Psihološka otpornost i depresija kod osoba oboljelih od anoreksije

Beroš, Katarina

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:111:318395

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
UNIVERSITY OF ZAGREB
CENTER FOR CROATIAN STUDIES

Repository / Repozitorij:

Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI

Katarina Beroš

PSIHOLOŠKA OTPORNOST I DEPRESIJA KOD OSOBA OBOLJELIH OD ANOREKSIJE

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Katarina Beroš

PSIHOLOŠKA OTPORNOST I DEPRESIJA KOD OSOBA OBOLJELIH OD ANOREKSIJE

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: doc.dr.sc. Lovorka Brajković

Zagreb, 2020.

Psihološka otpornost i depresija kod osoba oboljelih od anoreksije

Sažetak:

Anorexia nervosa psihopatološki je entitet s dugom poviješću proučavanja kliničke slike same bolesti, ali i načina liječenja. Kao i u većini psihičkih bolesti, snažan percipitirajući čimbenik u razvoju anoreksije nervoze izloženost je teškim životnim nedaćama. Uspješnost prilagodbe na životne situacije predstavlja psihološku otpornost pojedinca te je potencijalno važan čimbenik u prevenciji i liječenju psihičkih bolesti. Cilj istraživanja je bio ispitati povezanost psihološke otpornosti i depresije s prisutnošću i intenzitetom simptoma anoreksije te ispitati prirodu odnosa ovih varijabli. Istraživanje je provedeno na 68 sudionica pri čemu je klinička skupina od 31 osobe oboljele od anoreksije nervoze ekvivalentno uparena s kontrolnom skupinom prema relevantnim sociodemografskim čimbenicima. Primijenjeni su struktuirani upitnik socio-demografskih podataka, podaci o tretmanu i indeks tjelesne mase, EDI-2, CD-RISC i BDI-II. U istraživanju je utvrđeno da osobe oboljele od anoreksije imaju viši intenzitet depresivnosti te značajno nižu psihološku otpornost u odnosu na kontrolnu skupinu. Osobe koje doživljavaju jači intezitet simptoma poremećaja hranjenja imaju nižu psihološku otpornost. Dodatno, rezultati ukazuju na to da simptom poremećaja hranjenja: neučinkovitost predstavljaja najsnažniji negativni prediktor psihološke otpornosti osoba oboljelih od anorkesije.

Ključne riječi: *anorexia nervosa*, psihološka otpornost, depresija, neučinkovitost

Resilience and depression in patient with anorexia nervousa

Abstract:

Anorexia nervosa is a psychopathological entity with a long history of studying the clinical picture of the disease itself, but also the methods of treatment. As with most mental illnesses, a strong perceiving factor in the development of anorexia nervosa is exposure to severe life adversities. The success of adaptation to life situations represents the psychological resilience of the individual and is a potentially important factor in the prevention and treatment of mental illness. The aim of the study was to examine the association of psychological resistance and depression with the presence and intensity of anorexia symptoms, and to examine the nature of the relationship between these variables. The study was conducted on 68 participants where the clinical group of 31 people with anorexia nervosa was equivalently matched to the control group according to relevant sociodemographic factors. A structured questionnaire of socio-demographic data, treatment data and body mass index, EDI-2, CD-RISC and BDI-II were applied. The study found that people with anorexia have a higher intensity of depression and significantly lower psychological resistance compared to the control group. People who experience a stronger intensity of eating disorder symptoms have lower psychological resilience. In addition, the results indicate that symptom of eating disorders: ineffectiveness is the strongest negative predictors of psychological resistance in people with anorexia.

Key words: anorexia nervosa, psychological resilience, depression, ineffectiveness

Sadržaj

1. Uvod ... 1

1.1 Anoreksija ... 1

1.1.1 Klinička slika ... 1

1.1.2 Dijagnostički kriteriji ... 2

1.1.3 Rizični faktori u nastanku i održavanju anoreksije nervoze ... 3

1.1.4 Terapija ... 4

1.2 Psihološka otpornost ... 5

1.2.1 Definicije ... 5

1.2.2 Psihološka otpornost i tretman ... 7

1.2.3 Intervencije u svrhu promicanja i poboljšanja psihološke otpornosti ... 7

1.2.4 Psihološka otpornost i poremećaj hranjenja ... 8

1.3. Depresija ... 9

1.3.1 Klinička slika ... 9

1.3.2 Povezanost depresije i psihološke otpornosti ... 9

1.3.4 Anoreksija i depresija ... 9

2. Cilj i problemi ... 11

3. Metoda ... 12

3.1 Sudionici ... 12

3.2. Instrumenti ... 13

3.3 Postupak ... 16

4. Rezultati ... 18

5. Rasprava ... 24

5.1 Sociodemografski podaci, podaci o tretmanu i indeks tjelesne mase ... 24

5.2 Simptomatika poremećaja hranjenja ... 26

5.3 Psihološka otpornost i anoreksija ... 26

5.4 Psihološka otpornost i simptomatika poremećaja hranjenja ... 28

5.5 Depresija i anoreksija ... 30

5.6 Depresija i psihološka otpornost ... 31

5.7 Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja ... 31

5.8 Kliničke implikacije istraživanja ... 32

6. Zaključak ... 34

7. Literatura ... 35

1. Uvod

Zapadna kultura danas izjednačava mršavost sa zdravljem i ljepotom stoga nije iznenađujuće da smo u protekla tri desetljeća bili svjedoci porasta poremećaja hranjenja kojima je u osnovi strah od debljanja (Comer, 2012). Međutim, poremećaji hranjenja i pojam gladovanja pratili su čovječanstvo tijekom povijesti. Rituali i pravila ponašanja koja se odnose na hranu potječu još iz starog vijeka. U staroegipatskoj medicini preporučivalo se povraćanje, jer se vjerovalo da ono poboljšava zdravlje. U starom su Rimu postojale posebne prostorije (vomitoriji) u kojima se prejedalo, povraćalo te ponovno uživalo u hrani i piću. Poremećaji hranjenja, ili prema DSM-V poremećaji hranjenja i jedenja, stoljećima su poznati entiteti koji su vremenom mijenjali nazive (Begić, 2011). Možemo ih definirati kao psihijatrijske poremećaje koje karakterizira trajno narušavanje obrazaca hranjenja ili ponašanje u svrhu kontrole tjelesne težine, koje značajno utječe na fizičko zdravlje i psihološko funkcioniranje. Od 0,5 do 1 % ljudi u općoj populaciji ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog poremećaja hranjenja, a čak do 4 % adolescentica pokazuje neki poremećaj hranjenja (Begić, 201).

U klasifikaciji poremećaja dvije su glavne dijagnostičke kategorije: anoreksija i bulimija. Uz navedene, prema podjeli poremećaja hranjenja DSM-IV (APA, 1994) spada i poremećaj hranjenja-neodređen koji podrazumijeva ona stanja u kojima osoba pokazuje ponašanja koja su tipična za poremećaj hranjenja, ali ne zadovoljavaju kriterije niti za anoreksiju niti za bulimiju. U skupinu poremećaja prehrane-neodređeni spada i poremećaj nekontroliranog hranjenja. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) (Svjetska zdravstvena organizacija, 1994, u nastavku SZO) poremećaji hranjenja dijele se na: AN, netipična AN, BN, netipična BN, prejedanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama, povraćanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama, drugi poremećaji uzimanja hrane, poremećaj uzimanja hrane, neodređen.

1.1 Anoreksija

1.1.1 Klinička slika

Anorexia nervosa (u daljnjem tekstu anoreksija) je jedan od češćih poremećaja hranjenja, a osobito je značajan porast oboljelih u zadnjih nekoliko desetljeća. Pojavljuje se u 0,5 do 1 % adolescentnih djevojaka (Begić, 2011, prema Sadock i Sadock, 2003). Prosječna dob u kojoj se pojavljuje je 17 godina (APA, 1994). Naziv anoreksija označava težak gubitak apetita, a naziv nervosa ukazuje da su razlozi za to emocionalne naravi. Riječ anoreksija

zapravo nije odveć precizan naziv, jer mnoge osobe oboljele od anoreksije isprva ne trpe toliko od gubitka apetita, koliko se boje debljanja (Snapp, Hensley-Choate i Ryu, 2012). Ključno svojstvo anoreksije je iskrivljena slika vlastitog tijela. Nadalje, glavna obilježja anoreksije jesu namjeran gubitak tjelesne težine, mršavljenje, odbijanje ili smanjeni unos hrane, osobit način postupanja s hranom, strah od dobivanja na težini, poremećaj slike tijela te u žena amenoreja (Begić, 2011). Također, provođenje raznovrsnih dijeta unatoč izrazitoj mršavosti, opsjednutost brojanjem kalorija, mjerenje i vaganje porcija hrane, čitanje raznovrsnih knjiga o dijetama, proučavanje deklaracija na prehrambenim proizvodima, laganje o unosu hrane te skrivanje i bacanje hrane česti su simptomi oboljelih (SZO, 1994). Osobe oboljele od anoreksije općenito poriču da imaju neki problem za koji bi bila potrebna terapija. Često ih se opisuje kao dobre djevojke, koje se pristojno vladaju, savjesne su i tihe. Većina oboljelih pripada srednjim ili gornjim društvenim slojevima, inteligentni su, kompulzivni i sitničavi te imaju vrlo visoko mjerilo uspjeha (Ambrosi-Randić, 2004). Neke osobe u kojih se razvija bolest pretjerano su precizne, ambiciozne, kompulzivne i inteligentne. Kako im je tjelesna težina najvažniji čimbenik samovrednovanja, osobe s anoreksijom pate od niskog samopoštovanja. Stoga, gubitak tjelesne težine nije samo cilj kojem teže, već i način iskazivanja i provjeravanja vlastite samodiscipline, tako da predstavlja dostignuće koje jača samopoštovanje. Nadalje, u istraživanju Garner, Olmsted, Polivy i Garfinkel (1984) pronađeno je da je razina nepovjerenja u socijalnim odnosima znatno niža kod osoba oboljelih od anoreksije u usporedbi s kontrolnom skupinom. Osjećaj neučinkovitosti jedna je od centralnih dimenzija ličnosti osobe oboljele od anoreksije (Bruch, 1977; Crisp, 1977; Selvini-Palazzoli, 1974; Sours, 1969). Moguće je razlikovati dva osnovna oblika ovog poremećaja, i to restriktivni i prežderavajuće-purgativni. Kod restriktivnog tipa anoreksije gubitak na težini uzrokovan je smanjenim unosom hrane u organizam, no osoba nije uključena u ponašanje prejedanja ili pražnjenja. Za razliku od prethodnog, kod prežderavajuće-purgativnog tipa anoreksije osoba je obično uključena u ponašanje prejedanja/pražnjenja, kao što je, primjerice, samoizazvano povraćanje ili zloupotreba laksativa, diuretika, te sredstava za klistiranje (Ambrosi-Randić, 2004). U nekih se pacijentica ovi oblici izmjenjuju (izmjenjujući tip).

1.1.2 Dijagnostički kriteriji

Kriteriji za dijagnozu poremećaja hranjenja nalaze se u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-5), koji je objavilo Američko psihijatrijsko društvo (2013), te u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), koji je objavila Svjetska zdravstvena organizacija (1994).

Prema MKB-10 (SZO, 1994), za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze moraju biti zadovoljeni svi sljedeći kriteriji:

a) tjelesna težina održava se na najmanje 15% ispod očekivane težine ili je Queteletov indeks tjelesne mase 17,5 ili niži;

b) gubitak na težini induciran je od pacijenta izbjegavanjem „hrane koja deblja“. Također može biti prisutan jedan ili više sljedećih obrazaca ponašanja: povraćanje koje izaziva sam bolesnik, „čišćenje“ koje izaziva sam bolesnik, pretjerano vježbanje, upotreba tvari koje suprimiraju apetit i/ili diuretika;

c) izmjenjena je predodžba o shemi tijela u obliku specifične psihopatologije kod koje strah od pretilosti perzistira kao intruzivna, precjenjena ideja te bolesnik sam sebi nameće standarde niske tjelesne težine;

d) raširen endokrini poremećaj koji uključuje os hipotalamus-hipofiza-gonade, u žena se očituje amenorejom, a u muškaraca gubitkom seksualnog interesa i potencije. Mogu postojati povišene razine hormona rasta i kortizola, promjene u perifernom metabolizmu tiroksina i nenormalnosti u sekreciji inzulina;

e) ako je početak poremećaja prije puberteta, pubertet kasni ili je potpuno zaustavljen (tjelesni rast se zaustavlja; u djevojčica se ne razvijaju prsa i postoji primarna amenoreja; u dječaka genitalija ostaju dječje).

Restriktivni tip anoreksije: tijekom epizoda anoreksije nema redovitog prejedanja ili čišćenja. Tip anoreksije s prejedanjem/čišćenjem: tijekom epizoda anoreksije javlja se redovito prejedanje ili čišćenje (namjerno povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).

1.1.3 Rizični faktori u nastanku i održavanju anoreksije nervoze

Određene osobine ličnosti prisutne u dječjoj dobi prije razvoja poremećaja hranjenja, smatraju se rizičnim faktorom za razvoj poremećaja, a kada se bolest razvije one su putokaz za izbor vrste terapije te prediktor ishoda liječenja. Također, problemi poput adolescentnog konflikta, obiteljskih problema, negativnih komentara na temelju izgleda, osjećaj neuspjeha i gubitka kontrole precipitirajući su faktori za razvoj poremećaja hranjenja (Treasure, Schmidt, i Van Furth, 2005, prema Beumont, George i Smart, 1976; Garfinkel i Garner, 1983; Gilbert, 1986). Brojni su predisponirajući faktori anoreksije, a možemo ih svrstati u tri skupine: biološki, psihološki i socijalni.

Biološki faktori važni u nastanku anoreksije su dob, pubertet, spol i tjelesna težina (Ambrosi-Randić, 2004). Neki su autori utvrdili prisutnost rizičnih čimbenika u prenatalnom i perinatalnom razdoblju. Tako infekcije, traume, konvulzije, starija dob majke i niska porođajna težina mogu biti povezani s lošijom prognozom (Garner, Garner i Rosen 1993).

Skupina psiholoških faktora u nastanku anoreksije najbrojnija je i najbolje istražena skupina faktora. Najčešće izučavani faktori su depresivnost, samopoštovanje, nezadovoljstvo tijelom, problemi autonomije, perfekcionizam i anksioznost (Treasure, Schmidt i Van Furth, 2005). Izrazit perfekcionizam je karakteristika koja obično prethodi nastanku poremećaja, a očituje se na više polja djetetova života (škola, briga o sebi, pospremanje sobe i drugi kućanski poslovi, hobiji, briga o kućnim ljubimcima) (Boone i sur., 2014).

Naposljetku, socijalnim faktorima istraživači pridodaju sve veću pažnju. Ovi faktori su važni zbog toga što navode žene da održavaju dijetu i tako povećavaju rizik za nastanak poremećaja hranjenja. Postoje socijalni faktori koji znatno utječu na pojavu poremećaja hranjenja, a to su socijalni pritisak prema mršavosti, promijenjena socijalna uloga žene, glorifikacija poremećaja hranjenja, predrasude prema gojaznima i tendencija socijalnog uspoređivanja. Neki podaci sugeriraju da je porast anoreksije povezan upravo s isticanjem mršavog izgleda u suvremenom društvu (Ambrosi-Randić, 2004).

1.1.4 Terapija

Liječenje anoreksije često je dugotrajno, zahtjevno i izazovno. Rezultati istraživanja pokazali su da je anoreksija često kronična bolest, pri čemu samo polovica oboljelih postiže potpuni oporavak (Steinhausen, 2002). Glavni terapijski ciljevi su medicinska stabilizacija, nutritivna rehabilitacija, kontrola nenormalnog obrasca jedenja, poboljšanje sposobnosti prepoznavanja i izražavanja emocija, oblikovanje strategije nošenja sa stresnim situacijama te sprječavanje relapsa. Iako većina pacijenata verbalizira svoju želju za oporavkom, teško ih je uvjeriti na liječenje koje će ih povratiti na medicinski prihvatljivu tjelesnu masu (Grilo i Mitchell, 2011). Također, oboljeli od anoreksije često odbijaju ili odustaju od liječenja. Stoga je potreban multidisciplinarni tim koji će se baviti različitim aspektima bolesti. Stručni tim bi trebao obuhvaćati medicinskog radnika, psihoterapeuta i nutricionista. Liječenje je najčešće ambulantno ili u sklopu dnevnih bolnica. Također, postoje i moderni oblici skrbi koji uključuju zajedničko stanovanje i multidisciplinarnu terapiju. U težim slučajevima, kada su zdravlje i život pacijenta ugroženi, potrebna je hospitalizacija. Tijekom bolničkog liječenja i u sveobuhvatnoj daljnjoj skrbi, različiti terapijski pristupi se često kombiniraju.

U terapiji sa osobama oboljelima od anoreksije najčešće se koristi kognitivno-bihevioralna terapija koja u fokus stavlja izmjenu negativnih automatskih misli i disfunkcionalnih pretpostavki koje se odnose na hranu, težinu i oblik tijela.

1.2 Psihološka otpornost

1.2.1 Definicije

Mnogo je inspirativnih priča o izuzetnim pojedincima koji unatoč brojnim životnim nedaćama uspijevaju iste nadići te kasnije uspjeti u životu. Svaka osoba tijekom svog života može doživjeti niz nedaća, od prirodnih katastrofa, smrti bliskih osoba, terorističkih napada, ozbiljnih i životno ugrožavajućih bolesti ili ozljeda, no postoje značajne interindividualne razlike u neposrednim reakcijama i kasnijim životnim ishodima (Mancini i Bonanno, 2006). Određen dio ljudi razvija psihopatološke smetnje, no većina pokazuje otpornost na negativne utjecaje stresnih životnih događaja ili oporavak nakon početne uznemirenosti. Kod nekih, smetnje se mogu razviti i s vremenskom odgodom, nakon prvotno nepromijenjenog funkcioniranja (Southwick, Sippel, Krystal, Charney i Mayes, 2016). Psihološka otpornost odgovara na pitanje zbog čega se neki ljudi uspijevaju oduprijeti, uspješno oporaviti ili pokazati poboljšano funkcioniranje nakon životnih teškoća. Oxford rječnik engleskog jezika otpornost definira kao sposobnost osobe da podnese ili da se brzo oporavi od teških okolnosti (Fletcher i Sarkar, 2013). Psihološka otpornost može se definirati kao pozitivna prilagodba unatoč nepovoljnim životnim okolnostima i teškim nedaćama, s kojima se ljudi neminovno susreću (Luthar, Cicchetti i Becker, 2000).

Pojam psihološke otpornosti iako intuitivno jasan zadaje probleme istraživačima prilikom definiranja. Jedan od vodećih autora, Michael Rutter (1999), navodi problematiku proizvoljnosti u tumačenju i korištenju psihološke otpornosti od strane različitih istraživača, no ističe kako upravo to dovodi do pojačanih napora k boljem razumijevanju, definiranju i operacionalizaciji otpornosti, što je nužno za daljnji napredak u istraživanjima te primjeni u liječenju psihičkih poremećaja ali i prevenciji istih.

Otpornost se izvorno shvaćala kao skup određenih osobina i zaštitnih čimbenika koje podjedinici imaju ili ne, a omogućuje im prevladavanje teških životnih nedaća (Fletcher i Sakar, 2013). Otpornost definirana kroz osobine ličnosti predstavlja skup različitih osobina i karakteristika, koje omogućavaju pojedincima prilagodbu u različitim okolnostima s kojima se susreću (Connor i Davidson, 2003). Uključuje osjećaj samopouzdanja, strpljenje i sposobnost prilagođavanja promjenjivim okolnostima, smisao za humor te vjeru (Connor i Davidson, 2003). Individualne kvalitete i osobine jedna su od dimenzija u složenom konstruktu

otpornosti, no ne objedinjuju ga u cijelosti. Pristup koji otpornost definira kao trajnu karakteristiku pojedinca ne ostavlja mogućnost u pogledu razvoja intervencija za pospješenje otpornosti. Osim toga, nije vjerojatno da će netko kroz cijeli život i u svim situacijama pokazivati stabilan obrazac otpornosti (Luthar, Cicchetti i Becker, 2000). Većina autora se, stoga, slaže kako otpornost nije nepromjenjiva osobina ličnosti s kojom su neki pojedinci rođeni (Shean, 2015).

Tako, Fergus i Zimmerman (2005), definiraju otpornost kao interakciju pojedinca i okoline u savladavanju negativnih utjecaja rizika, uspješnom suočavanju sa stresnim ili traumatskim iskustvima te izbjegavanju negativnih životnih puteva povezanih s rizikom. Nadalje, otpornost se shvaća kao proces pozitivnog prilagođavanja prilikom stresnih događaja (APA 2010) ili, točnije, kao dinamičan proces u kojem interakcija psiholoških, socijalnih, okolišnih i bioloških čimbenika omogućuje pojedincu da se razvije, održi ili obnovi mentalno zdravlje unatoč izloženosti nevoljama (Wathen i sur., 2012). Otpornost se može steći i promijeniti u različitim životnim okolnostima (APA 2010). Shvaća se kao snaga koja se može poticati i izgraditi te tako ubrzati proces oporavka (Las Hayas i sur., 2016). Zbog toga je važno prepoznati otpornost pojedinca koja mu može pomoći u pozitivnom suočavanju s bolešću, pa čak i u oporavku (Las Hayas i sur., 2016). Promatrajući otpornost kao proces, prepoznata je važnost promjenjivih okolinski čimbenika u procesu pozitivne prilagodbe (Luthar, Cicchetti i Becker, 2000). Većina autora, stoga, naglašava važnost zaštitnih mehanizama u razumijevanju procesa otpornosti. Tri ključna čimbenika u razvoju otpornosti su: karakteristike pojedinca, karakteristike obitelji te karakteristike šireg društvenog okruženja.

Osim definiranja otpornosti kao osobine ličnosti i procesa, neki istraživači su stava da je otpornost ishod teške životne nedaće s kojom se pojedinac susreo. Tako Masten (2001) otpornost definira kao skupinu fenomena karakteriziranu dobrim ishodima unatoč značajnim prijetnjama za razvoj i prilagodbu. Istraživači se slažu oko zajednička dva temeljna pojma koja su ključna u definiranju otpornosti: postojanje značajne teškoće te adaptivnog ishoda unatoč doživljenom riziku (Fletcher i Sarkar, 2013). Masten (2014) u svojoj definiciji otpornosti integrira tri teorijske pretpostavke time što otpornost definira kao proces, kapacitet ili ishod, povezan s uspješnom prilagodbom unatoč izazovnim i prijetećim okolnostima.

Možemo zaključiti kako je područje otpornosti u osnovi optimistično budući da pretpostavlja da je oporavak od stresora i traumatskih događaja moguć. Pritom, otpornost ne podrazumijeva apsolutnu i neprobojnu neranjivost, već sposobnost i kapacitet za suočavanje s različitim životnim teškoćama, s istodobno očuvanom funkcionalnošću u važnim životnim

područjima. Također, stresna i nepovoljna iskustva mogu pomoći u izgradnji otpornosti i kapaciteta nošenja s problemima u budućnosti. Koncept psihološke otpornosti nudi prostor za razvoj trenutnih terapijskih tretmana uključivanjem rada na elementima psihološke otpornosti. U ovom istraživanju autorice će na psihološku otpornosti gledati kao na dinamičan proces u kojem interakcija psiholoških, socijalnih, okolišnih i bioloških čimbenika omogućuje pojedincu da se razvije, održi ili obnovi psihičko zdravlje unatoč izloženosti teškim životnim nedaćama (Wathen i sur., 2012).

1.2.2 Psihološka otpornost i tretman

Otpornost se sve više istražuje na području psihičkog zdravlja s prepoznatim neospornim potencijalom u promicanju psihičkog zdravlja, dobrobiti i kvaliteti života, prevenciji nastanka psihičkih teškoća pa i procesu oporavka od psihičkih bolesti (Windle, 2011). Konstrukt otpornosti predstavlja prekretnicu u psihologiji i psihijatriji, odnosno promjenu patogene paradigme, koja je usmjerena na simptomatologiju, bolesti i poremećaje, prema salutegenoj paradigmi usmjerenoj na snage, kompetencije i adaptivne ishode. Utvrđeno je da isti rizični čimbenici za razvoj psihijatrijskih poremećaja, ne dovode nužno do identičnih ishoda i životnih puteva (Stainton, 2019), što donosi i novu perspektivu u poimanje psihopatologije, kao i mogućnost oporavka od psihičkih bolesti. Otpornost se prepoznaje kao jedan od ključnih čimbenika u procesu oporavka, što pruža nadu i za kliničku praksu (Amering i Schmolke, 2009). Temeljem navedenog možemo prepoznati obećavajući potencijal primjene spoznaja u prevenciji i liječenju psihičkih smetnji. Ipak, svijest o otpornosti i njezinoj važnosti u kliničkim terapijama još uvijek je minimalna.

1.2.3 Intervencije u svrhu promicanja i poboljšanja psihološke otpornosti

U posljednjih nekoliko godina zabilježen je porast psihičkih poremećaja. Kalisch i sur., (2017) razlog za visoku prevalenciju psihičkih poremećaja pripisuju nedostatnoj kvaliteti postojećih tretmana i manjku preventivnih aktivnosti. Stoga se kao svrsishodno rješenje nameće organiziranje preventivnih programa i promicanje otpornosti u što ranijim fazama života. Programi promicanja psihološke otpornosti mogu biti usmjereni na pojedinca, obitelj, organizaciju ili zajednicu, a mogu istodobno obuhvatiti više razina (Southwick, Pietrzak i White, 2011). U okvirima istraživanja uspješnosti programa psihološke otpornosti utvrđeno je kako vještine stečene tijekom treninga dovode do značajnih pozitivnih promjena, povećanje psihološke otpornosti, smanjenje psiholoških simptoma, te pozitivne promjene u vještinama suočavanja i samopoštovanja (Brunwasser, Gillham i Kim, 2009; Southwick, Pietrzak i White, 2011; Reivich, Seligman i McBride, 2011).

1.2.4 Psihološka otpornost i poremećaj hranjenja

Osobe oboljele od psihičkih poremećaja ističu važnost rada na elementima psihološke otpornosti u procesu oporavka te poboljšanju kvalitete života. U posljednjih 10 godina, nekoliko je istraživanja ustanovilo (Deegan 2005; Dowrick, Kokanovic, Hegarty, Griffiths i Gunn, 2008; Edward, Welch i Chater 2009) da osobe oboljele od psihičkih poremećaja koriste elemente psihološke otpornosti u procesu oporavka i prevladavanja poremećaja. Razina psihološke otpornosti niža je kod pojedinaca sa psihijatrijskim smetnjama. Iako je prepoznata uloga psihološke otpornosti u samom nastanku i tijeku psihičke bolesti, odnos psihološke otpornosti i poremećaja prehrane nedovoljno je istražen. Naime koliko nam je poznato, postoje tri studije koje su izučavale navedenu problematiku. U istraživanju Las Hayas i sur. (2014) zaključili su da je otpornost značajno niža kod žena koje su oboljele od poremećaja prehrane nego kod onih koje su se oporavile od istog i opće populacije.

Nadalje analiza podataka u istraživanju Las Hayas i sur. (2016) rezultirala je konceptualnim modelom otpornosti osoba oboljelih od poremećaja hranjenja koji se sastoji od sljedećih kategorija: duboko nezadovoljstvo životom, prekretnica, prihvaćanje i nada, želja za promjenom - uključivanje u nove aktivnosti i socijalne odnose, povećanje zadovoljstva životom, informiranje o poremećaju hranjenja, preuzimanje odgovornosti u kontroli poremećaja hranjenja, aktivno suočavanje, socijalna podrška, jačanje osobina ličnosti vezanih uz otpornost, samospoznaja – saznanje o vlastitim uzrocima nastanka poremećaja prehrane, ventiliranje, saznanje o vlastitim ciljevima, snovima i samoj svrsi života. Iz ovog modela mogu se dobiti informacije o tome kako se otpornost razvija kod osoba s poremećajem prehrane, što pruža veću kontrolu nad procesom razvoja otpornosti i može usmjeriti kliničare u terapiji da ciljaju specifične čimbenike koji će pomoći pacijentu da razvije i održi otpornost.

Prethodno je opisano kako se psihološka otpornost može smatrati jednim od važnih kriterija za oporavak od poremećaja prehrane, no istraživanja se ne usmjeravaju na specifičnosti određenih oblika poremećaja prehrane. Prema našim saznanjima jedino takvo istraživanje je ono Kanea i sur., (2019) koje promatra odnos anoreksije i psihološke otpornosti. U istraživanju je pronađeno kako je razina psihološke otpornosti značajno niža kod osoba oboljelih od anoreksije u odnosu na kontrolnu skupinu te kako negativna slika o sebi ima snažan utjecaj na psihološku otpornost pacijenata oboljelih od anoreksije (Kane i sur., 2019). Naposljetku, uloga psihološke otpornosti u poremećajima hranjenja još je uvijek nedovoljno istražena. U ovom radu nastajat ćemo objasniti prirodu odnosa psihološke otpornosti i simptoma poremećaja hranjenja kod osoba oboljelih od anoreksije u svrhu daljnjeg

osmišljavanja integracije psihološke otpornosti s postojećim tretmanskim i preventivnim strategijama.

1.3. Depresija

1.3.1 Klinička slika

Depresija je poremećaj raspoloženja koji osim sniženog raspoloženja uključuje oskudnu emocionalnu reakciju, gubitak volje, energije i interesa, osjećaj krivnje, smetnje nagona (Begić, 2011). Većina osoba oboljelih od depresije ima tipičnu kliničku sliku koja uključuje poremećaje raspoloženja, mišljenja, psihomotorike, nagona, volje, pažnje, pamćenja (Begić, 2011). Najčešći su simptomi sniženo raspoloženje, tuga, žalost, briga, sporiji govor, usporena psihomotorika, zapušteni vanjski izgled, neodržavanje higijene, smanjen tek (i pad tjelesne težine), nesanica, oslabljen seksualni nagon, gubitak volje, povećan tenacitet pažnje, oslabljena koncentracija, zaboravljanje, slabije pamćenje novih sadržaja i suicidalnost.

1.3.2 Povezanost depresije i psihološke otpornosti

Rizični faktori važni u razvoju depresije su zlostavljanje u djetinjstvu, uključujući seksualno, fizičko i emocionalno zlostavljanje (Wingo i sur., 2010, prema Collishav i sur., 2007; Ritchie i sur., 2009) i izloženost traumama poput teških prometnih nesreća, fizičkog ili seksualnog napada, neočekivane smrti bliske osobe (Wingo i sur., prema Alim i sur., 2006; Crichlow i sur., 2006). Ipak ne razviju sve osobe sa zlostavljanjem u djetinjstvu i izloženosti traumama depresivnu simptomatologiju. Tako je u istraživanju Wingo i sur., (2010) pronađeno kako kod osoba koje imaju visoku psihološku otpornost, a doživjele su zlostavljanje u djetinjstvu ili su bili izloženi traumama, nije došlo do razvoja depresije. Isto potvrđuje i nalaz da psihološka otpornost umanjuje utjecaj stresnih životnih događaja na stvaranje depresije te da su optimizam i osjećaj kompetencije dva glava aspekta otpornosti u ovom odnosu (Conor i Davidson, 2019, prema Lim-a i sur., 2015). Naposlijetku, prepoznata je zaštitna uloga otpornosti u razvoju depresije (Southwick i Charney, 2012) što ukazuje na obećavajući potencijal primjene spoznaja u prevenciji i liječenju.

1.3.4 Anoreksija i depresija

Istraživanja pokazuju da se kod osoba s poremećajima hranjenja učestalo javlja sniženo raspoloženje (Ambrosi-Randić, 2004). Tako se kod dijela osoba oboljelih od anoreksije često registriraju simptomi depresije, tužnog su raspoloženja, poslove obavljaju automatski, aleksitimične su, često umorne, malaksale, smanjene energije, smanjene želje za uživanjem, a i aktivnosti koje obavljaju više čine kao imperativ da bi zadovoljile očekivanje okoline.

Poremećaji raspoloženja i anksioznosti su češći kod pojedinaca s anoreksijom u usporedbi s kontrolnom skupinom (Grilo i Mitchell, 2011, prema Hudson i sur., 2006). Depresija je najčešći komorbiditet uz anoreksiju (Folnegović-Šmalc, V. (2004).

Nadalje, rezultati istraživanja pokazuju da pacijentice oboljele od anoreksije visoke depresivnosti iskazuju značajno više poremećaja u navikama hranjenja i u značajno većoj mjeri provode dijetu u usporedbi s djevojkama čija je depresivnost bila umjerena, odnosno niska. (Ambrosi-Randić, 2004). Istraživanja pokazuju da, ako pacijentica pokazuje višu razinu depresije, jače joj je izražena simptomatologija anoreksije (Eckert, Goldberg, Halmi, Casper i Davis, 1982) stoga će se u ovom radu ispitati povezanost pojedinih simptoma poremećaja hranjenja kod osoba oboljelih od anoreksije s depresijom.

2. Cilj i problemi

Cilj ovog istraživanja je ispitati povezanost psihološke otpornosti i depresije s prisutnošću i intenzitetom simptoma anoreksije, te ispitati prirodu odnosa ovih varijabli. Na temelju postavljenog cilja i pregleda literature postavljeni su sljedeći problemi:

1. Ispitati postoji li razlika u psihološkoj otpornosti između skupine ispitanica koje boluju od anoreksije i kontrolne skupine.

Hipoteza: Očekuje se da će ispitanice koje boluju od anoreksije imati nižu razinu psihološke otpornosti u odnosu na ispitanice kontrolne skupine.

2. Ispitati postoji li razlika u razini depresije između skupine ispitanica koje boluju od anoreksije i kontrolne skupine.

Hipoteza: Očekuje se da će ispitanice koje boluju od anoreksije imati višu razinu depresije u odnosu na ispitanice kontrolne skupine.

3. Ispitati prirodu odnosa psihološke otpornosti, depresije i izraženosti simptoma poremećaja hranjenja kod ispitanica oboljelih od anoreksije.

Hipoteza: Očekuje se statistički značajna negativna povezanost između psihološke otpornosti i depresije kod ispitanica oboljelih od anoreksije na način da ispitanice sa nižom razinom depresije postižu više rezultate psihološke otpornosti.

Hipoteza: Očekuje se statistički značajna negativna povezanost između psihološke otpornosti i izraženosti simptoma poremećaja hranjenja kod ispitanica oboljelih od anoreksije na način da će ispitanice sa više izraženim simptomima poremećaja hranjenja imati nižu psihološku otpornost.

Hipoteza: Očekuje se statistički značajna pozitivna povezanost između depresije i izraženosti simptoma poremećaja hranjenja kod ispitanica oboljelih od anoreksije na način da će ispitanice sa više izraženim simptomima poremećaja hranjenja imati nižu razinu depresije.

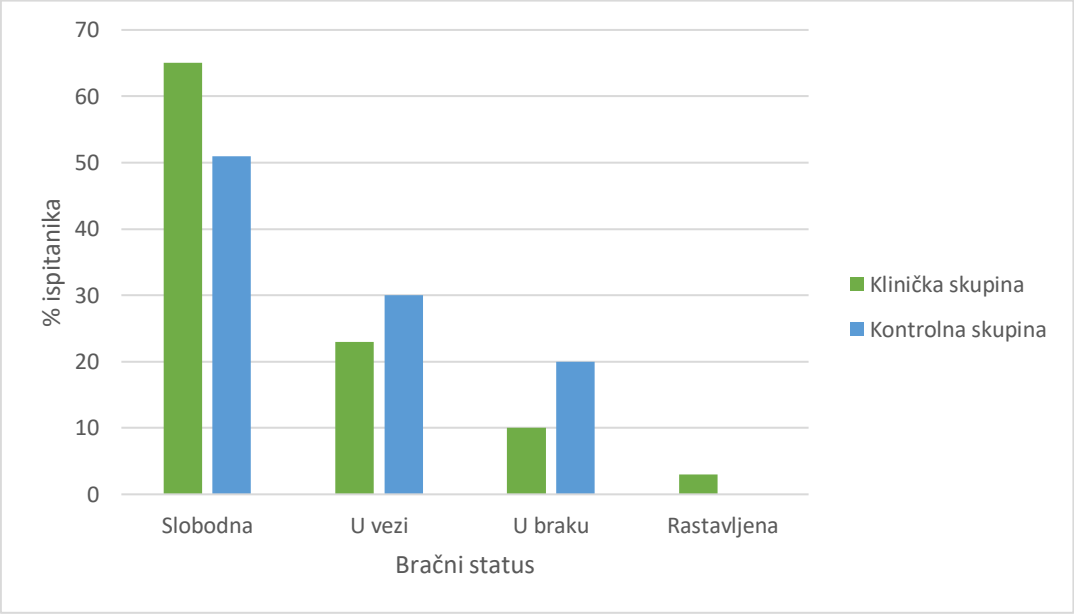
4. Ispitati doprinos simptoma poremećaja hranjenja u objašnjenju psihološke dobrobiti kod osoba oboljelih od anoreksije.

Hipoteza: Simptomi poremećaja hranjenja mogu u određenoj mjeri objasniti psihološku otpornost i to na način da će neučinkovitosti i socijalna nesigurnosti biti statistički značajni prediktori psihološke otpornosti.

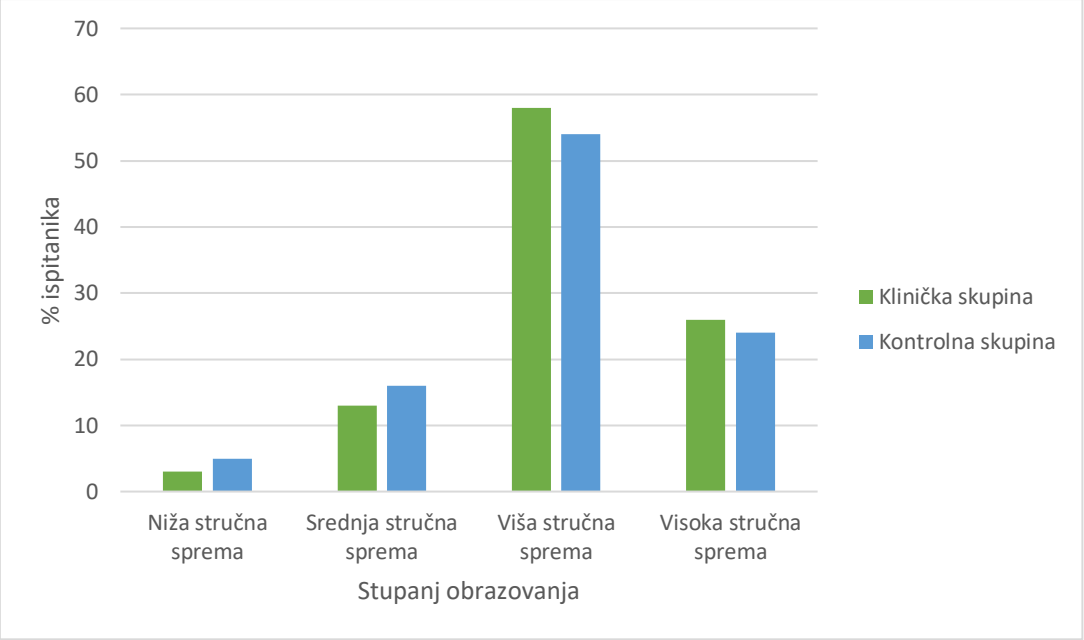
3. Metoda

3.1 Sudionici

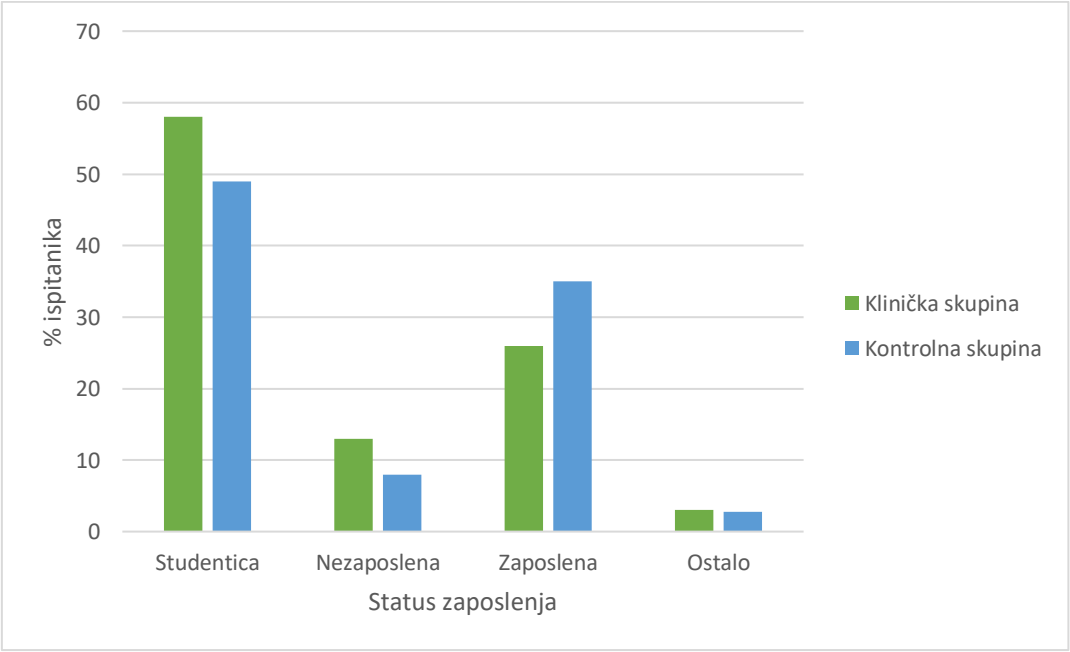
U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 68 sudionica dobi 18-45 godina (M=24,74; SD=5,530). Kliničku skupinu je činila 31 ispitanica oboljela od anoreksije. Uzorak su sačinjavale osobe koje su trenutno oboljele od anoreksije nervoze ili su nekada prije bolovale. Kontrolnu skupinu je činilo 37 sudionica koje su ujednačene s ispitanicama kliničke skupine prema bitnim obilježjima (metoda ekvivalentnih parova). Prosječna dob sudionica kliničke skupine iznosila je 24.58 godina (sd=5.714), dok je prosječna dob sudionica kontrolne skupine iznosila 24.86 (sd=5.448). Sociodemografski podaci ispitanica prikazani su grafički. Na Slici 1 vidljivo je da su sudionice ujednačene prema bračnom statusu te da je najveći broj unutar svake od skupina kao trenutni bračni status odabralo odgovor slobodna. Na Slici 2 vidljivo je da je najveći broj sudionica završio višu stručnu spremu, a najmanji nižu. Naposlijetku, na Slici 3 vidljivo je kako su najveći broj sudionica u obje grupe studentice.



Slika 1. *Raspodjela ispitanica kliničke i kontrolne skupine prema trenutnom bračnom statusu*



Slika 2. *Raspodjela ispitanica kliničke i kontrolne skupine prema trenutnom stupnju obrazovanj*a



Slika 3. *Raspodjela ispitanica kliničke i kontrolne skupine prema trenutnom statusu zaposlenja*

3.2. Instrumenti

Upitnik sociodemografskih podataka te podataka o tretmanu i indeksu tjelesne mase

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik sociodemografskih podataka koji je uključivao pitanja o spolu, dobi, bračnom statusu, stupnju obrazovanja, radnom statusu te zanimanju roditelja. Isti upitnik je pokrio i pitanja o tretmanu i indeksu tjelesne mase gdje su ispitanice upisivale podatke o tretman, dob u kojem su započele poteškoće, duljina tretmana i

podaci o uspostavljenoj dijagnozi. Nadalje od ispitanica će se tražiti da upišu podatke o visini i težini. Indeks tjelesne mase (ITM) se često koristi kao metoda izračuna uhranjenosti i kao pokazatelj debljine i pretilosti (Ogden i sur., 2010). Izračunava se tako da se podjeli tjelesna težina izražena u kilogramima s kvadriranom tjelesnom visinom izraženom u metrima (Keyes i sur., 1972). Kod odrasle populacije indeks tjelesne mase vrijednosti niži od 18,5 smatra se sniženim, od 18,5 do 24,99 prosječnim, dok se ITM veći od 25 smatra natprosječnim. Vrijednosti niže od 18,5 upućuju na ispodprosječnu težinu, odnosno pothranjenost.

Inventar poremećaja hranjenja (eng. Eating Disorder Inventory-2; EDI-2; Garner, 1991)

Inventar poremećaja hranjenja (EDI-2) je široko rasprostranjen upitnik simptoma poremećaja hranjenja (Garner, 1991). Upitnik sadrži 91 česticu i 11 subskala. Originalna verzija je sadržavala 64 čestice, koje su tvorile tri subskale vezane za poremećaje hranjenja; Težnja za vitkošću (DT), Bulimija (B) i Nezadovoljstvo tijelom (BD), te pet subskala vezane za općenito psihološko funkcioniranje povezano s poremećajima hranjenja; Neučinkovitost (I), Perfekcionizam (P), Nepovjerenje u socijalnim odnosima (ID), Svjesnost o tjelesnim potrebama (IA) i Strah od odrastanja (MF). Revizijom upitnika dodano je još 27 čestica podijeljenih u tri dodatne subskale; Asketizam (A), Regulacija impulsa (IR) i Socijalna nesigurnost (SI). Primjer čestica subskale Asketizam (A) „Voljela bih imati potpunu kontrolu nad svojim tjelesnim potrebama.“; „Samoodricanje me čini duhovno jačom.“ Na svaku česticu odgovara se na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva; 1 - uvijek, 2 - obično, 3 - često, 4 - ponekad, 5 - rijetko, 6 - nikada. Nakon rekodiranja rezultati se za svaku pojedinu subskalu zbroje, pri čemu svaka čestica pripada samo jednoj subskali. Viši rezultat na pojedinoj subskali označava veći intenzitet određenog simptoma. Autor ne preporučuje upotrebu ukupnog rezultata na upitniku, već samo rezultate pojedinih subskala (Garner, 1991). Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju visoke koeficijente unutarnje konzistencije, dobru test-retest pouzdanost, te odgovarajuću sadržajnu, konvergentnu i diskriminativnu valjanost (Thiel i Paul, 2006). Cronbachov koeficijent pouzdanosti α dobiven u ovom istraživanju je za sve subskale visok ili vrlo visok, osim za skale Strah od odrastanja (MF) i Regulacija impulsa (IR), za koje je zadovoljavajući (Tablica 1).

Tablica 1. *Deskriptivni podaci i pouzdanost subskala EDI-2 upitnika u provedenom istraživanju*

	M	*sd*	*min*	*max*	Cronbach α
Težnja za vitkošću (DT)	11.16	8.194	0	21	.953
Bulimija (B)	4.26	5.222	0	21	.920
Nezadovoljstvo tijelom (BD)	12.94	9.183	0	27	.944
Neučinkovitost (I)	9.90	6.857		27	.894
Perfekcionizam (P)	8.87	4.787	0	18	.845
Nepovjerenje u socijalnim odnosima (ID)	5.35	4.765	0	18	.836
Svjesnost o tjelesnim potrebama (IA)	11.13	8.156	0	29	.921
Strah od odrastanja (MF)	5.06	4.320	0	24	.742
Asketizam (A)	8.97	5.828	0	20	.763
Regulacija impulsa (IR)	8.35	6.883	0	24	.878
Socijalna nesigurnost (SI)	8.10	5.101	0	18	.821

Connor-Davidson skala psihološke otpornosti (eng. Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor i Davidson, 2003)

CD-RISC je skala samoprocjene namijenjena starijim adolescentima i odraslim osobama. Sadrži 25 čestica i služi kao mjera stupnja psihološke otpornosti, kao prediktor ishoda psihoterapije ili farmakoloških tretmana, nošenja sa stresom te razvijanja psihološke otpornosti. Sastoji se od pet faktora: upornost i samoučinkovitost, osnažujući utjecaji stresnih događaja i tolerancija neugodnih emocija, prilagodljivost, kotrola, smisao i vjera. Primjer čestica ovog upitnika: „*Nošenje sa stresovima može me učiniti jačim.“* ; „*Mogu se nositi s neugodnim ili bolnim osjećajima poput tuge, straha i ljutnje*.“. Pri odgovaranju na upitnik zadatak sudionika je navesti koliko se slaže s opisanom tvrdnjom imajući na umu zadnjih mjesec dana na skali od 0 (Potpuno netočno) do 4 (Gotovo uvijek točno). Rezultat se izračunava tako da se zbroje sve čestice pri čemu viši rezultat označava veću psihološku otpornost. Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju visoke koeficijente unutarnje konzistencije, dobru test-retest pouzdanost, te odgovarajuću sadržajnu, konvergentnu i diskriminativnu valjanost (Connor i Davidson, 2003). Ukupna pouzdanost skale u ovom istraživanju iznosi α=.96.

Beckov upitnik depresivnosti – drugo izdanje (Beck Depression Inventory-II, BDI-II; Beck, Steer i Brown, 1996)

BDI-II je mjera samoprocjene kognitivnih, motivacijskih, emocionalnih i tjelesnih simptoma depresije kod odraslih osoba i adolescenata starijih od 13 godina. Za svaki simptom depresivnog poremećaja konstruirane su grupe tvrdnji koje stupnjuju intenzitet prisutnosti simptoma od 0 (nije prisutan simptom) do 3 (jako prisutan). Iz svake od 21 grupe tvrdnji ispitanici odabiru jednu koja opisuje kako su se osjećali u protekla dva tjedna uključujući i dan ispunjavanja upitnika. Ukupni se rezultat određuje zbrojem svih čestica, pri čemu viši rezultat upućuje na veću zastupljenost depresivnih simptoma. Rezultat 0-11 upućuje na minimalnu depresivnost, 12-19 bodova na blagu, 20-27 bodova na umjerenu, a rezultat iznad toga na tešku depresivnost. Rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju visoke koeficijente unutarnje konzistencije, dobru test-retest pouzdanost (Wiebe i Penley, 2005), te odgovarajuću sadržajnu, konvergentnu i diskriminativnu valjanost (Stapleto, Sander i Stark, 2007). Ukupna pouzdanost skale u ovom istraživanju iznosi α=.97.

3.3 Postupak

Prije provođenja istraživanja dobivena je dozvola etičkog povjerenstva Fakulteta hrvatskih studija. Istraživanje je dizajnirano kao jednokratno ili poprečno presječno, s kontrolnom i kliničkom skupinom ispitanica. Podaci su prikupljani od studenog 2019. godine do ožujka 2020. godine. Obzirom na specifičnost uzorka sudionice ovog istraživanja su regrutirane na više načina. Kontaktiran je Centar za poremećaje hranjenja Bea. Čelnica centra je zamoljena da omogući provedbu istraživanja. U suradnji sa zaposlenicima centra sudionice su kontaktirane putem društvenih mreža i dijeljenjem letaka tijekom predavanja. Sudionice su putem objava upoznate sa osnovnim podacima o istraživanju te im je ponuđena mogućnost da se istraživanje provede na mjestu u kojem se one osjećaju najugodnije. Također, dio sudionica je prikupljen u Dnevnoj bolnici za poremećaje prehrane H(RANA) pri Psihijatrijskoj bolnici sv. Ivan. Sudionice su ispunile upitnik tijekom svog boravka u dnevnoj bolnici uz upute anketara. Nadalje, dio uzorka prikupljen je i prigodno, kontaktiranjem osoba koje autorice rada poznaju. Dakle, podaci su prikupljeni metodom papir – olovka. Na početku istraživanja anketar je sudionice uputio da pročitaju privolu za sudjelovanje u istraživanju te je dodatno naglasio anonimnost postupka i mogućnost odustajanja od istraživanja u bilo kojem trenutku. Nakon ispunjavanja ankete slijedio je kratki razgovor sa sudionicima u svrhu smanjenja mogućeg stresa izazvanog pitanjima. Vrijeme rješavanje upitnika u prosjeku je iznosilo oko 25 minuta. Nakon što je prikupljena 31 sudionica kliničke skupine, prikupljeno je 37 sudionica

kontrolne skupine, pri čemu su sudionice kontrolne skupine ujednačene sa sudionicama kliničke skupine prema dobi, stupnju obrazovanja i statusu zaposlenja (metoda ekvivalentnih parova). Sudionice su u kontrolnu skupinu prikupljene prigodno, kontaktiranjem osoba koje autorice rada poznaju.

4. Rezultati

Prije odgovaranja na postavljene ciljeve istraživanja Pearson $\chi 2$ testom učinjena je usporedba socio-demografskih karakteristika ispitanica kliničke i kontrolne skupine. Nadalje, prikazani su deskriptivni pokazatelji o tretmanu i indeksu tjelesne mase kliničke skupine, odnosno sudionica oboljelih od anoreksije. Provedena je usporedba simptoma poremećaja hranjenja između ispitanica s i bez anoreksije nervoze. U skladu s prvim problemom istraživanja t-testom je testirana razlika u psihološkoj otpornosti između skupine ispitanica koje boluju od anoreksije i kontrolne skupine. U skladu s drugim problemom istraživanja t-testom je testirana razlika u razini depresije između skupine ispitanica koje boluju od anoreksije i kontrolne skupine. Nadalje, kako bi se odgovorilo na treći problem istraživanja Pearsonovim koeficijentom korelacije testirana je povezanost psihološke otpornosti, depresije i izraženosti simptoma poremećaja hranjenja kod ispitanica oboljelih od anoreksije. Naposljetku, kako bi se dobio odgovor na četvrti problem istraživanja korištena je višestruka linearna regresijska analiza u svrhu ispitivanja izraženosti simptoma anoreksije kao statistički značajnih prediktora psihološke otpornosti kod osoba oboljelih od anoreksije.

U svrhu statističke obrade podataka, korišten je standardni statistički paket SPSS verzija 20.0 IBM Corporation, New York, USA)

Prema rezultatima Pearson $\chi 2$ testa ne postoje statistički značajne povezanosti između pripadnosti kliničkoj odnosno kontrolnoj skupini i sociodemografskih podataka, odnosno bračnog statusa ($\chi 2=3,009$; $df=3$; $p>.01$), obrazovnog statusa ($\chi 2=.371$; $df=3$; $p>.01$), radnog statusa ($\chi 2= 1.818$; $df=3$; $p>.01$), obrazovanja majke ($\chi 2=3.873$; $df=3$; $p>.01$) i obrazovanja oca ($\chi 2=3.757$; $df=4$; $p>.01$).

Tablica 2. *Deskriptivni podatci o tretmanu i indeksu tjelesne mase*

	M	*SD*	*min*	*maks*
Početak problema s težinom	15.68	3.727	7	23
Duljina psihoterapijskog tretmana	24.48	40.128	0	180
ITM	19.29	2.034	15	23
Trajanje bolesti	8.90	5.890	2	27

Uvidom u aritmetičku sredinu početka problema s težinom primjećujemo kako je dob u kojoj počinju problemi s težinom niža od navoda literature (DSM-IV, 1996). Nadalje, duljina psihoterapijskog tretmana izražena je u mjesecima, valja uočiti kako je iz standardne devijacije evidentno da su odstupanja od srednje vrijednosti na varijabli velika, iz čega se može zaključiti da se sudionice međusobno razlikuju u duljini psihoterapijskog tretmana, što je vidljivo i iz

minimalnih i maksimalnih vrijednosti. Što se tiče varijable ITM primjećujemo kako je vrijednost viša od očekivane, odnosno kako je prosječna vrijednost ITM kod sudionica viša od 18,5 te spada u kategoriju blago ispod prosječne tjelesne težine, a očekivana je umjereno do ekstremno ispodprosječna težina, odnosno indeks niži od 17, 5.

Tablica 3. Usporedba rezultata na upitniku EDI-2 između kliničke i kontrolne skupine

EDI-2	Klinička skupina		Kontrolna skupina		t-test		
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
Težnja za vitkošću	11.16	8.194	2.16	3.602	5.67	39.63	.000
Bulimija	4.26	5.222	1.68	4.103	2.24	56.48	.029
Nezadovoljstvo tijelom	12.94	9.183	4.49	5.435	4.50	46.83	.000
Neučinkovitost	9.90	6.857	2.65	3.802	5.25	44.96	.000
Perfekcionizam	8.87	4.787	3.49	3.754	5.09	56.39	.000
Nepovjerenje u socijalnim odnosima	5.35	4.765	2.08	2.510	3.45	43.60	.001
Svjesnost o tjelesnim potrebama	11.13	8.156	3.14	5.100	4.74	48.54	.000
Strah od odrastanja	5.06	4.320	4.46	3.724	.612	59.69	.543
Asketizam	8.97	5.828	4.73	3.548	3.54	47.69	.001
Regulacija impulsa	8.35	6.883	3.49	5.561	3.17	57.47	.002
Socijalna nesigurnost	8.10	5.101	2.19	2.448	5.90	41.41	.000

Za mjeru intenziteta simptoma poremećaja hranjenja odnosno anoreksije korišten je upitnik EDI-2 (Garner, 1991). Usporedba rezultata pojedinih subskala upitnika sudionica kliničke i kontrolne skupine iz provedenog istraživanja prikazana je u Tablici 3. Sukladno očekivanjima, ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine na svim skalama upitnika EDI-2, osim na skali Strah od odrastanja.

Tablica 5. *Deskriptivni podatci psihološke otpornosti*

		N	*M*	*SD*	*min*	*max*
Ukupni rezultat CD-RISC	Klinička skupina	31	58.26	19.553	21	99
	Kontrolna skupina	37	72.51	17.495	27	100

Tablica 6. *Rezultati t-testa psihološke otpornosti između sudionica kliničke i kontrolne skupine*

	t	*df*	*p*
Ukupni rezultat CD-RISC	-3.172	66	.002

Rezultati Levenovog testa $F = .048$ te $p > .05$ pokazali su kako je preduvjet t-testa o homogenosti varijanci rezultata grupa zadovoljen. Tablica 6 prikazuje rezultate testiranja razlika rezultata između kliničke i kontrolne skupine na upitniku psihološke otpornosti. Prema rezultatima t-testa zabilježena je statistički značajna razlika rezultata između kliničke i

kontrolne skupine, pri čemu sudionice kliničke skupine imaju nižu psihološku otpornost u odnosu na kontrolnu skupinu što je u skladu s očekivanjima.

Tablica 7. *Deskriptivni podatci razine depresije*

		N	*M*	*SD*	*min*	*max*
Ukupni rezultat BDI-II	Klinička skupina	31	25.74	14.98	3	54
	Kontrolna skupina	37	5.05	6.54	0	23

Tablica 8. *Rezultati t-testa razine depresije između sudionica kliničke i kontrolne skupine*

	t	*df*	*p*
Ukupni rezultat BDI-II	7,140	39.508	.000

Rezultati Levenovog testa $F = 29.275$ te $p < .05$ pokazali su kako preduvjet t-testa o homogenosti varijanci rezultata grupa nije zadovoljen. Tablica 8 prikazuje rezultate testiranja razlika rezultata između kliničke i kontrolne skupine na upitniku depresije. Sukladno očekivanjima, prema rezultatima t-testa zabilježena je statistički značajna razlika rezultata između kliničke i kontrolne skupine, pri čemu sudionice kliničke skupine imaju višu razinu depresije u odnosu na kontrolnu skupinu.

Tablica 9. *Prikaz korelacija psihološke otpornosti, depresije i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja*

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Ukupni rezultat CD-RISC	1	-,552**	-,300	-,474**	-,506**	-,688**	-,309	-,506**	-,575**	-,154	-,417*	-,614**	-,622**
2. Ukupni rezultat BDI II		1	,608**	,297	,756**	,824**	,549**	,549**	,727**	,269	,673**	,732**	,731**
3. Težnja za vitkošću			1	,487**	,870**	,624**	,440*	,453*	,509**	,109	,741**	,507**	,485**
4. Bulimija				1	,520**	,502**	,416*	,192	,607**	,017	,411*	,335	,190
5. Nezadovoljstvo tijelom					1	,816**	,452*	,593**	,657**	,215	,802**	,666**	,660**
6. Neučinkovitost						1	,491**	,591**	,808**	,405*	,645**	,768**	,760**
7. Perfekcionizam							1	,267	,543**	,086	,645**	,604**	,390*
8. Nepovjerenje u socijalnim odnosima								1	,356*	,277	,405*	,339	,802**
9. Svjesnost o tjelesnim potrebama									1	,386*	,675**	,633**	,516**
10. Strah od odrastanja										1	,226	,284	,376*
11. Asketizam											1	,664**	,538**
12. Regulacija impulsa												1	,594**
13. Socijalna nesigurnost													1

Napomena: * p < .05; ** p < .01

U svrhu odgovaranja na treći problem ovog istraživanja koji se odnosio na prirodu odnosa psihološke otpornosti, depresije i izraženosti simptoma poremećaja hranjenja kod ispitanica oboljelih od anoreksije izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije (Tablica 9).

Rezultati pokazuju statistički značajnu, stvarnu negativnu povezanost psihološke otpornosti s depresijom pri čemu osobe s višom razinom depresije imaju nižu razinu psihološke otpornosti.

Nadalje, vidljiva je negativna povezanost psihološke otpornosti s intenzitetom simptoma poremećaja hranjenja, koji su operacionalizirani rezultatima na pojedinim subskalama EDI 2 upitnika, na način da osobe koje doživljavaju jači intenzitet simptoma poremećaja hranjenja imaju nižu psihološku otpornost. Najviša statistički značajna, stvarna negativna povezanost postoji između psihološke otpornosti i neučinkovitosti. Nadalje, rezultati pokazuju statistički značajnu, stvarnu negativnu povezanost psihološke otpornosti s bulimijom, nezadovoljstvom tijelom, nepovjerenjem u socijalnim situacijama, svjesnosti o tjelesnim potrebama, asketizmom, regulacijom impulsa i socijalnom nesigurnošću. S druge strane, težnja za vitkošću, perfekcionizam i strah od odrastanja nisu statistički značajno povezane sa psihološkom otpornosti.

Jedna od pretpostavki istraživanja odnosila se i na povezanost depresije s intenzitetom simptoma poremećaja hranjenja, na način da osobe koje doživljavaju jači intenzitet simptoma poremećaja hranjenja imaju višu razinu depresije. Rezultati pokazuju da je odnos depresije i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja pozitivan pri čemu viši rezultat na upitniku depresije prati viši rezultat na subskalama pojedinih simptoma poremećaja hranjenja. Rezultati upućuju na statistički značajnu visoku pozitivnu povezanost depresije s nezadovoljstvom tijelom, svjesnosti o tjelesnim potrebama, regulacijom impulsa i socijalnom nesigurnosti. Nadalje, pronađena je statistički značajna stvarna pozitivna povezanost depresije s težnjom za vitkošću, perfekcionizmom, nepovjerenjem u socijalnim odnosima i asketizmom. No, nije pronađena statistički značajna povezanost depresije s bulimijom i strahom od odrastanja.

Tablica 10. *Koeficijent višestruke regresije i koeficijent detreminacije dobiven regresijskom analizom*

R	R^2	Procijenjeni R^2	Stand. pogreška prognoze
.688	.474	.455	14.429

U nastavku obrade rezultata provedena je višestruka regresijska analiza s ciljem ispitivanja doprinosa simptoma poremećaja hranjenja u objašnjavanju psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije. Postupkom stepwise regresijske metode istražilo se koje će kliničke varijable značajno objasniti psihološku otpornost. Konačni rezultati su prikazani u

Tablici 10. Koeficijent multiple korelacije, koji pokazuje stupanj povezanosti između psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije i neučinkovitosti, visok je i pozitivan, što znači da se na temelju većeg stupnja zadovoljenosti prediktora, može predvidjeti viši rezultat psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije. U skladu s očekivanjima ukupan regresijski model se pokazao statistički značajnim te objašnjava 45% varijance psihološke otpornosti.

Tablica 11. *Značajnost koeficijenta determinacije višestruke regresije*

	Suma kvadrata	*df*	Prosječna suma kvadrata	*F*	*p*
Regresija	5432.070	1	5432.070	26.090	,000
Rezidual	6037.865	29	208.202		
Ukupno	11469.935	30			

*p<,05

Na temelju rezultata u Tablici 11. vidljivo je da je koeficijent determinacije statistički značajan, odnosno da prediktor objašnjava statistički značajan udio varijance psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije, što je u skladu s postavljenim očekivanjima.

Tablica 12. *Standardizirani i nestandardizirani koeficijenti analiziranih prediktora psihološke otpornosti i testiranje njihove značajnosti*

	Nestandardizirani koeficijent		Standardizirani koeficijent		
	b	Stand. pogreška	*β*	*t*	*p*
Konstanta	77,691	4,603		16,877	,000
Neučinkovitost	-1,962	,384	-,688	-5.108	,000

Neučinkovitost se pokazala kao statistički značajni negativan prediktor psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije.

5. Rasprava

5.1 Sociodemografski podaci, podaci o tretmanu i indeks tjelesne mase

U provedenom istraživanju sudjelovalo je ukupno 68 sudionica podijeljenih u kliničku i kontrolnu skupinu. Kliničku skupinu činila je 31 sudionica oboljela od anoreksije, a kontrolnu skupinu 37 zdravih sudionica. Sudionice kliničke i kontrolne skupine ujednačene su prema dobi (raspon dobi 18 - 45 godina) te prema trenutnom obrazovnom i radnom statusu (Graf 1 i Graf 2). U skladu s istraživanjima koja navode kako se bolest 10 puta češće pojavljuje u žena (Treasure, Schmidt i Van Furth, 2005), ovaj uzorak sastoji se samo od osoba ženskog roda. Kliničku skupinu činile su osobe koje su imale iskustvo oboljenja od anoreksije. Neke od njih su trenutno u akutnoj fazi i na liječenju, dok su druge trenutno u remisiji. Sudionice navode da im se tijekom života događaju epizode izlječenja i ponovnog akutnog stanja. Tako longitudinalna istraživanja primjećuju kako se većina oboljelih od restriktivne anoreksije ne oporavi nego nastave razvijati ponašanja prejedanja ili pročišćavanja (Eddy i sur., 2002). Poznato je kako se neke osobe oboljele od anoreksije potpuno oporave nakon jedne epizode, druge imaju promjenjiv obrazac dobivanja na tjelesnoj težini, dok treće imaju kroničan višegodišnji tijek poremećaja. U ovom istraživanju prosječno trajanje bolesti je gotovo devet godina što nije iznenađujuće obzirom da je anoreksija često kronična bolest, pri čemu samo polovica oboljelih postiže potpuni oporavak (Steinhausen, 2002). Uvidom u simptomatologiju poremećaja hranjenja sudionica možemo zaključiti kako se kod nekih radi o netipičnoj anoreksiji nervozi (MKB-10) ili prema DSM-IV poremećaju hranjenja-neodređen. Dijagnozom netipična anoreksija se koristi u pacijenata u kojih su odsutni jedan ili više ključnih simptoma anoreksije nervoze, kao što je primjerice amenoreja ili znatan gubitak tjelesne težine, ali koji inače pokazuju prilično tipičnu kliničku sliku anoreksije nervoze (MKB-10). Također, tom se dijagnozom mogu označiti koji pokazuju sve ključne simptome poremećaja, ali u blažoj formi. Klinička praksa pokazuje kako je dijagnostički postupak poremećaja hranjenja složen jer se kod pacijentica nerijetko izmjenjuju različiti oblici. U ovom istraživanju, kako je već navedeno, klinička skupina nije homogena po pitanju prisutnosti akutne kliničke slike te isto treba imati na umu prilikom interpretacije rezultata i daljnje primjene istih.

Prema MKB 10 jedan od kriterija za uspostavljanje dijagnoze anoreksije je niska tjelesna težina odnosno Queteletov indeks tjelesne mase 17,5 ili niži. U našem istraživanju prosječna vrijednost je viša od očekivane. Prema Fairburnu 7% ispitanica ima ekstremno ispodprosječnu tjelesnu težinu, 35% ispitanica ima umjereno ispodprosječnu težinu, 35%

ispitanica ima blago ispodprosječnu težinu te 23% ispitanica ima prosječnu težinu. Kao objašnjenje se nameće činjenica da nisu sve sudionice trenutno u akutnoj fazi kao što je već prije spomenuto.

Anoreksija ima svoj tipični nastup u adolescenciji, dob od 15-16 godina autori označavaju kao dob najvećih problema s prehranom koji se u nekim slučajevima razviju do klinički definiranih oblika poremećaja hranjenja (Ambrosi-Randić, 2004). Prosječna dob u kojoj su započeti problemi s težinom u ovom istraživanju u skladu je s navedenim nalazima. Ipak, prema DSM-IV prosječna dob u kojoj se pojavljuje anoreksija je znatno viša, odnosno 17 godina. Navedene razlike u istraživanjima mogu se objasniti i definiranjem samog pitanja. U našem istraživanju sudionice su upitane kada su započeli njihovi problemi s težinom. Osim navedenog postoji i pitanje o uspostavi dijagnoze, a odgovori na to pitanje nam pokazuju kako se u tom slučaju odgovori naginju prema znatno kasnijoj dobi. Nadalje, primjećujemo kako je najniža dob, početka problema s težinom, iznosila samo 7 godina. Shapiro, Newcomb i Loeb (1997) navode da već u dobi od 8 do 10 godina djeca s obzirom na težinu, dijetu i zabrinutost zbog tijela izražavaju stavove tipične stavovima adolescentica zapadne kulture. Takvi nalazi navode na pomisao da postojanje prethodnika u toj dobi nagovješćuje i početak razvoja patologije hranjenja. Bilo bi dobro navedeno detaljnije istražiti te se usmjeriti razvoju intervencija već u toj dobi.

Uvidom u rezultate, Tablica 2, primjećujemo kako je 61,3% ispitanica trenutno u psihoterapijskom tretmanu. Važno je naglasiti kako je osobe oboljele od anoreksije teško uvjeriti na liječenje koje će ih povratiti na medicinski prihvatljivu tjelesnu masu te kako nerijetko odustaju od liječenja. Postupak provođenja istraživanja sastojao se od kratkog razgovora sa sudionicama nakon ispunjavanja upitnika u kojem su često izražavale nezadovoljstvo zbog nedovoljno programa liječenja u Hrvatskoj, odnosno centraliziranosti istih.

Većina oboljelih od anoreksije pokazuje vrlo visoko mjerilo uspjeha, inteligentne su, savjesne i obrazovane (Ambrosi-Randić, 2004). Tako uvidom u rezultate primjećujemo kako je većina sudionica ovog istraživanja visoko obrazovana, 84% sudionica kliničke skupine je kao trenutni status obrazovanja odabralo višu ili visoku stručnu spremu. Popularno shvaćanje kako od poremećaja hranjenja više obolijevaju djevojke iz obitelji visokog socio- ekonomskog statusa nije potvrđeno u ovom istraživanju. Odnosno, ne postoji razlika u obrazovanju roditelja između kliničke i kontrolne skupine, te je većina roditelja srednje stručne spreme. Goeree, Ham i Iorio (2011) navode da djevojke iz kućanstava s visokim primanjima i visoko obrazovanim

roditeljima imaju gotovo dvostruko veću vjerojatnost dobivanja dijagnoze poremećaja hranjenja. U narednim istraživanjima valjalo bi osim zanimanja roditelja uključiti varijablu novčanih primanja u obitelji.

5.2 Simptomatika poremećaja hranjenja

Za mjeru simptoma poremećaja hranjenja korišten je samoprocjenski upitnik EDI-2 (Garner, 1991). Usporedba rezultata sudionica kliničke i kontrolne skupine na upitniku EDI-2 prikazana je u Tablici 3. Sukladno očekivanjima, ispitanice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na ispitanice kontrolne skupine na svim skalama upitnika EDI-2, osim na skali strah od odrastanja. Strah od odrastanja se odnosi na želju za povratkom u sigurnost djetinjstva te želju da se izbjegnu zadaci odraslih.

Konverzijom bruto rezultata u centile te usporedbom s referentnim vrijednostima za pacijentice oboljele od anoreksije (Garner, 1991) vidljivo je kako sudionice kliničke skupine iz našeg istraživanja postižu očekivane rezultate na skalama težnja za vitkošću, neučinkovitost, perfekcionizam, nepovjerenje u socijalnim odnosima, asketizam i socijalna nesigurnost. Nešto više rezultate postižu na skalama bulimija, nezadovoljstvo tijelom, svjesnost o tjelesnim potrebama, strah od odrastanja i regulacija impulsa. U svrhu objašnjenja navedenih razlika valja se usmjeriti na specifičnost ovog uzorka. Naime norme korištene u svrhu opisivanja naših rezultata pripadaju osobama oboljelim od anoreksije nervoze (restriktivni tip), a naš uzorak se sastoji i od osoba koje pripadaju bulimičnom tipu kao i onih koji trenutno nisu u akutnoj fazi anoreksije.

5.3 Psihološka otpornost i anoreksija

Autorice ovog rada psihološku otpornost definiraju kao dinamičan proces u kojem interakcija psiholoških, socijalnih, okolišnih i bioloških čimbenika omogućuje pojedincu da se razvije, održi ili obnovi psihičko zdravlje unatoč izloženosti teškim životnim nedaćama (Wathen i sur., 2012). U ovom radu psihološka otpornost je mjerena CD-RISC upitnikom čiji autori otpornost definiraju kao osobinu ličnosti, no unatoč tome brojni radovi upitnik koriste u svrhu mjerenja stupnja psihološke otpornosti, kao prediktor ishoda psihoterapije ili farmakoloških tretmana, nošenja sa stresom te razvijanja psihološke otpornosti (Connor i Davidson, 2019; prema Green i sur., 2010; Pietrzak i sur., 2011) Tako se i u ovom radu upitnik koristi u svrhu mjerenja stupnja psihološke otpornosti te načina razvijanja iste.

Tablica 6 pokazuje kako je, u skladu s očekivanjima, mjera stupnja psihološke otpornosti statistički značajno niža kod osoba oboljelih od anoreksije u usporedbi s kontrolnom skupinom. Osvrnuvši se na literaturu o psihološkoj otpornosti i poremećajima hranjenja (Las

Hayas i sur., 2014; Kane i sur., 2019), moguće je zaključiti da osobe koje boluju od anoreksije imaju nižu psihološku otpornost, čemu dobiveni nalazi idu u prilog. Dodatno, niža psihološka otpornost kod osoba oboljelih od anoreksije sugerira da pacijentice imaju poteškoća s prilagodbom, kontrolom, samoefikasnosti te vjerom i nadom. Tako je kod osoba oboljelih od anoreksije nerijetko izražen i strah od promjena (Ambrosi-Randić, 2004), dok je karakteristika osoba visoke psihološke otpornosti prilagodljivost na različite životne situacije. Nadalje, u svrhu objašnjenja navedenog valja se usredotočiti na rizične faktore u razvoju anoreksije kao i na rizične faktore povezane s razvojem psihološke otpornosti. Naime poznato je da je psihološka otpornost složen i dinamičan konstrukt, te je u svrhu boljeg razumijevanja važno uključiti čimbenike rizika i zaštite na subjektivnoj i objektivnoj razini kako bismo bolje opisali konstrukt psihološke otpornosti. Tako proučavajući literaturu primjećujemo kako su rizični faktori važni u procesu stvaranja psihološke otpornosti. Operacionalizirani su na različite načine, uključujući socioekonomski status, tablicu s brojem značajnih životnih događaja, kolektivne traume, kognitivne teškoće, nisku porođajnu težinu kao i kumulativni rizik kombinacije navedenih faktora (Ong, Bergeman i Boker, 2009). Osvrnuvši se na rizične faktore u razvoju anoreksije primjećujemo kako postoji slaganje s rizičnim faktorima u procesu razvoja psihološke otpornosti. Tako, traume i niska porođajna težina mogu biti povezani i s lošijom prognozom anoreksije (Garner, Garner i Rosen 1993). Dodatno, istraživanja pokazuju kako niska otpornost može biti rizični čimbenik psihičkih poremećaja, a visoka otpornost može pomoći poboljšanju psihičkog stanja (Shrivastava i Desousa, 2016). Dakle ovi nalazi mogu pridonijeti liječenju osoba s anoreksijom povećanjem otpornosti. Konceptualni model otpornosti osoba oboljelih od poremećaja hranjenja naglašava važnost prekretnica, kod kojih se javlja otpornost, kao središnjih trenutaka u procesu izlječenja. Tako su za neke preokretna iskustva nastala nakon životnih nedaća (npr. problema s jednjakom uzrokovanih pretjeranim povraćanjem) ili nakon spoznaje da se važni snovi (npr. majčinstvo) možda neće moći ostvariti ako ne promjene svoje trenutno ponašanje. Prekretnica označava prihvaćanje bolesti i odluku o promjeni načina života. Također, kao dio procesa razvoja otpornosti potrebno je usmjeriti pacijenta na prepoznavanje snova i ciljeva u svom životu, što je u skladu s istraživanjem Meyera, Muesera Southwicka i Bretta (2011) koji povezuju koncepte oporavka i otpornosti, pri čemu otpornost shvaćaju kao podupiratelja procesa oporavka te sponu između vještina i osobnih kvaliteta pojedinca te ciljeva i planova za budućnost. Las Hayas i sur., (2016) su izvijestili da je otpornost kod pacijenata zadržana i nakon tretmana u slučaju kada su kreirali nove aktivnosti u životu (npr. slikanje, ples, bavljenje sportom ili pjevanje), razvili

zadovoljavajuće socijalne odnose ili isplanirali nove kratkoročne ili dugoročne ciljeve. Ove intervencije su im pomogle da se odvoje od starih navika i misli i povežu s novim dinamičnim životom. Sve ove nove aktivnosti povećale su osjećaj vlastite učinkovitosti.

5.4 Psihološka otpornost i simptomatika poremećaja hranjenja

U tablici 9 prikazane su korelacije simptoma poremećaja hranjenja i psihološke otpornosti. Rezultati pokazuju kako osobe koje doživljavaju jači intenzitet simptoma poremećaja hranjenja imaju nižu psihološku otpornost. Primjećujemo kako najviša statistički značajna, stvarna povezanost postoji upravo između psihološke otpornosti i neučinkovitosti. Nadalje u istraživanju Kanea i sur., (2019) pronađena je statistički značajna povezanost psihološke otpornosti sa svjesnosti o tjelesnim potrebama, interpersonalnim teškoćama i negativnim samopoimanjem. Promatrajući facete od kojih se navedeni konstrukti sastoje primjećujemo kako je navedeno u skladu s našim rezultatima koji ukazuju na povezanost psihološke otpornosti s nezadovoljstvom tijelom, nepovjerenjem u socijalnim situacijama, svjesnošću o tjelesnim potrebama, asketizmom, regulacijom impulsa i socijalnom nesigurnošću. Dobiveni nalaz o visokoj povezanosti psihološke otpornosti i nezadovoljstva tijelom u skladu je s teorijskim pretpostavkama. Naime, teorijski model nezadovoljstva tijelom i psihološke otpornosti pretpostavlja postojanje faktora otpornosti koji doprinose stvaranju pozitivne slike o tijelu. Faktori otpornosti modela obuhvaćaju obiteljsku potporu, smanjene sociokulturalne pritiske u vezi s ljepotom i mršavošću, odbacivanje ideje super žene, pozitivan fizički samo-koncept, učinkovite strategije suočavanja i osjećaj dobrobiti i ravnoteže (Choate, 2005). Također, visoka je povezanost pronađena i između nepovjerenja u socijalnim situacijama i socijalne nesigurnosti s psihološkom otpornošću što je bilo očekivano te potvrđuje važnost konceptulnog modela otpornosti osoba s poremećajem hranjenja kojemu je jedna od važnih sastavnica socijalna podrška kao i želja za promjenom koja uključuje stvaranje i rad na socijalnim odnosima. Objašnjenje visoke povezanosti regulacije impulsa i psihološke otpornosti intuitivno se nameće. Naime, promatrajući faktore psihološke otpornosti prema Connoru i Davidsonu (2019) primjećujemo kako se uz ostale sastoje od prilagodljivosti i kontrole za koje možemo zaključiti kako su u suprotnosti sa niskom regulacijom impulsa prisutnom kod osoba oboljelih od anoreksije. Nadalje, dobiveni nalazi, koji ukazuju na to da težnja za vitkošću, perfekcionizam i strah od odrastanja nisu značajno povezane sa psihološkom otpornosti, u skladu su s navodima literature (Kane i sur., 2019).

U svrhu boljeg razumijevanja psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksija provedena je regresijska analiza simptoma poremećaja hranjenja i psihološke otpornosti.

Rezultati, prikazani u tablici 10, ukazuju na to da je neučinkovitost snažan negativni prediktor psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije, što je u skladu sa navodima literature. Naime, u istraživanju Kane i sur., (2019) otkriveno je kako je negativna slika o sebi najsnažniji negativni prediktor psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije. Važno je objasniti kako postoje razlike u faktorskoj strukturi EDI-2 upitnika na Japanskom uzorku, istraživanje Kanea i sur., (2019). Podljestvice socijalna nesigurnost i neučinkovitost su kombinirane kako bi tvorile jedan faktor identificiran kao negativna slika o sebi. Također, asketizam i perfekcionizam formirali su jedinstven faktor nazvan „želja za kontrolom“, a dva konstrukta nepovjerenje u socijalnim odnosima i socijalna nesigurnost kombinirani u jedan faktor koji je nazvan „interpersonalne teškoće“ (Shimura, Horie, Kumano, Sakano i Suematsu, 2003). U našem istraživanju korištena je originalan struktura EDI-2 upitnika. Stoga možemo zaključiti kako se naši nalazi djelomično slažu s navodima literature. Naime, u konstruktu negativnog samopoimanja najviše je faceta neučinkovitosti koja se pokazala najboljim prediktorom u našem istraživanju. S druge strane konstrukt socijalne nesigurnosti, iako se nije pokazao značajnim u regresijskom modelu, statistički je značajno povezan sa psihološkom otpornošću.

Skala neučinkovitosti procjenjuje osjećaje opće neadekvatnosti, nesigurnosti, bezvrijednosti, praznine i nedostatka kontrole nad vlastitim životom. Preplavljujući osjećaj neučinkovitosti jedan je od temeljnih simptoma poremećaja hranjenja. Također, istraživanja pokazuju da je osjećaj neučinkovitosti jedna od centralnih dimenzija ličnosti osobe oboljele od anoreksije (Bruch, 1977, 1978; Crisp, 1977; Selvini, 1974; Sours, 1969). Stoga, nije iznenađujuće da, u našem istraživanju, najviša povezanost postoji upravo između neučinkovitosti i psihološke otpornosti. Dodatno možemo primijetiti slaganje s konceptualnim modelom otpornosti osoba s poremećajem hranjenja koji uvrštava različite aktivnosti u svrhu povećanja vlastite učinkovitosti osobe oboljele od poremećaja hranjenja.

Prethodno navedena neslaganja s literaturom moguće je objasniti nehomogenim uzorkom koji je korišten u našem istraživanju. Naime klinička skupina sastojala se od sudionica koje trenutno boluju ili su nekada bolovale od anoreksije. Također, neslaganje se može objasniti i kulturološkim razlikama. Tako istraživanja pokazuju kako je prevalencija anoreksije niža u Japanu u usporedbi s Europskim zemljama (Nakamura i sur., 2000).

Obzirom na navedene rezultate i navode literature smijemo zaključiti kako psihološka otpornost ima potencijal u prevenciji nastanka, pa i procesu oporavka od anoreksije. Potreba za integracijom s postojećim tretmanskim i preventivnim strategijama je neminovna.

5.5 Depresija i anoreksija

U provedenom istraživanju, sukladno očekivanjima, sudionice kliničke skupine postigle su statistički značajno više rezultate u odnosu na sudionice kontrolne skupine na upitniku depresije (Tablica 8). Navedeni nalaz u skladu je s literaturom o povezanosti poremećaja hranjenja i sniženog raspoloženja (Ambrosi-Randić, 2004). U istraživanju anoreksije i depresije postoji dilema je li depresivna simptomatologija osnovno obilježje anoreksične osobnosti ili se pojavljuju kao posljedica gladovanja i gubitka težine. Poremećaji raspoloženja i anksioznosti su češći kod pojedinaca s anoreksijom u usporedbi s kontrolnom skupinom (Grilo i Mitchell, 2011, prema Hudson i sur., 2006). Nadalje, depresivno raspoloženje je vrlo često stanje kod pacijenata s anoreksijom tijekom tijeka bolesti, posebno u onih koje pate od purgativnog tipa bolesti (Bizeul, Brun i Rigaud, 2003). Tako, primjerice, Pollice i sur. (1997) uočavaju da depresivnost i anksioznost dostižu najviše vrijednosti u situaciji ispodprosječne težine, a smanjuju se dobitkom na težini, iako u usporedbi s kontrolnom skupinom simptomi perzistiraju u blagom, ali značajnom obliku kod osoba koje su dobile na težini i već je duže vrijeme održavaju. Konkretno, depresivno raspoloženje, anhedonija i nesanica mogu biti posljedica pothranjenosti (Grilo i Mitchell, 2011, prema Keys, Brozek, Henschel, Mickelson i Taylor, 1950). Također, preokupacija hranom i rituali oko hrane i jedenja mogu se, također, pojaviti kao posljedica gladovanja (Grilo i Mitchell, 2011 prema Keys i sur., 1950). Veliki depresivni poremećaj može biti povezan sa značajnim gubitkom težine i čest je komorbidni poremećaj kod osoba oboljelih od AN-om (Grilo i Mitchell, 2011). Stoga, apetit često pomaže u diferencijalno-dijagnostičkoj dilemi. Naime, osobe oboljele od anoreksije imaju apetit, ali unatoč tome ne jedu, a osobe oboljele od depresije imaju poremećaj apetita (obično gubitak, a u slučajevima atipične depresije apetit može biti i pojačan). U slučajevima kada su zadovoljeni kriteriji za oba poremećaja, navode se kao komorbiditet. Depresija je najčešći komorbiditet uz anoreksiju (Folnegović-Šmalc, 2004). Neki istraživači sugeriraju da afektivni poremećaji prethode poremećajima hranjenja (Grilo i Mitchell, 2011; prema Piran i sur., 1985). Tako, oko 50% pacijenata s poremećajima hranjenja izjavljuje da su u povijesti imali veliki depresivni poremećaj (Hudson i Pope, 1987). S druge strane postoje i teorije koje anoreksiju promatraju kao psihopatološku manifestaciju temeljnog depresivnog poremećaja. (Garcia-Alba, 2004, prema Chinchilla, 1977).

Nadalje, uvidom u rezultate primjećujemo da je odnos depresije i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja pozitivan pri čemu viši rezultat na upitniku depresije prati viši rezultat na subskalama pojedinih simptoma poremećaja hranjenja. Pacijentice visoke depresivnosti

iskazuju značajno višu razinu simptomatologije anoreksije (Eckert, Goldberg, Halmi, Casper i Davis, 1982; Ambrosi-Randić, 2004). Dodatno, rezultati studije pokazuju da adolescentne djevojke oboljele od anoreksije i one oboljele od depresije pokazuju sličan profil na upitniku EDI (Smith i Steiner, 1992). U našem istraživanju najviša pronađena povezanost je između depresije i neučinkovitosti. Poznato je kako je osjećaj neučinkovitosti karakterističan za osobe oboljele od depresije. Nadalje, s obzirom na prethodno navedene navode literature koji opisuju kako posljedice izgladnjivanja mogu biti depresivni simptomi nije iznenađujuće kako je prisutna i povezanost između depresije i težnje za vitkošću.

5.6 Depresija i psihološka otpornost

U provedenom istraživanju, sukladno očekivanjima, pronađena je negativna povezanost psihološke otpornosti s depresijom pri čemu osobe s višom razinom depresije imaju nižu razinu psihološke otpornosti. Psihološka otpornost umanjuje utjecaj stresnih životnih događaja na stvaranje depresije (Connor i Davidson, 2019, prema Lim-a i sur., 2015). Nadalje, istraživanja pokazuju kako je kod osoba oboljelih od depresije razina otpornosti značajno niža (Connor i Davidson, 2019). U istraživanju Von Soest, Mossige, Stefansen i Hjemdal (2010) utvrđena je povezanost više razine otpornosti s nižom razinom anksioznosti, depresije, stresa i opsesivno-kompulzivnih simptoma kod starijih adolescenta. Niski rezultati psihološke otpornosti mogu biti pokazatelji rizika za pokušaje samoubojstva (Connor i Davidson, 2019, prema Liu i sur.,2014). Navedeni nalazi ukazuju na obećavajući potencijal psihološke otpornosti u prevenciji i liječenju depresije.

5.7 Ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Ovaj rad zasigurno doprinosi boljem razumijevanju odnosa anoreksije i psihološke otpornosti, budući da su istraživanja psihološke otpornosti u kontekstu poremećaja hranjenja još u razvoju. Istraživanje anoreksije i psihološke otpornosti, prema saznanjima autorica, prvo je takvo istraživanje na hrvatskom uzorku, odnosno jedino postojeće istraživanje provedeno je na japanskom uzorku. Nedostatak prijašnjih istraživanja i inovativnost ovog rada bili su svojevrstan izazov prilikom provođenja istraživanja. Naime, pri interpretaciji rezultata provedenog istraživanja treba imati u vidu metodološka ograničenja i nedostatke koji mogu poslužiti i kao preporuke za buduća istraživanja. Istraživanje je korelacijsko, uz nacrt poprečnog presjeka, podaci su prikupljeni u jednoj vremenskoj točki te se ne može odgovoriti na probleme međusobne uzročnosti izučavanih pojava (Milas, 2009). Budući da se radi o specifičnoj i osjetljivoj populaciji, samo prikupljanje podataka je bilo otežano. Veći broj ispitanica doprinio bi većoj valjanosti rezultata. Također, kao što je već spomenuto uzorak nije

homogen po pitanju prisutnosti akutne kliničke slike. Naime, buduća istraživanja primarno bi se trebala usmjeriti na adekvatniji odabir uzorka, odnosno uključiti veći broj sudionika te imati isključivo skupinu sudionica koje su u akutnoj fazi bolesti. Osim navedenog valjalo bi napraviti usporedbu rezultata osoba oboljelih od anoreksije koji su trenutno u tretmanu i onih koji nisu. Dodatno, u skladu s literaturom koja se ponajviše usmjerava na opisivanje anoreksije kod osoba u rasponu dobi od 15 do 25 godina, valjalo bi u istraživanje uključiti i osobe mlađe od 18 godina. Nadalje, samo prikupljanje podataka metodom papir-olovka ima svojih nedostataka jer je od sudionica zahtijevano da popune cijeli upitnik odjednom što je nekima moglo biti naporno te dovesti do nasumičnog popunjavanja. Također pažnju bi trebalo usmjeriti i na sam konstrukt psihološke otpornosti. Naime u skladu s preporukama literature valjalo bi uz upitnik CD-RISC uključiti i varijable rizičnih i zaštitnih faktora u svrhu bolje operacionalizacije konstrukta ali i samog razumijevanja i daljnje primjene dobivenih spoznaja. Naposljetku, boljem razumijevanju psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije pridonijela bi provedba longitudinalnog istraživanja, koje bi pratilo pacijentice uključene u tretman koji uključuje intervencije u svrhu razvoja psihološke otpornosti.

5.8 Kliničke implikacije istraživanja

Istraživanje je provedeno kako bi se unaprijedilo naše razumijevanje i liječenje anoreksije nervoze. Naime, poznato je kako je liječenje anoreksije dugotrajno zahtjevno i izazovno. Pored toga, poremećene navike hranjenja mogu dovesti do značajnog gubitka tjelesne težine te rezultirati brojnim zdravstvenim komplikacijama, od kojih su neke potencijalno ireverzibilne. Pacijentice nerijetko traže pomoć tek u situacijama kada je već došlo do ozbiljnijih medicinskih komplikacija te je potrebna nutritivna habilitacija dok se psihoterapija tek naknadno uključuje. S druge strane, konstrukt psihološke otpornosti predstavlja prekretnicu u psihologiji i psihijatriji, odnosno promjenu patogene paradigme, koja je usmjerena na simptomatologiju, bolesti i poremećaje, prema salutegenoj paradigmi usmjerenoj na snage, kompetencije i adaptivne ishode. Točnije, naglasak se prebacuje na razumijevanje i poticanje psihičkog zdravlja i dobrobiti. Nalazi provedenog istraživanja zaključuju kako je psihološka otpornost niža u osoba oboljelih od anoreksije te kako znatnu ulogu u objašnjavanju psihološke otpornosti ima neučinkovitost. Ovakvi rezultati se zasigurno ne bi trebali zanemariti na praktičnoj razini obzirom da ukazuju na potrebu uključivanja rada na elementima psihološke otpornosti u liječenju osoba oboljelih od anoreksije. U prijašnjem poglavlju opisano je korištenje psihološke otpornosti u terapijske svrhe kroz konceptualni model otpornosti osoba oboljelih od poremećaja hranjenja. Pregledavajući literaturu može se

zaključiti kako se neke postavke kognitivno bihevioralne terapije (KBT) slažu s teorijom psihološke otpornosti budući da prema kognitivno bihevioralnoj perspektivi, psihopatološke smetnje nastaju iz međudjelovanja disfunkcionalnih misli, ponašanja i emocija, u odgovoru na stresne događaje ili teškoće (Beck, 2011, prema Helmreich i sur., 2017). Stoga, korištene tehnike, poput promjene nefunkcionalnih vjerovanja te učenja vještina rješavanja problema i suočavanja, mogu biti djelotvorne u promicanju čimbenika otpornosti, poput kognitivne fleksibilnosti i aktivnog suočavanja. Carter i sur., (2006) osmislili su KBT pristup koji se usmjerava na prevenciju ranog mršavljenja, povećanje samo-učinkovitosti te rad na poremećenoj slici tijela. Primjećujemo kako pristup obuhvaća samoučinkovitost, konstrukt važan u objašnjavanju psihološke otpornosti, stoga je moguće da bi rad na psihološkoj otpornosti pospješio terapijski ishod ovog pristupa. Također, intervencije koje su zasnovane na kombinaciji kognitivno-bihevioralne terapije i usredotočene svjesnosti (engl. *mindfulness*) imaju pozitivan utjecaj na otpornost pojedinca (Joyce, Shand, Tighe, Laurent i Bryant, 2018). Otpornost je potrebna u nošenju sa simptomima, popratnim pojavama lijekova, kao i značajnim te često sveprožimajućim gubicima na planu kvalitete života (Perlman i sur., 2017). Također, autorice ovog rada smatraju kako bi valjalo osmisliti psihoedukativne aktivnosti u svrhu razvoja psihološke otpornosti već u osnovnim školama, a iste bi mogli provoditi stručni suradnici škole ili educirani volonteri. Naime, u okvirima istraživanja programa za razvoj psihološke otpornosti pronađeno je da naučene vještine dovode do značajnih pozitivnih promjena kod mladih, točnije dovode do smanjenja razvoja anksioznih i depresivnih simptoma kao i poremećaja prilagodbe (Brunwasser, Gillham i Kim, 2009). Iako, još uvijek postoje neslaganja o tome što zapravo predstavlja trening otpornosti te koje su temeljne sastavnice učinkovitog programa za promicanje otpornosti, istraživanja pokazuju da postoje mnogi aspekti koji se mogu naučiti te da su intervencije uspješne (Reivich, Seligman i McBride, 2011). Stoga, autorice smatraju kako su programi razvoja psihološke otpornosti važni u svrhu prevencije razvoja anoreksije. Bitno je napomenuti kako ova neistražena tema, kako na svjetskom, tako i na hrvatskom području zahtjeva daljnja istraživanja i produbljivanje spoznaja te otvara mnoga područja za praktičnu primjenu.

6. Zaključak

Provedenim istraživanjem nastojalo se ispitati prirodu odnosa psihološke otpornosti i depresije s prisutnošću i intenzitetom simptoma anoreksije, ali i pružiti širu sliku o ulozi psihološke otpornosti u liječenju i prevenciji anoreksije. U istraživanju je utvrđeno da osobe oboljele od anoreksije imaju viši intenzitet depresivnosti (*t=7.140, p=.000*) u odnosu na kontrolnu skupinu, pri tome prosječni rezultat na upitniku depresije kliničke skupine ukazuje na umjereni intenzitet depresije. Također, pokazano je kako osobe oboljele od anoreksije imaju značajno nižu psihološku otpornost (*t=-3.172, p=.002*) u odnosu na kontrolnu skupinu. Preciznije, osobe koje doživljavaju jači intenzitet simptoma poremećaja hranjenja imaju nižu psihološku otpornost, pri čemu simptomi poremećaja hranjenja: neučinkovitost, regulacija impulsa i socijalna nesigurnost imaju najviše korelacije s psihološkom otpornosti. Dodatno, regresijski model se pokazao statistički značajnim te objašnjava 45% varijance psihološke otpornosti, simptom poremećaja hranjenja: neučinkovitost predstavlja najsnažniji negativni prediktor psihološke otpornosti osoba oboljelih od anoreksije. U skladu s navedenim rezultatima možemo zaključiti kako je moguće da psihološka otpornost ima važnu ulogu u prevenciji nastanka, pa i procesu oporavka od anoreksije te se ukazuje potreba za integracijom psihološke otpornosti s postojećim tretmanskim i preventivnim aktivnostima.

7. Literatura

Ambrosi-Randić, N. (2004). Razvoj poremećaja hranjenja. Naklada Slap.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Amering, M. i Schmolke, M. (2009). Recovery in mental health: reshaping scientific and clinical responsibilities. John Wiley and Sons.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)*. Pearson.

Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders, 491*, 474-501.

Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Bizeul, C., Brun, J. M. i Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry, 18(3), 119-123.*

Boone, L., Vansteenkiste, M., Soenens, B., der Kaap-Deeder, V. i Verstuyf, J. (2014). Self-critical perfectionism and binge eating symptoms: A longitudinal test of the intervening role of psychological need frustration. *Journal of counseling psychology*, *61*(3), 363.

Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. *Anorexia nervosa, 1-10.*

Brunwasser, S. M., Gillham, J. E. i Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology, 77(6), 1042.*

Choate, L. H. (2005). Toward a theoretical model of women's body image resilience. *Journal of Counseling & Development, 83(3), 320-330.*

Comer, R. J. (2012). *Abnormal psychology*. Macmillan.

Connor, K.M. i Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: The ConnorDavidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, Vol. 18 (2), 76-82

Crisp, A. H. (1977). Anorexia Nervosa: Diagnosis and Outcome of Anorexia Nervosa: the St George's View.

Davison, G. C., & GC, N. (2002). *Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja.* Naklada Slap, Jastrebarsko.

Davidson, J. R. (2019). Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) manual. Unpublished.

Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health, 33(66_suppl), 29-35.*

Dowrick, C., Kokanovic, R., Hegarty, K., Griffiths, F. i Gunn, J. (2008). Resilience and depression: perspectives from primary care. *Health:*, *12*(4), 439-452.

Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C. i Davis, J. M. (1982). Depression in anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 12(1), 115-122.*

Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L. i Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 31*(2), 191-201.

Edward, K. L., Welch, A. i Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing, 65(3), 587-595*

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

Fergus, S. i Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health, 26, 399-419.*

Fletcher, D. i Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European psychologist, 18(1), 12.*

Folnegović-Šmalc, V. (2004). Anoreksija-komorbiditet i diferencijalna dijagnoza. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 10(52), 48-49.*

García-Alba, C. (2004). Anorexia and depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 7(1), 40-52.*

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. i Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine.*

Garner, D. M. (1991). *Eating disorder inventory-2*. Odessa, FL: psychological assessment resources.

Garner, D. M., Garner, M. V. i Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 13(2), 171-185.*

Goeree, M. S., Ham, J. C. i Iorio, D. (2011). Race, social class, and bulimia nervosa.

Grilo, C. M. i Mitchell, J. E. (Eds.). (2011). *The treatment of eating disorders: A clinical handbook.* Guilford Press.

Hudson, J. I. i Pope Jr, H. G. (1987). Depression and eating disorders.

Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ open, 8(6), e017858.*

Kalisch, R., Baker, D. G., Basten, U., Boks, M. P., Bonanno, G. A., Brummelman, E. i Geuze, E. (2017). The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nature Human Behaviour, 1(11), 784-790.*

Kane, C., Tomotake, M., Hamatani, S., Chiba, S., Kameoka, N., Watanabe, S. i Ohmori, T. (2019). Clinical factors influencing resilience in patients with anorexia nervosa. *Neuropsychiatric disease and treatment, 15, 391.*

Keyes, A., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Kimura, N. i Taylor, H. L. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases, 25(6), 329-343.*

Las Hayas, C., Calvete, E., del Barrio, A. G., Beato, L., Muñoz, P. i Padierna, J. Á. (2014). Resilience Scale-25 Spanish version: Validation and assessment in eating disorders. *Eating behaviors*, *15*(3), 460-463.

Las Hayas, C., Padierna, J. A., Muñoz, P., Aguirre, M., Gomez del Barrio, A., Beato-Fernández, L. i Calvete, E. (2016). Resilience in eating disorders: a qualitative study. *Women & health, 56(5), 576-594.*

Luthar, S. S., Cicchetti, D. i Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development, 71(3), 543-562.*

Mancini, A. D. i Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of clinical psychology, 62(8), 971-985*

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist, 56(3), 227.*

Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child development, 85(1), 6-20.*

Meyer, P. S., Mueser, K. T., Southwick, S. M. i Brett, T. L. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan, 276-288.*

Milas, G. (2009). Istraţivačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima (2. izd.). *Jastrebarsko: Naklada Slap*

Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T. i Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders, 28(2), 173-180.*

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M. i Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA, 303(3), 242-249*

Ong, A. D., Bergeman, C. S. i Boker, S. M. (2009). Resilience comes of age: Defining features in later adulthood. *Journal of personality, 77(6), 1777-1804.*

Perlman, D., Patterson, C., Moxham, L., Taylor, E. K., Brighton, R., Sumskis, S. i Heffernan, T. (2017). Understanding the influence of resilience for people with a lived experience of mental illness: A self-determination theory perspective. *Journal of Community Psychology*, *45*(8), 1026-1032.

Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G. i Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. International *Journal of Eating Disorders, 21(4), 367-376.*

Reivich, K. J., Seligman, M. E. i McBride, S. (2011). Master resilience training in the US Army. *American Psychologist, 66(1), 25.*

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 1-12.

Selvini-Palazzoli, M. (1974). Self-starvation. From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. *London: Chancer.*

Shapiro, S., Newcomb, M. i Burns Loeb, T. (1997). Fear of fat, disregulated-restrained eating, and body-esteem: Prevalence and gender differences among eight-to ten-year-old children. *Journal of Clinical Child Psychology, 26(4), 358-365.*

Shean, M. (2015). Current theories relating to resilience and young people. *Victorian Health Promotion Foundation: Melbourne, Australia.*

Shimura, M., Horie, H., Kumano, H., Sakano, Y. i Suematsu, H. (2003). Reliability and validity of a Japanese version of the Eating Disorder Inventory. *Psychological reports, 92(1), 131-140.*

Shrivastava, A. i Desousa, A. (2016). Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry, 58*(1), 38.

Smith, C. i Steiner, H. (1992). Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(5), 841-843.*

Snapp, S., Hensley-Choate, L. i Ryu, E. (2012). A body image resilience model for first-year college women. *Sex Roles, 67(3-4), 211-221.*

Sours, J. A. (1969). The anorexia nervosa syndrome: Phenomenologic and psychodynamic components. *The Psychiatric Quarterly, 43(1-4), 240-256.*

Southwick, S. M., Pietrzak, R. H. i White, G. (2011). Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan, 289-306.*

Southwick, S. M. i Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science, 338(6103), 79-82.*

Southwick, S. M., Sippel, L., Krystal, J., Charney, D., Mayes, L. i Pietrzak, R. (2016). Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry, 15(1), 77.*

Stainton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S. i Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early intervention in psychiatry, 13(4), 725-732.*

Stapleton, L. M., Sander, J. B. i Stark, K. D. (2007). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Youth in a sample of girls. *Psychological Assessment*, *19*(2), 230.

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry, 159(8), 1284-1293.*

Svjetska zdravstvena organizacija (1994). *MKB-10 Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema* (deseta revizija). Zagreb: Medicinska naklada.

Thiel, A., i Paul, T. (2006). Test–retest reliability of the Eating Disorder Inventory 2. *Journal of psychosomatic research*, *61*(4), 567-569.

Treasure, J., Schmidt, U., & Van Furth, E. (Eds.). (2005). *The essential handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons.

von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K. i Hjemdal, O. (2010). A validation study of the resilience scale for adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32(2), 215-225*

Wathen, C. N., MacGregor, J. C., Hammerton, J., Coben, J. H., Herrman, H., Stewart, D. E. i MacMillan, H. L. (2012). Priorities for research in child maltreatment, intimate partner violence and resilience to violence exposures: results of an international Delphi consensus development process. *BMC Public Health*, *12*(1), 684.

Wiebe, J. S. i Penley, J. A. (2005). A psychometric comparison of the Beck Depression Inventory-II in English and Spanish. *Psychological assessment, 17(4), 481.*

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. Reviews in clinical gerontology, 21(2), 152-169.

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. i Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. *Journal of affective disorders*, *126*(3), 411-414.