were female, most of them suffering from anorexia nervosa. The most common age group in which the disorder is developed is 12-15 years, psychological treatment following somewhat later. Most of the patients have siblings and are the youngest or the oldest child in the family and most of them achieve excellent results in school. As a reason for the disorder they usually state an intrinsic motivation. Patients suffering from anorexia had a statistically significant lower average value of minimum and maximum body mass index (BMI) in relation to those suffering from bulimia. The obtained PIE profile has shown a statistically significant difference regarding gender on the dimension of self-protection and socially desirable responses, with higher values achieved by male patients. Significant differences were not obtained regarding the type of diagnosis. No statistically significant differences were found for CCEI profiles with regard to gender, but the results showed that female patients suffering from anorexia nervosa achieve lower values on obsessiveness and somatic expression of anxiety.

Key words: eating disorders, gender, age, Profile Index of Emotion, Crown Crisp Experiential Index