

Karakteristike ličnosti kod različitih tipova poremećaja ishrane

*Dušanka Đurović*¹

Departman za psihologiju, Državni univerzitet u Novom Pazaru

Dragan Mitrović

Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Cilj ovog istraživanja jeste utvrđivanje razlika u osobinama ličnosti kod tri tipa poremećaja u ishrani. Uzorak čini 90 osoba ženskog pola, uzrasta od 12 do 24 godine, koje su se obratile za pomoć nekoj od zdravstvenih ustanova u Vojvodini zbog poremećaja ishrane. Uzorak je podeljen u tri grupe ispitanika: anoreksije restriktivnog tipa (N=32), anoreksije bulimičnog tipa (N=28) i bulimije (N=30). U istraživanju su korišćeni sledeći instrumenti: Upitnik opštih podataka, Upitnik poremećaja ishrane i Multidimenzionalni upitnik ličnosti. Rezultati istraživanja pokazuju da anoreksija restriktivnog tipa, anoreksija bulimičnog tipa i bulimija, po osobinama ličnosti i načinu ispoljavanja poremećaja, predstavljaju tri različita klinička sindroma, sa specifičnim osobinama ličnosti. Najizraženije crte ličnosti kod osoba sa anoreksijom restriktivnog tipa jesu Kontrola i Izbegavanje opasnosti, za pacijentkinje sa anoreksijom bulimičnog tipa karakteristične crte su Alijenacija, Socijalna bliskost i Socijalna potencija, uz nisku Kontrolu, dok osobe sa bulimijom karakteriše naglašena crta Apsorpcije. Dobijeni rezultati diskutovani su u kontekstu specifične strategije terapijskog pristupa za svaki od tri tipa poremećaja ishrane.

Ključne reči: anoreksije restriktivnog tipa, anoreksije bulimičnog tipa, bulimije, dimenzije ličnosti

Uvod

Mentalno uslovljeni poremećaji ishrane – među kojima su najpoznatiji anoreksija (*Anorexia nervosa*) i bulimija (*Bulimia nervosa*) – predstavljaju ozbiljne i kompleksne poremećaje psihološkog i fiziološkog funkcionisanja organizma. Pacijenti u kliničkoj slici (ponašanju) pokazuju opsesiju hranom, izgledom i težinom do tog stepena, da su u stanju da ugroze svoje zdravlje, prekinu socijalne relacije i uobičajene dnevne aktivnosti. Ukoliko su duži period bez tret-

1 Adresa za korespondenciju: djurovicdusanka@gmail.com

mana, osobe sa ovim poremećajima pokazuju česte oscilacije raspoloženja, uočljive patološke promene na telu i organima, a mogući su i smrtni ishodi.

U desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i uzroka smrti (WHO, 1992) poremećaji ishrane svrstani su u dve pomenute osnovne kategorije. Međutim, nešto kasnije nastala klasifikacija američke psihijatrijske asocijacije (APA, 1994), DSM-IV, govori o tri tipa poremećaja u ishrani: anoreksiji nervozi, bulimiji nervozi i atipičnim poremećajima u ishrani, pri čemu ta klasifikacija po prvi put govori o anoreksiji nervozi kao o specifičnom kliničkom sindromu i smatra da je u dijagnostici i terapiji opravdano insistirati na razlikovanju dva podtipa: anoreksiji restriktivnog tipa i anoreksiji bulimičnog tipa.

Autori koji se bave etiologijom poremećaja ishrane slažu se da postoji značajan uticaj psiholoških faktora i njihovo učešće u nastanku i održavanju ovog poremećaja. Kao jedan od glavnih argumenata koji ide u prilog ovom stavu navodi se veća uspešnost psiholoških tretmana u odnosu na ostale, posebno tretmane medikamentima. Većina modela etiologije poremećaja ishrane stoji na stanovištu da kombinacija psiholoških faktora i osobina ličnosti koje ističu neki teoretičari (npr. Vitousek i Manke, 1994) nije ništa manje značajna od kombinacije genetskih i porodičnih faktora za koje se pokazalo da učestvuju u nastanku anoreksije i bulimije (Bulik, Sullivan, Wade i Kendler, 2000; Treasure i Holland, 1995). Iako se većina kliničara slaže u tome da su psihološki faktori presudni u tretmanu poremećaja ishrane (Đurović, 2003), pitanje koje se nužno nameće jeste – koji su to psihološki faktori za koje možemo tvrditi da su značajniji od drugih i da doprinose uspešnosti tretmana. Zabrinutost za fizički izgled i strah od dobijanja na telesnoj težini pokazuju sve grupe poremećaja ishrane. Taj podatak odražava osnovnu psihopatološku karakteristiku osoba sa tim poremećajem – prenaplašavanje značaja izgleda i težine, koji prati strah od dobijanja u težini, pri čemu težnja za mršavim telom determiniše specifično patološko ponašanje (Fairburn, Welch, Doll, Davies i O'Connor, 1997). Meta-analize pokazuju da stres, određene osobine ličnosti, slika o sebi i načini ispoljavanja i regulisanja emocija predstavljaju glavne psihološke mehanizme koji utiču na pojavu i održavanje kompleksnih poremećaja ishrane (Bulik i sar., 2000).

Doprinos karakteristika ličnosti u etiologiji anoreksije i bulimije može se posmatrati s više aspekata. Ličnost se najčešće tretira kao predisponirajući faktor u nastanku poremećaja ishrane. Pored toga, određeni sklop ličnosti može se posmatrati kao moderator određenog tipa poremećaja ishrane i čini-lac koji doprinosi pojavi komplikacija i dužini trajanja poremećaja (Wonderlich, 1995). Najzad, u literaturi se mogu pronaći i istraživanja koja kao polaznu osnovu uzimaju osobine ličnosti i posmatraju ih kao suštinski etiološki faktor za nastanak anoreksije i bulimije (Wilfley i Rodin, 1995).

U poslednjih 20 godina pokrenut je veliki broj istraživanja čiji je cilj bio utvrđivanje veze između karakteristika ličnosti i poremećaja ishrane. Ta istraživanja javila su se kao reakcija na pojavu velikog broja teorijskih modela koji su ukazivali na značaj premorbidnih crta ličnosti u etiologiji, simptomatologiji i održavanju poremećaja ishrane. Vitousek i Manke (1994) objavili su pregled radova u

kojima se odnos personalnih varijabli i poremećaja ishrane ispituje u kontekstu različitih podtipova poremećaja ishrane – anoreksije nervoze restriktivnog tipa, anoreksije nervoze bulimičnog tipa i bulimije nervoze. To je bio prvi pokušaj ukazivanja na značaj personalnih karakteristika kod tih poremećaja i pokrenuo je brojna istraživanja u toj oblasti, a pritom je ukazao na značaj crta u nastanku, kliničkom ispoljavanju, ali i prognozi i tretmanu poremećaja ishrane.

Za razliku od kliničara koji poremećaje ishrane posmatraju fenomenološki ili psihodinamski, što znači da u individualnom slučaju tragaju za simptomima, sindromima, naglašenim osobinama i bihevioralnim manifestacijama koje ih razlikuju od „normalnih” i od drugih tipova psiholoških poremećaja, personolozi pokušavaju da otkriju „strukturu” ličnosti i „tipove” ličnosti. U tom kontekstu, različiti autori koriste različite termine kojima opisuju karakteristike ličnosti i različite instrumente kojima mere prisustvo tih karakteristika – u skladu sa svojim teorijskim konceptima. To, naravno, otežava komparaciju ideja i doводи do dupliranja termina koji najčešće opisuju isti ili veoma sličan fenomen.

Jedan od najčešće korišćenih personoloških modela u proučavanju poremećaja ishrane jeste Tellegenov model ličnosti i njegov upitnik MPQ (1982). Istraživanja koja su imala za cilj ispitivanje razlika među podtipovima poremećaja ishrane, a koristila su taj model ličnosti, pokazala su uočljive razlike između anoreksije i bulimije, kao i razlike u okviru podtipova anoreksije. Osobe sa dijagnozom anoreksije restriktivnog tipa pokazuju veći stepen izraženosti na dimenziji Kontrole (sklone su razmišljanju, oprezne, pažljive) u odnosu na osobe sa bulimijom nervozom kod kojih je uočena izraženija crta impulsivnosti koja se sreće i kod anoreksije bulimičnog tipa (Pryor i Wiederman, 1996). Na našoj populaciji, do sada nisu rađena istraživanja koja su koristila Telegenov model.

Kliničko i istraživačko iskustvo ukazuje da pored osobina koje su zajedničke za sve oblike poremećaja ishrane, osobina koje su zajedničke za obe grupe anoreksija, kao i osobina koje su zajedničke za anoreksije bulimičnog tipa i bulimije, takođe postoje i sasvim specifične karakteristike ličnosti za svaki od tri tipa poremećaja ishrane. Kao što je ranije nagovešteno, karakteristike ličnosti pokazale su se kao veoma značajni faktori prihvatanja tretmana, kao moderatori toka terapije i kao činioци ishoda terapijskog postupka. S obzirom na značajne razlike u incidenciji i patoplasticitetu poremećaja ishrane, koje se javljaju u različitim kulturama (Ritenbaugh, Shisstak, Teufel, Leonard-Green, & Prince, 1993), bilo je važno istražiti sličnosti i razlike u osobinama ličnosti između sva tri tipa poremećaja u ishrani i u našoj populaciji.

Metod

Uzorak

Uzorak čini 90 osoba ženskog pola, uzrasta od 12 do 24 godine koje su se obratile za pomoć nekoj od zdravstvenih ustanova Vojvodine zbog poremećaja ishrane. Uzorak je podeljen u tri grupe ispitanika: anoreksije restriktivnog tipa (N=32), anoreksije bulimičnog tipa (N=28) i bulimije (N=30).

Kao kriterijum za razvrstavanje u grupe i selekcionisanje bila je uputna dijagnoza. Ona je dodatno proveravana upitnikom koji je konstruisan za ove potrebe i koji je analizirao ključne stavke za razvrstavanje u grupe na osnovu DSM-IV dijagnostičkih kriterijuma. Osnovni kriterijum uključivanja u grupu anoreksija restriktivnog tipa bio je Indeks telesne mase (*Body Mass Index* – BMI). Najniži Indeks telesne mase, u rasponu od 15 do 17, nalazimo kod pacijentkinja u grupi anoreksija restriktivnog tipa (prosečan BMI=16,3), kod anoreksija bulimičnog tipa raspon je od 15 do 18 (prosečan BMI=16,4), dok je kod bulimičnih pacijentkinja daleko veći u odnosu na obe grupe i kreće se u rasponu od 20 do 27 (prosečan BMI=22,3).

Distribucija BMI u okviru kliničke grupe u skladu je sa DSM IV klasifikacijom bolesti koja kao jedan od kriterijuma ističe telesnu masu očekivanu za uzrast i visinu. Prema klasifikaciji Indeksa telesne mase, anoreksije restriktivnog tipa i anoreksije bulimičnog tipa imaju rezultat BMI umereno ispod proseka, što bi značilo da su u kategoriji pothranjenih. Bulimije sa prosečnim Indeksom telesne mase od 22,3 imaju prosečnu telesnu masu, što je u skladu s karakteristikama samog poremećaja, jer one nisu nužno gojazne, nego imaju doživljaj da imaju prekomernu telesnu težinu i žele da je smanje.

Instrumenti

Upitnik opštih podataka imao je funkciju prikupljanja podataka o dijagnozi poremećaja, podacima o telesnoj težini i visini (BMI), uzrastu, kao i drugim socio-demografskim pokazateljima.

Upitnik poremećaja ishrane (Đurović, 2011) korišćen je za selekciju pacijentkinja po dijagnostičkim podgrupama poremećaja ishrane, budući da sama dijagnoza često nije sasvim tačna ili dovoljna. Konstruisan je prema DSM-IV kriterijumima i sastoji se od 15 pitanja sa četvorostepenom skalom za odgovore koji se dotiču stavova prema telesnom izgledu i načinu ishrane.

Multidimenzionalni upitnik ličnosti je konstruisan na principima Tellege-novog modela ličnosti i upitnika (Tellegen, 1982), kao samoopisni instrument. Sastoji se od 155 ajtema koji predstavljaju opise ponašanja i doživljavanja čiji se sadržaj odnosi na skale upitnika. Svi ajtemi su u binarnom formatu, a ispitanici imaju mogućnost izbora T/N (ukoliko se iskaz odnosi na njega ili ne odnosi na njega) i A/B (pri izboru između dve ponuđene opcije). MUL meri 11 primarnih dimenzija: Apsorpciju, Postignuće, Agresiju, Alijenaciju, Kontrolu, Izbegavanje opasnosti, Socijalnu bliskost, Socijalnu potenciju, Reakciju na stres, Tradicionalizam i Zadovoljstvo životom. Na prethodnoj proveru na 100 studenata psihologije, upitnik je pokazao zadovoljavajuću pouzdanost (Cronbach alfa = 0.82).

Statistička analiza podataka

Podaci su obrađeni primenom Analize varijanse. Post-hoc analiza urađena je pomoću Tukey testa. Obrada podataka rađena je u statističkom programu STATISTICA.

Rezultati

Razlike između grupa testirane su Analizom varijanse u odnosu na dobijene faktorske skorove glavnih komponenata za svaku od 11 crta koju MUL meri (Tabela 1).

Tabela 1. Rezultati Analize varijanse na dimenzijama MUL

Dimenzija	Grupa	AS	SD	F(2,87)	p
Apsorpcija	Anoreksija – restrikt.	-,6093	,9895	12,375	0,000
	Anoreksija – bulimič.	,2408	,8999		
	Bulimija	,5191	,8975		
Postignuće	Anoreksija – restrikt.	,2901	,8102	0,472	0,624
	Anoreksija – bulimič.	,1273	1,190		
	Bulimija	,0650	,8024		
Agresivnost	Anoreksija – restrikt.	-,0571	1,162	3,979	0,067
	Anoreksija – bulimič.	,4598	,6950		
	Bulimija	-,0747	,9043		
Alijenacija	Anoreksija – restrikt.	-,4064	,7628	8,029	0,000
	Anoreksija – bulimič.	,4914	1,013		
	Bulimija	,0645	,8257		
Kontrola	Anoreksija – restrikt.	,4648	,6446	7,240	0,001
	Anoreksija – bulimič.	-,3768	1,073		
	Bulimija	,1719	,8455		
Izbegavanje opasnosti	Anoreksija – restrikt.	-,5588	,8309	7,945	0,000
	Anoreksija – bulimič.	,2747	1,002		
	Bulimija	,3992	1,228		
Socijalna bliskost	Anoreksija – restrikt.	-,3386	,7257	9,470	0,000
	Anoreksija – bulimič.	,5963	1,294		
	Bulimija	,2273	1,018		
Socijalna potencija	Anoreksija – restrikt.	-,6076	,8954	9,850	0,000
	Anoreksija – bulimič.	,4379	1,199		
	Bulimija	,1915	,7644		
Reakcija na stres	Anoreksija – restrikt.	,3247	,7639	3,201	0,089
	Anoreksija – bulimič.	,2660	,6396		
	Bulimija	,6582	,4849		
Tradicionalizam	Anoreksija – restrikt.	,1072	,7102	3,925	0,072
	Anoreksija – bulimič.	,1741	,5976		
	Bulimija	-,4878	1,240		
Zadovoljstvo životom	Anoreksija – restrikt.	,2867	,7999	8,921	0,000
	Anoreksija – bulimič.	-,5627	1,124		
	Bulimija	-,5803	,8340		

Lako prihvatanje stimulusa iz okruženja, otvorenost za čulne opažaje i maštovita iskustva (Apsorpcija) statistički su značajno niže kod osoba sa anoreksijom restriktivnog tipa u odnosu na ostale dve grupe ispitanica ($p < .01$). Između pacijentkinja sa anoreksijom bulimičnog tipa i pacijentkinja sa bulimijom nije nađena statistički značajna razlika.

Nije pronađena statistički značajna razlika između grupa iz uzorka u pogledu uživanja u zahtevima posla i pretpostavljanju poslovnog uspeha svim ostalim životnim stvarima (Postignuće). Objašnjenje za takav rezultat možda bi se moglo potražiti u uzrasnoj kategoriji ispitanica koje čine uzorak. Naime, prosečan uzrast ispitanog uzorka je 19 godina i 2 meseca i većina ispitanica je još u procesu školovanja, bez jasnog profesionalnog angažmana.

Doživljaj sebe kao osvetoljubive osobe, sklone da uznemirava druge i fizički povredi nekog zarad sopstvene koristi (Agresivnost) najizraženija je kod pacijentkinja sa anoreksijom bulimičnog tipa, ali razlika u odnosu na ostale dve grupe nije statistički značajna.

Najveći stepen nepoverenja u druge ljude i njihove namere, praćeno doživljajem da ih drugi ljudi loše procenjuju (Alijenacija), pokazuju pacijentkinje sa anoreksijom bulimičnog tipa. Između osoba sa anoreksijom restriktivnog tipa i anoreksijom bulimičnog tipa postoji statistički značajna razlika u stepenu poverenja u druge ljude ($p < .01$), i to je jedina statistički značajna razlika između grupa.

Naglašena kontrola, sklonost razmišljanju i opreznost (Kontrola) osobine su koje karakterišu osobe koje se nalaze u grupi anoreksija restriktivnog tipa. Razlike u stepenu ispoljenosti tih osobina pokazale su se kao statistički značajne između tih grupa i anoreksija bulimičnog tipa ($p < .01$), dok ostale razlike između grupa nisu značajne.

Opreznost, sigurnost i sklonost da se biraju situacije i aktivnosti koje ne dovode osobu u opasnost (Izbegavanje opasnosti) osobine su koje osobe sa anoreksijom restriktivnog tipa značajno razlikuju u odnosu na ostale grupe ($p < .01$).

Socijalnost i srdačnost u odnosima sa ljudima (Socijalna bliskost) značajno su najveće kod osoba sa anoreksijom bulimičnog tipa. Razlika između te grupe u odnosu na anoreksije restriktivnog tipa statistički je značajna ($p < .01$), dok ostale razlike između grupa nisu statistički značajne.

Energičnost, odlučnost i spremnost da utiče na druge ljude (Socijalna potencija) statistički su značajno niže ($p < .01$) kod pacijentkinja sa anoreksijom restriktivnog tipa u odnosu na ostale dve grupe. No, ovaj rezultat mora se posmatrati u svetlu činjenice da su ove pacijentkinje u akutnoj fazi bolesti preokupirane svojim simptomima i orijentaciji na mršavost i zbog toga su sklone povlačenju iz socijalne sredine.

Ranjivost, osetljivost, sklonost brigama i čestim promenama raspoloženja (Reakcija na stres) karakteristične su za sve tri kliničke grupe podjednako. Činjenica da je njihov skor značajno viši od prosečnog skora dobijenog na prigodnom uzorku studenata na kojem su testirane psihometrijske osobine instrumenta (-,55) govori da je ova osobina podjednako (visoko) zastupljena kod sve tri grupe ispitanica.

Razlike u zalaganju za visoke moralne standarde i poštovanje religijskih standarda i vrednosti (Tradicionalizam) nisu se pokazale kao statistički značajne između grupa iz uzorka.

Zadovoljstvo životom, ispunjenost i usklađenost života sa svojim ciljevima statistički je značajno veća kod osoba sa anoreksijom restriktivnog tipa u odnosu na ostale dve grupe ($p < .01$). Ilustraciju ovakvog ponašanja imamo u kliničkoj praksi, gde one, i pored niske telesne težine, gubitka menstruacije i iscrpljenog organizma, odbijaju odlazak kod lekara i ne žele ništa da menjaju. Za razliku od njih, kod anoreksija bulimičnog tipa i bulimija nezadovoljstvo životom i neraspoloženje statistički je značajno više.

Diskusija

Epidemiološka istraživanja ukazuju na to da je tokom XX veka uočen porast učestalosti anoreksije i bulimije u adolescenciji, sa izraženom tendencijom javljanja u sve mlađem uzrastu, tako da se uzrasna granica opasno spušta na uzrast 11–13 godina (Dowshen i Versteeg, 2005). U našem uzorku najmlađa pacijentkinja ima samo 12 godina. To je podatak koji ne samo da potvrđuje epidemiološke rezultate već i ozbiljno upozorava, kad se ima u vidu kompleksnost poremećaja i njegov mogući smrtni ishod.

Iako ne spada u dimenzije ličnosti, podatak iz opšteg upitnika koji se odnosio na zadovoljstvo izgledom i težinom veoma je zanimljiv jer govori o dinamici patologije kod pacijentkinja iz različitih grupa. Najzadovoljnije svojim izgledom i težinom jesu najmršavije devojke iz uzorka grupe anoreksija restriktivnog tipa (neverovatnih 100% je apsolutno zadovoljno izgledom!). I pored toga što su, sa medicinskog aspekta, pothranjene i sa indeksom telesne mase koja je opasna po njihovo zdravlje, pa čak i po život, one samozadovoljno izjavljuju „Moja telesna težina je idealna”. S druge strane, najmanji stepen zadovoljstva izgledom i težinom pokazale su bulimične pacijentkinje (svega 10%). Treba napomenuti da bulimične pacijentkinje imaju normalnu telesnu težinu (njihov BMI je u kategoriji normalno uhranjenih), a naglašeno nezadovoljstvo izgledom može se objasniti psihološkom karakteristikom samog poremećaja koja čini da devojke s bulimijom imaju nerealnu sliku tela, praćenu željom za određenim izgledom i težinom (Fairburn i sar., 1997). Dakle, nezadovoljstvo telom ne predstavlja rezultat objektivne procene, već proizilazi iz njihove nerealne slike tela i želje da ono bude drugačije (mršavije), što ih tera da preduzimaju korake ka smanjenju težine.

Prethodna istraživanja u kojima je primenjen Tellegenov model ličnosti ukazala su na uočljive personalne razlike između anoreksije i bulimije, kao i na razlike u okviru podgrupa anoreksije (Pryor i Wiederman, 1996), što se potvrdilo i u našem uzorku.

Osobe sa dijagnozom anoreksije restriktivnog tipa ostvaruju najviše skorove na dimenzijama Kontrole (sklone su razmišljanju, oprezne, pažljive) i Izbegavanju opasnosti (opreznost, sigurnost i sklonost da se biraju situacije i aktivnosti koje ne dovode osobu u opasnost). Stepenn izraženosti tih crta kod pacijentkinja sa anoreksijom restriktivnog tipa značajno je veći u odnosu na ostale dve grupe iz uzorka. Dobijeni visoki skorovi na tim dimenzijama u skladu su sa prethodnim istraživanjima koja su kao glavne personalne karakteristike anoreksija restriktivnog tipa isticala naglašenu kontrolu i sklonost oprezu (Fahy i Eiseler, 1993).

U kontekstu simptomatologije poremećaja, naglašena crta Kontrole može da objasni spremnost pacijentkinja sa anoreksijom restriktivnog tipa na sistematsko smanjivanje unosa hrane (trpljenje gladi i zanemarivanje senzacija koje dolaze iz stomaka, te brojne somatske tegobe), kao i iscrpljujuće svakodnevno vežbanje, što je sve u funkciji ostvarenja cilja – kontrole telesne težine i izgleda. U terapijskom kontekstu, naglašenost crte Kontrole može se iskoristiti za promenu cilja – umesto svakodnevnog gubljenja težine može im se ponuditi kontrola minimalne težine koja neće biti zdravstveno ugrožavajuća.

Crta Izbegavanje opasnosti upućuje na opreznost, sklonost da se izbegavaju situacije koje se procenjuju kao opasne i ugrožavajuće. Naglašenost te crte mogla bi se pripisati njihovoj vulnerabilnosti i strahu, odnosno nespremnosti za suočavanje s potencijalnim senzacijama koje dolaze iz okoline. U psihološkom smislu, okupiranost ponašanjem u funkciji kontrole težine predstavlja za njih način odbrane od spoljašnjeg sveta koji se doživljava kao ugrožavajući.

Zanimljiv je podatak da je nivo Zadovoljstva životom značajno viši kod osoba sa anoreksijom restriktivnog tipa u odnosu na druge dve grupe. Zadovoljstvo životom jeste crta ličnosti koja podrazumeva doživljaj osobe da je ispunjena i da živi život u skladu s postavljenim ciljevima. Svakodnevnom gubitkom u telesnoj težini osobe sa anoreksijom restriktivnog tipa ostvaruju svoj cilj. Naglašenost ove crte objašnjava njihovo ponašanje tokom terapije, kada one, i pored niske telesne težine, gubitka menstruacije i iscrpljenog organizma, odbijaju pomoć i ne žele ništa da menjaju. Ukoliko su prinuđene na hospitalizaciju, ne saraduju, tako da je za terapeuta rad sa anoreksijama veoma frustrirajući, jer se ogromnim trudom postižu samo mali efekti. Terapijskim radom na disfunkcionalnim mislima vezanim za izgled može da se ponudi šansa za prihvatanje sebe i otvaranje perspektiva za usvajanje drugih vrednosti i potencijalnih izvora životnih zadovoljstava.

Alijenacija, Socijalna bliskost i Socijalna potencija pokazale su se najizraženije kod devojaka sa anoreksijom bulimičnog tipa, u poređenju sa ostalim grupama iz uzorka. Visok stepenn nepoverenja u druge ljude i njihove namere, koje je praćeno doživljajem da ih drugi ljudi loše procenjuju, uz naglašenu potrebu za prikazivanjem u najboljem svetlu i željom da budu prihvaćene, predstavljaju suštinske osobine pacijentkinja sa anoreksijom bulimičnog tipa.

Razlika u stepenu ispoljenosti tih crta statistički je značajno veća u poređenju s pacijentkinjama sa anoreksijom restriktivnog tipa, dok se u odnosu na pacijentkinje s bulimijom nije pokazala značajna razlika. Naglašeni set crta ličnosti kod anoreksija bulimičnog tipa koje pokazuju njihovu orijentaciju prema ljudima, otvorenost za kontakte i srdačnost u odnosima (uz već pomenutu nisku kontrolu impulsa) značajno ih razlikuje od anoreksija restriktivnog tipa koje tokom trajanja poremećaja prekidaju socijalne kontakte, bez potrebe i želje za uspostavljanjem novih. To, međutim, daje šansu da se iskoristi svojevrsni socijalni pritisak hospitalne sredine i šansu da one, prihvatanjem poruka i prekora koji dolaze od terapeuta, prihvate ponašanja koja u početku neće biti u skladu sa do tada ustaljenim sistemom vrednosti koji se tiče izgleda i težine, čime bi se ubrzao terapijski proces.

Kod osoba sa anoreksijom bulimičnog tipa postoji spremnost na reagovanje na signale iz okoline koji se tiču izgleda i težine, kao i reakcija na pozitivna potkrepljenja koja stižu kada je postignut napredak (sugestije od okoline kako je dobro smršala). Međutim, niska Kontrola uz izraženu Apsorpciju doprinose da one ne mogu da se odupru senzacijama iz okoline i tada pojedju veću količinu hrane od predviđene. Izražen strah od loše procene okoline, ako ne ispunjava očekivanja koja se odnose na mršavo telo, praćen potrebom za prikazivanjem sebe u što povoljnijem svetlu i odražavanje stava „Ja to mogu”, čine da one, da bi redukovale težinu i ostvarile željeni izgled, pribegavaju najbržim i najdostupnijim mehanizmima za brzu eliminaciju unete hrane. To su povraćanje, laksativi i iscrpljujuća vežbanja. Zanimljivo je da takva kombinacija crta utiče i na proces terapije tokom koje se anoreksije bulimičnog tipa ponašaju različito u odnosu na ostala dva poremećaja. Naime, u terapijskom radu one, s jedne strane, kriju da povraćaju ili da koriste laksative, jer ne žele da pokažu „slabost” pred drugima, a, s druge strane, imaju strah da će biti otkrivene, jer, iako loši, povraćanje i laksativi predstavljaju najlakši i najbrži način za eliminaciju unetog i olakšavaju ostvarenje cilja koji se odnosi na mršavo telo. To se najbolje uočava u terapijskom procesu tokom kojeg one negiraju sklonost kompenzatornim ponašanjima, a eventualna hospitalizacija i insistiranje na prekidanju povraćanja i intenzivnom vežbanju za njih predstavlja frustraciju do te mere da žele da odustanu od terapije.

Kod bulimičnih devojaka najizraženija crta ličnosti jeste Apsorpcija. Apsorpcija ukazuje na spremnost osobe da lako prihvata stimuluse iz okruženja, kao i i na to da je otvorena za čulne opažaje i maštovita iskustva. Razlika u ispoljenosti ove crte pokazala se značajnom u odnosu na osobe sa anoreksijom restriktivnog tipa. Za razliku od pacijentkinja sa anoreksijom restriktivnog tipa, osobe iz grupe bulimija manje su oprezne i spremne su na lako ulaženje u situacije koje mogu da ih dovedu u opasnost, uz naglašenu spremnost za reagovanje na sadržaje iz okoline. To pokazuje da su devojke iz grupe bulimija sklone da brzo i bez mnogo planiranja ili razmišljanja reaguju na signale iz okruženja, koje doživljavaju kao signale moguće nagrade, kao i da reaguju bez razmatranja moguće kazne ili gubitka nagrade, što pokazuju i druga

istraživanja (Diaz-Marsa, Carrasco i Saiz, 2000). Naglašenost te crte najbolje se uočava u spremnosti bulimičnih pacijentkinja na zloupotrebu psihoaktivnih supstanci ili nekih drugih oblika rizičnih ponašanja (Garfinkel, 1995).

Naglašena Apsorpcija, koju prati i nisko izražena Kontrola, doprinosi da bulimične osobe iznenada donesu odluku da se prejedu, a nakon toga se is-povraćaju, ne razmišljajući o mogućim telesnim, fizičkim i psihičkim posledicama i eventualnim rizicima po zdravlje (Fahy i Eiseler, 1993). U svakodnevnom životu one to opisuju ovako: kada dođu u kontakt s hranom, iznenada dobiju impuls da pojedu veće količine nego što im je potrebno, nakon toga javlja se strah od dobijanja u telesnoj težini, a, kao posledica straha, javlja se spremnost na povraćanje i eliminaciju, jer im se to u određenom momentu učini kao najlakši način da „izbace višak”. Postoji svest o tome da takvo ponašnje nije prihvatljivo i one ga kriju od okoline. Bulimične pacijentkinje, za razliku od pacijentkinja sa anoreksijom restriktivnog tipa, svesne su problema koji imaju, samoinicijativno traže pomoć, pokazuju želju i motivaciju da prestanu sa kompenzatornim ponašanjima tipa prejedanja i povraćanja, iako to ponekad nije dovoljno da bi se postigao uspeh. One otvoreno govore o svojim problemima prejedanja i povraćanja, muči ih osećanje krivice, osećaju da su neefikasne, imaju problem sa koncentracijom i traže stručnu pomoć za prevazilaženje osećanja neprijatnosti. Pacijentkinje s bulimijom pokazuju najmanju spremnost da planiraju i samostalno preduzimaju mere u cilju prevladavanja neprijatnosti nakon stresnog događaja. Iz tog razloga potrebno je primeniti tehniku strukturiranja dnevnih aktivnosti i vođenja Dnevnika zadovoljstva, kako bi se one navele da tragaju za drugačijim izvorima zadovoljstva. Terapija mora biti jasno strukturirana u malim koracima, uz neprekidan oprez, jer je za bulimije karakteristična impulsivnost i spremnost na reagovanje na izazove iz spoljnog sveta, što lako može dovesti do relapsa.

Ranjivost, osetljivost, sklonost brigama i čestim promenama raspoloženja pokazuju sve tri grupe. Visok skor sugeriše da su u pitanju osobe koje su uglavnom nervozne, ranjive, osetljive, sklone brigama, lako se uznemire i razdražljive su. Osobe sa izraženim skorom na crti Reakcija na stres ispoljavaju tendenciju ka čestoj promeni raspoloženja i naglašenom osećanju krivice. Naglašenost te crte kod sve tri grupe pokazuje da, pored brojnih somatskih tegoba, osobe s poremećajem ishrane imaju i ozbiljne psihološke probleme. Činjenica o kojoj moramo voditi računa jeste ta da smo navele podatke dobili od pacijentkinja u akutnoj fazi poremećaja, kada su one iscrpljenje brojnim somatskim komplikacijama koje nesumnjivo doprinose psihološkim problemima i doživljaju iscrpljenosti, preosetljivosti, nervozi i ranjivosti.

Zaključak

Rezultati pokazuju zasnovanost DSM-IV klasifikacije poremećaja ishrane koja (za razliku od klasifikacije u ICD-10 koja ovu grupu deli samo na anoreksije i bulimije) govori o tri različita klinička sindroma: anoreksiji restriktiv-

ativnog tipa, anoreksiji bulimičnog tipa i bulimiji. U našem istraživanju sve tri grupe pokazale su da imaju specifične karakteristike ličnosti koje modeliraju njihovo ponašanje i omogućavaju razvoj i održavanje specifičnih simptoma poremećaja. S obzirom na registrovane različitosti, nameće se neophodnost primene različitih terapijskih strategija i specifični nacrt tretmana za svaki od posmatranih tipova poremećaja ishrane.

Reference

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 2–20.
- Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., & Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352–359.
- Dowshen, S., & Versteeg, E. (2005). *Eating Disorders*. Dostupno na <http://kidshealth.org/index>.
- Đurović, D. (2003). Psihološki i socio-kulturni činioci nastanka i tretmana anorexiae nervosae. *Psihologija*, 36, 89–99.
- Đurović, D. (2011). Psihološki činioci razlika između podtipova poremećaja ishrane. Doktorska disertacija, Univerzitet u Novom Sadu.
- Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193–197.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517.
- Garfinkel, P. E. (1995). Classification and diagnosis of Eating Disorders. In C. Fairburn (Ed.), *Eating disorders and obesity* (pp. 125–135). New York: The Guilford Press.
- Pryor, T., & Wiederman, M. V. (1996) Measurement of nonclinical personality characteristics of woman with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67, 414–421.
- Ritenbaugh, C., Shisstak, C., Teufel, N., Leonard-Green, T. K., & Prince, R. (1993). Eating disorders: A cross-cultural review in regard to DSM-IV. In J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, B. Good, G. Yonson-Powell, K. M. Lin, S. Manson, & D. Parron (Eds.), *Cultural proposals and supporting papers for DSM-IV*. Washington, D. C., American Psychiatric Association.
- Tellegen, A. (1982). *Brief Manual for the Multidimensional Personality Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, Minneapolis.
- Treasure, J. L., & Holland, A. (1995). *The Eating Disorders: Handbook of Theory, Treatment and Research*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147.

- WHO (1992). *Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Geneva: World Health Organisation.
- Wilfley, D. E., & Rodin J. (1995). Drive for thinness in black and white preadolescent girls. *The International Journal of eating disorders*, 18(1) 59–69.
- Wonderlich, S. A. (1995). Personality and eating disorders. In K. D Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity* (pp. 171–176). New York/London: The Guilford Press.

DATUM PRIHVATANJA RADA: 20.01.2013.

Personality Characteristics in Different Types of Eating Disorder

Dušanka Đurović

Department of Psychology, State University of Novi Pazar

Dragan Mitrović

Faculty of Medicine, University of Novi Sad

The aim of the research is to determine personality differences in three types of eating disorders. The sample consisted of 90 female participants aged 12 to 24 that were seeking help from health services/institutions in Vojvodina region. The subjects were divided into 3 groups: restrictive type of anorexia nervosa (32 ss.), binge-eating/purging type of anorexia nervosa (28 ss.) and bulimic group (30 ss.). The following instruments were used in the study: General Information Questionnaire, Eating Disorders Questionnaire and Multidimensional Questionnaire of Personality. The results show that the restrictive type of anorexia nervosa, the binge-eating/purging type of anorexia and bulimia by virtue of personality type and its manifestations are three different clinical syndromes. Dominant personality traits in the restrictive type of anorexia are Control and Avoidance of danger, for the binge-eating/purging type of anorexia the characteristic features are Alienation, Social Closeness and Social Potency, with low Control, while bulimia is characterized by accentuated Absorption. The results are discussed in the context of developing therapeutic strategies for each type of eating disorder.

Keywords: restrictive type of anorexia, binge-eating/purging anorexia, bulimia, personality