

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU**

DIPLOMSKI RAD

**INDEKS TJELESNE MASE I OSOBINE LIČNOSTI KAO
MOGUĆI PREDIKTORI PONAŠANJA RIZIČNOG ZA BULIMIJU**

MENTOR:

DOC. DR. SC. NATAŠA JOKIĆ - BEGIĆ

**LATINKA BASARA
ZAGREB, 2004.**

SAŽETAK

Istraživanje pod nazivom "Indeks tjelesne mase i osobine ličnosti kao mogući prediktori ponašanja rizičnog za bulimiju" provedeno je na uzorku od 491 studentice s pet fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, s ciljem uvida u neke rizične čimbenike u osnovi nastanka poremećaja hranjenja – bulimije.

Korišteni su sljedeći instrumenti: Upitnik ličnosti NEO-PI-R i Upitnik bulimičnih simptoma BULIT-22, te je na osnovi podataka o visini i težini sudionica korištena i mjera Indeksa tjelesne mase (ITM).

Dobiveni rezultati upućuju na to da su indeks tjelesne mase, te Neuroticizam i Ekstraverzija dobri prediktori nastanka bulimije.

Također, dobiven je podatak da smo ovom kombinacijom prediktora objasnili približno 30 % varijance kriterijske varijable (bulimičnih simptoma).

Ključne riječi: poremećaji hranjenja (bulimija nervoza) , indeks tjelesne mase, osobine ličnosti

Sadržaj

SAŽETAK.....	3
Sadržaj.....	4
1. UVOD.....	5
1.1. POREMEĆAJI HRANJENJA.....	5
1.1.1. ANOREKSIJA NERVOZA.....	6
1.1.2. BULIMIJA NERVOZA.....	9
1.1.3. POREMEĆAJ HRANJENJA, NEODREĐEN.....	12
1.2. RAZVOJ I ODRŽAVANJE POREMEĆAJA PREHRANE.....	13
1.3. BIOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA..	14
1.3.1. DOB.....	15
1.3.2. SPOL.....	16
1.3.3. TJELESNA TEŽINA	17
1.4. PSIHOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRENJENJA....	19
1.5. SOCIJALNI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA..	21
1.6. POREMEĆAJI HRANJENJA I KARAKTERISTIKE LIČNOSTI.....	23
1.6.1. "BIG FIVE" MODEL LIČNOSTI	25
2. PROBLEM I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA	29
3. METODA.....	30
3.1. SUDIONICI.....	30
3.2. POSTUPAK.....	30
3.3. MJERNI INSTRUMENTI.....	31
3.3.1. UPITNIK LIČNOSTI (Revised NEO Personality Inventory).....	31
3.3.2. BULIT- 22	32
3.3.3. INDEKS TJELESNE MASE	33
4. REZULTATI	35
5. RASPRAVA.....	47
6. OGRANIČENJA I IMPLIKACIJE PROVEDENOG ISTRAŽIVANJA.....	54
7. ZAKLJUČAK.....	56
9. LITERATURA.....	57
10. PRILOG.....	59

1. UVOD

1.1. POREMEĆAJI HRANJENJA

Veza hranjenja i tjelesne težine s emocionalnim i fiziološkim zdravljem, već stoljećima fascinira znanstvenike. Gotovo u svakoj kulturi i religiji očiti su odnosi prema "mršavima" i "debelima", također i obredi i tabui vezani uz hranu i hranjenje, a ne zanemaruje se ni njihov utjecaj na kognitivnu, afektivnu ili bihevioralnu komponentu života pojedinca.

Tijekom 20. stoljeća ideali ljepote za žene, više nego za muškarce, naglašavali su vitkost. U drugoj polovici 20. stoljeća u mnogim zemljama tjelesna težina populacije bila je u porastu, a paralelno s tim rastao je i ideal mršavosti. Nesklad između stvarnosti i onoga što bi željeli, dovelo je do općeg nezadovoljstva vlastitom tjelesnom težinom među ženama (prema Brownell i Fairburn, 1995.).

Posljednjih dvadesetak godina još je više porastao interes za ovo područje zbog sve češće pojave poremećaja hranjenja uglavnom karakterističnih za industrijalizirane zemlje Zapada.

Općenito, poremećaje hranjenja obilježava pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane (Hsu, 1990, prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Najpoznatiji poremećaji hranjenja su anoreksija nervoza i bulimija nervoza, koje se danas ubrajaju u teške psihičke poremećaje. Ove bolesti pogađaju 3 % žena tijekom njihovog života, a bulimija nervoza, koja je češći poremećaj, postaje sve učestalija (Walsh i Devlin, 1998, prema Ambrosi – Randić, 2001).

Anoreksija i bulimija prvi su se put pojavile 1980. godine u DSM – III kao podvrste poremećaja djetinjstva i adolescencije (prema Davison i Neale, 1999). Postoje različite teorije o uzrocima nastanka poremećaja hranjenja. Iako ne postoji suglasnost istraživača o relativnom značenju uloge bioloških faktora, ličnosti, obiteljskih varijabli, te socio – kulturnog konteksta u nastanku poremećaja hranjenja, smatra se da oni odražavaju neuspjelu prilagodbu na specifične zadatke adolescencije (Rosen, 1996., prema Pokrajac – Bulian, 2000).

1.1.1. ANOREKSIJA NERVOZA

Riječ *anoreksija* grčkog je podrijetla, a odnosi se na nedostatak apetita, izbjegavanje i gnušanje prema hrani (prema Pokrajac – Bulian, 2000). Najčešće se javlja u dobi od 14 -25 godina, dakle, kratko nakon puberteta ili u kasnoj adolescenciji, ali ima slučajeva gdje se javlja između 8 – 14 godina (prema Anton i Knežević, 1996).

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku psihičkih bolesti Američkog psihijatrijskog društva (DSM – IV, 1996), prosječna dob pojavljivanja anoreksije je 17 godina, a prevalencija u mladoj odrasloj dobi za žene iznosi 0.5 – 1 %.

Postoje dva tipa anoreksije nervoze:

1. *RESTRIKTIVNI TIP* (osoba je na dijeti, a izgladnjivanje je često praćeno pretjeranom fizičkom aktivnošću), te
2. *PREŽDERAVAJUĆE / PURGATIVNI TIP* (osoba je na dijeti koju prati povremeno prejedanje, te izbacivanje hrane iz organizma povraćanjem, laksativima, ili diureticima).

Osim gubitka tjelesne težine koji si osoba sama nameće, bolest karakterizira i *amenoreja* (izostanak redovitih menstruacija).

Amenoreja se može pojaviti, kod određenog broja žena s anoreksijom, prije značajnog gubitka tjelesne težine, a kod djevojčica u pretpubertetu, menarha može biti odgođena zbog izbijanja bolesti (Garfinkel, 1995, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Ostale fiziološke promjene koje prate anoreksiju su : *suha koža koja lako popuca, nježne polegnute dlačice na vratu i licu, krhki i lomljivi nokti prstiju, žučkasti ton kože, usporeno srčano bilo, opstipacija, snižena tjelesna temperatura, te mišićna slabost* (Kaplan i Woodside, 1987, prema Davison i Neale, 1999).

Prema DSM – IV (1996) anoreksiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći uvjeti:

- A) Odbijanje da se održi tjelesna težina na ili iznad minimalne težine za dob i visinu (gubitak na težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85 % od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85 % od očekivane).

- B) Izuzetan strah od dobivanja na težini i debljanja, čak i u slučaju smanjene težine.
- C) Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.
- D) Kod žena u generativnoj dobi, postoji amenoreja, tj. odsutnost najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se menstruacija ponovo uspostavlja jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena).

Većina autora slaže se da je jedan od glavnih kriterija za dijagnosticiranje anoreksije *želja za mršavošću*. Mršavost označava stanje prema kojemu se za osobu može reći da je ispodprosječne težine i da teži manje od 85 % normalne težine za svoju dob i visinu. Iako većina anorektičnih bolesnica tvrdi da je povod za pretjerano izgladnjivanje bila prekomjerna tjelesna težina, istraživanja pokazuju da je 20 % pacijentica prije nastupa anoreksije imalo tjelesnu težinu manju od prosjeka, 50 % imalo je normalnu, a tek 30 % prekomjernu tjelesnu težinu (prema Vidović, 1998).

Osobe s anoreksijom imaju promijenjen doživljaj dimenzija vlastitog tijela, a istovremeno, tjelesnoj težini i obliku pridaju veliku važnost. Stoga se stalno važu, misle da su debele ili da im je dio tijela neproporcionalno debeo i ružan. Kad potpuno smršave, svjesne su sveopće mršavosti, ali i dalje vjeruju da im je problematičan dio tijela debeo. Kako im je tjelesna težina glavni faktor samoprocjene, osobe s anoreksijom pate od niskog samopoštovanja. Stoga, gubitak tjelesne težine nije samo cilj kojemu se teži, već i način iskazivanja i provjeravanja vlastite samodiscipline, tako da predstavlja dostignuće koje jača samopoštovanje (prema Vidović, 1998).

Prema DSM – IV (1996.) karakteristike koje se često javljaju kod anoreksije su perfekcionizam, opsesivno – kompulzivno ponašanje, nisko samopoštovanje, te izrazite smetnje raspoloženja s nerijetkim javljanjem depresivnosti, socijalnog povlačenja, razdražljivosti, nesаницe i smanjenog libida.

Istraživanja koja povezuju poremećaje hranjenja s poremećajima ličnosti daju vrlo neujednačene rezultate. Wonderlich, Swift i Slotnick (1990) navode da čak 80 % anorektičara (restriktivni tip) pokazuje poremećaj ličnosti, Gartner, Marcus i Halmi (1989) navode podatak od 33 %, a Herzog, Keller i Lavori (1992) 23 % (prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Davison i Neale (1999) dali su kratak pregled najpoznatijih teorija nastanka poremećaja hranjenja.

Prema psihološkim objašnjenjima koja se temelje na Freudovu shvaćanju, uzimanje hrane može biti nadomjestak za izražavanje spolnih poriva. Stoga, odbijanje hrane kod anorektičnih osoba bi bio pokazatelj straha od sve veće spolne žudnje ili oralne impregnacije (Ross, 1977). Prema ostalim psihoanalitičkim teoretičarima, anoreksija je izraz sukoba između želje za postizanjem neovisnosti i samostalnosti u okviru obitelji s jedne strane i straha od odrastanja s druge strane.

Međutim, moderna psihodinamska tumačanja poremećaja hranjenja polaze od teorije objektnih odnosa. M. Selvini – Palazoli smatra da se anorektične djevojke boje svoga tijela koje zbog unosa hrane raste na račun *ega*. To je zato jer se tijelo identificira s inkorporiranim objektom – majkom u negativnim aspektima, pa i samo tijelo postaje *loš objekt* (prema Vidović, 1998).

Teoretičari učenja smatraju da je anoreksija zapravo fobija od debljine (Crisp, 1967), ili težnja da se dostigne izgled prelijepa vitke žene, toliko silno promican u našem društvu (Bemis, 1978). Osnovna pretpostavka kognitivno – bihevioralnih modela je da u osnovi poremećaja hranjenja postoji iskrivljena slika ili pogrešna ideja o tjelesnoj težini i izgledu tijela.

Vjerojatno vodeća fiziološka teorija nastanka poremećaja hranjenja kaže da je posrijedi abnormalno funkcioniranje onog dijela hipotalamusa odgovornog za kontroliranje uzimanja hrane, spolne aktivnosti i menstruacije; međutim, još nije poznato je li taj hipotalamički poremećaj uzrok anoreksije, posljedica gubitka tjelesne težine i ograničenog unosa kalorija, ili je pak posljedica emocionalnog stresa bolesnika (Garfinkel i Garner, 1982).

1.1.2. BULIMIJA NERVOZA

Riječ *bulimia* grčkog je podrijetla, a znači proždrljivost. U medicinskoj je literaturi prvi put opisana 1979. godine kao varijanta anoreksije i od tada ne prestaje izazivati veliko zanimanje liječnika i oboljelih. Međutim, danas je DSM – IV prepoznaje kao zasebni poremećaj uzimanja hrane. Obično započinje u kasnoj adolescenciji ili u ranoj odrasloj dobi (DSM – IV, 1996), a prosječna dob u kojoj se pojavljuje je oko 20 godina (Halmi, 1995; Ambrosi – Randić, 2001).

Bulimija se često opisuje kao sindrom prežderavanja / pražnjenja, a sastoji se od epizoda velikog prežderavanja nakon kojeg slijedi inducirano povraćanje ili zloraba laksativa, da bi se iz tijela izbacile goleme količine hrane. Bolesnici hranu brzo gutaju, bez mnogo žvakanja, tijekom kratkog razdoblja, a potom mogu krenuti u potragu za još hrane (prema Davison i Neale, 1999).

Samoizazvanim povraćanjem služi se najveći broj bulimičnih osoba (80 – 90 %). Povraćanje ima neposredne učinke, smanjuje fizičku nelagodu izazvanu unošenjem prekomjerne količine hrane i umanjuje anksioznost koju izaziva pomisao na debljanje (prema Vidović, 1998).

Postoje dva tipa bulimije:

1. *PURGATIVNI TIP* (nakon epizode prejedanja, osoba se "prazni" samoizazvanim povraćanjem ili laksativima i diureticima),
2. *NEPURGATIVNI TIP* (nakon epizode prejedanja, osoba pribjegava nekim drugim neprikladnim ponašanjima, npr. post ili pretjerano tjelesno vježbanje, ali ne koristi samoizazvano povraćanje, laksative ni diuretike).

Prema DSM – IV (1996) bulimiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći kriteji:

- A) Ponavljane epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s oba sljedeća elementa: (1) jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) količine hrane koja je značajno veća nego što bi većina osoba pojela za isto

vrijeme i u sličnim okolnostima, (2) osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede).

- B) Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje ne bi li se spriječilo povećanje težine, kao što su: samoizazvano povraćanje, zloraba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova, post ili pretjerano tjelesno vježbanje.
- C) Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju se, prosječno, najmanje dvaput tijekom tri mjeseca.
- D) Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela.
- E) Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije.

U prosjeku, bulimija pogađa adolescentice i mlade žene, a prevalencija iznosi 1 – 3% za žene (prema DSM – IV, 1996).

Veliku srodnost i sličnost između anoreksije i bulimije nalazimo upravo u jednakom patološkom doživljavanju vlastitog tijela, nezadovoljstvu njime i sklonosti da pretjerani naglasak na oblik tijela i njegovu težinu, bude glavna odrednica po kojoj se osoba vrednuje.

Prema nalazima brojnih autora, kod bulimije postoji povećana učestalost depresivnih simptoma ili poremećaja raspoloženja, te da bulimičari pokazuju impulzivno ponašanje, samoozljeđivanje, ovisnost i nisko samopoštovanje (prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Unatoč velikim problemima s hranjenjem, bulimične osobe nisu uvijek upadno mršave, što dodatno otežava rano uočavanje i sprečavanje daljnjeg tijeka bolesti. Nepravilnosti menstrualnog ciklusa kod bulimičnih ženskih osoba nisu jako izražene niti ozbiljne.

Međutim, zbog prejedanja i pražnjenja, kod bulimičnih su osoba česte fiziološke posljedice, kao *upale grla i ždrijela, otečene žlijezde slinovnice, te razaranje zubnog enamela kiselim sadržajem povraćevine*. Također je moguće *oštećenje crijevne stijenke, nutritivni deficiti i dehidracija*. Smanjena koncentracija kalija i drugi premećaji

elektrolita mogu ugroziti život, jer osobe s bulimijom mogu doživjeti zastoj srca što dovodi do iznenadne smrti (prema Davison i Neale, 1999).

Kao i kod anoreksije, i za bulimiju se u literaturi pronalaze različite teorije o etiologiji ovog poremećaja hranjenja.

Pokrajac – Bulian (2000.) u svojoj doktorskoj disertaciji navodi neka od najznačajnijih tumačenja.

Mnoga istraživanja potvrđuju značenje genetskih faktora u nastanku poremećaja hranjenja. I bulimija i anoreksija su češće u obiteljima gdje netko od članova boluje od istog poremećaja, međutim, čini se da je sklonost gojaznosti i prevalencija afektivnih poremećaja u obitelji ipak relevantnija za nastanak bulimije nego anoreksije.

U okviru psihodinamske teorije o nastanku bulimije, značajno mjesto zauzimaju problemi kontrole impulsa, odnosno, gubitak kontrole kod prejedanja što se povezuje sa sjećanjem na ranu kontrolu sfinktera. Ipak, moderna psihodinamska shvaćanja imaju polazište u ranije spomenutoj *teoriji objektivnih odnosa*, koja počiva na ideji da je doživljavanje i funkcioniranje pojedinca određeno načinima ostvarivanja odnosa s drugim značajnim osobama. Prema ovoj teoriji, povraćanje kod bulimične osobe se javlja jer osoba odbacuje objekt- majku kojeg simbolizira hrana.

Kao i kod anoreksije, kognitivno – bihevioralni modeli podrazumijevaju da se u osnovi bulimije nalaze disfunkcionalne misli i iskrivljena bazična vjerovanja o hranjenju, izgledu vlastitog tijela i kontroli.

S područja obiteljske terapije, dolaze najjači zagovornici obiteljskih modela nastanka poremećaja, koji ispituju različite aspekte obiteljskog funkcioniranja, osobina roditelja i roditeljskih stilova, kao mogućih razloga za nastanak poremećaja hranjenja.

Međutim, zbog usmjeravanja pojedinačnih modela na samo jedan aspekt nastanka poremećaja, danas se težište stavlja na multifaktorske modele, koji na poremećaje hranjenja gledaju kao na rezultat složenih odnosa socio – kulturalnih, obiteljskih i individualnih čimbenika vezanih uz biološke karakteristike i osobine ličnosti.

1.1.3. POREMEĆAJ HRANJENJA, NEODREĐEN

Pod neodređenim poremećajem hranjenja podrazumijevamo sve one slučajeve u kojima osoba iskazuje neka ponašanja tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije ili bulimije nervoze.

Ova se dijagnoza postavlja često, te uključuje i poremećaj nekontroliranog jedenja ili tzv. *binge eating disorder* (BED), koji se sve češće pojavljuje kao zaseban poremećaj.

Prevalencija poremećaja nekontroliranog jedenja kreće se od 0.7 – 4 % u normalnoj populaciji (prema DSM – IV, 1996).

Prema DSM – IV (1996), poremećaj hranjenja, neodređen, odnosi se na sljedeće primjere:

1. Kod žena, zadovoljeni su svi kriteriji za *anoreksiju nervozu*, osim što osoba ima redovite menstruacije.
2. Ispunjeni su svi kriteriji za *anoreksiju nervozu* osim što, usprkos gubitku na težini, osoba ima normalnu težinu.
3. Ispunjeni su svi kriteriji za *bulimiju nervozu* osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane (np. samoizazvano povraćanje poslije konzumacije dva kolača).
5. Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje, velikih količina hrane.
6. Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za *bulimiju nervozu*.

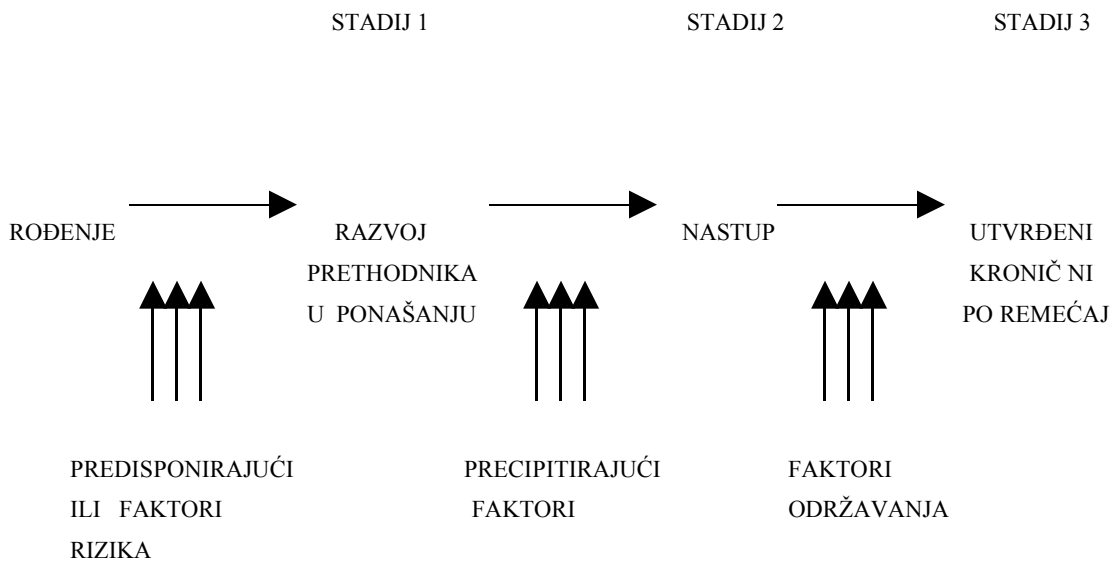
Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, MKB – 10 (1992) , atipični poremećaji hranjenja su podijeljeni na: A) poremećaje slične anoreksiji nervozu i bulimiji nervozu, ali koji nemaju sve kriterije, te na B) poremećaje hranjenja s kvalitativno različitim kliničkim slikama.

Navedena tri poremećaja hranjenja ovdje smo naveli kao relativno odvojene pojave, s odvojenim kriterijima i simptomima. Ipak, u praksi ti poremećaji rijetko dolaze zasebno i s jasnim granicama. Najčešća je pojava da, osoba s jednim poremećajem hranjenja ponekad ima izražene i simptome druge, pa se te dvije kliničke slike izmjenjuju i nadopunjuju. To je još jedan razlog koji poremećaje hranjenja čini zagonetnima i interesantnima za proučavanje, ali i teškim psihijatrijskim poremećajima.

1.2. RAZVOJ I ODRŽAVANJE POREMEĆAJA PREHRANE

Kao i kod ostalih psihijatrijskih bolesti, i kod poremećaja hranjenja postoje tri vrste faktora koji sudjeluju u procesu njihovog nastanka.

U svojoj doktorskoj disertaciji, Ambrosi – Randić (2001), sagledala je razvoj poremećaja hranjenja kao proces od tri različita stadija (Cooper, 1995), a prikazan je na Slici 1.



Slika 1: Razvoj poremećaja hranjenja

Prvi stadij ovog procesa obuhvaća period od rođenja do ponašajne prethodnice poremećaja hranjenja. U tom razdoblju, pojedinac je izložen različitim *predisponirajućim*

faktorima koji ga mogu učiniti "ranjivim" za kasnije poremećaje. Neki od tih faktora mogu biti: biološke karakteristike pojedinca, karakteristike ličnosti, odnosi u obitelji, i sl.

Drugi stadij obuhaća period od razvoja prethodnika u ponašanju do jasne pojave poremećaja. Tu djeluju *precipitirajući faktori*, koji služe kao svojevrsni okidači za poremećaj za koji je osoba predisponirana. Najčešće su to neki stresni događaji, a kod poremećaja hranjenja se smatra da je dijeta precipitirajući događaj za nastanak poremećaja.

Nakon što je bolest nastupila, interakcija *održavajućih* i zaštitnih faktora će odrediti hoće li bolest biti kronična ili prolaznog tipa.

Održavajući faktori mogu biti: dijeta, koja se često nastavlja i nakon što je poremećaj nastupio, zatim, gubitak težine, pozitivna potkrepljenja iz okoline, i dr.

Predisponirajućih faktora ima mnogo, ali ih najčešće svrstavamo u tri skupine: biološke, psihološke i socijalne (prema Ambrosi – Randić, 2001).

1.3. BIOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA

Pretpostavke da su uzročnici anoreksije i bulimije nervoze genetskog podrijetla nisu nove, međutim usprkos brojnim istraživanjima, još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi u podlozi poremećaja hranjenja.

Studije provedene među članovima obitelji, pokazale su da je učestalost anoreksije nervoze među sestrama bolesnicama šest puta veća od najveće incidencije u općoj populaciji (Crisp, 1976; Vidović, 1998).

Crisp (1970) pronalazi da postoje neke tjelesne osobine, kao npr. genetska predispozicija ka gojaznosti ili visokom rastu, koje mogu biti rizične za razvoj poremećaja hranjenja (Ambrosi – Randić, 2001).

Ovdje ćemo se detaljnije osvrnuti na neke biološke čimbenike važne u nastanku poremećaja hranjenja (prema Ambrosi – Randić, 2001).

1.3.1. DOB

Poremećaji hranjenja predstavljaju poremećaje tipične za mlade žene, iako se neki već javljaju u djetinjstvu, odnosno, prije 14. godine. Najčešći poremećaj hranjenja u dječjoj dobi je anoreksija nervoza, dok se prvi sindrom bulimije nervoze vrlo rijetko viđa prije 14. godine.

Istraživanja koja su uključivala i mušku i žensku djecu, pokazala su da već u osnovnoj školi djeca žele biti mršavija nego što jasu. Oko 45 % djece želi biti mršavije, 37 % djece pokušava na neki način smanjiti svoju težinu, a 6.9 % na adaptiranoj verziji Eating Attitude Testa postiže rezultat u rangu patološkog (Maloney, McGuire, Daniels i Specker, 1989; Ambrosi-Randić, 2001). Kako su djevojčice najranjivije za nastanak poremećaja hranjenja u adolescenciji, srednjoškolska dob je rizičan period.

Poremećaji hranjenja koji se javljaju u tom periodu najčešće se kreću od nezadovoljstva vlastitim tijelom preko nepatološkog držanja dijete pa sve do čistih poremećaja hranjenja – anoreksije i bulimije.

S obzirom na ozbiljnost njihovog nezadovoljstva tijelom, te poremećenosti navika i stavova u vezi s hranjenjem, među djevojkama postoje velike individualne razlike. Potvrđeno je da djevojke koje rano sazrijevaju iskazuju negativnije stavove prema vlastitom tijelu i drže dijete u većem stupnju nego što to čine njihove vršnjakinje koje su sazrijele kasnije (Brooks – Gunn, 1987; Crisp, 1980).

Neka od mogućih objašnjenja ovakvih nalaza mogla bi biti ta da, usvajanjem izgleda odraslih žena, djevojke usvajaju i ponašanje i stavove tih značajnih odraslih osoba. Zatim, stres zbog toga što su se "prerano" razvile može dovesti do toga da rano razvijene djevojke budu podložnije različitim psihopatologijama, uključujući i poremećaje hranjenja.

Također je moguće da djevojke koje počinju rano izlaziti, ranije se suoče s ponašanjem odraslih, usvoje ga i tako stvore dugoročnu predodžbu o vlastitom tijelu (Magnusson, Stattin i Allen, 1986).

Također, mlade djevojke smatraju da je privlačnost važna za uspješne odnose s drugim spolom i da će, ukoliko su mršavije, biti uspješnije prilikom sastanaka (Paxton, Wertheim, Gibbons, Szmukler, Hillier i Petrovich, 1991).

U logitudinalnoj studiji Attie i Brooks – Gunn (1989) pokazali su da se poremećaji hranjenja javljaju kao odgovor na pubertetske promjene. Dakle, djevojke koje su se odnosile negativno prema vlastitom tijelu u pubertetu, bile su rizičnije za razvoj problema u hranjenju.

1.3.2. SPOL

Poremećaji se hranjenja tipično vežu uz ženski spol, s odnosom 9 : 1 u korist ženskog spola (Rastam, Gillberg i Garton, 1989; Fairburn i Beglin, 1990; Wolf, 1991).

Istraživanja pokazuju da su nezadovoljstvo tijelom i ograničavanje unosa hrane, ponašanja uobičajenija za žene nego za muškarce (Connors i Johnson, 1987; Striegel – Moore, Silberstein i Rodin, 1986; prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Istraživanja provedena na adolescentima također sugeriraju da su zabrinutost tjelesnim izgledom i težinom od većega značenja za djevojke nego za mladiće (prema Pokrajac – Bulian, 2000).

Faccio (1999) navodi nekoliko dokaza koji idu u prilog "prirodne spolne selekcije" vezane uz poremećaje hranjenja (prema Ambrosi – Randić, 2001) :

1. Žene lakše podnose post, odnosno neuzimanje hrane u odnosu na muškarce, a ta je činjenica osigurala produžetak vrste u razdobljima nestašice i velikih oskudica hrane.
2. Postoji tipično ženska tendencija akumuliranja masnoće u adipoznom tkivu koja im dozvoljava da se suoče, čak i razdobljima nedovoljnih zaliha hrane, s izvanrednim životnim događajima kao što su trudnoća i dojenje.
3. Čini se da je pubertetski razvoj žena mnogo kompleksniji u odnosu na razvoj muškaraca, barem u vezi s hormonalnim funkcijama, te cerebralnim mehanizmima, a to bi moglo u prisustvu stresogenih faktora predstavljati element ranjivosti.

Naravno da sve navedeno nije dovoljno za objašnjenje pojave poremećaja hranjenja, ali predstavlja elemente koji u kombinaciji s ostalim rizičnim čimbenicima, mogu olakšati razvoj poremećaja.

1.3.3. TJELESNA TEŽINA

Tjelesna težina predstavlja temeljni problem kod poremećaja hranjenja. Promjene u tjelesnoj težini, aktualna težina, te važnost koju težina ima za pacijenta, služe kao temelj za istraživanje psihopatologije u poremećajima hranjenja.

Osobe s poremećajem hranjenja izrazito su zabrinuti za vlastitu težinu koju često pokušavaju smanjiti ili kontrolirati na neprikladan način. Međutim, debljina i mršavost posljedica su složene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih procesa.

Pomoću odnosa tjelesne težine i visine određuje se *INDEKS TJELESNE MASE* (ITM), tj. Quetletov indeks (Garrow i Webster, 1985; prema Ambrosi – Randić, 2001), koji danas služi kao aktualni indikator tjelesne težine. Indeks tjelesne mase izračunava se tako da se tjelesna težina u kilogramima, podijeli kvadratom tjelesne visine izražene u metrima.

Može se kretati u rasponu od 10 – 50, a prema Fairburnu (1996.) vrijednosti se interpretiraju na sljedeći način:

- ispod 16 = ekstremno ispodprosječna tjelesna masa
- 16 – 18 = umjereno ispodprosječna tjelesna masa
- 18 – 20 = blago ispodprosječna tjelesna masa
- 20 – 25 = prosječna tjelesna masa
- 25 – 27 = blago iznadprosječna tjelesna masa
- 27 – 30 = iznadprosječna tjelesna masa
- 30 – 40 = umjereno iznadprosječna tjelesna masa
- iznad 40 = ekstremno iznadprosječna tjelesna masa.

No, u praksi se najčešće koriste tri osnovne kategorije za interpretaciju indeksa tjelesne mase:

- do 19 = ispodprosječna tjelesna masa
- od 20 – 25 = prosječna tjelesna masa
- iznad 25 = iznadprosječna tjelesna masa.

Ove se norme mogu primjenjivati za muškarce i žene iznad 16. godine, dok je za djecu i adolescente neophodno koristiti tablice distribucije indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol. Osim toga, prilikom dijagnosticiranja poremećaja hranjenja, treba obratiti

pažnju i na tjelesnu građu, dosadašnju tjelesnu težinu, te očekivani indeks tjelesne mase u pojedinoj populaciji.

Proporcija masnog tkiva u odnosu na mišićno tkivo, također se mijenja uzrastom i razlikuje se kod djevočica i dječaka zbog drukčijeg hormonalnog funkcioniranja.

Upravo zbog koncentriranja masnog tkiva u pojedinim dijelovima tijela, djevojčice se "zaokruže". Istovremeno, masno tkivo postaje izvor estrogena koji uzrokuje pojavu pubertetskih promjena.

Djevojke nakon puberteta jedu manje nego što su jele kao 12 – godišnjakinje, no proporcija masnoće u njihovom tjelesnom sustavu bitno je veća jer se energija prestala trošiti za potrebe rasta. Upravo ta činjenica razlog je rađanja nezadovoljstva vlastitim tijelom kod djevojčica više nego kod dječaka. Međutim, izgladnjivanjem ili izbacivanjem hrane, zalihe masnoća iz organizma se smanjuju, količina estrogena naglo opada i organizam gubi primarno obilježje puberteta kod djevojčica – mjesečnicu.

Da bi objasnio odnos indeksa tjelesne mase i raznih poremećaja hranjenja, Cuzzolaro (1994; Fairburn, 1996.), predlaže da je ITM najniži kod osoba s anoreksijom restriktivnog tipa, nešto viši u onih s anoreksijom purgativnog tipa, još viši kod onih s bulimijom purgativnog tipa, a zatim kod osoba s bulimijom nepurgativnog tipa, dok je među osobama s poremećajem prekomjernog jedenja već u kategoriji gojznosti.

Dakle, s porastom stupnja gojznosti raste morbiditet, ali i ekstremno niska tjelesna težina može biti pogubna. Ipak, važno je znati da tjelesna težina nije jedini niti dovoljni prediktor nastanka poremećaja hranjenja.

1.4. PSIHOLOŠKI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRENJENJA

Psihološkim čimbenicima u nastanku poremećaja hranjenja danas se poklanja velika pažnja. Neki od najčešće pručanih psiholoških čimbenika su: depresivnost i anksioznost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije i osobine ličnosti.

Ovdje ćemo se detaljnije osvrnuti upravo na osobine ličnosti kao moguće rizične čimbenike u nastanku poremećaja, ali ćemo prije nabrojiti nedostatke tih istraživanja.

Proučavanje ličnosti kod osoba s poremećajem hranjenja ima nekoliko nedostataka koji se odnose na utjecaj gladovanja ili promjene raspoloženja na iskazane karakteristike ličnosti, neprikladnost testova za mjerenje ličnosti u adolescenciji, te nesuglasnost oko najboljeg načina mjerenja ličnosti (samoiskaz ili procjene značajnih drugih osoba).

Brownell i Fairburn (1995) dali su pregled najznačajnijih karakteristika, navika i ponašanja osoba koje provode dijetu i osoba s poremećajem hranjenja.

Pošto se dijeta smatra najčešćim precipitirajućim faktorom u nastanku poremećaja hranjenja, proučavane su karakteristike ličnosti i kod tih osoba.

Nalazi su pokazali da su osobe na dijeti emocionalno labilnije od osoba koje nisu na dijeti, da imaju ekstremnije reakcije na pozitivne i negativne događaje, da imaju niže samopoštovanje, te da su u većoj mjeri anksiozni i neurotični.

Također se pokazalo da, osobe na dijeti imaju neke psihološke sličnosti s osobama koje imaju poremećaj hranjenja; obje skupine pokazuju nisko samopoštovanje, nezadovoljstvo vlastitim izgledom, te smanjenu internalnu osjetljivost ili svjesnost.

Također, obje skupine iskazuju pojačano slaganje s okolinom, pojačanu emocionalnost, imaju slične distorzije u mišljenju (npr. iracionalnost). Pokazuju dihotomiziranje hrane na "dobru" i "lošu", pojačanu kognitivnu usmjerenost na hranu i oblik vlastitog tijela. Međutim, dihotomiziranje kod osoba na dijeti vezano je samo uz hranu, a kod osoba s poremećajem hranjenja širi se na sva područja života.

Neke od osobina koje razlikuju osobe na dijete i onih s poremećajem prehrane su: strah od starenja kod osoba s poremećajem hranjenja, nepovjerenje u individualnim odnosima, klinička depresija, zloraba droga i lijekova, te obiteljski problemi

Pryor i Wiederman (1996, 1998.) našli su da su osobe oboljele od anoreksije ozbiljne i šutljive, krute u mišljenju s opsesivno – kompulzivnim karakteristikama, niskog samopoštovanja, te da loše prihvaćaju vlastitu seksualnost. Također su pronašli da su vrlo savjesne i sklone pridržavanju pravila, imaju visoku ovisnost o nagradi, uvijek se brinu rade li pravu stvar, nesigurne su u vezama i pod svaku cijenu nastoje ispuniti socijalna očekivanja. Negativističke su i tvrdoglave, osjetljive i vrlo uvredljive (prema Vidović, 1994).

Za razliku od njih, osobe oboljele od bulimije pokazuju izrazitu društvenost, ekstrovertirane su i impulzivne, ali također s izraženom negativnom emocionalnošću (prema Brownell, Fairburn, 1995) što znači da kod njih prevladavaju osjećaji straha, srdžbe, tjeskobe, bijesa, ljutnje i sl.

Klump, McGue i Lucano (1997; Pokrajac – Bulian, 2000) u svojoj studiji pronašli su da postoje neke osobine ličnosti koje predisponiraju osobu za nastanak poremećaja hranjenja.

Prema autorima, za anoreksiju to su anksiozne osobe koje izbjegavaju nove podražaje i postižu nizak rezultat na pozitivnoj emocionalnosti. Za bulimiju, to su impulzivne osobe, kod kojih prevladavaju gore navedene negativne emocije.

Anorektične osobe izjavljuju da pate od osjećaja neučinkovitosti, manjka autonomije, slabih socijalnih vještina, ovisnosti, perfekcionizma. Česta je osobina anorektičnih osoba tendencija izbjegavanja sukoba, a jedna trećina bolesnica pati od kleptomanije, što se može dovesti u vezu s navodnom opsesivno – kompulzivnom ličnošću anorektičnih pacijentica. Naime, kleptomanija može biti jedan od izraza kompulzivnog ponašanja (snažna potreba da se nešto ukrade), pa kleptomanija i anoreksija mogu biti dvije krajnje manifestacije iste psihopatološke osnove.

S druge strane, osobe koje pate od bulimije su impulzivnije, otvorenije ka novim iskustvima i češće imaju problema sa zlorabom droga i alkohola. U seksualnom su

smislu slobodnije i imaju burne odnose s drugim ljudima. Češće pokušavaju suicid, imaju impulzivni kognitivni stil i nisku toleranciju na frustraciju.

Vidović (1994.) navodi sljedeće podatke o komorbiditetu poremećaja hranjenja s drugim psihijatrijskim bolestima. U 22 % pacijentica s anoreksijom nervozom ili bulimijom nervozom dijagnosticiran je i poremećaj ličnosti, u 2.5 % bolesnica s nekim od ova dva poremećaja hranjenja postoji i akutna shizofrenija, a u 1 % bolesnica, manična psihoza.

Kod pacijentica s anoreksijom nervozom se najčešće dijagnosticira opsesivni poremećaj ličnosti, a kod pacijentica s bulimijom nervozom, histrionični i/ili granični poremećaj ličnosti.

Iz svega navedenog, čini se da bi se osobine ličnosti trebale uzeti u obzir kod tumačenja poremećaja hranjenja. Međutim, zbog ranije navedenih nedostataka ispitivanja ličnosti i poremećaja hranjenja, teško je sa sigurnošću zaključiti kakva je *točno* njihova uloga u nastanku poremećaja hranjenja.

1.5. SOCIJALNI ČIMBENICI U NASTANKU POREMEĆAJA HRANJENJA

Iako je zanimanje istraživača za socijalne i kulturne pritiske u smjeru mršavosti u porastu, danas još uvijek ne postoji adekvatna socijalna teorija koja bi mogla objasniti utjecaju koje društvo ima na porast poremećaja hranjenja u posljednje vrijeme u populaciji.

Neke od zanimljivih modela i interpretacija mogu se pronaći u radovima autora koji zauzimaju feminističko stajalište, npr. Selvini-Palazzoli.

Ona smatra da je osnovni problem u današnjoj stvarnosti koja žene stavlja u položaj trajnog unutarnjeg konflikta. Od nje se očekuje da osim majke i supruge bude i uspješna profesionalka. Čak su i žene prihvatile ova očekivanja kao vlastita i taj je ženin narcizam porastao pod stalnim zahtjevima da prati modu, da bude prekrasna, pametna, uređena i profesionalno aktivna. Osim karijere, od žena se očekuje da u obitelji igra ulogu "idealne žene" (majke i ljubavnice) koja će u pravo vrijeme odložiti sve svoje teško stečene

diplome da bi se posvetila posve banalnim kućanskim poslovima (Selvini – Palazzoli, 1974; prema Vidović, 1998.).

Paralelno s ovakvim zahtjevima društva, mediji promiču sliku abnormalne mršavosti kao ideala ženske ljepote.

Društvo već dugo diktira ženama načine kako da promjene svoje tijela i dosegnu taj ideal ljepote. Žene, više nego muškarci, konzistentno i uporno pokušavaju promijeniti svoja tijela da bi se konformirale specifičnom trendu, kao npr. sužavanje stopala u 12. i 13. stoljeću u Kini, u 19. stoljeću korzeti za sužavanje struka, a u 20. stoljeću, povećanje grudi plastičnom kirurgijom.

Za mlade ljude masovni mediji, pogotovo televizija i popularni časopisi, možda su najmoćniji prijenosnici sociokulturnih ideala. Lakoff i Scherr (1984; prema Ambrosi – Randić, 2001) tvrde da je utjecaj televizije i časopisa posebno negativan zbog toga što se modeli u tim medijima shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Mediji promiču ideju da je svačije tijelo beskonačno promjenjivo, ta da se putem dijeta i prekomjernog vježbanja može doseći estetski ideal. Druga poruka koja se šalje mladima je ta, da kada je ideal jednom postignut, uslijediti će nagrade i socijalna priznanja. Kako je adolescencija razdoblje intenzivnog ravoja identiteta, kojeg uvelike formira upravo društvo i mediji, upravo se njihova uloga ne smije zanemariti.

Utjecaj vršnjaka također je ključan zbog tendencije socijanog uspoređivanja, a može dovesti do jakog nezadovoljstva vlastitim tijelom.

Uz promicanje ideala mršavosti, u društvu općenito, postoje predrasude o gojaznim ljudima, kao npr. da su gojazni ljudi pohlepni, da imaju više psiholoških problema od ostalih ljudi, da su neuredni ili nemarni, i sl. Te predrasude predstavljaju oblik socijalno prihvatljivog rasizma.

Konačno, možemo reći da mediji mogu biti destruktivni (kada promoviraju gore opisana ponašanja i načine mišljenja) i konstruktivni (kada odvrćaju djevojke od ekstremnih oblika ponašanja), te bi zbog svoje velike moći na oblikovanje mišljenja ljudi trebali biti korišteni u preventivne svrhe.

1.6. POREMEĆAJI HRANJENJA I KARAKTERISTIKE LIČNOSTI

U posljednje vrijeme sve je više istraživanja koja ističu značenje karakteristika ličnosti u nastanku i održavanju poremećaja hranjenja. Kako se *ličnost* formira u djetinjstvu, kroz adolescenciju do odrasle dobi, longitudinalna istraživanja bila bi najbolje rješenje za otkrivanje uloge čimbenika koji utječu na ličnost pojedinca i na taj način možda i na vjerojatnost nastanka poremećaja hranjenja. Međutim, zbog praktičnih razloga, ta su istraživanja rijetka, a transverzalna istraživanja opterećena su poznatim nedostatcima. Ipak, unatoč tim ograničenjima, postoji i izvjesna konzistencija u nalazima autora iz tog područja, koja opet, ne mora značiti dokaz postojanja utjecaja ličnosti na poremećaj hranjenja.

Kao što smo već naveli, ranija istraživanja ukazuju na postojanje psihološke sličnosti među pacijenticama s poremećajima hranjenja. Općenito, smatra se da su anorektične osobe tihe i povučene, uredne, da poštuju red i pravila, da imaju snažnu potrebu za nagradama i odobravanjem od strane drugih, te da najčešće imaju opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti.

S druge strane, istraživanja pokazuju da se kod bulimičnih osoba najčešće nailazi na granični poremećaj ličnosti, da su izrazito impulzivne i ekstrovertirane, te otvorene ka novim iskustvima. U pokušaju da se procijeni složena struktura ličnosti kod ovih bolesnica, autori su se služili raznim instrumentima i polazili od različitih teorijskih pristupa.

Stonehill i Crisp (1977; prema Bulian – Pokrajac, 2000) koristeći *Eysenckov upitnik ličnosti*, došli su do podatka da anorektičari postižu visok rezultat na skali neuroticizma, a nizak na dimenziji ekstraverzije.

Bulik, Sullivan i Weltzin (1995; prema Bulian – Pokrajac, 2000) primjenili su *Trodimenzionalni upitnik ličnosti* (Tridimensional Personality Questionnaire – TPQ), gdje potvrđuju da se anorektične osobe visoko procjenjuju glede potrebe za pohvalama i nagradama, a opisuju se kao osobe osjetljive na neodbravanje.

Pokušavajući otkriti osobine pojedinaca s poremećajima hranjenja, autori uglavnom koriste mjere za otkrivanje psihopatologije, posebno za poremećaje ličnosti, dok se malo zna o njihovim nepatološkim osobinama ličnosti.

Casper, Hedeker i McClough (1992; prema Ambrosi – Randić, 2001) koriste *Tellegenov* (1985) *višedimenzionalni upitnik ličnosti* kojeg čine tri faktora drugog reda. Prvi je *pozitivna emocionalnost*, a sadrži skale socijalnosti, postignuća i zadovoljstva, drugi faktor – *negativna emocionalnost*, sadrži skale stresnih reakcija, alijenacije i agresije, dok se treći – *sputanost*, odnosi na kontrolu nasuprot impulzivnosti, izbjegavanje ozljeđivanja i štetnih iskustava, te tradicionalizam.

Činjenica da osobe s poremećajem hranjenja i nakon oporavka imaju visoke rezultate na nekim od navedenih skala (najčešće na skalama negativne emocionalnosti), mogla bi značiti da te osobe i prije nastupa poremećaja hranjenja imaju specifičnu strukturu ličnosti (Pokrajac – Bulian, 2000).

Kako bismo dobili bolji uvid u neke karakteristike ličnosti koje mogu povećati rizik za nastanak poremećaja hranjenja, u ovom istraživanju odlučili smo osloniti se na "**Big five**" *model ličnosti* autora Costa i McRae (1987), koji polazi od sljedećih pet velikih dimenzija ličnosti:

1. **EKSTROVERZIJA** (*pričljiv, asretivan, ... nasuprot... miran, povučen*)
2. **UGODNOST** (*simpatičan, ljubazan, blag, topao, nasuprot... svadljiv, hladan..*)
3. **SAVJESNOST** (*organiziran, temeljit, ... nasuprotpovršan, nepažljiv*)
4. **NEUROTICIZAM** ili **EMOCIONALNA STABILNOST / NESTABILNOST**
(*napet, anksiozan, nervozan, osjetljiv.....*)
5. **KULTURA, INTELEKT, OTVORENOST KA ISKUSTVU** (*širokih interesa, maštovit, inteligentan, originalan,nasuprot...pomanjkanje interesa, plitak, jednostavan, ...*).

Također, koristili smo upitnik ličnosti Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) istih autora, proizašao iz teorijske osnove *Big five* modela.

1.6.1. "BIG FIVE" MODEL LIČNOSTI

Trenutno najaktualniji model ličnosti je *Big five* model. Proizašao je iz tzv. *leksičkog* pristupa. Ideja tog pristupa je da u svakodnevnim transakcijama ljudi koriste riječi da bi opisali svoje ponašanje i ponašanje drugih ljudi.

Logika cijelog pristupa temelji se na pretpostavci da, ako su karakteristike po kojima se ljudi međusobno uspoređuju važne, tada će one biti kodirane u njihovom jeziku. Što su individualne razlike među ljudima veće, to će ih oni više primjećivati i više htjeti pričati o njima, pa će na kraju i smisliti riječi za njihovo označavanje (Goldberg, 1981; prema Wiggins, 1996.)

Autor Wiggins (1996.) prikazao je kratki povijesni pregled nastajanja Big five modela ličnosti.

Početak je obilježio Thurstone (1934.) ispitivajući kako ljudi procjenjuju svoje poznanike. Analizom 60 dobivenih pridjeva shvatio da ih se može grupirati u pet kategorija. Međutim, nije se nastavio baviti tim kategorijama, pa je cijela ideja zamrla.

Allport i Odbert (1936.) krenuli su od Websterovog riječnika s 400 000 riječi, od njih su izdvojili riječi kojima se opisuje ličnost (npr. povučen ili otvoren) i dobili 18 000 pojmova. Te su pojmove klasificirali u četiri kategorije: 1. crte ličnosti (agresivan, socijabilan, inteligentan,...), 2. privremena stanja (zbunjen, radostan, tužan, ...), 3. socijalna evaluacija (dobar, pošten,...) i 4. sve ostalo (fizičke karakteristike).

Cattell je također proučavao ove podatke, ali tek Tupes i Christal (1961.) rezultate su svrstali u pet velikih faktora. Međutim, dobivene podatke nisu objavljivali u znanstvenim časopisima, pa je ideja "nestala" do 80. – tih godina kada je Goldberg ponovo oživio pet faktora. Nakon toga, uslijedila su istraživanja koja su uglavnom završavala s pet dobivenih faktora, iako ti faktori nisu u svim istraživanjima bili jednaki.

Ipak, formulacija koju su predložili Costa i McRae (McRae i Costa, 1987; prema Marušić, Bratko i Eterović, 1996) i koja je korištena u njihovom instrumentu NEO Personality Inventory (NEO-PI), čini se najšire prihvaćenom.

NEO-PI-R uključuje hijerarhijsku organizaciju osobina ličnosti; postoji pet velikih osobina ličnosti, a svaka od njih je podijeljena na određeni broj crta ličnosti.

Oni predlažu sljedećih pet širokih dimenzija: *neuroticizam*, *ekstroverzija*, *otvorenost ka iskustvu*, *ugodnost* i *savjesnost*.

Srž dimenzije *neuroticizma*, kako su je definirali Costa i McRae (1992), je općenita sklonost ka doživljavanju psihološkog stresa i negativnog afekta, kao npr. ljutnja, krivnja, strah, tuga, i sl. Također se odnosi i na lošu prilagodbu, kao npr. postojanje iracionalnih ideja, slabe kontrole impulsa i lošeg suočavanja sa stresom. Ovaj konstrukt je vrlo poznat i sadržan u gotovo svim modelima ličnosti dosad.

Ekstroverzija, kao vrlo dobro utvrđena dimenzija ličnosti, povezana je s interpersonalnim karakteristikama, kao što je socijabilnost kao ključni element, te toplina i dominantnost. Tu su također uvršteni i elementi temperamenta, kao aktivitet, traženje uzbuđenja i pozitivna emocionalnost.

Otvorenost ka iskustvu nije prepoznata kao jedna od osnovnih dimenzija u ranijim modelima ličnosti, iako su neke njene facete često bile dio teorija i upitnika ličnosti. Također, priroda ove dimenzije bila je predmet različitih interpretacija od strane autora različitih usmjerenja, a često je nazivana "*petim faktorom*". Autori leksičkog usmjerenja nazivaju je *intelektom*, dok drugi predlažu naziv "otvorenost ka iskustvu".

Osnovu ove dimenzije čine intelektualni i umjetnički interes, zajedno s aktivnom imaginacijom, potrebom za raznolikošću, neovisnosti prosudbe i brigom o vlastitim osjećajima.

Otvorenost ka iskustvu jasno je različita od mentalne mogućnosti pojedinca, a pokazuje samo umjerenu pozitivnu povezanost s edukacijskom inteligencijom, ali povezana je s mjerama kreativnosti i divergentnog mišljenja (Costa i McRae, 1987; Marušić, Bratko i Eterović, 1996).

Ugodnost je, kao i ekstraverzija, primarno interpersonalna dimenzija, iako je manje poznata. Osnova ove dimenzije je altruizam. Stoga su osobe visoke ugodnosti

dobronamjerni, nježni, spremni pomoći drugima i surađivati s njima, te imaju pozitivna očekivanja od drugih ljudi.

Osobe na negativnom polu ove dimenzije su antagonistične, egocentrične, ne surađuju s drugima i nemaju povjerenja u druge ljude.

Autori ističu da je zanimljivo vidjeti kako se pozitivan pol dimenzije ugodnosti općenito smatra socijalno poželjnijim i znakom bolje prilagodbe, međutim, osobine opisane na negativnom polu dimenzije su često potrebne za uspješno svakodnevno funkcioniranje.

Štoviše, pretjerano visoka ugodnost, isto kao i pretjerano niska, mogu biti neadaptivne i patološke karakteristike.

Peta velika dimenzija u modelu Coste i McRaea je *savjesnost*. Savjesnost se odnosi na samodisciplinu, osjećaj dužnosti i želju za postignućem.

Savjesna osoba je dobro organizirana, odlučna, svrhovita, točna, odgovorna, pouzdana i dovršava zadane zadatke. Akademski uspjeh povezan je s pozitivnim polom ove dimenzije, dok je negativan pol povezan s impulzivnim ponašanjem.

Uz pohvale, ovaj model primio je i neke kritike koje ćemo ovdje navesti.

Jedna od najvećih zamjerki ovom modelu je činjenica da nije dovoljno i jednoznačno određen, odnosno, različiti autori imaju različite verzije faktora. Pa tako na primjer, peti faktor neki autori nazivaju "intelektom", neki "kulturom", a neki "otvorenosti ka iskustvu". Stoga, određivanje predmeta mjerenja postaje višeznačno i neprecizno.

Također, upitno je i svrstavanje neuroticizma, kao urođene osobine ličnosti u isti model s osobinama koje osoba usvaja uglavnom odgojem, kao npr. savjesnost.

Jedna od kritika upućenih ovom modelu je sumnja u to da li bi se Big five model replicirao da su se opisi osoba zasnivali na slobodnom izboru pridjeva osobe koja ih je opisivala, a ne na već unaprijed odabranom setu termina od strane samih istraživača (Perwin, 1990).

Možda bi se na taj način obuhvatilo mnogo više kategorija i bolje opisao pojedinac.

Sljedeća zamjerka Big five modelu su preopširne dimenzije ličnosti, koje djeluju sveobuhvatno, međutim, na taj im se način smanjuje preciznost.

Kao i kod svakog hijerarhijskog modela ličnosti, tako i kod Big five modela, krećući se prema višim hijerarhijskim pojmovima gube se konkretne informacije. U psihometrijskim terminima, to znači da nužno gubimo informacije o pojedinim česticama ako ih svedemo na skalne vrijednosti, a zatim nužno gubimo informacije o skalnim vrijednostima ukoliko ih kategoriziramo u faktore (Perwin, 1990).

Upitnik proizašao iz ovog modela, NEO-PI-R ima vrlo dobre mjerne karakteristike, ali je kritiziran zbog svoje dužine trajanja (240), te nejasno ili dvosmisleno formuliranih izjava na nekim česticama (npr. čestica br.4: "Znam biti ciničan i skeptičan prema namjerama drugih", br.65: "Nastojim biti obavješten i obično donosim pametne odluke", br.87: "Nisam veseli optimist" i sl.).

U našem istraživanju ipak smo odlučili koristiti NEO-PI-R upitnik i teorijsku osnovu Big five modela iz razloga što je to još uvijek relativno novi model i kod nas rijetko korišten instrument, pogotovo na području poremećaja hranjenja.

Također nas je zanimalo kakve ćemo rezultate dobiti na našoj populaciji i u kolikoj mjeri će se podudarati s podacima ostalih autora iz tog područja.

2. PROBLEM I HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

PROBLEM ISTRAŽIVANJA:

1. Ispitati povezanost indeksa tjelesne mase s osobinama ličnosti (neuroticizma, ekstroverzije, otvorenosti ka iskustvu, ugodnosti i savjesnosti) i rezultatima na skali bulimičnih simptoma, te utvrditi doprinos indeksa tjelesne mase i navedenih osobina ličnosti u objašnjenju varijance poremećaja hranjenja.

HIPOTEZA:

Do ideje za ovo istraživanje došli smo proučavanjem literature iz područja poremećaja hranjenja i želje da provjerimo kakve bi podatke dobili na našoj populaciji.

Na osnovi poznavanja rezultata koje su dobili ostali autori, očekujemo da naši rezultati budu slični.

Dakle, što se tiče osobina ličnosti, očekujemo da će ekstroverzija i neuroticizam pokazati značajan doprinos u objašnjenju varijance poremećaja hranjenja.

Također, očekujemo da će indeks tjelesne mase biti značajan prediktor poremećaja hranjenja.

3. METODA

3.1. SUDIONICI

Pošto se problemi hranjenja u više od 90 % slučajeva javljaju kod žena (DSM – IV, 1996.), ovo je istraživanje provedeno isključivo na ženskim ispitanicama.

U ispitivanju je sudjelovala 491 studentica s pet fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (Filozofski fakultet, Ekonomski, Edukacijsko – rehabilitacijski, Upravno pravni fakultet i Učiteljska akademija). Dob ispitanica kreće se od 18 do 36 (M= 20.77; SD= 1.84) Uzorak sudionica je prigodni.

Tablica 1. Prikaz sastava uzorka studentica

NAZIV FAKULTETA	BROJ SUDIONICA (N)
Filozofski fakultet	191
Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet	80
Učiteljska akademija	134
Ekonomski fakultet	48
Upravno – pravni fakultet	38
UKUPAN BROJ SUDIONICA	491

Napomena: u nekim tabličnim prikazima broj sudionica je umanjen zbog podataka koji nedostaju, pa su stoga te sudionice izostavljene iz analize.

3.2. POSTUPAK

Ispitivanje je provedeno grupno tijekom redovnih predavanja na fakultetima u studenom i prosincu 2003. i siječnju 2004. godine.

Prije početka ispitivanja sve su sudionice dobile verbalnu uputu o načinu popunjavanja upitnika. Prilikom davanja upute, naglašena je povjerljivost i anonimnost podataka, te dobrovoljnost sudjelovanja.

Ispitivanje je provedeno na svakom fakultetu u trajanju od 30 minuta.

Nakon davanja verbalne upute, sudionice su samostalno popunjavale upitnike, uz napomenu da u slučaju nejasnoća, slobodno postavljaju pitanja.

3.3. MJERNI INSTRUMENTI

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći mjerni instrumenti:

- Ø Upitnik ličnosti (NEO – PI – R)
- Ø Upitnik za mjerenje bulimičnih simptoma (BULLIT – 22)

Uz navedene mjerne instrumente, u obradi podataka korištena je i mjera indeksa tjelesne mase (ITM).

3.3.1. UPITNIK LIČNOSTI (Revised NEO Personality Inventory)

NEO-PI autora Costa i McCrae (1985; prema Costa i McCrae, 1992), danas predstavlja najšire korišten upitnik ličnosti, koji je razvijen u svrhu procjene petfaktorskog modela ličnosti. U ovom istraživanju korišten je revidirani NEO-PI upitnik (Costa i McCrae, 1992) i to *S forma* za samoprocjenu. Postoji i *R forma* za procjenu drugih osoba.

Korijeni ovog instrumenta leže u NEO inventariju dizajniranom za mjerenje prve tri od pet osnovnih dimenzija ličnosti: neuroticizam, ekstroverziju i otvorenost ka iskustvu, a sadržavao je skalu od 18 faceta. Te su facete mjerile specifične osobine koje definiraju pojedinu dimeziju.

Kasniji razvoj instrumenta doveo je do uključivanja dvije preostale osnovne dimenzije, ugodnosti i savjesnosti. Facete ovih dvaju dimenzija zajedno s validiranim facetama ranije navedene tri dimenzije, formiraju posljednju verziju upitnika NEO-PI-R

Razvoj samog upitnika kretao se od racionalnog deduktivnog pristupa i faktorske analize. Selekcija najvažnijih osobina koje definiraju dimenzije, zasniva se na pretraživanju psihološke literature.

Skale faceta razvijene su faktorskom analizom odabranih čestica, a birane su na način da tvore maksimalno diskriminirajuće skale.

Dakle, NEO-PI-R se sastoji od 240 čestica koje tvore pet skala za procjenu pet širokih dimenzija ličnosti. Skala svake dimenzije sastoji se od 48 tvrdnji, raspodjeljenih u 6 skala sa osam čestica. Te facete mjere specifičnije osobine koje definiraju svaku od velikih dimenzija.

Sudionici popunjavaju upitnik tako da pored svake navedene tvrdnje označe stupanj u kojem je ta tvrdnja točna / netočna za njih, koristeći skalu od pet stupnjeva – od "potpuno netočno" do "potpuno točno".

Prijevod na hrvatski jezik i validaciju korištenog upitnika napravili su Marušić, Bratko i Eterović, 1996.

Za potrebe ovog istraživanja provjerena je pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) za svaku od pet skala na uzorku ispitanih djevojaka.

Dobivene pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije su visoke i iznose: neuroticizam 0.92, ekstraverzija 0.89, otvorenost ka iskustvu 0.88, ugodnost 0.86, savjesnost 0.91.

3.3.2. BULIT- 22

Za mjerenje bulimičnih simptoma korišten je BULIT-22 (Pokrajac – Bulian, 1997; 1998.), koji je nastao prilagodbom BULIT testa (Smith i Thelen, 1984.) na naše jezično područje. U izvornom obliku sastoji se od 36 čestica koje su najbolje razlikovale skupinu žena oboljelih od bulimije nervoze i kontrolne skupine.

Upitnik se sastoji od 22 čestice na koje sudionici odgovaraju zaokruživanjem slova ispred odgovora koji ih najbolje opisuje. Svaki odgovor se boduje na skali od 1 – 5. Najviše bodova (5) dobivaju odgovori koji opisuju ponašanja koja zbog svoje učestalosti ili intenziteta javljanja odgovaraju dijagnostičkim kriterijima bulimije nervoze (DSM-IV, 1996) (npr. "Jedete li ponekad nekontrolirano/prenajedete se/?"; odgovor koji nosi 5

bodova je e) 3-6 puta tjedno ili više ; " Što osjećate nakon što se prejedete?"; odgovor koji nosi najviše bodova je e) mrzim se).

Odgovor sudionika boduje se 1 bodom ako se određeno ponašanje javlja rijetko ili nikada (npr. "Koliko često namjerno povraćate nakon jela?"; odgovor koji nosi 1 bod je e) manje od jednom mjesečno ili nikada; " U usporedbi s drugim ljudima, mogu se kontrolirati kod jela."; odgovor koji nosi 1 bod a) mnogo više od drugih).

Najmanji mogući rezultat na upitniku iznosi 22, a najveći 110 bodova.

Za određivanje kritičnog rezultata korišten je kriterij iz istraživanja Pokrajac – Bulian (1998) prema kojem je rezultat pojedinca morao biti udaljen za dvije standardne devijacije od aritmetičke sredine, kako bi ga smatrali odstupajućim, tj. koji bi zadovoljio kriterij za bulimiju nervozu. U našem istraživanju, prema navedenom kriteriju, kritičnim rezultatima smatraju se rezultati iznad 66 bodova.

Za potrebe ovog istraživanja provjerena je i pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbach alfa) i za BULIT-22 u cijelosti ona iznosi 0.89.

U našem istraživanju koristili smo faktorsku strukturu upitnika koju je dobila Pokrajac-Bulian (1998), a koja je pokazala da upitnik mjeri tri faktora: (F1) osjećaji kod prejedanja, (F2) prejedanje i kontrolu unosa hrane i (F3) purgativno ponašanje (vidi Prilog).

3.3.3. INDEKS TJELESNE MASE

Na temelju podataka o tjelesnoj težini i visini određen je Indeks tjelesne mase (ITM). Radi se o objektivnoj mjeri kojom se može odrediti je li neka osoba po svojoj težini u odnosu na visinu, prosječna, te više ili manje ispod/iznad prosjeka.

Indeks tjelesne mase računa se tako da se tjelesna težina izražena u kilogramima podijeli s kvadratom tjelesne visine izražene u metrima.

U ovom istraživanju sudionice su same davale podatke o tjelesnoj težini i visini, te je naknadno izračunat indeks tjelesne mase.

Postoje tri osnovne kategorije za interpretaciju indeksa tjelesne mase:

- do 19 = ispodprosječna tjelesna masa
- od 20 – 25 = prosječna tjelesna masa
- iznad 25 = iznadprosječna tjelesna masa.

-

4. REZULTATI

Problem ovog istraživanja bio je utvrditi povezanost indeksa tjelesne mase i osobina ličnosti (neuroticizma, ekstroverzije, otvorenosti ka iskustvu, ugodnosti i savjesnosti) s rezultatom na skali bulimičnih simptoma, te utvrditi doprinos navedenih osobina i indeksa tjelesne mase u objašnjenju rezultata na skali bulimičnih simptoma.

Kako bismo odgovorili na postavljeni problem, proveli smo kompletnu regresijsku analizu.

No, prije nego prikažemo rezultate dobivene regresijskom analizom, osvrnuti ćemo se na deskriptivne statističke podatke za varijable indeksa tjelesne mase, osobina ličnosti i bulimičnih simptoma. Rezultati su prikazani u sljedećoj tablici:

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih podataka za uzorak djevojaka na svakoj od pet skala NEO-PI-R upitnika ličnosti, Upitniku bulimičnih simptoma i mjeri indeksa tjelesne mase (N= 491)

VARIJABLA	M	SD	RASPON
NEUROTICIZAM	93.63	23.737	33 – 175
EKSTRAVERZIJA	115.66	20.147	48 – 167
OTVORENOST	121.30	19.455	64 – 180
UGODNOST	116.76	17.052	67 – 163
SAVJESNOST	119.81	21.467	42 – 173
INDEKS	20.87	2.402	15 – 31
TJELESNE MASE			
BULIMIČNI SIMPTOMI	43.27	11.264	23 - 97

Legenda:

M – aritmetička sredina SD – standardna devijacija RASPON – opaženi raspon rezultata postignutih na mjernim instrumentima i mjeri indeksa tjelesne mase

Kako bismo što bolje razumjeli dobivene rezultate i odgovorili na postavljene probleme testirali smo normalitet distribucija varijabli korištenih u istraživanju.

Normalitet distribucija testiran je pomoću neparametrijskog Kolmogorov – Smirnov testa, a rezultati su prikazani u sljedećoj tablici.

Tablica 3. Prikaz rezultata Kolmogorov – Smirnov testa provedenog na rezultatima varijabli osobina ličnosti, indeksa tjelesne mase i bulimičnih simptoma za naš uzorak studentica (N= 491).

<i>VARIJABLA</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>K – S</i>	<i>p</i>
NEUROTICIZAM	93.63	23.737	0.998	0.272
EKSTRAVERZIJA	115.66	20.147	0.756	0.617
OTVORENOST	121.30	19.455	0.957	0.319
UGODNOST	116.76	17.052	0.701	0.710
SAVJESNOST	119.81	21.467	0.624	0.831
INDEKS TJELESNE MASE	20.87	2.402	1.787	0.003
BULIMIČNI SIMPTOMI	43.27	11.264	2.085	0.000

Legenda:

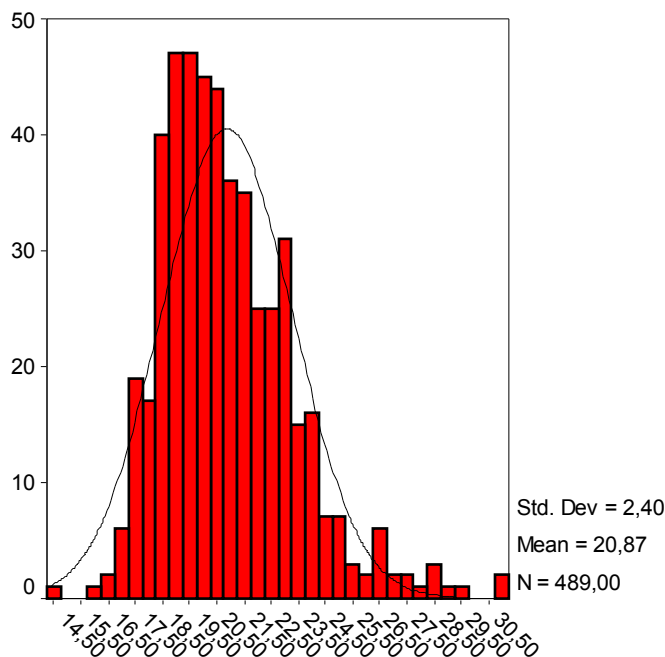
M – aritmetička sredina SD- standardna devijacija

K – S = rezultat Kolmogorov – Smirnov testa p – stupanj značajnosti kod dvosmjernog testiranja

Iz priložene tablice s podacima možemo vidjeti da distribucije rezultata na varijablama indeksa tjelesne mase i bulimičnih simptoma statistički značajno odstupaju od normalne distribucije i to u smjeru pozitivne asimetrije.

Stoga, slijede prikazi distribucija rezultata dobivenih na tim varijablama.

Slika 2. Grafički prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije indeksa tjelesne mase



indeks tjelesne mase

Legenda:

apscisa – indeksi tjelesne mase

ordinata – broj sudionica

Histogramski prikaz raspodjele indeksa tjelesne mase na našem uzorku pokazuje podudaranje naših podataka o prosječnoj vrijednosti ITM-a s podacima iz literature (Fairburn, 1996; prema Ambrosi – Randić, 2001) prema kojima je prosječna težina ona težina kod koje osoba ima $ITM = 20 - 25$.

Dobivena distribucija pozitivno je asimetrična, dakle, više djevojaka postiže rezultat u području nižih vrijednosti.

Ako sudionice podjelimo prema ranije navedenom medicinskom kriteriju (**ITM ispod 19** – osoba je ispodprosječne tjelesne težine) dobivamo podatak da u našem uzorku mladih djevojaka čak njih 146 (**29.7 %**) spada u tu kategoriju.

S druge strane, u našem uzorku studentica, njih 22 (**4.5 %**) ima **ITM iznad 25**, dakle spada u kategoriju iznadprosječno teških osoba.

Podaci dobiveni na svakoj od pet dimenzija na upitniku ličnosti NEO-PI-R u skladu su s očekivanjima prema kojima se ličnost normalno raspodjeljuje u populaciji.

Iz tog razloga ovdje neće biti prikazane distribucije tih varijabli.

Podaci iz našeg istraživanja dobiveni na Upitniku za mjerenje bulimičnih simptoma BULIT-22 očekivani su, a zbog usporedbe navodimo i podatke dobivene u istraživanju Pokrajac – Bulian (1998) gdje je korišten isti instrument.

Tablica 4. Prikaz podataka dobivenih u istraživanju Pokrajac – Bulian (1998) i našem istraživanju, dobivenih primjenom istog instrumenta BULIT-22

AUTOR	N	M	SD	RASPON
Pokrajac-Bulian (1998)	576	42.95	11.15	24 - 90
naše istraživanje	491	43.27	11.264	23 - 97

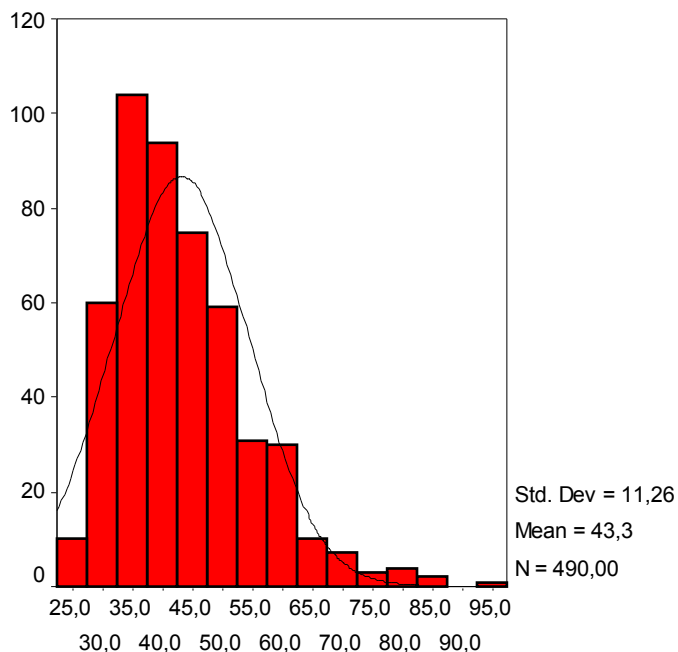
Legenda:

N – broj sudionica M – aritmetička sredina SD – standardna devijacija

RASPON – opaženi raspon rezultata postignutih na upitniku BULIT – 22

Pošto distribucija dobivenih podataka na upitniku za mjerenje bulimičnih simptoma BULIT-22 statistički značajno odstupa od normalne distribucije, u nastavku slijedi histogramski prikaz rezultata navedene varijable.

Slika 3. Grafički prikaz odnosa normalne distribucije i distribucije rezultata postignutih na upitniku izraženosti bulimičnih simptoma (BULIT – 22)



bulit ukupni rezultat

Legenda:

apscisa – ukupni rezultat na
upitniku BULIT - 22
ordinata – broj sudionica

Histogramski prikaz pokazuje pozitivno asimetričnu distribuciju, što znači da je većina rezultata u području nižih vrijednosti. S obzirom da je istraživanje rađeno na uzorku "zdravih" sudionica, rezultati su u skladu s očekivanjima.

Prema ranije navedenom kriteriju, prema kojem rezultat mora biti udaljen 2 SD ili više od aritmetičke sredine da bi bio smatran kritičnim, u našem istraživanju kritičnima se smatraju rezultati iznad **66** bodova ($M=43.27$; $SD=11.264$), a postižu ih 22 sudionice (**4.5 %**). Ti se podaci slažu s podacima iz literature koji navode da 4 % američkih studentica zadovoljava kriterij za bulimiju nervozu (Smith i Thelen, 1984; prema Pokrajac-Bulian, 2000).

Kako bismo mogli komentirati dobivene podatke u cijelosti, u sljedećih nekoliko tablica prikazati ćemo rezultate provedenih analiza na deskriptivnim podacima.

Za računanje razlika između pojedinih grupa, zbog neujednačenog broja sudionica i odstupanja distribucija od normalne, koristili smo neparametrijske testove.

U sljedećoj tablici prikazani su podaci dobiveni usporedbom tri skupine (podjeljene prema ITM - u prema ranije navedenom kriteriju) po njihovom rezultatu na upitniku za mjerenje bulimičnih simptoma BULIT-22.

Tablica 5. Usporedba sudionica različitog ITM po rezultatu na upitniku bulimičnih simptoma. Razlika je testirana Kruskal-Wallisovim testom.

ITM kategorije	N	M	SD	M rang	hi ²	p	razlike između grupa
1	146	37,53	9,156	161,84	80,247	0,000	1 - 2 *
2	319	45,13	10,844	273,15			1 - 3 *
3	22	54,55	13,248	366,64			2 - 3 *

* statistički značajna razlika između parova skupina

-

Legenda: 1- kategorija sudionica (ITM< 19) 2 – kategorija sudionica (ITM= 20 – 25) 3 – kategorija sudionica (ITM> 25) N – ukupan broj sudionica

M – aritmetička sredina SD – standardna devijacija M rang – aritmetička sredina ranga hi² - rezultat Kruskal-Wallis testa p – značajnost razlika između skupina sudionica

Iz Tablice 5. vidi se da se sve tri skupine sudionica podjeljenih po ITM-u statistički značajno međusobno razlikuju po količini izraženih bulimičnih simptoma.

U nastavku, zanimalo nas je da li se sudionice (podjeljene u tri kategorije po indeksu tjelesne mase) razlikuju po rezultatu kojeg postižu na pojedinim faktorima upitnika BULIT-22 (popis čestica i njihova zasićenost pojedinim faktorima prikazana je u Prilogu). Značajnost razlika izračunata je pomoću Kruskal – Wallis neparametrijskog testa.

Tablica 6. Prikaz rezultata dobivenih testiranjem značajnosti razlika između tri skupine sudionica različitog indeksa tjelesne mase po pojedinim faktorima upitnika BULIT-22

ITM (kat)	N	M	SD	M rang	hi ²	p	razlike između parova skupina	
F1	1	146	13,14	5,798	160,48	80,536	0,000	1 – 2 *
	2	320	17,58	6,498	275,34			1 – 3 *
	3	22	22,32	7,931	353,45			2 – 3 *
F2	1	146	20,17	4,989	177,47	57,876	0,000	1 – 2 *
	2	319	23,30	5,481	265,83			1 – 3 *
	3	22	27,95	6,059	368,98			2 – 3 *
F3	1	146	4,22	0,950	240,13	1,001	0,606	1 – 2
	2	320	4,27	1,122	246,21			1 – 3
	3	22	4,27	0,935	248,59			2 – 3

* statistički značajna razlika između parova skupina

Legenda: ITM – kategorije indeksa tjelesne mase (1= ITM<19; 2= ITM od 20-25; 3= ITM>25) N – broj sudionica M- aritmetička sredina SD- standardna devijacija

M rang – aritmetička sredina ranga hi²-rezultat Kruskal-Wallis testa p- značajnost razlika tri skupine na pojedinom faktoru

F1 – faktor BULIT-22 testa (osjećaji kod prejedanja)

F2 – faktor BULIT-22 testa (prejedanje i kontrola unosa hrane)

F3 – faktor BULIT-22 testa (purgativno ponašanje)

Kako se vidi iz prethodne tablice, sudionice različitog indeksa tjelesne mase statistički se značajno razlikuju po rezultatu na faktorima osjećaja kod prejedanja te prejedanja i kontrole unosa hrane, međutim, ne razlikuju se po rezultatu na faktoru purgativnog ponašanja.

Da bismo vidjeli koliko sudionica spada u pojedine kategorije "gojaznih" i "rizičnih" prema navedenim kriterijima, podatke smo svrstali u sljedeću tablicu.

Tablica 7. Prikaz broja sudionica u svakoj od kategorija varijabli indeksa tjelesne mase i bulimičnih simptoma

	ITM kategorije			UKUPNO
	1	2	3	

BULIT	1	144	303	18	465
kategorije	2	2	16	4	22
UKUPNO		146	319	22	487

Legenda: ITM kategorije (1= ITM<19; 2= ITM od 20-25; 3= ITM>25)
BULIT kategorije (1= rezultat ispod 66; 2=rezultat iznad 66).

Iz tablice se vidi da 22 sudionice spadaju u skupinu "gojaznih" osoba (po ITM) i također 22 sudonice spadaju u kategoriju "rizičnih" (po kritičnom rezultatu na BULIT-22).

Kako bismo dobili bolji uvid u to kako se tri skupine sudionica podijeljenih prema indeksu tjelesne mase međusobno razlikuju prema rezultatu na pojedinim dimenzijama ličnosti, razlike smo testirali neparametrijskim Kruskal-Wallis testom, a rezultati su prikazani u sljedećoj tablici.

Tablica 8. Prikaz podataka dobivenih analizom značajnosti razlika između tri skupine sudionica podjeljenih po indeksu tjelesne mase na pojedinim dimenzijama ličnosti

	ITM (kat.)	N	M	SD	M rang	hi²	p	razlike između parova skupina
n	1	138	87,70	24,589	198,04	1	0,001	1 – 2 *
	2	305	96,12	22,422	247,50	13,304		1 – 3 *
	3	22	98,91	29,806	251,27			2 - 3
e	1	134	117,48	19,375	238,50	1,130	0,568	1 – 2
	2	300	115,00	20,031	223,96			1 – 3
	3	22	114,18	25,008	229,50			2 - 3
o	1	136	121,92	19,288	233,18	1,141	0,565	1 – 2
	2	301	121,32	19,280	229,89			1 – 3
	3	21	116,38	23,593	200,14			2 - 3

u	1	138	117,34	16,989	231,29			1 – 2
	2	297	117,07	16,647	229,06	0,906	0,636	1 – 3
	3	21	112,00	20,513	202,17			2 - 3
s	1	135	124,93	20,047	261,34			1 – 2 *
	2	301	118,03	21,517	217,92	16,994	0,000	1 – 3 *
	3	19	108,26	22,840	150,84			2 – 3 *

* statistički značajna razlika između parova skupina

Napomena: broj sudionica negdje je umanjen zbog rezultata koji nedostaju, pa te sudionice nisu bile uključene u analizu.

Legenda: n, e, o, u, s – dimenzije ličnosti na upitniku NEO-PI-R (Neuroticizam, Ekstroverzija, Otvorenost ka iskustvu, Ugodnost, Savjesnost) ITM (kat.) – kategorije indeksa tjelesne mase (1= ITM<19; 2= ITM od 20-25; 3= ITM>25) M- aritmetička sredina SD- standardna devijacija N – broj sudionica M rang – aritmetička sredina ranga h_i^2 - rezultat Kruskal-Wallis testa p – značajnost razlike među skupinama

Iz prethodne tablice možemo vidjeti da se djevojke različitog indeksa tjelesne mase statistički značajno razlikuju na dimenzijama Neuroticizma i Savjesnosti.

Da bismo usporedili skupine sudionica podjeljenih prema kritičnom rezultatu na Upitniku bulimičnih simptoma BULIT-22 na "rizične" (koje postižu rezultat od 2 SD ili više od aritmetičke sredine) i "nerizične" (koje postižu rezultat ispod postavljenog kritičnog rezultata) po dimenzijama ličnosti, testirali smo razlike među njima neparametrijskim Mann-Whitney testom. Rezultati su prikazani u sljedećoj tablici.

Tablica 9. Prikaz podataka dobivenih usporedbom dvije skupine sudionica podjeljenih prema kritičnom rezultatu na Bulit-22 upitniku po rezultatima koje su postigle na pojedinoj dimenziji ličnosti upitnika NEO-PI-R

	BULIT				M		
	(kat.)	N	M	SD	rang	M-W-z	p
n	1	446	92,20	22,786	227,02		
	2	21	123,95	24,357	382,17	- 5,149	0,000

e	1	439	115,70	20,135	229,18		
	2	18	114,39	21,500	224,72	- 0,140	0,888
o	1	441	121,23	19,500	230,56		
	2	20	122,90	18,843	240,68	- 0,332	0,740
u	1	438	116,79	16,983	229,67		
	2	20	115,80	19,308	225,82	- 0,127	0,899
s	1	437	120,28	21,370	232,50		
	2	21	109,95	21,607	167,17	- 2,210	0,027

Napomena: broj sudionica negdje je umanjen zbog rezultata koji nedostaju, pa te sudionice nisu bile uključene u analizu.

Legenda:

n, e, o, u, s – dimenzije ličnosti na NEO-PI-R upitniku (Neuroticizam, Ekstroverzija, Otvorenost ka iskustvu, Ugodnost, Savjesnost)

BULIT (kat.) – kategorije rezultata na BULIT-22 (1= rezultat ispod 66; 2= rezultat iznad 66)

N – broj sudionica

M rang – aritmetička sredina ranga

M-W-z - z vrijednost Mann-Whitney testa

p – značajnost rezultata na Mann-Whitney testu

Iz prethodne **Tablice 9.** možemo vidjeti da se "rizične" i "nerizične" sudionice statistički značajno razlikuju po rezultatima postignutim na dimenzijama Neuroticizma i Savjesnosti.

Što se tiče ostalih dimenzija ličnosti, nismo uspjeli dokazati da se ove dvije skupine djevojaka statistički značajno razlikuju.

Kako bismo odgovorili na postavljeni problem ovog istraživanja, a koji se odnosi na mogućnost predviđanja bulimije nervoze na osnovu poznavanja osobina ličnosti i indeksa tjelesne mase, proveli smo kompletnu regresijsku analizu za *kriterijsku varijablu* – **bulimični simptomi**. Dobiveni podaci prikazani su u sljedećoj tablici.

Tablica 10. Prikaz rezultata kompletne regresijske analize za kriterijsku varijablu izraženost bulimičnih simptoma

PREDIKTORI	r	β	p	R	R²
NEUROTICIZAM	0.364	0.378	0.000	0.554	0.296
EKSTROVERZIJA	0.009	0.174	0.001		
OTVORENOST	0.065	0.041	0.392		
UGODNOST	-0.112	-0.055	0.217		
SAVJESNOST	-0.187	0.012	0.801		
ITM	0.411	0.407	0.000		

Legenda:

r – Pearsonov koeficijent korelacije prediktora s kriterijem

β – regresijski koeficijent (doprinos svakog prediktora u objašnjavanju varijance kriterija)

p – značajnost regresijskih koeficijenata R – koeficijent multiple korelacije

R² –kvadrirani koeficijent multiple korelacije

Koeficijent multiple korelacije (**R = 0.554**) statistički je značajan (**F = 27.861; p < 0.05**).

Korigirani koeficijent multiple determinacije **R²** iznosi **0. 296**, što znači da ova kombinacija prediktora objašnjava približno **30 %** varijance kriterijske varijable (bulimičnih simptoma).

Iz Tablice 5. vidimo da je regresijska analiza izdvojila indeks tjelesne mase, neuroticizam i ekstroverziju kao značajne prediktore bulimije.

Varijable otvorenosti ka iskustvu, savjesnosti i ugodnosti u ovom setu varijabli, nisu se pokazale značajnim prediktorima za nastanak bulimije.

Da bismo dobili što bolju sliku prediktivne moći svake od prediktorskih varijabli, izračunali smo i interkorelacije prediktora, te prediktora s kriterijskom varijablom bulimičnih simptoma, a matrica s podacima nalazi se u Prilogu.

5. RASPRAVA

Nakon prikazanih rezultata provedene analize, kako bi odgovorili na problem, detaljnije ćemo se osvrnuti na deskriptivne karakteristike dobivenih podataka na pojedinim varijablama koje smatramo važnima u problematici poremećaja hranjenja.

Indeks tjelesne mase (ITM) odlučili smo uvrstiti u prediktorske varijable jer se u ranijim istraživanjima pokazao kao jedna od važnih odrednica u nastanku poremećaja hranjenja.

U svojoj disertaciji, Ambrosi – Randić (2001) navodi podatak da indeks tjelesne mase uspješno izdvaja one sudionice koje su opterećene uzimanjem hrane koja ne sadrži masnoće ili šećer, koje paze da se ne udebljaju, preskaču obroke i/ili se izgledaju i sl.

Da ponovimo, indeks tjelesne mase predstavlja omjer između tjelesne težine i kvadrata tjelesne visine, a prema dogovorenom kriteriju rezultati se raspodjeljuju u tri kategorije: ispodprosječna tjelesna težina (vrijednost ITM do 19), prosječna (ITM je između 20 i 25), te iznadprosječna tjelesna težina (ITM je iznad 25).

Upravo podaci vezani za ovu mjeru pretilosti navode na razmišljanje.

Distribucija podataka o ITM – u je pozitivno asimetrična, što znači da većina djevojaka ima ITM u području nižih vrijednosti, pogotovo oko vrijednosti 18 i 19, koje spadaju u kategoriju ispodprosječne tjelesne težine.

Ovi podaci su zabrinjavajući jer, podijelivši djevojke u navedene tri kategorije, dobivamo podatak da u našem uzorku studentica čak njih 146 (**29,7 %**) spada u kategoriju ispodprosječne tjelesne težine.

Pošto je istraživanje provedeno na normalnoj populaciji, nismo očekivali tako veliki postotak djevojaka koje zadovoljavaju kriterij pothranjenosti.

Jedan od mogućih razloga tome je sigurno i sve veća izloženost djevojaka pritisku okoline koja u posljednje vrijeme, više nego prije, zahtjeva i cijeni isključivo mršavost.

Na taj se način, izopćavanjem osoba koje ne zadovoljavaju kriterij mršavosti nametnut u medijima, nastoji demonstrirati neprihvatljivost takvog izgleda u društvu.

S druge strane, u našem uzorku 22 sudionice (4.5 %) imaju ITM iznad 25, dakle, spadaju u kategoriju iznadprosječno teških osoba. Taj rezultat također nismo očekivali.

U Hrvatskoj 50 % osoba pati od pretilosti, stoga je naš podatak iznenađujuće malen. Ovako malen postotak djevojaka možda ne bi bio "sumnjiv", kada ne bismo imali podatak o gotovo 30 % njihovih pothrenjenih vršnjakinja. Gledajući s te strane, ovaj podatak otvara mogućnost kronične težnje mladih djevojaka da budu mršave, odnosno, da nipošto ne budu gojazne.

U obzir se naravno mora uzeti činjenica da su sudionice same davale podatke o tjelesnoj težini i visini, te da je moguće da su namjerno potcjenjivale vlastitu težinu. Međutim, ako je to bio slučaj, ipak nam daje važan podatak o poželjnosti mršavosti među mladim ženskim osobama danas, jer, logično je pretpostaviti da ako su sudionice zatajile svoju pravu težinu, da su navele onu koju bi željele imati, a težina koju bi željele imati je u području pothranjenosti.

Zanimljive su spoznaje do kojih dolazimo ako sudionice podjelimo u tri kategorije prema navedenom kriteriju za interpretaciju indeksa tjelesne mase (**Tablica 5.**).

Krećući se od "mršavih" do "gojaznih" sudionica, povećeva se i njihov rezultat na upitniku za mjerenje bulimičnih simptoma BULIT-22, a te se tri skupine i statistički značajno međusobno razlikuju po izraženosti bulimičnih simptoma.

Kako bismo bolje shvatili razlog tome, usporedili smo te tri skupine sudionica po rezultatima postignutim na pojedinim faktorima upitnika BULIT-22 (**Tablica 6.**).

Koristili smo faktorsku strukturu iz istraživanja Bulian – Pokrajac (1998), prema kojoj BULIT-22 mjeri tri faktora: F1 – osjećaji kod prejedanja, F2 –prejedanje i kontrola unosa hrane i F3–purgativno ponašanje. Sva tri faktora spadaju u dijagnostičke kriterije za bulimiju narvozu.

Dobili smo podatak da učestalost prejedanja i osjećaji krivnje i žaljenja zbog prejedanja rastu kako raste i ITM, a razlika među tri skupine (ispodprosječno, prosječno i iznadprosječno teških) je statistički značajna.

Dakle, gojazne djevojke koje se često prejedaju, slabo kontroliraju unos hrane i zatim osjećaju krivnju zbog prejedanja imaju i viši ITM, što je logično.

Međutim, prema rezultatu na trećem faktoru (purgativnog ponašanja) ove tri skupine sudionica se *ne razlikuju*.

Kako bismo dodatno objasnili dobivene rezultate, sudionice smo podijelili i prema kritičnom rezultatu na upitniku BULIT-22 (kritičan je rezultat onaj koji je za 2 SD ili više udaljen od aritmetičke sredine, a u našem istraživanju iznosi 66) na dvije skupine: do 66 – nerizične i 66 i više – rizične za nastanak bulimije.

Prema tom kriteriju, u našem istraživanju kritični rezultat postižu 22 sudionice (4,5 %), što je u skladu s podacima iz literature (Smith i Thelen, 1984; Pokrajac-Bulian, 2000).

Usporedivši te dvije kategorije s kategorijama prema ITM-u (**Tablica 7.**) dobiva se zanimljiv podatak.

Točno 22 djevojke su rizične za nastanak bulimije i 22 djevojke su gojazne prema vrijednosti ITM.

Međutim, to nisu iste sudionice. Štoviše, samo 4 od 22 rizične su zapravo gojazne, a čak njih 16 ima normalnu tjelesnu težinu i 2 su ispodprosječne tjelesne težine.

Ovaj koristan podatak u skladu je s dosadašnjim nalazima autora, prema kojima su osobe s bulimijom zapravo normalne tjelesne težine i govori u prilog mišljenju da očito postoji "nešto" osim debljine što predisponira osobu za nastanak bulimije.

S tom namjerom htjeli smo vidjeti da li se i kako razlikuju ove kategorije sudionica po osobinama ličnosti.

Usporedili smo tri skupine sudionica (podjeljenih prema vrijednosti ITM) po svakoj osobini ličnosti koje smo ispitali NEO-PI-R inventarom ličnosti.

Rezultati prikazani u **Tablici 8.** pokazali su da se sudionice ispodprosječne težine i sudionice iznadprosječne težine statistički značajno razlikuju po neuroticizmu i svjesnosti, i to tako da su "deblje" sudionice neurotičnije i manje savjesne od "mršavih" sudionica.

Ova razlika ponovila se u istom smjeru, između prosječno teških i "mršavih" sudionica, a između gojaznih i prosječno teških djevojaka pokazala se statistički značajna razlika na skali Savjesnosti.

Dakle, što je osoba veće tjelesne težine, to je neurotičnija i manje savjesna, a što je osoba mršavija to je nižeg neuroticizma i povećane savjesnosti.

Konkretno, to bi značilo da gojazne osobe češće osjećaju negativne emocije, poput srama ili nezadovoljstva, da su češće tužne, ljute ili ogorčene od osoba ispodprosječne tjelesne težine.

Također, ovi podaci ukazuju na to da u odnosu na mršave i prosječno teške osobe, gojazne osobe teže odoljevaju iskušenjima, nisu odlučne i često se prepuštaju trenutnim potrebama.

Iako ćemo se kasnije detaljnije osvrnuti na osobine ličnosti koje su rizične za nastanak bulimije, ovdje je vidljivo podudaranje ovih nalaza s podacima koji govore o impulzivnosti bulimičnih osoba, nemogućnosti kontroliranja vlastitih impulzivnih ponašanja, koja mogu uključivati i nekontrolirano prejedanje.

U podacima se također vidi blagi pad ekstroverzije s povećanom tjelesnom težinom. Iako nije značajan, podatak je očekivan, jer se gojazne osobe često povlače od javnosti zbog srama i neugode vezane uz vlastiti izgled.

Također, usporedili smo sudionice podjeljene u dvije kategorije (prema rizičnosti njihovih rezultata na BULIT-22) po osobinama ličnosti (**Tablica 9.**) i dobili podatak da su rizičnije osobe za bulimiju također i neurotičnije i iskazuju manju savjesnost od nerizičnih sudionica.

Dakle, djevojke koje postižu rizičan rezultat na upitniku bulimičnih simptoma su više tjeskobne, napete i zabrinute, te teže kontroliraju vlastito impulzivno ponašanje od djevojaka koje nisu rizične za razvoj bulimije.

Razlog baš ovakvog odabira prediktorskih i kriterijskih varijabli su ranija istraživanja koja su proučavala utjecaj osobina ličnosti na poremećeje hranjenja.

Za neke je osobine višekratno utvrđeno da imaju ulogu u nastanku poremećaja hranjenja kao stabilna crta ličnosti, npr. perfekcionizam (Saboonchi i Lundh, 1999; prema Grubišić, 2002).

Za druge osobine ličnosti, usprkos metodološkim ograničenjima, autori pronalaze neke pravilnosti.

U ranijim istraživanjima ličnosti Morgan i Russell (1975; Pokrajac-Bulian, 2000) pronalaze da samo 25 % anorektičnih osoba im "normalnu" strukturu ličnosti u

djetinjstvu. Ostali manifestiraju osobine histerične, opsesivno-kompulzivne ili anksiozne ličnosti. Opsesivno – kompulzivne crte i introverzija pokazale su se uobičajenima za pojedince s ranijim manifestacijama anoreksije.

Kao što je već ranije navedeno, nalazi za bulimične osobe su gotovo suprotni. Pryor i Wiederman (1996/1998) našli su da su bulimične osobe ekstrovertirane i impulzivne, ali također s izraženom negativnom emocionalnošću (Brownell, Fairburn, 1995), dakle, sklone su osjećati se tužno, potišteno, tjeskobno, ljuto ili napeto.

U našem istraživanju, regresijska analiza izdvojila je indeks tjelesne mase, neuroticizam i ekstroverziju kao značajne prediktore nastanka bulimije.

Dobiveni rezultati u skladu su s našim očekivanjima na osnovi ranijih istraživanja.

Fairburn, Cooper i O'Connor (1985) pokazali su kako se neuroticizam mijenja usljed terapije poremećaja hranjenja. Pronašli su da postoji snažna veza između ishoda terapije u smislu hranidbenih navika i neuroticizma nakon tretmana.

Jenzen, Saklofske i Kelly (1993) pronašli su pozitivnu povezanost između neuroticizma i bulimije nervoze.

Geissler i Kelly (1994) pokazali su da je neuroticizam najjače povezan s bulimijom nervozom, te da postoji mala pozitivna povezanost ekstroverzije i bulimije.

Brookings i Wilson(1994) ispitivajući osobine ličnosti kod studenata NEO-PI-R upitnikom, dobili su da neuroticizam i ekstroverzija objašnjavaju jedinstven dio varijance poremećaja prehrane.

U tabličnom prikazu inetrkorelacija prediktorskih varijabli s kriterijem (vidi Prilog), možemo primijetiti kako je savjesnost negativno povezana s bulimičnim simptomima, što znači da altruistične i savjesne osobe, dobro organizirane i samodisciplinirane osobe izražavaju manje bulimičnih simptoma.

Međutim, regresijska analiza "propustila" je ekstroverziju kao značajnijeg prediktora, unatoč vrlo niskoj korelaciji ekstroverzije i bulimičnih simptoma.

Dakle, kao što smo ranije naveli, *indeks tjelesne mase* u ovom setu varijabi se pokazao značajnim prediktorom bulimičnih simptoma ($\beta = 0.407$; $p < 0.01$).

To konkretno znači, da su osobe s povećenom tjelesnom težinom rizične za nastanak bulimije. Ovaj nalaz je prilično logičan, jer jedan od dijagnostičkih kriterija za bulimiju je upravo prejedanje, tj. pretjerani unos hrane u organizam, što je vjerojatno slučaj i kod gojaznih osoba.

Neuroticizam se također pokazao značajnim prediktorom bulimije u ovom setu varijabli ($\beta = 0.378$; $p < 0.01$), što smo i očekivali.

Osobe koje postižu visok rezultat na skali neuroticizma sklone su često osjećati negativne emocije, kao npr. strah, tugu, sram, ljutnju ili gađenje.

Također, visok rezultat na ovoj dimenziji pokazuje neefikasne strategije suočavanja sa stresom i lošu prilagodbu. Neurotične osobe mogu imati i iracionalne ideje, te teže kontrolirati vlastite impulse u ponašanju.

Dakle, kod osobe koja ima izražene negativne emocije, koja je često zabrinuta i napeta, koja je sklona osjećaju krivnje i srama, odbačenosti, izrazito osjetljiva na ismijavanje i često se osjeća neučinkovito, u određenom trenutku i sklopu okolnosti u životu, postoji veća vjerojatnost nastanka bulimije nego kod osobe koja ima nizak rezultat na skali neuroticizma.

Neuroticizam kao osobina ličnosti, zbog izraženog negativnog afekta, dobar je prediktor i ostalih psihičkih poremećaja, uglavnom zbog nemogućnosti suočavanja sa stresom i neefikasnog rješavanja problema.

Kad se suoči sa stresnom situacijom, neurotična osoba osjeti strah, paniku i nemogućnost izlaza, te jaku zavisnosti o nekom drugom.

Nije teško pretpostaviti da u takvim situacijama prejedanje može djelovati umirujuće i utješno, te pružiti osjećaj lažne sigurnosti. Međutim, za ove osobe, tek tu počinje potpuni gubitak kontrole. Nastupa prejedanje koje može trajati i po nekoliko sati. Osoba jede izrazitom brzinom ogromne količine hrane. Kada ta faza završi, osoba se uglavnom osjeća znatno lošije, jer uz stalni osjećaj neefikasnosti i bespomoćnosti, sada osjeća i krivnju, sram i strah da će se jako udebljati zbog ogromne količine pojedene hrane.

Kao očajnički potez vraćanja kontrole u vlastite ruke, osoba inducira povraćanje, ili pak "čišćenje" laksativima i/ili diureticima, koji privremeno smajuju napetost i djeluju potkrepljujuće. Razumljivo je da ovo postaje "začarani krug", jer učinci povraćanja i laksativnih sredstava postaju jedno od rijetkih područja u životu osobe nad kojim ona ima kontrolu.

Ekstroverzija, iako *vrlo nizak*, pokazuje statistički značajan beta ponder ($\beta = 0.174$; $p < 0.01$).

Dakle, otvorena osoba s puno prijatelja i poznanika, aktivnog života i brzog tempa također može biti rizična za nastanak bulimije.

Ekstrovertirane osobe vole mjesta s puno ljudi, traže uzbuđenje, puno pričaju i vole govoriti slobodno i bez ustručavanja. Ekstrovertirane osobe su aktivne, pune energije i često dobro prihvaćene u socijalnim krugovima. Traže socijalnu stimulaciju, a drugi ih percipiraju kao zabavne i dinamične osobe.

Pošto vole biti među drugim ljudima, važno im je ostaviti dobar dojam, biti prihvaćen i omiljen, što danas znači i izgledati u skladu s očekivanjima društva. U nastojanju da se uklape u okolinu, spremno prihvaćaju nametnute ideale ljepote, koji ih mogu učiniti popularnima, ali i natjerati na nezdrave metode održavanja vitkosti.

Potreba ovih ljudi za uzbuđenjem i podražajima, mogla bi biti uzrok pretjeranog prejedanja, kao pokušaja razbijanja monotonije i predvidljivosti svakodnevice.

Doprinos varijabli Otvorenosti ka iskustvu, Savjesnosti i Ugodnosti u ovom setu varijabli nije se pokazao značajnim.

Rezultati koje smo dobili upućuju na to da osobine ličnosti jesu važan čimbenik u problematici poremećaja hranjenja, međutim njihova uloga još uvijek nije u potpunosti jasna.

Istraživanja poput ovog imaju za cilj pomoći u rasvjetljivanju problematike poremećaja hranjenja i otkriti načine na koje se ti poremećaji mogu spriječiti. Kada se radi o trajnim osobinama ličnosti, važno je imati spoznaje o rizičnim skupinama osoba i rizičnim ponašanjima, koje one definiraju.

6. OGRANIČENJA I IMPLIKACIJE PROVEDENOG ISTRAŽIVANJA

Ograničenja provedenog istraživanja uglavnom proizlaze iz karakteristika mjernih instrumenata i primjenjenih analiza rezultata.

Što se tiče uzorka, iz praktičnih razloga koristili smo prigodan uzorak mladih djevojaka koji obuhvaća studentice sve četiri godine studija, pet zagrebačkih fakulteta. Kako bismo bar skromno povećali reprezentativnost tog uzorka i time omogućili veću generalizaciju dobivenih podataka, pokušali smo ispitati studentice različitih usmjerenja (osim tzv. *pomagačkih struka* – psihologije, defektologije, i studentica prava i ekonomije).

Što se tiče mjernih instrumenata koje smo koristili u istraživanju, potrebno je napomenuti vrlo dobre mjerne karakteristike NEO-PI-R upitnika ličnosti, ali i njegove nejasno ili dvosmisleneo formulirane čestice. Neki stručnjaci mu zamjeraju korištenje termina poput "skeptičan", "ciničan", "sarkastičan" ili "optimističan", koji mogu biti nerazumljivi nekim populacijama ispitivanih osoba. Na rezultate ovog istraživanja mogla je utjecati i dužina trajanja upitnika ličnosti, koja djeluje demotivirajuće, što je u konačnici moglo promijeniti način popunjavanja upitnika (npr. nasumično popunjavanje).

Također, korištenje upitnika ličnosti u svrhu objašnjenja poremećaja hranjenja često je kritizirano zbog efekta kojeg provođenje dijete može imati na samoprocjene sudionika, što je naravno mogao biti slučaj i u ovom istraživanju, te zbog stalnih rasprava o tome koja je metoda prikupljanja podataka najbolja: samoprocjene, procjene od strane drugih osoba, opažanje ili pak intervju.

Sve navedeno čini ovo i slična istraživanja još složenijima i ograničava mogućnost zaključivanja i generalizacije.

Što se tiče Upitnika za mjerenje bulimičnih simptoma BULIT-22, najveći nedostatak mu je što u nekim česticama jedan odgovor zapravo istovremeno znači dva pojma (npr. a) jednom tjedno/ nikad), što može zbuniti sudionike kod odgovaranja i ostaviti dojam nedovoljne preciznosti vrednovanja odgovora, tim više što se ponekad radi o vrlo osobnim pitanjima.

Veliki nedostatak ovog istraživanja je i činjenica da postoji određeno preklapanje čestica na skali Neuroticizma i na BULIT-22 upitniku, uglavnom kod čestica koje se odnose na prejedanje i gubitak kontrole kod jela (npr. čestica br. 171 na NEO-PI-R: "Ponekad se prežderavam dok mi ne pozli" ili čestica br. 111: "Kad jedem svoju omiljenu hranu, znam se prejesti", i sl.). Zbog toga je korelacija između neuroticizma i bulimičnih simptoma mogla biti umjetno povećana.

Nadalje, provedene analize su korelacijskog tipa, stoga nismo u mogućnosti govoriti o uzročno – posljedičnim vezama između varijabli.

Korelacije između prediktorskih varijabli su umjereno visoke, a neke su i značajne, pa ih je kod donošenja zaključaka potrebno uzeti u obzir.

Uloga ovakvih istraživanja je otkrivanje važnih odrednica u nastanku i održavanju teških psihijatrijskih poremećaja – poremećaja hranjenja, koji danas poprimaju sve veće razmjere i zahvaćaju sve mlađe generacije. Na taj se način olakšava njihova prevencija i liječenje.

7. ZAKLJUČAK

Ispitivanjem indeksa tjelesne mase i osobina ličnosti kao mogućih prediktora u nastanku poremećaja hranjenja na uzorku od 491 studentice, došli smo do zaključka da su indeks tjelesne mase, neuroticizam i ekstroverzija dobri prediktori nastanka bulimije nervoze.

Dakle, ako negativnom afektivitetu, kao osnovi neuroticizma, pridružimo visok indeks tjelesne mase i ekstroverziju, jedan od ishoda može biti bulimija.

Što se tiče osobina ličnosti - otvorenosti ka iskustvu, ugodnosti i savjesnosti, u ovom istraživanju nisu se pokazali značajnim prediktorima u bulimije.

9. LITERATURA

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 (Četvrto izdanje)*. Jastrebarsko: Naklada Slap

Anton, S. i Knežević, M. Z. (1996). *Anorexia nervosa*. Zagreb: Socijalna psihijatrija, 24, (4); 155 – 161

Brookings J. B. i Wilson, J. F. (1994). *Personality and family – environment predictors of self – report eating attitudes and behaviors*. Journal of Personality Assessment, 63 (2); 313-326.

Brownell, K. D. i Fairburn, C. G. (1995). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.

Costa, P. T. i McRae, R. R. (1992). *NEO-PI-R: Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Davidson G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Fairburn C. G., Cooper, P. J. i O'Connor, M. (1985). *The Significance of Neurotic Symptoms of Bulimia Nervosa*. Journal of Psychiatric Resources, 19, (2); 135-140.

Geissler, T. i Kelly, I. W. (1994). *Bulimic Symptomatology and Personality Factors in a Nonclinical Sample: a replication*. Psychiatric Rep. 75, (1); 224-226.

Grubišić, I. (2002). *Depresivnost i perfekcionizam kod srednjoškolaca. Diplomski rad*.

Rijeka: Filozofski fakultet

Jenzen, B. L., Saklofske, D. H. i Kelly, I. W. (1993). *Personality and Bulimic Symptomatology*. Journal of Clinical Psychology, 49 (5); 649-653.

Marušić, I., Bratko, D. i Eterović, H. (1996). *A contribution to the cross – cultural replicability of the five – faktor personality model*. Review of Psychology, 3,(1-2); 23-35.

Perwin, L. A. (1990). *Handbook of Personality – Theory and Research*.
New York: The Guilford Press.

Pokrajac – Bulian, A. (1997/98). *Adaptacija i prikaz značajki upitnika za ispitivanje sindroma bulimije*. Psihologijske teme,6, 79 – 90.

Pokrajac – Bulian, A. (1998). *Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji*. Zagreb: Društvena istraživanja, 7 (4-5); 581-601.

Pokrajac – Bulian, A. (2000). *Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja*. Doktorska disertacija.
Zagreb: Filozofski fakultet.

Vidović, V. (1994). *Doživljaj tijela u anoreksiji i bulimiji*.
Zagreb: Medicinska naklada.

Vidović, V. (1998). *Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*. Zagreb: 4P Biblioteka časopisa "Psiha".

Wiggins, J. S. (1996). *The Five – Factor Model of Personality: Theoretical Perspectives*.
New York: The Guilford Press.

10. PRILOG

Tablica 1. Prikaz rezultata faktorske strukture BULIT -22 testa na uzorku studentica (N= 226) (prema Pokrajac–Bulian, 1997/98.).

Redni broj čestice	F1	F2	F3
18.	.85		
14	.84		
9.	.79		
11.	.63	.36	
17.	.57		
16.	.48		
8.	.47		
13.	.47		
1.		.70	
12.		.67	
15.		.60	
3.		.58	
5.		.56	
7.		.54	
22.		.52	
2.		.46	
4.		.46	
20.		.39	
19.			.86
10.			.71
6.			.56
21.			.41
<i>Eigen vrijednosti</i>	6.47	1.76	1.46
<i>Postotak objašnjene varijance</i>	29.4	8.0	6.6

Tablica 2. Prikaz rezultata korelacijske analize na podacima sudionica (N=491) na svih pet dimenzija ličnosti Upitnika ličnosti NEO-PI-R, mjere Indeksa tjelesne mase i Upitnika bulimičnih simptoma BULIT-22

	NE	EKS	OTV	UG	SAV	ITM	BUL
NE		-.435**	-.064	-.048	-.398**	.126**	.364**
EKS			.367**	-.138**	.170**	-.068	.009
OTV				.014	-.015	-.040	.065
UG					.040	.010	-.112*
SAV						-.182**	-.187**
ITM							.411**
BUL							

** statistički značajna povezanost ($p < 0.01$) * statistički značajna povezanost ($p < 0.05$)