

Motivacija za promjenom kod osoba oboljelih od anoreksije

Atlaga, Maša

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:737185>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-19**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Sveučilišni diplomski studij psihologije (jednopedmetni)

Maša Atlaga

**Motivacija za promjenom kod osoba oboljelih od anoreksije
nervoze**

Diplomski rad

Zadar, 2021

Sveučilište u Zadru
Odjel za psihologiju
Sveučilišni diplomski studij psihologije (jednopedmetni)

**Motivacija za promjenom kod osoba oboljelih od anoreksije
nervoze**

Diplomski rad

Student/ica:

Maša Atlaga

Mentor/ica:

prof. dr. sc. Nataša Šimić

Zadar, 2021



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Maša Atlaga**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski rad** pod naslovom **Motivacija za promjenom kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 2021

ZAHVALA

Zahvaljujem se mr. sc. Jeleni Balabanić Mavrović, voditeljici Centra za poremećaje hranjenja BEA i dr. sc. Maji Batisti, kliničkoj psihologinji KBC-a Sestre Milosrdnice bez kojih realizacija ovog istraživanja u izvanrednim okolnostima prouzrokovanim pandemijom ne bi bila moguća, kao i svojoj mentorici prof. dr. sc. Nataši Šimić na višegodišnjoj podršci i konstantnom usmjeravanju.

Zahvaljujem se i svojim bližnjima koji su kontinuirano vjerovali u mene tijekom mog profesionalnog razvoja.

Također se želim zahvaliti svim svojim sudionicama koje su nesebično pridonijele izradi ovog rada. Njihova me hrabrost potaknula da posljednje mjesece svog studiranja posvetim boljem razumijevanju poremećaja hranjenja.

Sadržaj

<i>Uvod</i>	1
Anoreksija nervoza – dijagnostički kriteriji i terapija	2
Transteorijski model namjerne promjene ponašanja (TTM)	6
Temeljne postavke TTM-a i ključni konstrukti modela	7
<i>Cilj</i>	10
<i>Problemi</i>	10
<i>Hipoteze</i>	10
<i>Metoda</i>	11
Sudionici	11
Instrumentarij	12
Postupak	15
<i>Rezultati</i>	16
<i>Rasprava</i>	27
<i>Metodološka ograničenja i praktične implikacije</i>	33
<i>Zaključak</i>	34
<i>Literatura</i>	36
<i>Prilog</i>	41

Sažetak

Anoreksija nervoza je kroničan poremećaj, pri čemu oboljele osobe doživljavaju širok spektar njenih maladaptivnih posljedica koje se reflektiraju u različitim životnim domenama, a kojima pridonose niska tjelesna težina i restriktivan način prehrane. Konkretni problem s kojim se suočavaju stručnjaci čija je glavna zadaća tretman anoreksije nervoze jest njena ego-sintetska priroda koja čini suštinu ove patologije, a koja podrazumijeva da oboljeli pozitivno vrednuju vlastito stanje i, samim time, manifestiraju ambivalenciju u pogledu poboljšanja vlastite dobrobiti i slabu motivaciju za oporavkom. Okvir za detaljnije razumijevanje njihove ambivalentnosti te motivacije za promjenom predstavljen je u *transteorijskom modelu namjerne promjene ponašanja* koji omogućuje kategorizaciju pojedinaca u distinktivne stadije promjene, odnosno predkontemplaciju (ne promišljanje o promjeni), kontemplaciju (promišljanje o promjeni), pripremu (kreiranje plana promjene), akciju (aktivno angažiranje u promjeni ponašanja) te održavanje (ustrajnost u prevenciji relapsa). Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između motivacije za promjenom i nekih aspekata procesa donošenja odluke (percepcija prednosti, nedostataka i koristi anoreksije nervoze) te intenziteta simptoma poremećaja hranjenja kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze. Istraživanje je provedeno u online obliku na uzorku sudionica koje pate od anoreksije. Sudionice su ispunile Upitnik sociodemografskih podataka te podataka o indeksu tjelesne mase i tretmanu, Upitnik stadija promjene anoreksije nervoze, Upitnik donošenja odluke te Inventar poremećaja hranjenja. Dobiveni su rezultati donekle potvrdili temeljne postavke modela. Drugim riječima, osobe sa višom motivacijom za promjenom percipiraju manje prednosti, odnosno više nedostataka glede vlastite anoreksije te doživljavaju manje izražene simptome poremećaja hranjenja.

Ključne riječi: anoreksija nervoza, transteorijski model (TTM), stadiji promjene, motivacija za promjenom, ambivalencija, ego-sintetska priroda

Motivation to change in people with anorexia nervosa

Abstract

Anorexia nervosa is classified as a chronic disorder, in which patients experience a wide range of its maladaptive consequences that have an impact on different life areas and to which contribute a low body weight and restrictive diet. Ego-syntonic nature of anorexia represents a specific problem for experts whose main task is the treatment of anorexia and it represents the essence of this pathology meaning that patients evaluate their own condition in a positive manner and, thus, manifest ambivalence in terms of reaching an improvement of their own well-being and a poor motivation for recovery. A framework that captures in detail an understanding of their ambivalence and motivation to change is presented within the *transtheoretical model of intentional behaviour change* which allows categorization of individuals into distinctive stages of change, namely, precontemplation (not considering the change), contemplation (considering the change), preparation (making a plan to change), action (an active engagement in a behaviour change) and maintenance (persistence in a relapse prevention). The aim of this study was to examine the correlation between motivation to change with aspects of the decision-making process (perception of benefits, burdens and use of anorexia nervosa) and eating disorder symptom intensity in people with anorexia nervosa. The study was conducted online on a sample of people who suffer from anorexia. Participants completed a Sociodemographic, body mass index and treatment questionnaire, Anorexia nervosa stages of change questionnaire, Decisional balance scale and Eating Disorders Inventory. Obtained results partly confirmed the model's basic assumptions. In other words, people with a higher motivation to change perceive less benefits and more burdens of anorexia nervosa and they experience less severe eating disorder symptom intensity.

Key words: anorexia nervosa, transtheoretical model (TTM), stages of change, motivation to change, ambivalence, ego-syntonic nature

Uvod

Već desetljećima među istraživačima dominira interes za istraživanjem odnosa između prehrane i tjelesne težine s emocionalnim i tjelesnim zdravljem. Poremećaji hranjenja i jedenja konceptualiziraju se u terminima nerealne predodžbe vlastitog tijela koja motivira samoinicijativno prejedanje ili izgladnjivanje. U spomenute se poremećaje klasificiraju anoreksija nervoza, bulimija nervoza, poremećaj s prejedanjem, pika, preživajući poremećaji te poremećaj ograničavanja, odnosno izbjegavanja unosa hrane (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Pokrajac-Bulian i suradnici (2007) navode da, prema nalazima longitudinalnog istraživanja provedenog u Norveškoj (Wichstrøm, 2000), 25% mladića i više od 40% djevojaka manifestiraju neke od simptoma poremećaja hranjenja, a ovaj se podatak pokazao konstantnim u periodu od 2 godine praćenja. Ono što predstavlja srž prethodno navedenih poremećaja jesu permanentne poteškoće jedenja ili bilo kakvih ponašanja povezanih s istim koji u konačnici rezultiraju promjenama u konzumiranju ili apsorpciji hrane te, posljedično, narušavaju tjelesno i psihosocijalno funkcioniranje. Naime, u podlozi *anoreksije nervoze* (u daljnjem tekstu *anoreksije*) jest neprestani trud uložen u održavanje najmanjeg mogućeg indeksa tjelesne mase (ITM), odnosno indeksa manjeg od 17,5 (Rikani i sur., 2013). Sukladno klasifikaciji u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-5), *anoreksija* je karakterizirana konstantnom restrikcijom unosa kalorija koja pridonosi smanjenju tjelesne težine u kontekstu minimalno očekivane težine osobe s obzirom na njenu kronološku dob, spol i razvoj (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Termin *anoreksija* se odnosi na gubitak apetita, dok termin *nervosa* upućuje na razloge koji su emocionalne naravi. Međutim, autori Snapp i suradnici (2012) navode da je pojam *anoreksija* donekle neadekvatan u ovom kontekstu obzirom na činjenicu da oboljeli ne pate od gubitka apetita koliko ih karakterizira izražen strah od dobivanja na tjelesnoj težini, odnosno debljanja. Nisko samopoštovanje predstavlja jedno od obilježja oboljelih od *anoreksije*, a ono proizlazi iz relativno velike važnosti koja se daje tjelesnoj težini kao referentnom okviru za samovrednovanje. Stoga, gubitak tjelesne težine predstavlja svojevrsan predmet težnje, ali i „instrument“ za testiranje samodiscipline (Batista, 2019). Stručnjaci u ovom području ističu da pojedinci koji pate od *anoreksije* iskazuju nepovjerenje u odnosima s drugim ljudima, a percepcija osobne neučinkovitosti predstavlja jednu od njihovih ključnih dimenzija osobnosti (Bruch, 1997; Crisp, 1997; Garner i sur., 1984).

Prema prevalenciji javljanja, anoreksija se klasificira u jedan od relativno čestih poremećaja hranjenja, a u posljednjih se nekoliko desetljeća bilježi značajan porast oboljelih. Statistički pokazatelji skreću pozornost na činjenicu da kod žena mlađe odrasle dobi prevalencija iznosi oko 0,4%, pri čemu se ističe podatak kako se relativno rijetko javlja kod muškaraca (Američka Psihijatrijska Udruga, 2014). Anoreksiju karakterizira specifičan obrazac hranjenja, svjestan i namjeren gubitak na tjelesnoj težini, poremećaj percepcije vlastitog tjelesnog izgleda te amenoreja (kod osoba ženskog spola), a rano djetinjstvo ili adolescencija su životna razdoblja koja označavaju početak njenog javljanja (Američka Psihijatrijska Udruga, 2014). U svrhu postizanja vlastitog cilja gubitka tjelesne težine, oboljeli nerijetko koriste razne metode poput brojanja kalorija, dijeta, proučavanja deklaracija na raznim prehrambenim proizvodima ili pak prekomjerne tjele vježbe (SZO, 1994). Karakteristike koje se uglavnom atribuiraju osobama koje pate od anoreksije su inteligencija, preciznost, ambicioznost, kompulzivnost i savjesnost. Unutar anoreksije postoji određena klasifikacija pri čemu je moguće diferencirati njena dva tipa, odnosno, restriktivni i prejedajući/purgativni tip. Naime, uzrok gubitku na težini kod restriktivnog tipa anoreksije jest reduciranje unosa hrane u organizam što podrazumijeva da osoba nije angažirana u ponašanjima pražnjenja ili prejedanja. S druge strane, osobe sa dijagnozom prejedajućeg/purgativnog tipa anoreksije uglavnom manifestiraju ponašanja poput zloupotrebe laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje te samoizazvanog povraćanja. Na ozbiljnost poremećaja hranjenja ukazuje podatak da je stopa smrtnosti oboljelih procijenjena na 5,1% pri čemu se kod anoreksije značajno ističe stopa od 1,7% (Sansfacon i sur., 2017). Obiteljski pritisak, specifična struktura ličnosti, genetski faktori, emocionalni poremećaji te kulturološki čimbenici predstavljaju faktore rizika koji osobu čine vulnerabilnom za razvoj ovog poremećaja. Konkretnije rečeno, Batista i sur., (2018) ističu kako se televizijskim sadržajem, filmovima i časopisima proklamiraju ideali vanjskog tjelesnog izgleda, a održavanju dijete pridonose socijalni faktori, poput verbalnih komentara upućenih od strane drugih ljudi ili pak potreba za postizanjem vitke tjelesne figure kako bi se zadobila naklonost od okoline.

Anoreksija nervoza – dijagnostički kriteriji i terapija

Prilikom postavljanja dijagnoze poremećaja hranjenja i jedenja stručnjaci se mogu referirati na dva izvora koja obuhvaćaju dijagnostičke kriterije. Odnosno, riječ je o Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5) objavljenog od strane Američkog

psihijatrijskog društva (2014) te o Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) kojeg je Svjetska zdravstvena organizacija objavila 1994. godine. U nastavku teksta slijedi opis kriterija za postavljanje dijagnoze anoreksije prema DSM-5 i MKB-10.

Sukladno DSM-5 (Američka Psihijatrijska Udruga, 2014), dijagnoza anoreksije nervoze zahtijeva zadovoljenje sljedećih kriterija:

- A. *Ograničenje unosa energije obzirom na zahtjeve, što dovodi do značajno niske tjelesne težine u odnosu na spol, dob, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Značajno niska tjelesna težina se definira kao težina koja je manja u odnosu na minimalno normalnu ili, kada je riječ o djeci i adolescentima, koja je manja od minimalno očekivane.*
- B. *Snažan strah od porasta tjelesne težine ili pretilosti ili ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, čak i uz značajno nisku tjelesnu težinu.*
- C. *Smetnje u načinu doživljavanja vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne težine na samovrednovanje ili trajno neshvaćanje ozbiljnosti trenutačno niske tjelesne težine.*

Sukladno MKB-10 (SZO, 1994), u svrhu dijagnosticiranja anoreksije nervoze nužno je zadovoljenje sljedećih kriterija:

- a) *Tjelesna se težina održava na najmanje 15% ispod očekivane težine, odnosno indeks tjelesne mase je 17,5 ili niži..*
- b) *Gubitak na tjelesnoj težini induciran je od pacijenta izbjegavanjem „hrane koja deblja.“ Također, može biti prisutan jedan ili više od sljedećih ponašajnih obrazaca: povraćanje koje izaziva sam bolesnik, „čišćenje“ koje izaziva sam bolesnik, pretjerano vježbanje te upotreba tvari koje suprimiraju apetit i/ili diuretika.*
- c) *Izmijenjena je predodžba o shemi tijela u obliku specifične psihopatologije kod koje strah od pretilosti perzistira kao intruzivna, precijenjena ideja i bolesnik samome sebi nameće standarde niske tjelesne težine.*
- d) *Raširen endokrini poremećaj koji zahvaća os hipotalamus-hipofiza-gonada, kod žena se očituje amenorejom, a kod muškaraca gubitkom potencije i seksualnog interesa. Mogu postojati povišene razine hormona rasta i kortizola, promjene u perifernom metabolizmu tiroksina te abnormalnosti u sekreciji inzulina.*

- e) *Ukoliko se poremećaj javi prije puberteta, pubertet kasni ili je u potpunosti zaustavljen. Tjelesni rast se zaustavlja, u djevojčica se prsa ne razvijaju te postoji primarna amenoreja, a genitalije u dječaka ostaju dječje.*

Ono što svakako valja kazati jest da je prilikom postavljanja dijagnoze potrebno u obzir uzeti i druge potencijalne uzroke značajno niske tjelesne težine kao i naglog gubitka na istoj, poput prisutnosti drugih zdravstvenih stanja (sindrom stečene imunodeficijencije, gastrointestinalna bolest, itd.), konzumacije psihoaktivnih substanci, shizofrenije, depresivnog poremećaja i tomu slično (Američka Psihijatrijska Udruga, 2014). Stoga, dijagnosticiranje anoreksije iziskuje stručnost i neizostavno iskustvo u kliničkoj prosudbi, a osobito kada je riječ o netipičnim kliničkim slikama.

Ego-sintetičnost je termin kojeg je uveo Freud još 1914. godine te se nerijetko asocira uz anoreksiju, a odnosi se na sva ponašanja, osjećaje i vrijednosti koji su konzistentni sa vlastitom idealnom slikom o sebi, čime se implicira da osoba negira trenutni problem (Sandler i sur., 1991). Ego-sintetska priroda anoreksije pridonosi iskrivljavanju odgovora na mjerama samoprocjene, većoj incidenciji odustajanja od tretmana, ali i preprekama u uspostavi adekvatnog terapijskog odnosa. Stoga, liječenje anoreksije je obilježeno nepredvidivim, dugim i teškim tijekom, a oboljeli najčešće imaju povijest pokušaja liječenja koji su praćeni odustajanjem i ponavljanim hospitalizacijama. Unatoč izlaganju zdravstvenim rizicima, poput usporenog emocionalnog razvoja ili osteoporoze, ne postoji izražena briga za vlastitu dobrobit. Naime, stručnjaci u ovom području ističu da su pojedinci koji pate od anoreksije zadovoljni vlastitim trenutnim stanjem na *patološki način* pri čemu, unatoč neugodnostima i poteškoćama s kojima se susreću, ne teže oporavku (Laseque, 1997; Sjogren, 2019). Naime, uspostavljanje kontrole nad abnormalnim obrascem hranjenja, optimiziranje sposobnosti identificiranja i izražavanja emocija, usvajanje strategija suočavanja sa stresnim okolnostima, nutritivna rehabilitacija, medicinska stabilizacija te prevencija relapsa predstavljaju glavne terapijske ciljeve kod ovog poremećaja. Anoreksija je kompleksna patologija multi-simptomatske prirode koja zahvaća tjelesne, kognitivne, bihevioralne, socijalne i emocionalne aspekte funkcioniranja, a obzirom da oboljeli manifestiraju izraženu ambivalenciju glede težnje za oporavkom, multidisciplinarni pristup u liječenju postaje neizbježan. Stoga bi tim stručnjaka trebao uključivati medicinsko osoblje, psihoterapeuta te nutricionista. Opcije liječenja anoreksije su raznolike, a najčešće podrazumijevaju ambulantno liječenje, liječenje u sklopu dnevnih bolnica,

multidisciplinarnu terapiju, zajedničko stanovanje, a u onim slučajevima u kojima su život i zdravlje oboljelih ugroženi, nužna je hospitalizacija. U sklopu bolničkog liječenja se uglavnom kombiniraju različiti terapijski pravci, pri čemu je kognitivno – bihevioralna terapija jedna od najčešće korištenih kada je riječ o anoreksiji, a fokusirana je na modifikaciju negativnih automatskih misli kao i nevaljanih pretpostavki o vlastitom izgledu, hrani i tjelesnoj težini.

Nalazi nekih istraživanja ukazuju da su pacijenti sa dijagnozom anoreksije, u usporedbi sa pacijentima koji pate od „ne-anoreksičnih“ tipova poremećaja hranjenja i jedenja, slabije motivirani za liječenje, stoga ih relativno često druge osobe upućuju na tretman u sustav zdravstvene skrbi (Hasler i sur., 2004). Slabija motivacija za liječenjem predviđa nepovoljne ishode u tretmanu i relativno visoke stope odustajanja od istog, a istraživanja upućuju na podatak da se motivacija za uključivanjem u tretman, odnosno motivacija za promjenom, mijenja za vrijeme trajanja bolesti, povećavajući se s godinama, trajanjem bolesti i trajanjem samog tretmana (Denison-Day, 2018; Green i sur., 2017). Prema mišljenjima nekih autora, relativno snažan otpor prema promjeni klasificira anoreksiju u tipove poremećaja koje je poprilično zahtjevno liječiti, a samim time, postići i optimalan ishod u terapijskim intervencijama (Vitousek i sur., 1998). Dakle, evaluacija pacijentove motivacije za promjenom se u kliničkoj praksi nameće kao svojevrsan imperativ obzirom na činjenicu da o njoj ovisi ishod samog tretmana. Stoga, pitanje na koje bi bilo poželjno dati odgovor jest „*Na koji način procijeniti pojedinčevu motivaciju za promjenom, a samim time, efikasno predvidjeti ishod tretmana?*“

Naime, usprkos činjenici da je motivacija za promjenom jedan od centralnih problema kod ovog poremećaja, tek je u posljednjih nekoliko desetljeća postala žarište teorijskih i empirijskih istraživanja. Ovaj se rastući interes može pripisati opsežnim istraživanjima motivacijskih problema kod ovisničkih ponašanja, a koja obično uključuju stadije modela promjene kojeg su konceptualizirali Prochaska i DiClemente još 1982. godine, a riječ je o *transteorijskom modelu namjerne promjene ponašanja* (u daljnjem tekstu TTM). Model je namijenjen opisivanju procesa promjene, a posebno je relevantan za spektar ponašanja koje karakterizira motivacijski deficit (poput anoreksije) iz razloga što omogućuje detektiranje i najranijih faza u promjeni konkretnog ponašanja te se, sa svojim ključnim konstruktima, pokazao kao efikasan prediktor ishoda u tretmanu. Više o modelu slijedi u nastavku teksta.

Transteorijski model namjerne promjene ponašanja (TTM)

Motivacija za promjenom je termin koji podrazumijeva da osoba za cilj ima promjenu vlastitog ponašanja, a ujedno predstavlja ključnu varijablu TTM-a. TTM je u literaturi predstavljen kao integrativan i sveobuhvatan model promjene ponašanja te su dosadašnja istraživanja pružila snažnu potporu valjanosti i pouzdanosti njegovim glavnim konstruktima. Drugim riječima, ovaj je model u svojoj suštini multidimenzionalan iz razloga što obuhvaća komponentne poput: kognitivnih i afektivnih procesa ponašajnih promjena, odlučivanja za i protiv promjene, kretanja između stadija u procesu promjene te percipiranu samoefikasnost, odnosno iskušenje (Prochaska i DiClemente, 1983, 1984; Pokrajac-Bulian i sur., 2005). Naime, radi se o jednom od najčešće evaluiranih modela u kontekstu proučavanja širokog spektra zdravstvenih ponašanja, a primarno je formuliran u svrhu istraživanja procesa promjene navike konzumiranja nikotina (Prochaska i DiClemente, 1982). Srž samog modela jest pretpostavka da je promjena ponašanja proces koji se odvija sistematično, a sadržava različite i specifične zadatke, pri čemu se promjena odnosi na početak, promjenu ili pak prestanak konkretnog ponašanja (Miller i Rollnick, 2002). TTM inkorporira postavke različitih teorija, odnosno kognitivnih i motivacijskih teorija, teorija socijalnog učenja, teorije prevencije povrata simptoma (Morera i sur., 1998, prema Pokrajac-Bulian i sur., 2005) te teorije planiranog ponašanja (DiClemente i sur., 2004). Razni su autori usmjerili svoje napore ka koncipiranju temeljnih postavki ovog modela, a neka od područja njegove evaluacije uključuju problematična ponašanja koje karakterizira manjak motivacije za promjenom, poput ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, kockanju i nikotinu, neuroza i poremećaja hranjenja (Blake i sur., 1997; Prochaska i sur., 1992), ali i područja promicanja poželjnih zdravstvenih ponašanja u koje se ubrajaju primjena tjelovježbe te konzumacija voća i povrća (Horwath, 2013; Noia i sur., 2006). Nadalje, stadiji promjene predstavljaju znanstvenu operacionalizaciju motivacije za promjenom, a označavaju trenutak pojedinčeve spremnosti na promjenu određenog ponašanja. Sukladno postavkama TTM-a, promjena zdravstvenih ponašanja uključuje 5 stadija: (1) *predkontemplacija* se odnosi na stadij u kojem pojedinac ne uzima u obzir mogućnost promjene iz razloga što nije svjestan problema ili ga negira, (2) *kontemplacija* je stadij u kojem osoba razmišlja o mogućnosti promjene te procjenjuje strane za i protiv iste, (3) u stadiju *pripreme* osoba namjerava promijeniti određeno ponašanje te planira korake koje treba poduzeti na tom putu, (4) *akcija* podrazumijeva aktivnu angažiranost pojedinca u promjeni ponašanja i, generalno, mijenjanja vlastitog životnog stila te, konačno, (5) u stadiju *održavanja* pojedinac nastoji održati postignutu promjenu fokusirajući se na jačanje vlastite samokontrole i strategija

suočavanja sa situacijama iskušenja „povratka na staro.“ Pored navedenih stadija promjene svakako treba istaknuti postojanje i šestog stadija, odnosno *terminacije* kojeg karakterizira nepostojanje iskušenja povratka starim životnim navikama jednako kao i ustrajanje u novom životnom stilu. Iako ovaj stadij nije primjenjiv na sva ponašanja, postoje podaci da je adekvatan za područja ovisnosti (Ratkajec i sur., 2016). Dakle, riječ je o integrativnom modelu cirkularne prirode prema kojem se osobe u procesu promjene kreću od stadija predkontemplacije, preko kontemplacije, pripreme, akcije, pa sve do održavanja, a na tom su putu mogući „posrtaji“ na neke od ranijih stadija u ciklusu promjene (Pokrajac-Bulian, i sur., 2005).

Temeljne postavke TTM-a i ključni konstrukti modela

Procesi i stadiji promjene, percipirana samoefikasnost i ravnoteža prednosti i nedostataka u procesu odluke su glavni konstrukti TTM-a, a njihova procjena omogućuje efikasnu evaluaciju motivacije za promjenom kao i njeno detaljnije razumijevanje. Procesi promjene se definiraju u terminima načina na koji će se konkretna promjena odviti, a u njih se ubrajaju: emocionalno olakšanje, povećanje svjesnosti, re-evaluacija okolnosti u okruženju, samoprocjena, samo-oslobođenje, osnaživanje, supstitucija, uključenost u pomažuci odnos, socijalno oslobođenje i kontrola podražaja (vidi Prilog 1; DiClemente i sur., 2004; Prochaska i sur., 2006). Zatim, percipirana samoefikasnost se odnosi na najznačajniji konstrukt teorije socijalnog učenja, a podrazumijeva pojedinčevo uvjerenje o tome da posjeduje kapacitete i sposobnosti za angažiranje i izvedbu određenog ponašanja, dok se prednosti i nedostaci odnose na balans između prednosti i nedostataka koji se tiču održavanja trenutnog ponašanja te onih prednosti i nedostataka koje uključuje sama promjena. Preciznije rečeno, proces donošenja odluke, koji se primarno sastoji od percepcije prednosti i nedostataka anoreksije, konceptualizirali su autori Janis i Mann još 1977 godine. Njihovo poimanje prethodno navedenog koncepta u obzir uzima pažljivo skeniranje stavki koje su relevantne za proces donošenja odluke, a koji uključuje usporedbu potencijalnih gubitaka i dobitaka koje donosi konkretno ponašanje. Stoga, anticipirane dobitke (prednosti) i gubitke (nedostaci) moguće je sistematizirati u 4 kategorije: (1) funkcionalne prednosti, odnosno nedostaci za sebe, (2) funkcionalne prednosti, odnosno nedostaci za značajne druge, (3) odobravanje, odnosno neodobravanje od strane značajnih drugih te (4) samo-odobravanje, odnosno samo-neodobravanje (Janis i Mann, 1977). Kada je riječ o primjeni TTM-a na razna područja, pa tako i na anoreksiju, glavne postavke modela idu u smjeru da su prethodno navedene varijable

povezane sa stadijima promjene, a samim time i sa motivacijom za promjenom. Drugim riječima, određeni procesi promjene su se pokazali značajnim korelatima njenih stadija, stoga je, primjerice, samoprocjena značajno povezana sa stadijima kontemplacije i pripreme, a osnaživanje sa akcijom i održavanjem (vidi Prilog 1; Prochaska i sur., 2006; DiClemente i sur., 2004). Također, stručnjaci u ovom području ističu da je veća percipirana samoeфикаsnost u značajnoj povezanosti sa većom motivacijom za promjenom, dok obrazac odnosa između prednosti trenutnog stanja i motivacije za promjenom upućuje na to da bi se prednosti koje osoba percipira glede vlastite anoreksije trebali smanjivati sukladno povećanju same motivacije za promjenom, dok bi nedostaci anoreksije trebali rasti prema višim stadijima promjene (Rieger i sur., 2002; Wade i sur., 2008). Drugim riječima, kretanje pojedinca između stadija kontemplacije i pripreme je karakterizirano reduciranjem prednosti, a povećanjem nedostataka koje osoba percipira glede anoreksije. Također, prilikom primjene TTM-a kod anoreksije, istraživači se nerijetko referiraju na odnos motivacije za promjenom, ITM-a i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja, stoga se pretpostavlja da osobe sa manjim ITM-om i izraženijim simptomima anoreksije imaju manju motivaciju za promjenom (Pauli i sur., 2017; Rieger i sur., 2002; Wade i sur., 2009). Kada je riječ o odnosu intenziteta poremećaja hranjenja i prednosti, odnosno nedostataka u procesu donošenja odluke, očekuje se da one osobe koje percipiraju više prednosti anoreksije, ujedno imaju izraženije simptome poremećaja hranjenja, dok se za nedostatke anoreksije očekuje obrnut obrazac (Cockell i sur., 2003). Također, važno je naglasiti da se, u naknadnim evaluacijama modela na uzorku oboljelih od anoreksije (Cockell i sur., 2003; Hasler i sur., 2004), relevantnim konceptom u procesu donošenja odluke pokazala i *korist* koju osoba percipira da ima od vlastite anoreksije, a ona podrazumijeva da anoreksija ima instrumentalnu svrhu za pojedinca, odnosno da pridonosi postizanju nekog cilja (primjerice, izbjegavanja nelagodnih emocija) te bi se mogla očekivati njena pozitivna korelacija sa motivacijom za promjenom kao i sa intenzitetom poremećaja hranjenja. Ono što svakako treba naglasiti jest da se veća motivacija za promjenom povezuje sa posljednja tri stadija, odnosno *pripremom, akcijom i održavanjem* (Wade i sur., 2009).

Konačno, iako brojne empirijske provjere skreću pozornost na primjerenost TTM-a u svrhe zahvaćanja motivacije za promjenom kod opsežnog spektra problematičnih ponašanja (ovisnosti o kockanju, nikotinu, psihoaktivnim tvarima, poremećaji hranjenja i jedenja i tomu slično; Blake i sur., 1997; Prochaska i DiClemente, 1982; Vitousek i sur., 1998; Halser i sur., 2004), svakako treba istaknuti i neka njegova ograničenja. Konkretnije, neke se kritike tiču adekvatnosti definiranja motivacije za promjenom kao kategorijalne, a ne kontinuirane

varijable kao i na zanemarivanje socijalnog konteksta u promjeni problematičnog ponašanja (Prochaska i sur., 1992). Pored toga, isti autori ističu kako prilikom samog koncipiranja modela nije razmatrana činjenica da pojedinci mogu istovremeno manifestirati veći broj stadija promjene, a na kritiku da, osim namjerne promjene konkretnog ponašanja postoje i njeni drugi oblici (poput promjene *nametnute* od strane druge osobe iz okoline), Prochaska i suradnici (1992) se referiraju argumentom da se relativno oskudan broj istraživanja bavio preostalim tipovima promjene, a za koje postoji vjerojatnost da su kratkotrajne prirode. Međutim, usprkos navedenim manjkavostima modela, svakako treba istaknuti da su prethodna istraživanja potvrdila kako pojedinci koji su angažirani u promjeni ponašanja doživljavaju niže razine distresa u odnosu na one koji ne poduzimaju korake kako bi preuzeli nove obrasce funkcioniranja (Cockell i sur., 2002; Geller i sur., 2001). Ovakvi nalazi, dakle, sugeriraju da proces promjene podrazumijeva povećanu svjesnost o vlastitom zdravstvenom statusu, čime se postiže smanjenje anksioznih smetnji, dok je razinu distresa moguće reducirati donošenjem odluka te poduzimanjem konkretnih akcija. Upravo TTM ima snagu detektiranja pojedinačne spremnosti na poduzimanje akcije, a samim se time omogućuje implementacija adekvatne intervencije kako bi se maksimalno osnažila pojedinačna spremnost na promjenu te poboljšala kvaliteta njegovog života.

Konačno, uzimajući u obzir relativno oskudan broj istraživanja koja su se bavila ovom problematikom na hrvatskom uzorku kao i potencijalno vrijedne implikacije ovog rada za kliničku praksu, cilj ovog istraživanja jest ispitati povezanost između motivacije za promjenom i nekih aspekata procesa donošenja odluke (percepcija prednosti, nedostataka i koristi anoreksije nervoze) te intenziteta simptoma poremećaja hranjenja kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze.

Cilj

Cilj istraživanja jest ispitivanje povezanosti između motivacije za promjenom i nekih aspekata u procesu donošenja odluke (percepcija prednosti, nedostataka i koristi anoreksije nervoze) te intenziteta simptoma poremećaja hranjenja kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze.

Problemi

1. Provjeriti psihometrijske karakteristike hrvatskih verzija Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnika donošenja odluke.
2. Ispitati prirodu odnosa između motivacije za promjenom i nekih aspekata intenziteta simptoma poremećaja hranjenja i percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije u procesu donošenja odluke.
- 3a. Ispitati postoje li značajne razlike u percepciji prednosti, odnosno nedostataka i koristi anoreksije između skupine sudionica sa nižom u odnosu na skupinu sudionica sa višom motivacijom za promjenom.
- 3b. Ispitati postoje li značajne razlike u percepciji prednosti, odnosno nedostataka i koristi anoreksije između skupine sudionica sa niskim do umjerenim u odnosu na skupinu sa prihvatljivim do visokim ITM-om.

Hipoteze

1. Hipoteza: Očekuje se da će Upitnik stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnik donošenja odluke imati zadovoljavajuća psihometrijska svojstva, odnosno valjanost.
2. Hipoteza: U skladu s postavkama TTM-a, očekuje se da sudionice koje manifestiraju veću motivaciju za promjenom percipiraju više nedostataka, odnosno manje prednosti i koristi glede vlastite anoreksije te da doživljavaju manje izražene simptome poremećaja hranjenja.

Hipoteza: U skladu s postavkama TTM-a, očekuje se da sudionice sa više izraženim simptomima poremećaja hranjenja percipiraju manje nedostataka, odnosno više prednosti i koristi glede vlastite anoreksije.

3a. Hipoteza: U skladu s postavkama TTM-a, očekuje se da će skupina sudionica sa nižom motivacijom za promjenom percipirati značajno manje nedostataka anoreksije u usporedbi sa sudionicama sa višom motivacijom za promjenom, dok se za percepciju prednosti i koristi očekuje obrnut obrazac.

3b. Hipoteza: U skladu s postavkama TTM-a, očekuje se da će sudionice s niskim do umjerenim ITM-om percipirati značajno manje nedostataka anoreksije u usporedbi sa sudionicima sa prihvatljivim do visokim ITM-om, dok se za percepciju prednosti i koristi očekuje obrnut obrazac.

Metoda

Sudionici

U ovom su istraživanju sudjelovale 33 sudionice u dobi od 20-33 godine ($M=26,55$; $SD=3,94$). ITM ovog uzorka kreće se u rasponu od 14-25, pri čemu je njegova prosječna vrijednost 18,47 ($SD=2,82$). Od ukupno 33 sudionice, službeno potvrđenu dijagnozu anoreksije od strane liječnika ima njih 90,9% ($N=30$), a njih 81,8% ($N=27$) je uključeno u tretman liječenja anoreksije. Trajanje tretmana (onih sudionica koje su u tretmanu) varira u intervalu od 1 do 84 mjeseca ($M=23,90$). Također, sudionice su dale podatak o tome tko ih je uputio na liječenje u sustav zdravstvene skrbi, pri čemu je njih 54,5% ($N=18$) izjavilo da ih je u tretman uputila njima bliska osoba iz okoline (poput člana obitelji), a 39,4% ($N=13$) se samostalno odlučilo na tretman.

Instrumentarij

Upitnik stadija promjene anoreksije nervoze (eng. Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire; ANSOCQ; Rieger, Touyz, Schotte i sur., 2000).

Upitnik stadija promjene anoreksije nervoze je upitnik samoprocjene od 20 čestica namijenjen je za ispitivanje percepcije ponašanja vezanog za promjenu, a u kontekstu širokog spektra simptoma anoreksije koji su grupirani u 5 skupina: tjelesni oblik i težina, ponašanja vezana uz hranjenje, strategije kontrole tjelesne težine, problematične karakteristike osobnosti te interpersonalne teškoće. Čestice su koncipirane sukladno postavkama TTM-a (Diclemente i Prochaska, 1988), a pri tome je važno naglasiti kako ovaj upitnik predstavlja verziju URICA skale (University of Rhode Island Change Assessment Scale; McConaughy i sur., 1989) koja je korištena na hrvatskom uzorku pretilih osoba (Pokrajac-Bulian i sur. 2005). Naime, svaka se od čestica na ovom upitniku odnosi na plan funkcioniranja osobe koji je specifičan za anoreksiju, kao što je, primjerice, tjelesna težina:

Sljedeće se tvrdnje odnose na dobitak na tjelesnoj težini:

- 1. Što se mene tiče, ne trebam dobiti na tjelesnoj težini.*
- 2. Na neki način smatram da bi mi bilo bolje da dobijem na tjelesnoj težini.*
- 3. Odlučio/la sam da bi mi bilo bolje da dobijem na tjelesnoj težini.*
- 4. Trenutno ulažem mnogo truda kako bih dobio/la na tjelesnoj težini.*
- 5. Radim na održavanju kilograma koje sam dobio/la.*

Čestice se sastoje od ukupno 5 tvrdnji, od kojih se svaka pojedina odnosi na jedan stadij u procesu promjene, odnosno na predkontemplaciju, kontemplaciju, pripremu, akciju i održavanje. Za svaku od čestica, zadatak sudionika je odabrati onu tvrdnju (ili tvrdnje) koja/e najbolje opisuje/u njegov trenutni stav ili ponašanje vezano za promjenu konkretnog simptoma anoreksije. Broj bodova koje je moguće ostvariti na svakoj od čestica kreće se u rasponu od 1 (odgovor koji se odnosi na stadij predkontemplacije) do 5 (odgovor koji se odnosi na stadij održavanja). Maksimalan rezultat kojeg je moguće postići na ovom mjernom instrumentu je 100. Ukoliko sudionik odabere više tvrdnji za neku česticu (primjerice za tjelesnu težinu), u tom se slučaju računa prosječan rezultat. Prosječna vrijednost postignuta na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze predstavlja ukupan rezultat, pri čemu veći rezultat označava i veću motivaciju za promjenom. Naime, upitnik je preveden na hrvatski jezik za potrebe ovog istraživanja, a dostupan je za korištenje u znanstvene svrhe (vidi

<http://cedd.org.au/wordpress/wp-content/uploads/2015/04/Anorexia-Nervosa-stages-of-change-QuestionnaireANSOCQ.pdf>. Pouzdanost Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze

provjerena je koeficijentom unutarnje konzistencije te se prema dobivenim rezultatima radi o upitniku vrlo visoke pouzdanosti; Cronbach alpha koeficijent iznosi 0,90 (Rieger i sur., 2000). Koeficijent unutarnje konzistencije izračunat je i u ovom istraživanju te iznosi 0,82 (Tablica 1). Popis tvrdnji Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze se nalazi u Prilogu.

Upitnik donošenja odluke (eng. Decisional Balance Scale; DB; Cockell i Geller, 2002)

Upitnik donošenja odluke je upitnik koji je adaptiran za primjenu na uzorku oboljelih od anoreksije, a na hrvatskom uzorku pretilih osoba su ga koristili autori Pokrajac-Bulian i suradnici (2005). Upitnik se sastoji se od 30 čestica čija je svrha ispitivanje procesa u donošenju odluke. Naime, subskala *Nedostaci* (15 čestica) ističe negativne aspekte koje osoba percipira glede vlastite anoreksije, a koje se odnose na socijalnu izoliranost, gubitak energije ili negativno raspoloženje. Nadalje, subskala *Prednosti* (8 čestica) obuhvaća pozitivne aspekte koje pojedinac percipira u vezi s vlastitom anoreksijom, a u koje se ubrajaju težnja za savršenošću, samokontrola ili osjećaj ostvarenosti. Konačno, subskala *Funkcionalno izbjegavanje* (7 čestica) reflektira korist koju pojedinac percipira da ima od anoreksije, a u smislu da ona služi izbjegavanju neugodnih emocija, izazova ili životnih odgovornosti. U tom se smislu, primjerice, čestica „*Smeta mi što me anoreksija ostavlja bez energije*“ odnosi na percepciju nedostataka anoreksije, čestica „*Anoreksija je moj put do savršenstva*“ predstavlja primjer prednosti koje osoba može percipirati glede vlastitog stanja, a čestica „*Kada se usredotočim na svoj tjelesni oblik i težinu, ne moram se nositi sa bolnim osjećajima*“ se pak odnosi na korist koju osoba percipira da ima od vlastite poteškoće, odnosno, anoreksije. Prethodna su istraživanja pokazala (Prochaska i DiClemente, 1982; Jordan i sur., 2002) da se, za razliku od uzorka oboljelih od anoreksije, dvofaktorska solucija Upitnika donošenja odluke (subskale *Prednosti* i *Nedostaci*) pokazala prikladnom za primjenu kod ostalih populacija, poput ovisnika o nikotinu (Prochaska i DiClemente, 1982). Cockell i suradnici (2002) navode kako subskale Upitnika donošenja odluke imaju zadovoljavajuću pouzdanost, pri čemu Cronbach alpha koeficijenti iznose 0,88. Podaci u ovom istraživanju upućuju na to da je koeficijent unutarnje konzistencije visok ili vrlo visok za sve subskale, odnosno za subskalu *Nedostaci* iznosi 0,93, za subskalu *Prednosti* iznosi 0,90, a za subskalu *Funkcionalno izbjegavanje* iznosi 0,82 (Tablica 1). Ukupan se rezultat dobije računanjem prosjeka vrijednosti za svaku subskalu, pri

čemu veći rezultat označava više prednosti, odnosno nedostataka ili koristi koje osoba percipira glede vlastite anoreksije. Sudionici na svaku česticu odgovaraju na skali od 5 stupnjeva, a 1 se odnosi na 'uopće se ne slažem', 2 na 'djelomično se ne slažem', 3 na 'niti se slažem, niti se ne slažem', 4 na 'donekle se slažem' te 5 na 'u potpunosti se slažem'. Ovaj je upitnik preveden na hrvatski jezik za potrebe ovog istraživanja. Popis tvrdnji Upitnika donošenja odluke se nalazi u Prilogu.

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

Inventar poremećaja hranjenja (EDI-2) je upitnik konstruiran u svrhu mjerenja simptoma poremećaja hranjenja. Upitnik čine 64 čestice koje su podijeljene unutar 8 subskala, drugim riječima, radi se o 3 subskale koje se odnose na poremećaje hranjenja: Težnja za vitkošću (DT), Nezadovoljstvo tijelom (BD) i Bulimija (B), a 5 subskala je vezano za generalno psihološko funkcioniranje koje se, konkretno, povezuje sa poremećajima hranjenja: Perfekcionizam (P), Neučinkovitost (I), Interoceptivna svjesnost (IA), Nepovjerenje u druge ljude (ID) i Strah od odrastanja (MF). Važno je napomenuti kako je upitnik naknadno revidiran, tako da postoji verzija od 91 čestice sa dodatne tri subskale: Asketizam (A), Regulacija impulsa (RI) i Socijalna nesigurnost (SI). Upitnik je do sada korišten na hrvatskom uzorku, i to u obje verzije, odnosno u verziji od 91 čestice (Batista, 2019; Beroš, 2020) i u verziji od 64 čestice (Jakovina, 2017). Međutim, zbog zadovoljavajuće pouzdanosti njenih subskala, u ovom je istraživanju korištena originalna verzija upitnika od 64 čestice. Zadatak sudionika je bio da na svaku česticu daju odgovor na skali od 6 stupnjeva, pri čemu se 1 odnosi na 'nikad', 2 na 'rijetko', 3 na 'ponekad', 4 na 'često', 5 na 'obično', a 6 na 'uvijek'. Nakon rekodiranja čestica, za svaku pojedinu subskalu je potrebno izračunati zbroj rezultata. Garner (1991) ističe kako nije preporučljivo koristiti ukupan rezultat na ovom upitniku, već predlaže formiranje ukupnog rezultata na svakoj pojedinoj subskali. Dosadašnja istraživanja ukazuju na relativno zadovoljavajuće koeficijente unutarnje konzistencije, solidnu test-retest pouzdanost i adekvatnu konvergentnu, diskriminativnu i sadržajnu valjanost (Thiel i Paul, 2006). U ovom istraživanju, Cronbach alpha je za sve subskale zadovoljavajuća do visoka, odnosno za subskale *Želja za mršavošću*, *Nezadovoljstvo tijelom* i *Strah od odrastanja* iznosi 0,84, za *Bulimiju* 0,74, za *Interoceptivnu svjesnost* je 0,88, za *Neučinkovitost* 0,82, za *Perfekcionizam* 0,73, a za subskalu *Nepovjerenje u druge ljude* iznosi 0,76 (Tablica 1).

U svrhu provedbe konkretnog istraživanja, konstruiran je upitnik sociodemografskih podataka koji je sadržavao pitanja o spolu i dobi. Upitnikom su, također, pokrivena pitanja o ITM-u koji se relativno često koristi kao postupak za izračun uhranjenosti, ali i kao indikator pretilosti i debljine (Ogden i sur., 2010). Naime, indeks se izračunava na način da se trenutna tjelesna težina, izražena u kilogramima, podijeli sa kvadriranom visinom koja se izražava u metrima (Keyes i sur., 1972). Međutim, kako bi se sudionicama olakšao proces njegovog izračuna, pored pitanja se nalazila poveznica kojom se sudionice preusmjerilo na *online* kalkulator, a u kojeg je potrebno unijeti trenutnu tjelesnu težinu i visinu kako bi se dobio traženi parametar (vidi <https://www.plivazdravlje.hr/zdravlje-online/bmi>). Pored podataka o spolu, dobi i ITM-u, sudionice su odgovorile na još nekoliko pitanja u vezi s postavljenom dijagnozom, eventualnoj uključenosti u tretman i njegovom trajanju kao i o načinu na koji su se referirali u sustav zdravstvene skrbi. Preciznije kazano, na pitanja „*Imate li službeno potvrđenu dijagnozu od strane liječnika?*“ i „*Jeste li se samostalno odlučili potražiti stručnu pomoć u sustavu zdravstvene skrbi?*“ su im bile ponuđene dvije kategorije odgovora, odnosno „*Da*“ ili „*Ne*.“ Zatim, ovisno o odgovoru na prethodno navedena pitanja, sudionice su dodatno, upisivanjem traženog podatka na praznu crtu, dale svoj odgovor na: „*Ako je Vaš odgovor na prethodno pitanje „Da“ ili „Ranije sam bila u tretmanu“, molimo Vas da na praznoj crti navedete duljinu trajanja tretmana u mjesecima*“ i „*Ako je Vaš odgovor na prethodno pitanje „Ne“, molimo Vas da na praznu crtu navedete tko Vas je uputio da potražite pomoć u sustavu zdravstvene skrbi (član obitelji, prijatelj i tomu slično).*“

Postupak

Istraživanje je provedeno u *online* formi u periodu od prosinca 2020. godine do travnja 2021. godine. Uzimajući u obzir specifičnost uzorka ovog istraživanja, regrutacija sudionica se odvijala na nekoliko načina. Naime, kako bi se što efikasnije došlo do ciljane populacije, u suradnji sa Centrom za poremećaje hranjenja BEA i Studentskim savjetovalištem Sveučilišta u Zadru se objavio poziv na istraživanje jednako kao i poveznica na upitnik na društvenim mrežama i njihovim službenim web stranicama. Pored navedenog postupka, prikupljanje sudionica se odvijalo tehnikom snježne grude kontaktiranjem osoba koje autorica ovog rada poznaje i čiji profil odgovara svrsi konkretnog istraživanja. Odnosno, u pozivu za sudionike je

bilo naglašeno da ispunjavanju upitnika mogu pristupiti punoljetne osobe koje imaju osobno iskustvo s anoreksijom. Nadalje, sudionice su bile obaviještene da je sudjelovanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno te da rješavanjem upitnika ujedno daju i vlastiti pristanak na sudjelovanje u istraživanju. Etičko povjerenstvo Odjela za psihologiju Sveučilišta u Zadru je odobrilo provedbu ovog istraživanja, a kako bi se sudionice dodatno zaštitilo od potencijalne ugroženosti samim sadržajem upitnika, ali i eventualno umanjilo razinu stresa, istima je bilo ponuđeno da, prema potrebi i nakon završetka ispunjavanja upitnika, se mogu obratiti svom terapeutu ili u Centar za poremećaje hranjenja BEA, čiji je kontakt bio priložen na početku i kraju samog upitnika. Važno je naglasiti da su u ovom istraživanju primijenjene validirane američke verzije Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnika donošenja odluke koji su prevedeni za potrebe ovog istraživanja „*principom povratnog prevođenja*.“ U prijevodima upitnika su sudjelovale klinička psihologinja¹, mentorica i autorica ovog rada. Sudionice su imale priliku kontaktirati i autoricu istraživanja u slučaju da su imale eventualna pitanja ili nejasnoće.

Rezultati

Tablica 1 sadržava prikaze broja čestica po skalama i subskalama upitnika korištenih u ovom istraživanju te deskriptivnih parametara (aritmetička sredina (M), standardna devijacija rezultata (SD), najniži i najviši rezultat (Min, Max) za rezultate na: Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze, subskalama *Prednosti*, *Nedostaci* i *Funkcionalno izbjegavanje* u Upitniku donošenja odluke te na svim subskalama EDI-2 upitnika (*Želja za mršavošću*, *Nezadovoljstvo tijelom*, *Bulimija*, *Strah od odrastanja*, *Interoceptivna svjesnost*, *Neučinkovitost*, *Perfekcionizam* i *Nepovjerenje u druge ljude*) na uzorku oboljelih od anoreksije. Također, kako bi se provjerila normalnost dobivenih distribucija, u tablici se nalaze izračuni indeksa spljoštenosti i asimetričnosti te rezultati Kolmogorov-Smirnovljevog testa (K-S).

¹ Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice.

Tablica 1. Prikaz deskriptivnih parametara i koeficijenta pouzdanosti za rezultate na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze, Upitniku donošenja odluke te EDI-2 upitniku (N=33).

	<i>Broj čestica</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>K-S test</i>	<i>Asim</i>	<i>SP</i>	<i>Cronbach α</i>
Upitnik stadija promjene (motivacija za promjenom)	20	1,35	17,60	6,09	4,58	,86*	1,11	,29	,82
Upitnik donošenja odluke	30								
Prednosti	8	1,00	5,00	3,81	0,92	,84*	-1,48	1,92	,89
Nedostaci	15	1,35	4,80	3,29	0,95	,95	.01	-1,22	,93
Funkcionalno izbjegavanje/Korist Inventar poremećaja hranjenja (EDI-2)	7 64	1,29	4,57	3,23	0,85	,94	-.65	-.35	,82
Želja za mršavošću (DT)	7	1,00	21,00	10,64	5,59	,97	.25	-.70	,84
Nezadovoljstvo tijelom (BD)	9	1,00	27,00	10,58	6,46	,96	.33	-.36	,84
Bulimija (B)	7	1,00	13,00	4,18	3,34	,91*	.95	,69	,74
Strah od odrastanja (MF)	8	1,00	14,00	7,42	3,59	,98	-.002	-.62	,84
Interoceptivna svjesnost (IA)	10	1,00	27,00	10,88	5,58	,93	,97	1,76	,88
Neučinkovitost (I)	10	1,00	23,00	12,27	5,05	,97	,13	,29	,82
Perfekcionizam (P)	6	1,00	18,00	9,70	4,25	,93	,40	-.62	,73
Nepovjerenje u druge ljude (ID)	7	4,00	17,00	8,88	4,41	,95	-.48	-.65	,76

* $p < .05$

Prije pružanja odgovora na probleme postavljene u sklopu ovog istraživanja, napravljeni su izračuni Kolmogorov-Smirnovljevog (K-S) testa te indeksa asimetričnosti i spljoštenosti dobivenih distribucija. Naime, podaci iz Tablice 1 ukazuju da rezultati dobiveni izračunom Kolmogorov-Smirnovljevog testa kao i vrijednosti asimetričnosti i spljoštenosti dobivenih distribucija za rezultate na subskalama *Nedostaci* i *Funkcionalno izbjegavanje* na Upitniku donošenja odluke te na subskalama *Želja za mršavošću*, *Nezadovoljstvo tijelom*, *Strah od odrastanja*, *Interoceptivna svjesnost*, *Neučinkovitost*, *Perfekcionizam* i *Nepovjerenje u druge ljude* na EDI-2 upitniku, ne upućuju na značajno odstupanje od normalne distribucije rezultata. Kolmogorov-Smirnovljev test ukazuje na značajno odstupanje rezultata na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze, subskali *Prednosti* na Upitniku donošenja odluke te subskali *Bulimija* na EDI-2 upitniku, međutim distribucija se kategorizira kao normalna u slučaju u kojem je indeks asimetričnosti manji od 3, a indeks spljoštenosti manji od 10 (Kline, 2011). Dobivene vrijednosti indeksa ovih skala odgovaraju prethodno navedenom uvjetu, stoga je u daljnjoj statističkoj obradi podataka opravdana primjena parametrijske statistike.

Tablica 2 sadržava prikaz ukupnog broja sudionica alociranih u pojedine stadije promjene, najniži i najviši rezultat postignut na svakom od stadija promjene te postotka sudionica (%) koje su klasificirane u pojedine stadije promjene (predkontemplaciju, kontemplaciju, pripremu, akciju i održavanje) sukladno prosječnom rezultatu postignutom na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze.

Tablica 2. Prikaz ukupnog broja sudionica, najnižeg i najvišeg rezultata te postotka (%) sudionica klasificiranih u pojedine stadije promjene prema rezultatima postignutim na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze (N=33).

<i>Stadiji promjene.</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>N</i>	<i>% sudionica</i>
Predkontemplacija	1,35	1,4	2	6,1
Kontemplacija	1,6	2,1	5	15,2
Priprema	2,5	3,3	7	21,2
Akcija	3,7	4,4	4	12,1
Održavanje	4,5	17,6	15	45,5

Prosječni rezultati postignuti na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze se kreću u rasponu od 1 (odnosi se na stadij predkontemplacije) do 5 (odnosi se na stadij održavanja). Kao što je vidljivo iz Tablice 2, na temelju prosječnih rezultata je 6,1% sudionica ovog uzorka

klasificirano u stadij predkontemplacije, 15,2% je klasificirano u stadij kontemplacije, 21,2% u stadij pripreme, 12,1% u stadij akcije, a 45,5% uzorka je klasificirano u stadij održavanja.

U svrhu pružanja odgovora na prvi i drugi postavljeni problem, u Tablici 3 se nalaze Pearsonovi koeficijenti korelacije između motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije te intenziteta simptoma poremećaja hranjenja.

Tablica 3. Prikaz korelacija motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije te intenziteta simptoma poremećaja hranjenja (N=33).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. Motivacija za promjenom	1	-,35*	,50**	-,13	-,54**	-,62*	-,19	-,48*	-,32	-,65*	-,14	-,55**
2. Prednosti		1	-,49**	,36*	,56**	,65**	,39*	,41*	,47**	,38*	,10	,45**
3. Nedostaci			1	-,27	,23	-,42*	-,08	-,52**	,01	-,70*	,22	-,53**
4. Funkcionalno izbjegavanje/Korist				1	,19	,13	,17	,39*	,25*	,13	,12	,03
5. Želja za mršavošću (DT)					1	,56**	,40*	,22	,75**	,67**	,55**	,55**
6. Nezadovoljstvo tijelom (BD)						1	,20	,23	,42*	,40*	,26	,37*
7. Bulimija (B)							1	,05	,58**	,47**	-,06	,55**
8. Strah od odrastanja (MF)								1	,18	,20	,02	,38*
9. Interoceptivna svjesnost (IA)									1	,82**	,57**	,52**
10. Neučinkovitost (I)										1	,48**	,54**
11. Perfekcionizam (P)											1	,13
12. Nepovjerenje u druge ljude (ID)												1

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

U svrhu odgovaranja na prvi i drugi postavljeni problem koji se odnose na provjeru psihometrijskih karakteristika hrvatskih verzija Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnika donošenja odluke te na prirodu odnosa motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka, koristi anoreksije i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja kod sudionica oboljelih od anoreksije, napravljeni su izračuni Pearsonovih koeficijenata korelacije (Tablica 3).

Što se tiče odnosa motivacije za promjenom i percepcije prednosti, odnosno nedostataka anoreksije, rezultati ukazuju na statistički značajnu, negativnu povezanost motivacije za promjenom i percepcije prednosti anoreksije te na statistički značajnu pozitivnu korelaciju motivacije za promjenom i percepcije nedostataka anoreksije. Drugim riječima, sudionice sa višom motivacijom za promjenom percipiraju manje prednosti, odnosno više nedostataka glede vlastite anoreksije. S druge strane, nije utvrđena značajna korelacija motivacije za promjenom i koristi koju sudionice percipiraju da imaju od anoreksije (u daljnjem tekstu: percepcija koristi).

Nadalje, vidljiva je negativna povezanost motivacije za promjenom s intenzitetom poremećaja hranjenja koji je operacionaliziran na svakoj od subskala na EDI-2 upitniku. Naime, osobe koje imaju nižu motivaciju za promjenu, doživljavaju izražene neke od simptoma poremećaja hranjenja, pri čemu rezultati ukazuju na statistički značajnu, negativnu povezanost motivacije za promjenom i željom za mršavošću, nezadovoljstvom tijelom, strahom od odrastanja, neučinkovitosti i nepovjerenjem u druge ljude. S druge strane, bulimija, interoceptivna svjesnost i perfekcionizam nisu statistički značajno povezani sa motivacijom za promjenom.

Jedna od pretpostavki ovog istraživanja referirala se i na povezanost percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije s intenzitetom simptoma poremećaja hranjenja te rezultati ukazuju na statistički značajnu, pozitivnu povezanost percepcije prednosti anoreksije i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja, pri čemu je percepcija prednosti anoreksije u značajnim korelacijama sa svim subskalama EDI-2 upitnika, osim sa subskalom *Perfekcionizam*. Dakle, osobe koje percipiraju više prednosti glede vlastite anoreksije ujedno doživljavaju više izražene simptome poremećaja hranjenja. Zatim, percepcija nedostataka anoreksije značajno, negativno korelira sa intenzitetom simptoma poremećaja hranjenja, a značajne korelacije su dobivene sa nezadovoljstvom tijelom, strahom od odrastanja, neučinkovitosti i nepovjerenjem u druge ljude. Drugim riječima, osobe koje percipiraju više nedostataka anoreksije doživljavaju manje izražene simptome poremećaja hranjenja. Percepcija

nedostataka anoreksije nije u značajnoj korelaciji sa željom za mršavošću, bulimijom, interoceptivnom svjesnošću i perfekcionizmom.

Također, percepcija koristi je u značajnoj pozitivnoj povezanosti s intenzitetom nekih od simptoma poremećaja hranjenja, odnosno sa strahom od odrastanja i interoceptivnom svjesnošću, dok za ostale subskale EDI-2 upitnika nije utvrđena značajna povezanost sa percepcijom koristi.

Konačno, korelacijama prikazanim u Tablici 3 se provjeravala i konvergentna valjanost Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnika donošenja odluke, a u svrhu odgovora na prvi postavljeni problem. Naime, uglavnom su dobivene značajne korelacije između rezultata postignutim na prethodna dva upitnika s određenim rezultatima na subskalama EDI-2 upitnika (Tablica 3; vidi interpretaciju iznad). Također, što se konkretno Upitnika donošenja odluke tiče, dobivene su značajne korelacije između nekih njegovih subskala. Drugim riječima, subskale Prednosti i Funkcionalno izbjegavanje su u međusobnoj, značajnoj pozitivnoj korelaciji, ali dovoljno niskoj kako bi se mogle vrednovati kao odvojene subskale, dok su subskale Prednosti i Nedostaci značajno negativno korelirane. Važno je napomenuti da, neovisno o značajnosti ovih korelacija, one su, uglavnom, dobivene u onim smjerovima koji su očekivani prema teorijskim postavkama TTM-a, a na razini svih subskala EDI-2 upitnika.

U svrhu dodatnog testiranja temeljnih postavki TTM-a, Tablica 4 sadržava prikaz izračuna t-testova za nezavisne uzorke u svrhu utvrđivanja postojanja značajne razlike u percepciji prednosti, odnosno nedostataka i koristi anoreksije između sudionica sa nižom u usporedbi sa sudionicama sa višom motivacijom za promjenom. Normalnost distribucija i homogenost varijanci dvaju uzoraka su preduvjeti za primjenu parametrijskih statističkih analiza u svrhu provjere razlika. Rezultati Levenovog testa ne ukazuju na značajno odstupanje u varijancama između skupine sudionica sa nižom motivacijom za promjenom u odnosu na skupinu sudionica sa višom motivacijom za promjenom na subskalama koje mjere percepciju prednosti, nedostataka i koristi anoreksije ($p > ,05$). Naime, što se alociranja sudionica u potonje skupine tiče, one u stadijima predkontemplacije, kontemplacije i pripreme su klasificirane u skupinu „*niža motivacija za promjenom*,” (N=14), a sudionice u stadijima akcije i održavanja su klasificirane u skupinu „*viša motivacija za promjenom*“ (N=19). Skupine su formirane sukladno prosječnom rezultatu postignutom na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze kao i teorijskim postavkama modela:

Klasifikacija motivacije za promjenom sukladno prosječnom rezultatu postignutom na Upitniku stadija promjene anoreksije nervoze i teorijskim postavkama TTM-a:

<1.5 – Predkontemplacija

1.5-2.4 – Kontemplacija

2.5-3.4 – Priprema

3.5-4.4 – Akcija

≥ 4.5 – Održavanje

Tablica 4. Prikaz testiranja značajnosti razlika u percepciji prednosti, odnosno nedostataka i koristi anoreksije između sudionica sa nižom u odnosu na sudionice sa višom motivacijom za promjenom.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Prednosti</i>	1. skupina	4,04	,81			
				1,23		31
	2. skupina	3,64	,227			
			,96			
<i>Nedostaci</i>	1. skupina	2,78	,91			
				-2,99		31
	2. skupina	3,67	,005			
			,80			
<i>Funkcionalno izbjegavanje/Korist anoreksije</i>	1. skupina	3,5	,75	1,61	31	,12
	2. skupina	3,03	,85			

Legenda: 1. skupina – sudionice sa nižom motivacijom za promjenom; 2. skupina – sudionice sa višom motivacijom za promjenom

Prema podacima prikazanim u Tablici 4, uočljivo je postojanje statistički značajne razlike u percepciji nedostataka anoreksije između sudionica sa nižom u odnosu na sudionice sa višom motivacijom za promjenom. Drugim riječima, sudionice sa nižom motivacijom za promjenom percipiraju značajno manje nedostataka anoreksije u usporedbi sa sudionicama sa višom motivacijom za promjenom. Nije utvrđena značajna razlika u percepciji prednosti niti u percepciji koristi anoreksije između ovih dviju skupina sudionica.

Budući da se ITM pokazao relevantnim konstruktom TTM-a i prediktorom motivacije za promjenom u kontekstu anoreksije, u daljnjim se analizama izračunom t-testova za nezavisne uzorke, provjeravalo postoje li značajne razlike u percepciji prednosti, odnosno nedostataka i koristi anoreksije između skupine sudionica sa niskim do umjerenim i prihvatljivim do visokim ITM-om. Rezultati Levenovog testa ne ukazuju na značajno odstupanje u varijancama između skupine sudionica sa niskim do umjerenim u odnosu na skupinu sudionica sa prihvatljivim do visokim ITM-om na subskalama koje mjere percepciju prednosti, nedostataka i koristi anoreksije ($p > ,05$). Za ovu su svrhu formirane dvije skupine sudionica. Prvu su skupinu činile sudionice ($N=10$) s vrijednostima ITM-a u rasponu od 14 do 16,99, dok su se u drugu skupinu alocirale sudionice ($N=23$) čije vrijednosti ITM-a iznose od 17-25. Potonje su dvije skupine koncipirane prema vrijednostima ITM-a sudionica ovog istraživanja, a sukladno DSM-5 klasifikaciji stupnja ozbiljnosti simptoma anoreksije:

Kategorije mršavosti prema DSM-5:

Blagi: ITM ≥ 17 kg/m²

Umjereni: ITM 16-16,99 kg/m²

Teški: ITM 15-15,99 kg/m²

Vrlo teški: <15 kg/m²

Tablica 5. Prikaz testiranja značajnosti razlika u percepciji prednosti, odnosno nedostataka i koristi anoreksije između sudionica sa niskim do umjerenim ITM-om i sudionica sa prihvatljivim do visokim ITM-om. (N=33)

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Prednosti</i>	1. skupina	4,03	1,1			
	2. skupina	3,71	,84			
				,89	31	,38
<i>Nedostaci</i>	1. skupina	2,43	,61			
	2. skupina	3,67	,000			
				-4,29		31
				,82		
<i>Funkcionalno izbjegavanje/Korist</i>	1. skupina	3,57	,75			
	2. skupina	3,08	,89			
				1,56	31	,13

Legenda: 1. skupina – sudionice sa niskim do umjerenim ITM-om; 2. skupina – sudionice sa prihvatljivim do visokim ITM-om

Prema podacima prikazanim u Tablici 5, uočljivo je postojanje statistički značajne razlike u percepciji nedostataka anoreksije između sudionica sa niskim ITM-om u odnosu na sudionice sa prihvatljivim do visokim ITM-om. Drugim riječima, sudionice sa niskim do umjerenim ITM-om percipiraju značajno manje nedostataka anoreksije u usporedbi sa sudionicama sa prihvatljivim do visokim ITM-om. Nije utvrđena značajna razlika u percepciji prednosti niti u percepciji koristi anoreksije između ovih dviju skupina sudionica.

Budući da se ITM pokazao relevantnim prediktorom motivacije za promjenom, u daljnjim se analizama testirala korelacija između motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije kod skupine sudionica sa niskim do umjerenim te kod skupine sudionica sa prihvatljivim do visokim ITM-om (vidi način alociranja sudionica u ove dvije skupine u tekstu iznad).

Tablica 6. Prikaz korelacija motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije kod sudionica s niskim do umjerenim ITM-om (N=10).

	1.	2.	3.	4.
1. Motivacija za promjenom	1	-,93**	,65*	-,94**
2. Prednosti		1	-,69*	,91**
3. Nedostaci			1	-,60*
4. Funkcionalno izbjegavanje/Korist				1

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tablica 7. Prikaz korelacija motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije kod sudionica sa prihvatljivim do visokim ITM-om (N=23).

	1.	2.	3.	4.
1. Motivacija za promjenom	1	,06	,31	,33
2. Prednosti		1	-,45*	,06
3. Nedostaci			1	-,01
4. Funkcionalno izbjegavanje/Korist				1

* $p < ,05$

Kada je riječ o skupini sudionica sa niskim do umjerenim ITM-om, utvrđeno je postojanje značajne negativne povezanosti motivacije za promjenom s percepcijom prednosti i koristi anoreksije. Drugim riječima, sudionice s višom motivacijom za promjenom percipiraju manje prednosti i koristi glede vlastite anoreksije (Tablica 5). Nadalje, motivacija za promjenom značajno pozitivno korelira sa percepcijom nedostataka anoreksije, odnosno, sudionice sa višom motivacijom za promjenom percipiraju više nedostataka anoreksije (Tablica 5). Na ovoj je skupini utvrđeno da one sudionice koje percipiraju više prednosti anoreksije, ujedno percipiraju i više koristi (Tablica 5).

Ispitivanjem povezanosti između motivacije za promjenom s percepcijom prednosti, nedostataka koristi glede vlastite anoreksije na skupini sudionica sa prihvatljivim do visokim ITM-om nije utvrđeno postojanje značajne povezanosti (Tablica 6).

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između motivacije za promjenom i nekih aspekata procesa donošenja odluke (percepcija prednosti, nedostataka i koristi anoreksije nervoze) te intenziteta simptoma poremećaja hranjenja kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze. Naime, problematikom motivacije za promjenom kod uzorka oboljelih od poremećaja hranjenja bavio se veći broj istraživača (Blake i sur., 1997; Cockell i sur., 2002; Green i sur., 2017; Hasler i sur., 2004; Rieger i sur., 2002), a izniman interes za ovo područje je, u određenoj mjeri, moguće atribuirati njenom deficitu koji je detektiran specifično kod one skupine pojedinaca koji pate od anoreksije (Rieger i sur., 2002; Vitousek i sur., 1998). Postoji određena paralela između anoreksije i nekih od preostalih tipova poremećaja hranjenja (npr., bulimija), a po pitanju konkretnih aspekata koji su podlozi navedenih patologija. Odnosno, sličnosti se reflektiraju u izraženom gađenju prema hrani, strahu od gubitka kontrole nad hranjenjem te posvećenosti manipulaciji unosom hrane u organizam u svrhu korigiranja vlastite tjelesne težine (Vitousek i sur., 1998). Međutim, za razliku od bulimije, kod anoreksije je zamijećena značajno veća prevalencija oboljelih koji se *nisu* samostalno odlučili na traženje stručne pomoći u sustavu zdravstvene skrbi, onih koji manifestiraju intenzivan otpor prema promjeni kao i one skupine pojedinaca koji iskazuju izraženu ambivalenciju glede promjene (Garner i sur., 1984; Miller i Rollnick, 2002; Ratkajec i sur., 2016). U prilog navedenim konstatacijama ide podatak da, prilikom prijema u tretman, oboljeli od bulimije manifestiraju stadij akcije, dok oboljeli od anoreksije negiraju postojanje vlastitog zdravstvenog problema ili tek o njemu počinju razmišljati (Blake i sur., 1997; Sansfacon, 2017). Stoga, u nastojanju da se usvoji znanstveni pristup navedenoj problematici, istraživači su primjenom TTM-a i pripadajućih mjernih instrumenata, čije su čestice utemeljene na njegovim osnovnim postavkama, nastojali omogućiti što vjerodostojniju predikciju pojedinčeve motivacije za promjenom, odnosno trenutka spremnosti na istu te, samim time, ishoda u tretmanu.

Obzirom na činjenicu da se motivacija za promjenom manifestira u njenim stadijima, pri čemu viši stadiji promjene (priprema, akcija i održavanje) podrazumijevaju veću motivaciju za promjenom, sudionice ovog istraživanja su klasificirane u pojedine stadije promjene, odnosno u predkontemplaciju, kontemplaciju, pripremu, akciju i održavanje. Ono što je uočljivo jest da je najveći postotak sudionica ovog istraživanja kategoriziran u stadij održavanja, odnosno njih 45,5 %, dok je svega 6,1% u stadiju predkontemplacije. Nalaz da je najveća prevalencija sudionica u stadiju održavanja nije iznenađujući, uzevši u obzir specifičnost samog uzorka. Preciznije kazano, relativno je velik postotak uzorka u trenutku

sudjelovanja u istraživanju bio uključen u neki oblik tretmana u svrhe liječenja anoreksije, prosječno trajanje tretmana je iznosilo 23,93 mjeseca te se 39,4% sudionica samostalno odlučio potražiti pomoć u sustavu zdravstvene skrbi (vidi pod Sudionici). Ovakvi bi se nalazi dodatno mogli objasniti prigodnosti ovog uzorka iz razloga što se istraživanje provodilo u online obliku, a zbog ego-sintetske je prirode poremećaja kod skupine oboljelih od anoreksije manje vjerojatno da će se oni u stadiju predkontemplacije odlučiti na sudjelovanje u istraživanju. Zatim, prema postavkama TTM-a, veća motivacija za promjenom je povezana s dužim trajanjem tretmana te se, između ostalog, ista manifestira kod one skupine koja se samoinicijativno odlučila na traženje stručne pomoći, odnosno na podvrgavanje tretmanu (Green i sur., 2017; Hillen i sur., 2015; Wade i sur., 2009). Isto tako, Denison-Day i suradnici (2018) u svom pregledu radova sugeriraju da su sudionici izvijestili o značajnom napretku u pogledu motivacije za promjenom te su ovaj fenomen atribuirali učincima tretmana, a navedeni je podatak potvrđen u 31 od ukupno 42 istraživanja. Međutim, na ovom uzorku prethodno navedeni nalaz nije potvrđen, niti na razini cijelog uzorka ($r=.24$), niti na skupini onih sudionica koje su se samostalno podvrgnule tretmanu ($r=.49$), no potonje bi se moglo pripisati relativno velikoj varijanci u trajanju samog tretmana (vidi pod Sudionici). Suprotno navedenom, nalazi nekih drugih istraživanja ukazuju na beskompromisnu prirodu niže motivacije za promjenom, pri čemu je tek 2,3% sudionika istraživanja manifestiralo stadij održavanja, dok je 43,2% njih počelo promišljati o promjeni konkretnog ponašanja, odnosno, bili su klasificirani u stadij kontemplacije (Rieger i sur., 2002). Također, pretpostavka o manjku motivacije za promjenom, odnosno za liječenjem, jedna je od glavnih značajki koja se atribuirala oboljelima od anoreksije, a potkrepljena je i drugim istraživanjima koje su usko vezane za ovu problematiku. Naime, u retrospektivnom su intervjuu sudjelovale osobe oboljele od anoreksije i one koje su se od nje izliječile (Noordenbos, 1992). Potonji autor naglašava kako je čak 72% sudionika evociralo da su u ranim mjesecima ili godinama razvijanja poremećaja odbijali prihvatiti da imaju problem, njih 18% je ustrajalo u uvjerenju da ništa ne trebaju mijenjati, a 5% sudionika je izjavilo da su problem negirali sve do početka tretmana (Noordenbos, 1992). Isto tako, na principijelnu prirodu motivacijskog deficita kod ove skupine pacijenata upućuje rezultat koji implicira da osobe koje pate od anoreksije postižu značajno više rezultate na subskalama koje se referiraju na otpor prema promjeni u usporedbi s osobama koje pate od drugih poremećaja, poput specifičnih fobija ili bulimije (Green i sur., 2017).

Sukladno prvom i drugom postavljenom problemu, čiji su ciljevi bili ispitati psihometrijske karakteristike hrvatskih verzija Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnika donošenja odluke te utvrditi prirodu odnosa između motivacije za promjenom,

percepcije prednosti, nedostataka, koristi anoreksije i intenziteta simptoma poremećaja hranjenja, izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacija. Dobiveni rezultati upućuju na činjenicu da sudionice sa većom motivacijom za promjenom percipiraju više nedostataka, odnosno, manje prednosti i koristi glede vlastite anoreksije te da doživljavaju manje izražene simptome poremećaja hranjenja. Također, sudionice koje percipiraju više prednosti anoreksije i manje nedostataka, doživljavaju izraženije simptome poremećaja hranjenja u odnosu na drugu skupinu sudionica. Važno je istaknuti da je između motivacije za promjenom i percepcije prednosti anoreksije dobivena niska, ali značajna korelacija ($r=-,35$), a navedeni je nalaz indikativan za pretpostavku da osobe sa višom motivacijom za promjenom i dalje percipiraju većinu prednosti vlastitog stanja, odnosno anoreksije (obrnuto vrijedi za osobe sa nižom motivacijom za promjenom), što upućuje na ambivalenciju glede oporavka i ego-sintetsku prirodu koje karakteriziraju ovu patologiju. Nužno je naglasiti da značajne korelacije motivacije za promjenom, percepcije prednosti, nedostataka i koristi anoreksije nisu utvrđene na razini svih pokazatelja intenziteta simptoma poremećaja hranjenja. Drugim riječima, korelacije se nisu pokazale značajnima između motivacije za promjenom, bulimije, interoceptivne svjesnosti i perfekcionizma, zatim, između percepcije prednosti anoreksije i perfekcionizma, između percepcije nedostataka anoreksije sa željom za mršavošću, bulimijom, interoceptivnom svjesnošću i perfekcionizmom te između percepcije koristi sa željom za mršavošću, nezadovoljstvom tijelom, bulimijom, neučinkovitosti, perfekcionizmom i nepovjerenjem u druge ljude. Moguće je da je ovom obrascu povezanosti pridonijela tendencija oboljelih da iskrivljavaju odgovore na mjerama samoprocjene, a posebno kada se radi o EDI-2 upitniku s kojim je uzorak ovog istraživanja bio upoznat iz razloga što se ova mjera uobičajeno ispunjava tijekom hospitalizacija ili prijema u tretman. Stoga, oboljeli od anoreksije mogu biti potaknuti time da vlastitu simptomatologiju prikažu na poželjniji i prihvatljiviji način. Međutim, ipak se može kazati da su navedeni rezultati kongruentni sa teorijskim očekivanjima obrazaca odnosa prethodno navedenih varijabli (Bruch, 1977; Cockell i sur., 2002; Prochaska i DiClemente, 1982; Rieger i sur., 2002) te da je konvergentna valjanost prevedenih upitnika zadovoljavajuća, a hipoteze se djelomično prihvaćaju. Naime, nalazi dobiveni na ovom uzorku su potvrdili rezultate drugih istraživanja. Preciznije rečeno, istraživači koji su obuhvatili uzorak oboljelih od anoreksije tijekom različitih faza tretmana, navode da percepcija prednosti značajno negativno korelira sa motivacijom za promjenom, dok je obrnut obrazac odnosa utvrđen kod percepcije nedostataka anoreksije (Carter i sur., 2014). Nadalje, neki su drugi autori detaljnije ispitali motivaciju za promjenom te zdravstveni status osoba mlađe odrasle dobi koji su oboljeli od anoreksije (Hillen i sur., 2015). Svoja su ispitivanja realizirali tijekom njihovog prijema na

tretman, deveti tjedan tretmana te na otpustu s tretmana, a rezultati su ukazali na to da su izraženi kognitivni simptomi poremećaja hranjenja, odnosno želja za mršavošću i nezadovoljstvo tijelom, značajni negativni korelati motivacije za promjenom, a ovaj je nalaz utvrđen i na uzorku ovog istraživanja kao i od strane drugih istraživača (Geller i sur., 2008; Gregersten i sur., 2017). Zatim, jednako kao što je dobiveno u ovom istraživanju, neki su autori demonstrirali da su čvrsta uvjerenja o pozitivnim posljedicama poremećaja povezana sa izraženijim simptomima poremećaja hranjenja i manjom motivacijom za promjenom (Gregersten i sur., 2017). Međutim, potonja skupina autora ističe da je korelacija intenziteta simptoma poremećaja hranjenja dobivena s percepcijom prednosti, no ne i nedostataka anoreksije, što upućuje na činjenicu da, distinkciju između skupine ozbiljno oboljelih i one čiji su simptomi blaže prirode, ipak čine percipirane prednosti same patologije (Serpell i sur., 2004), a isto je dobiveno u istraživanju autora Cockell i suradnika (2003). Nadalje, u kontekstu provjeravanja temeljnih postavki TTM-a, autori Wade i suradnici (2009) impliciraju da veća početna motivacija za promjenom, odnosno ona motivacija koja je detektirana tijekom samog prijema u tretman, predviđa značajno smanjenje simptoma anoreksije kao i percepciju više nedostataka iste te da su oboljeli koji manifestiraju veću motivaciju za promjenom ujedno bili potencijalna skupina za postizanjem povoljnijih ishoda u tretmanu u odnosu na onu skupinu sa nižom motivacijom za promjenom, što je i očekivano sukladno postavkama modela. Navedeni je obrazac odnosa gore navedenih konstrukata modela utvrđen i u ovom istraživanju. Važno je naglasiti da se u neke od pokazatelja povoljnih ishoda u tretmanu ubrajaju veći ITM, zadovoljavajući dobitak na tjelesnoj težini, reduciranje tjelovježbe na svakodnevnom planu, ustrajanje u tretmanu te postepeno implementiranje prehrambenih namirnica u vlastiti plan prehrane, a koji su pojedincu ranije bili averzivni. U kontekstu ishoda u tretmanu, autori Haus i suradnici (2008) su u multivarijantnoj analizi identificirali faktore koji su prediktivni za odustajanje od tretmana kod pojedinaca koji pate od anoreksije, a radi se o niskom (željenom) ITM-u, nižem stupnju obrazovanja, učestaloj konzumaciji alkohola te suicidalnim tendencijama. Navedeni autori, također, impliciraju da, među onim pojedincima koji su imali jedno ili više djece, postoji visoka vjerojatnost da će u nekom trenutku odustati od tretmana. Isto tako, neka druga skupina autora implicira da pojedinci koji su, tijekom tretmana dobili na tjelesnoj težini, nisu manifestirali poboljšanje glede psihopatologije koja se odnosi specifično na poremećaje hranjenja (Hillen i sur., 2015).

Nadalje, svakako valja skrenuti pozornost na nalaz dobiven u ovom istraživanju, odnosno na povezanost između rezultata na subskalama Prednosti i Funkcionalno izbjegavanje, te motivacije za promjenom sa prethodno navedenim subskalama, kod skupine sudionica sa

niskim do umjerenim ITM-om. Rezultati ukazuju na značajnu pozitivnu povezanost između rezultata na ovim dvjema subskalama ($r=.91$) kao i njihovu približno jednaku povezanost sa motivacijom za promjenom, s naglaskom na dobivenim visokim koeficijentima korelacije. Sukladno navedenim nalazima bi se moglo pretpostaviti da je, na razini ove skupine sudionica, Upitnik donošenja odluke primjenjiv u verziji sa dvije subskale, kako je i očekivano postavkama TTM-a, odnosno sa subskalama *Prednosti* i *Nedostaci*. Ipak, prema spoznajama koje su do sada prikupljene, ova tvrdnja ostaje na razini pretpostavke, pogotovo uzevši u obzir mali broj sudionika u skupini *nizak do umjeren ITM* (N=10).

Zatim, kada je riječ o skupinama sudionica sa niskim do umjerenim i prihvatljivim do visokim ITM-om, važno je istaknuti korelacije između ključnih konstrukata modela. Značajne korelacije među ovim varijablama su dobivene u očekivanom smjeru i sukladno temeljnim postavkama TTM-a kod prve skupine sudionica, međutim ta se značajnost nije utvrdila kod skupine sa prihvatljivim do visokim ITM-om (osim između subskala *Prednosti* i *Nedostaci*, no ovo se može, između ostalog, vrednovati kao svojevrsan indikator njihovih psihometrijskih svojstava). Navedeni bi se nalazi mogli atribuirati specifičnosti skupine sa prihvatljivim do visokim ITM-om iz razloga što je većina sudionica, odnosno njih 56,5% klasificirana u stadij održavanja, prosječno trajanje tretmana je 24,52 mjeseca, a njihov prosječan ITM iznosi 18,47 (vidi Prilog 2). Stoga je moguće da prednosti i koristi koje pojedinac percipira glede vlastite anoreksije prestaju biti salijentni iz razloga što je većina sudionica iz ove skupine dosegla jedan od poželjnih ishoda u tretmanu, odnosno zadovoljavajući ITM.

Nadalje, u svrhu pružanja odgovora na treći postavljeni problem, odnosno na ispitivanje razlike u percepciji prednosti, nedostataka i koristi anoreksije između skupine sudionica sa nižom u usporedbi sa skupinom sudionica s višom motivacijom za promjenom te između sudionica s niskim do umjerenim ITM-om u odnosu na sudionice s prihvatljivim do visokim ITM-om, napravljeni su izračuni t-testova za nezavisne uzorke. Naime, nalazi u ovom istraživanju upućuju na značajnu razliku u percepciji nedostataka anoreksije između gore navedenih skupina sudionica. Drugim riječima, sudionice sa nižom motivacijom za promjenom te niskim do umjerenim ITM-om percipiraju značajno manje nedostataka u odnosu na skupinu sudionica sa višom motivacijom za promjenom, odnosno prihvatljivim do visokim ITM-om. S druge strane, značajne razlike u percepciji prednosti i koristi nisu utvrđene. Stoga se hipoteza djelomično prihvaća. Naime, usprkos činjenici da na razini percepcija prednosti i koristi anoreksije nisu utvrđene značajne razlike kod prethodno spomenutih skupina sudionica, navedeni su nalazi ipak komplementarni s rezultatima drugih istraživanja ove problematike (Blake i sur., 1997; Cockell i sur., 2003; Rieger i sur., 2000; Prochaska i sur., 1994; Rieger i

sur., 2002). Konkretnije rečeno, neki istraživači ističu kako su se rezultati na subskali *Nedostaci* značajno razlikovali između sudionika klasificiranih u stadij predkontemplacije u odnosu na onu skupinu u stadiju kontemplacije i to za točno 1 standardnu devijaciju (Cockell i sur., 2003; Prochaska i sur., 1994). Paralelno s nalazima nekih drugih istraživača u ovom području (Blake i sur., 1997; Prochaska i sur., 1994), Cockell i suradnici (2003) sugeriraju da ne postoji značajna razlika na razini rezultata subskale *Prednosti* između prethodno navedenih skupina sudionika kao niti između onih u stadiju predkontemplacije u usporedbi s onima koji poduzimaju neke akcije po pitanju vlastite poteškoće s hranjenjem. Isti su autori skrenuli pozornost na činjenicu da su pojedinci koji su intenzivno u obzir uzimali promjenu ponašanja identificirali značajno više nedostataka anoreksije, u odnosu na skupinu sudionika koji nisu promišljali o promjeni kao mogućnosti. Dakle, za razliku od ostalih maladaptivnih obrazaca ponašanja, poput ovisnosti o nikotinu ili psihoaktivnim tvarima (Prochaska i sur., 1994), kod anoreksije istraživači *nisu* uspjeli detektirati opadanje percepcije prednosti anoreksije prema višim stadijima promjene (Blake i sur., 1997; Rieger i sur., 2002), a isti je obrazac dobiven u ovom istraživanju. Zanimljivo je naglasiti da se u ovom istraživanju razlika nije pokazala značajnom niti kod percepcije koristi anoreksije. Kao potencijalno objašnjenje navedenom nalazu moguće je izdvojiti pretpostavku da su koristi koje osoba percipira glede vlastite anoreksije u svojoj srži slične pozitivnim aspektima, odnosno prednostima koje osoba percipira glede svoje trenutne poteškoće (vidi primjere čestica za *Funkcionalno izbjegavanje* i *Prednosti* pod Instrumenti), posebno ako se u obzir uzme činjenica da je njihova međusobna korelacija vrlo visoka na uzorku sudionika sa nižom motivacijom za promjenom. Isto tako, nezanemariv je nalaz da su, za razliku od percepcije nedostataka, percepcija prednosti i koristi anoreksije značajno povezani sa motivacijom za promjenom i to u istom smjeru (pozitivna korelacija) kod skupine sudionika sa prihvatljivim do visokim ITM-om kao i na razini cijelog uzorka (neznačajno kod percepcije koristi; vidi Tablicu 3). Međutim, o objašnjenju nalaza glede *percepcije koristi* anoreksije se u ovoj fazi može samo spekulirati, pogotovo uzevši u obzir činjenicu da u dosadašnjim istraživanjima nije uzeta u obzir kao ključan konstrukt modela, a iz razloga što se faktorskom analizom Upitnika donošenja odluke ovaj faktor, prema spoznajama koje su do sada prikupljene, ekstrahirao samo kod uzorka oboljelih od anoreksije (Cockell i sur., 2003). Dakle, evidentna je nužnost većeg broja istraživanja ove problematike na hrvatskom uzorku.

Međutim, stručnjaci u ovom području su, fenomen glede percepcije prednosti anoreksije, ipak pokušali pripisati ograničenjima mjernih instrumenata koji mjere motivaciju za promjenom iz razloga što je moguće da se njima precjenjuje pojedinčeva razina spremnosti na promjenu (Blake i sur., 1997; Rieger i sur., 2002). Drugim riječima, kako bi se pojedinac

klasificirao u stadij akcije, prema mjernim je instrumentima koji počivaju na *generalnim česticama* (npr, URICA skala; University of Rhode Island Change Assessment Scale, McConaughy i sur., 1989) dovoljno izbjegavati daljnji gubitak na tjelesnoj težini kroz konkretni vremenski period. Posljedično, ovakva pogreška u klasificiranju pojedinaca u pojedine stadije promjene može rezultirati nevaljanom procjenom (ne)istaknutosti percepcije prednosti anoreksije kroz različite stadije promjene. Stoga, autori impliciraju da se značajno smanjenje u percepciji prednosti anoreksije neće biti u mogućnosti ustanoviti dok se uistinu ne dosegne stadij akcije (Rieger i sur., 2002). Međutim, obzirom da su istraživači koji su svoje napore usmjerili ka primjeni TTM-a kod anoreksije, upozoravali na nezadovoljavajuće psihometrijske karakteristike mjernih instrumenata koji mjere motivaciju za promjenom kada je riječ o njihovoj primjeni na anoreksiji, a koji se sastoje od generalnih čestica (Green i sur., 2017; Hotzel i sur., 2013), na uzorku ovog istraživanja se, pak, primijenio Upitnik stadija promjene anoreksije nerveze koji je koncipiran od čestica koje se specifično odnose na njenu simptomatologiju (tjelesna težina, metode kontroliranja unosa hrane i gubitka tjelesne težine, emocionalni i interpersonalni problemi i sl.). Stoga, rezultati o percepciji prednosti i koristi anoreksije se u ovom istraživanju ne bi mogli, u tolikoj mjeri, atribuirati ograničenjima u konkretnom mjernom instrumentu (koji ima relativno visoku pouzdanost; Tablica 1), koliko bi se eventualno mogli objasniti perzistentnom ambivalencijom glede promjene i ego-sintetskom prirodom poremećaja, a koje čine srž patologije kao što je anoreksija.

Metodološka ograničenja i praktične implikacije

Ukoliko se sva prethodna saznanja prikupljena u ovom istraživanju rekapituliraju, može se kazati da je TTM primjenjiv na patologiji kao što je anoreksija te da su ključni konstrukti modela u međusobnim, očekivanim relacijama. Međutim, neupitna je nužnost većeg broja istraživanja ove problematike na hrvatskom uzorku kako bi određene zaključke bilo moguće donijeti sa većom sigurnošću, pogotovo ako se u obzir uzmu neka ograničenja provedenog istraživanja. Naime, uključivanje većeg uzorka, zahvaćanje šireg spektra dobnih skupina, uzimanje u obzir poremećaja koji se javljaju u komorbiditetu s anoreksijom, praćenje određene skupine oboljelih od početka pa do kraja njihovog tretmana te usporedba uspješnih i neuspješnih ishoda liječenja, predstavljaju samo neke od stavki koje su se previdjele u provedbi ovog istraživanja (op.a. u obzir uzeti *kontekst* u kojem se istraživanje realiziralo). U budućim bi istraživanjima svakako bilo poželjno detaljno istražiti čimbenike koji razlikuju skupinu oboljelih koji su uspješno dosegнули stadij održavanja u odnosu na one koji su se susreli sa

„posrtajima“ na svom putu ka oporavku te se, samim time, vratili na neke od ranijih stadija promjene (npr., priprema). Nužno je naglasiti vrijednost Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze kada je riječ o ispitivanju motivacije za promjenom kod ove skupine iz razloga što uzima u obzir multi-simptomatsku prirodu ovog poremećaja te se u dosadašnjim istraživanjima pokazao kao relativno dobar prediktor ishoda u tretmanu. Pored navedenog, na prikladnost prethodno navedenog upitnika upućuje činjenica da se njegovom primjenom „*uvažava*“ ambivalentnost koju oboljeli mogu manifestirati u vezi sa oporavkom zbog toga što je na svakoj od tvrdnji moguće odabrati više od jedne čestice te, samim time, manifestirati veći broj stadija promjene istovremeno. Nadalje, uzimajući u obzir ego-sintetsku prirodu anoreksije, adekvatnim se čini primjena transdijagnostičkog pristupa koji je izgrađen na pretpostavci da svi poremećaji prehrane dijele dvije ključne značajke, odnosno pridavanje prekomjerne važnosti tjelesnom obliku i težini kao i težnju za uspostavljanjem kontrole nad njima. Iako je atribuiranje važnosti tjelesnoj težini i obliku svojevrsan zaštitni znak anoreksije, funkcionalna je priroda ove patologije mnogo kompleksnija od bolesti kojoj je cilj postizanje ideala vanjskog izgleda, a koji se pozitivno evaluira u određenoj kulturi. Svakako, u radu s ovom skupinom, prvi je korak detektiranje *razine spremnosti na promjenu* vlastitog ponašanja, a koje je moguće primjenom nekih od instrumenata TTM-a. Zatim, poželjno bi bilo postepeno pripremati pojedinca na promjenu koristeći tehnike poput *motivacijskog intervjuiranja*, a terapijske intervencije svakako prilagođavati pojedinčevom trenutnom stadiju promjene kako bi se postigli optimalni ishodi u liječenju. Sukladno rezultatima dobivenim na ovom uzorku bi se moglo zaključiti da bi buduća istraživanja trebala obuhvatiti veći uzorak te uključiti ključne konstrukte modela iz razloga što se oni mogu vrednovati kao prediktori ishoda u tretmanu kod anoreksije, a samim se time ukazuje poželjnost integriranja postavki TTM-a u već postojeće preventivne i tretmanske aktivnosti.

Zaključak

Provedenim su se istraživanjem nastojale provjeriti neke od temeljnih postavki TTM-a pri ispitivanju procesa promjena anoreksije nervoze te, ujedno, dati širi prikaz nekih od poteškoća u tretmanu ove patologije. U ovom je istraživanju utvrđeno da Upitnik stadija promjene anoreksije nervoze i Upitnik donošenja odluke imaju zadovoljavajuća psihometrijska svojstva, odnosno valjanost. U prilog temeljnim postavkama modela idu nalazi da sudionice sa višom motivacijom za promjenom percipiraju više nedostataka anoreksije, odnosno manje njenih prednosti, a, također, doživljavaju manje izražene simptome poremećaja hranjenja. Jednako

tako, sudionice koje percipiraju više prednosti anoreksije i manje njenih nedostataka, doživljavaju više izražene simptome poremećaja hranjenja. Spoznajama prikupljenim u ovom istraživanju se, također, pokazalo da je TTM-u kongruentan podatak da skupine sudionica sa nižom motivacijom za promjenom i sa niskim do umjerenim ITM-om percipiraju značajno manje nedostataka anoreksije u odnosu na skupine sudionica sa višom motivacijom za promjenom te sa prihvatljivim do visokim ITM-om.

Literatura

- Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja O., Jakovina, T. i Begovac, I. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clinica Croatica*, 57:399-410.
- Batista, M. (2019). *Psihološka prilagodba i sociokulturalni stavovi u adolescentica s anoreksijom nervozom*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet.
- Beroš, K. (2020). Psihološka otpornost i depresija kod oboljelih od anoreksije. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija. Diplomski rad.
- Blake W., Turnbull S. i Treasure J.(1997). Stages and process of change in eating disorders. Implications for therapy. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 4:186-191.
- Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. *Anorexia nervosa*, 1-10.
- Carter, O., Byrne, S., Allen, K. i Fursland, A. (2014). Readiness and motivation to change in the treatment of adults with anorexia nervosa: a case series. *Journal of Eating Disorders*, 2(Suppl 1):O8.
- Crisp, A. H. (1977). Anorexia Nervosa: Diagnosis and Outcome of Anorexia Nervosa: the St George's View. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70(7): 464-470.
- Cockell, S.J., Geller, J. i Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10; 359-375.
- Denison-Day J., Appeltson, K.M., Newell, C. i Muir, S. (2018). Improving motivation to change amongst individuals with eating disorders. Systematic review of a motivation to change.
- DiClemente CC, Schlundt DBS, Gemmell L.(2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*, 13:103–119.

- DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In W.R. Miller & N. Heather. (Eds.), *Treating addictive behaviors 2nd ed.*. New York: Plenum Press.
- DiClemente C.C., Schlundt D.B.S. i Gemmell L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal of Addictions*, 13:103–119.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J. i Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 255-266.
- Geller, J., Brown, K. E., Zaitsoff, S. L., Menna, R., Bates, M. E., & Dunn, E. C. (2008). Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders. *Psychological Assessment*, 20(1), 63–69.
- Geller, J., Cockell, S. J., & Drab, D. L. (2001). Assessing readiness for change in the eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychological Assessment*, 13, 189–198.
- Gregersten, E.C., Mandi, W. i Serpell, L. (2017) The egosyntotic nature of anorexia: an impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273>
- Green J., Philipou A., Castle D., Cistullo L., i Newton R. (2017). An evaluation of the predictive validity of the URICA and ANSOCQ scales for weight gain in adults with AN in an outpatient eating disorders program: a prospective cohort study. *International Journal for Eating Disorders*, 5(50). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0180-0>
- Hasler, G., Delsignore, A., Milos, G., Buddeberg, C. i Schnyder, U. (2004). Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *Journal of Psychiatry Disorders*, 57; 67-72
- Hillen S., Dempfle A., Seitz J. i Herpetz-Dahlmann B. (2015). Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 15(1):140.
- Hotzel H., von Brachel R., Schlosmacher L. i Vocks S. (2013). Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review. *International Journal for Eating Disorders*. 10(1):38.

- Jakovina, T. (2017). *Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Free press.
- Jordan, P., Nigg, C.R., Norman, G.J., Rossi, J.S. i Benisovich, S.V. (2002). Does the transtheoretical model need an attitude adjustment?: Integrating attitude with decisional balance as predictors of stage of change for exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(1).
- Keyes, A., Fianza, 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.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Third edition*. New York: The Guilford Press.
- McConaughy, E.A., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. i Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.
- Miller, W.R. i Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing for change*. New York: The Guildford Press.
- Morera, O.F., Johnson, T.P., Parsons, J., Warnecke, R.B., Freels, S., Crittenden, K.S., i Flay, B.R. (1998). The measure of stage of readiness to change: Some psychometric considerations. *Psychological Assessment*, 10, 182-186.
- 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
- Pauli, D., Aebi, M., Winkler Metzke, C. i Steinhausen, H.C.E. (2017). Motivation to change, coping, and self-esteem in adolescent anorexia nervosa. A validation study of the Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ). *Journal of Eating Disorders*, 5(1).
- Pokrajac-Bulian A, Tkalčić M, Guina T, Štimac D. (2005). Primjena transteorijskog modela u ispitivanju procesa promjene u pretilih osoba. *Psihologijske teme*, 1;14 (2).

- Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provedbe dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, 16;1, 27-46
- Prohaska J.O., DiClemente C.C. i Norcross J.C. (1992). In search of how people change. applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47(9),1102–1114.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., Rossi, S.R. (1994): Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13 (1). 39–46.
- Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Johnson, S.S. (2006): Assessing readiness for adherence to treatment. U: O'Donohue, W.T. Levensky E.R. (ur.), *Promoting Treatment Adherence*, Sage. Thousand Oaks. 35–46.
- Ratkajec Gašević G., Dodig Hundrić D., i Mihić J.(2016). Spremnost na promjenu ponašanja – od individualne prema obiteljskog paradigmi. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24(1):50-83.
- Rieger E., Touyz S.W. i Beumont P.J.V. (2002). The Anorexia nervosa stages of change questionnaire. Information regarding its psychometric properties. *Journal of Eating Disorders*, 32(1):24-38.
- Rikani, A.A., Choudhry, Z., Choudhry, M.A., Ikram, H., Asghar, W.M., Kajal, D., Waheed, A. i Mobassarrah, N. (2013). A critique of the literature on etiology od eating disorders. *Annals of Neuroscience*, 20(4), 157-1612
- Sandler, J., Person, E. S., Fonagy, P., Freud, S., & International Psycho-Analytical Association. (1991). *Freud's "On narcissism--an introduction"*. New Haven: Yale University Press.
- Sansfaçon, J., Steiger, H., Gauvin, L., Fletcher, É., & Israël, M. (2017). Does level of motivation for change impact post-treatment outcomes in the eating disorders? Protocol for a systematic review with quantitative analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5, 17. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0147-1>

- Serpell, L., Teasdale, J. D., Troop, N. A., and Treasure, J. (2004). The development of the P-CAN, a measure to operationalize the pros and cons of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 416–433. doi: 10.1002/eat.2004
- 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.
- Sjogren, M. (2019). On motivation as a target for intervention in anorexia nervosa. *Archives in Neurology & Neuroscience*, 5(5).
- 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.
- Vitousek K., Watson S., i Wilson G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Journal for Eating Disorders*,;18:391 – 420.
- Wade, T.D., Frayne A., Edwards S.A., Robertson T., i Glichrist P. (2009). Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3):235-43.
- Wichstrøm, L. (2000). Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating: A prospective study of the general adolescent population in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 33-42

Prilog

Prilog 1. Prikaz objašnjenja procesa promjene i pojedinih stadija promjene s kojima su povezani.

<i>Procesi promjene</i>	<i>Povezano sa stadijima</i>	<i>Objašnjenje procesa</i>
<i>Povećanje svjesnosti</i>	Predkontemplacija Kontemplacija	Povećava se uvid u konkretno ponašanje, njegove procese i eventualne posljedice istog, u svrhu motiviranja na promjenu. Podrazumijeva učenje novih informacija kako bi se potaknula sama promjena.
<i>Emocionalno olakšanje</i>	Predkontemplacija Kontemplacija	Doživljavanje i ekspresija osjećaja o problemima, ali i mogućim rješenjima. Moguće su intenzivne emocije prema okolini.
<i>Re-evaluacija okolnosti u okruženju</i>	Predkontemplacija Kontemplacija	Kognitivna i emocionalna procjena utjecaja problema na pojedinčevo okruženje. Evaluacija osoba u okruženju u terminima pozitivnih, odnosno negativnih modela.
<i>Samoprocjena</i>	Kontemplacija Priprema	Percepcija nekongruentnosti osobnih vrijednosti s konkretnim ponašanjem/iskustvom. Tijekom ovog procesa osoba bi trebala steći uvid promjene kao nove dimenzije identiteta.
<i>Samo-oslobođenje</i>	Priprema Akcija	Odnosi se na uvjerenje da se osoba može promijeniti. Obvezivanje na promjenu je sastavni dio ovog procesa. Pojedinaac je svjestan alternativnih oblika ponašanja.
<i>O snaživanje</i>	Akcija Održavanje	Uključuje nagrađivanje i kažnjavanje, no pretpostavlja se da je nagrađivanje učinkovitije za promjenu ponašanja. Riječ je o promjeni manje predvidivih situacija.
<i>Uključenost u pomažući odnos</i>	Akcija Održavanje	Promjena ponašanja se osnažuje otvorenošću, brigom, povjerenjem i razumijevanjem od strane bliskih osoba.
<i>Supstitucija</i>	Akcija Održavanje	Odnosi se na zamjenu problematičnog ponašanja s adekvatnijim odgovorima na konkretnu situaciju. Supstituirati se može mijenjanjem načina razmišljanja ili odabirom alternativnog ponašanja.
<i>Kontrola podražaja</i>	Akcija Održavanje	Eliminira se onaj podražaj koji potiče neželjene navike. Navedeno se postiže restrukturiranjem okoline na način da se smanji mogućnost da konkretni uvjeti potaknu mogući povrat ponašanja.
<i>Socijalno oslobođenje</i>	Akcija Održavanje	Spoznaja osobe o promjenama koje se događaju u njenom okruženju kako bi se novo ponašanje podržalo.

Prilog 2. Neke karakteristike skupina sudionica sa niskim do umjerenim (N=10) i prihvatljivim do visokim ITM-om (N=23).

		M	SD
Motivacija za promjenom*		3,22	4,93
Trajanje tretmana	1. skupina	22	20,26
ITM		15,48	,92
Motivacija za promjenom**	2. skupina	7,07	4,15
Trajanje tretmana		24,52	21,36
ITM		18,54	2,82

*u stadiju održavanja njih 20%

** u stadiju održavanja njih 56,5%

Legenda: 1. skupina- Sudionice sa niskim do umjerenim ITM-om; 2. skupina-Sudionice sa prihvatljivim do visokim ITM-om

Popis tvrdnji Upitnika stadija promjene anoreksije nervoze (eng. Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire; ANSOCQ; Rieger, Touyz, Schotte i sur., 2000) – popis čestica po stadijima

<i>Stadij promjene</i>	<i>Čestice</i>
<i>Povećanje tjelesne težine</i>	
<i>Predkontemplacija</i>	Što se mene tiče, ne trebam dobiti na tjelesnoj težini.
<i>Kontemplacija</i>	Na neki način, smatram da bi mi bilo bolje da dobijem na tjelesnoj težini.
<i>Priprema</i>	Odlučio/a sam da ću pokušati dobiti na tjelesnoj težini.
<i>Akcija</i>	Trenutno ulažem mnogo truda u dobitak na tjelesnoj težini.
<i>Održavanje</i>	Radim na održavanju kilograma koje sam dobio/la.
<i>Tjelesna težina</i>	
<i>Prekontemplacija</i>	Što se mene tiče, ne trebam imati minimalno ____ kg. (Izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
<i>Kontemplacija</i>	Na neki način, razmišljam o tome da bi bilo najbolje da imam minimalno ____ kg (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da ću pokušati postići tjelesnu težinu od najmanje ____ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
<i>Akcija</i>	Trenutno ulažem mnogo truda kako bih imao/la minimalno ____ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu)
<i>Održavanje</i>	Radim na tome da održim tjelesnu težinu od najmanje ____ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
<i>Dobitak na tjelesnoj težini na određenim dijelovima tijela (struk, bedra, stomak ili stražnjica)</i>	
<i>Prekontemplacija</i>	Ni na koji način ne bih bio/la spreman/a udebljati se na tim dijelovima tijela.
<i>Kontemplacija</i>	Ponekad mislim da bih bio/la spreman/a udebljati se na tim dijelovima tijela.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da sam spreman/na udebljati se na tim dijelovima tijela.
<i>Akcija</i>	Trenutno se pokušavam udebljati na tim dijelovima tijela.
<i>Održavanje</i>	Radim na održavanju težine koju sam postigao/la na tim dijelovima tijela.
<i>Tjelesni izgled</i>	
<i>Predkontemplacija</i>	Ne želim biti normalne tjelesne težine jer bih bio/la manje zadovoljan /a vlastitim izgledom pri težini od minimalno ____ kg (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
<i>Kontemplacija</i>	Povremeno razmišljam da postignem normalnu tjelesnu težinu jer bih na neki način bio/la zadovoljan/na vlastitim izgledom pri težini od najmanje ____ kg (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).

- Priprema* Odlučio/la sam postići normalnu tjelesnu težinu jer ću biti zadovoljniji/a vlastitim izgledom pri težini od najmanje ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
- Akcija* Trenutno pokušavam postići normalnu tjelesnu težinu jer bi bio/la zadovoljniji/a vlastitim izgledom pri težini od najmanje ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
- Održavanje* Radim na održavanju normalne tjelesne težine jer sam zadovoljniji/a vlastitom tjelesnom težinom od najmanje ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).

Zdravlje

- Prekontemplacija* Ne trebam biti normalne tjelesne težine iz razloga što nema zdravstvenog rizika kada težim manje od ___ kg (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
- Kontemplacija* Povremeno razmišljam da postignem normalnu tjelesnu težinu zbog zdravstvenih rizika kada težim manje od ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
- Priprema* Odlučio/la sam postići normalnu tjelesnu težinu zbog zdravstvenih rizika kada težim manje od ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
- Akcija* Trenutno pokušavam postići normalnu tjelesnu težinu zbog zdravstvenih rizika kad težim manje od ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).
- Održavanje* Radim na održavanju normalne tjelesne težine zbog zdravstvenih rizika kada težim manje od ___ kg. (izračunajte i navedite svoju minimalnu, ali zdravu/normalnu tjelesnu težinu).

Važnost koja se pridaje obliku tijela i tjelesnoj težini

- Predkontemplacija* Ne pretjerujem u važnosti koju pridajem vlastitom obliku tijela ili tjelesnoj težini u određivanju vlastite sreće i uspjeha.
- Kontemplacija* Ponekad pomislim da pretjerujem u važnosti koju pridajem vlastitom obliku tijela ili tjelesnoj težini u određivanju vlastite sreće i uspjeha.
- Priprema* Odlučio/la sam da trebam manje važnosti pridavati vlastitom obliku tijela ili tjelesnoj težini u određivanju vlastite sreće i uspjeha.
- Akcija* Često pokušavam preispitati važnost koju pridajem vlastitom obliku tijela ili tjelesnoj težini u određivanju vlastite sreće i uspjeha.
- Održavanje* Uspio/la sam smanjiti svoju sklonost pridavanja velike važnosti vlastitom obliku tijela ili tjelesnoj težini u određivanju vlastite sreće i uspjeha i želim da tako i ostane.

Strah od debljine

- Predkontemplacija* Moj strah od debljine nije pretjeran.
- Kontemplacija* Ponekad mislim da je moj stah od debljine pretjeran.

<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da trebam učiniti nešto po pitanju straha koji imam od debljine iz razloga što taj strah upravlja sa mnom.
<i>Akcija</i>	Svjestan/a sam da je moj strah od debljine uzrokovao probleme i sada to pokušavam ispraviti.
<i>Održavanje</i>	Uspio/la sam smanjiti svoj strah od debljine i želim da tako i ostane.

Gubitak tjelesne težine/mršavljenje

<i>Prekontemplacija</i>	Radije bi smršavio/la više.
<i>Kontemplacija</i>	Ponekad pomislim da je možda vrijeme da prestanem gubiti kilograme.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da je vrijeme da prestanem gubiti kilograme.
<i>Akcija</i>	Pokušavam prestati gubiti kilograme.
<i>Održavanje</i>	Uspio/la sam prestati gubiti kilograme i nadam se da će tako i ostati.

Tjelesna masnoća u odnosu na mišiće

<i>Predkontemplacija</i>	Možda bih promišljao/la o namjernom dobitku na mišićima, ali nikada ne bih promišljao/la o namjernom dobitku masnog tkiva.
<i>Kontemplacija</i>	Ponekad promislim da bih trebao/la dobiti na masnom tkivu iako bih radije imao/la samo mišiće.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam dobiti malo više masnog tkiva kako bih bio/la zdrav/a.
<i>Akcija</i>	Shvaćam da trebam imati malo više masnog tkiva i radim na tome da to postignem.
<i>Održavanje</i>	Uspio/la sam povećati udio masnog tkiva koju pokušavam održati.

Dobitak na tjelesnoj težini

<i>Predkontemplacija</i>	Nema šanse da bih bio/la spreman/a dobiti barem 1 kg tjedno.
<i>Kontemplacija</i>	Ponekad mislim da bih bio/la spreman/a dobiti barem 1 kg tjedno.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da bi, općenito, bilo najbolje za mene da dobijem barem 1 kg tjedno.
<i>Akcija</i>	Ulažem mnogo truda kako bih dobio/la barem 1 kg tjedno.
<i>Održavanje</i>	Radim na održavanju tjelesne težine, ali bih po potrebi bio/la spreman/a dobiti barem 1 kg tjedno.

Standardi za tjelesni oblik i težinu

<i>Predkontemplacija</i>	Standardi kojima se koristim pri procjeni vlastitog tijela nisu prestrogi.
<i>Kontemplacija</i>	Ponekad pomislim da su standardi kojima se koristim pri procjeni vlastitog tijela prestrogi.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da su standardi kojima se koristim pri procjeni vlastitog tijela prestrogi i da ih je potrebno mijenjati.

<i>Akcija</i>	Ulažem mnogo napora kako bih promijenio/la stroge standarde kojima se koristim pri procjeni vlastitog tijela.
<i>Održavanje</i>	Uspio/la sam napustiti stroge standarde kojima sam se u prošlosti služio/la pri procjeni vlastitog tijela i nadam se da će tako i ostati.

Prehrambene namirnice

<i>Predkontemplacija</i>	Postoje određene namirnice koje strogo izbjegavam i ne pomišljam jesti.
<i>Kontemplacija</i>	Postoje određene namirnice koje se trudim izbjegavati iako ponekad pomislim da bi ih bilo u redu povremeno konzumirati.
<i>Priprema</i>	Mislim da sam prestrog/a po pitanju namirnica koje konzumiram te sam odlučio/la da ću pokušati konzumirati hranu koju inače izbjegavam.
<i>Akcija</i>	Ulažem mnogo truda da redovito jedem namirnice koje sam inače izbjegavao/la.
<i>Održavanje</i>	Nekada sam izbjegavao/la konzumirati neke namirnice koje sada redovito jedem.

Svakodnevno konzumiranje hrane

<i>Predkontemplacija</i>	Nema potrebe da svakodnevno konzumiram 3 glavna obroka i međuobrok.
<i>Kontemplacija</i>	Ponekad pomislim da bih svakodnevno trebao/la konzumirati 3 glavna obroka i međuobrok.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da svakodnevno trebam konzumirati 3 glavna obroka i međuobrok.
<i>Akcija</i>	Ulažem mnogo napora da svakodnevno konzumiram 3 glavna obroka i međuobrok.
<i>Održavanje</i>	Radim na održavanju trenutnog načina prehrane koji uključuje svakodnevno konzumiranje 3 glavna obroka i međuobrok.

Vrijeme provedeno razmišljajući o hrani (misli o debljanju, brojanju kalorija i sadržaja masti u hrani, izračunu količine energije koja se utroši tijekom tjelovježbe)

<i>Predkontemplacija</i>	Nema ništa loše u količini vremena koje provodim razmišljajući o hrani i vlastitoj tjelesnoj težini.
<i>Kontemplacija</i>	Količina vremena koju provodim razmišljajući o hrani i vlastitoj tjelesnoj težini mi ponekad predstavlja problem.
<i>Priprema</i>	Odlučio/la sam da trebam koristiti strategije koje mi pomažu smanjiti količinu vremena koje provodim razmišljajući o hrani i vlastitoj tjelesnoj težini.
<i>Akcija</i>	Koristim strategije koje mi pomažu smanjiti količinu vremena koje provodim razmišljajući o hrani i vlastitoj tjelesnoj težini.
<i>Održavanje</i>	Znao/la sam provesti previše vremena razmišljajući o hrani i vlastitoj tjelesnoj težini, koje sam uspio/la smanjiti i radim na tome da tako i ostane.

Prehrambena ponašanja (potreba da se hrana jede određenom brzinom i vremenom, premještanje hrane po tanjuru, nemogućnost da se pojede sva hrana na tanjuru, poteškoće jedenja u društvu, potrebe za žvakanjem hrane određeni broj puta, održavanje istog plana prehrane na dnevnoj bazi)

- Predkontemplacija* Ništa ne moram promijeniti u načinu na koji jedem obroke.
- Kontemplacija* Ponekad pomislim kako trebam promijeniti način na koji jedem obroke.
- Priprema* Odlučio/la sam da ću pokušati promijeniti način na koji jedem obroke
- Akcija* Ulažem mnogo truda da promijenim način na koji jedem obroke.
- Održavanje* Uspio/la sam promijeniti način na koji jedem obroke i želim da tako i ostane.

Osjećaji povezani s jedenjem (poput osjećaja krivnje) i ne-jedenjem (poput osjećaja da je kontrola uspostavljena)

- Predkontemplacija* Nema potrebe da mijenjam osjećaje koje povezujem sa jedenjem i ne-jedenjem.
- Kontemplacija* Ponekad pomislim da trebam promijeniti osjećaje koje povezujem sa jedenjem i ne-jedenjem.
- Priprema* Odlučio/la sam da ću pokušati promijeniti osjećaje koje povezujem sa jedenjem i ne-jedenjem.
- Akcija* Ulažem mnogo truda da promijenim osjećaje koje povezujem sa jedenjem i ne-jedenjem.
- Održavanje* Uspio/la sam promijeniti osjećaje koje povezujem sa jedenjem i ne-jedenjem i želim da tako i ostane.

Metode za kontrolu tjelesne težine (ograničavanje prehrane, tjelovježba, povraćanje, konzumacija laksativa/drugih tableta)

- Predkontemplacija* Nema ništa toliko loše u metodama koje koristim kako bih kontrolirao/la vlastitu tjelesnu težinu.
- Kontemplacija* Razmišljao/la sam da su metode koje koristim kako bih kontrolirao/la vlastitu tjelesnu težinu možda problematične.
- Priprema* Odlučio/la sam da ću pokušati prestati koristiti određene metode kako bih kontrolirao/la vlastitu tjelesnu težinu.
- Akcija* Ulažem mnogo napora da prestanem koristiti određene metode kako bih kontrolirao/la vlastitu tjelesnu težinu.
- Održavanje* Uspio/la sam prestati koristiti određene metode kako bih kontrolirao/la vlastitu tjelesnu težinu.

Emocionalni problem (osjećaj nelagode, tjeskobe i sl.)

- Predkontemplacija* Nemam emocionalnih problema na kojima bih trebao/la poraditi.
- Kontemplacija* Ponekad pomislim da možda imam emocionalnih problema na kojima trebam poraditi.
- Priprema* Imam određene emocionalne probleme na kojima sam se odlučio/la poraditi.

Akcija Aktivno radim na vlastitim emocionalnim problemima.
Održavanje Moji su emocionalni problemi riješeni i trudim se da tako i ostane.

Osobne karakteristike (perfekcionizam, nisko samopouzdanje, potreba za uspostavljanjem kontrole i sl.)

Predkontemplacija Nemam nikakvih problema u načinu na koji pristupam životu na kojima bih trebao/la poraditi.
Kontemplacija Ponekad pomislim da možda imam problema u načinu na koji pristupam životu na kojima bih trebao/la poraditi.
Priprema Imam nekih problema u načinu na koji pristupam životu i na kojima sam odlučio/la poraditi.
Akcija Aktivno radim na rješavanju problema u načinu na koji pristupam životu
Održavanje Više nemam problema u načinu na koji pristupam životu su i trudim se da tako i ostane.

Interpersonalni problemi (u odnosima s obitelji ili prijateljima)

Predkontemplacija Nemam nikakvih problema u odnosima s drugima na kojima bih trebao/la poraditi.
Kontemplacija Ponekad pomislim da imam problema u odnosima s drugima na kojima bih trebao/la poraditi.
Priprema Imam nekih problema u odnosima s drugima na kojima sam odlučio/la poraditi.
Akcija Aktivno radim na problemima u odnosima s drugima.
Održavanje Više nemam problema u odnosima s drugima i trudim se da tako i ostane.

Popis tvrdnji Upitnika donošenja odluke (eng. Decisional Balance Scale; DB; Cockell i Geller, 2002) – popis čestica po subskalama

<i>Nedostaci</i>
Smeta mi što me anoreksija sprječava u druženju.
Smeta mi što me anoreksija sprječava u dijeljenju vlastitih osjećaja s drugima.
Ne sviđa mi se što me anoreksija sprječava da jedem u društvu.
Provodim previše vremena razmišljajući o hrani, jedenju i kalorijama.
Smeta mi što zbog anoreksije ne mogu samostalno pripremiti obrok.
Zbog anoreksije većinu vremena osjećam krivnju.
Dosta mi je razmišljanja o vlastitoj težini i/ili tjelesnom obliku.
Smeta mi što mi težina kontrolira raspoloženje.
Brinem se zbog učinka kojeg anoreksija ima na moje zdravlje.
Umoran/na sam od toga što bolujem od anoreksije.
Smeta mi što me anoreksija ostavlja bez energije.
Brinem se da zbog anoreksije neću moći imati djecu.
Zbog anoreksije sam neraspoložen/a.
Mrzim što mi anoreksija kontrolira život.
Izgubio/la sam slobodu zbog anoreksije.
<i>Prednosti</i>
Anoreksija mi pruža samo-kontrolu.
Samouvjeren/a sam kada imam vrlo nisku tjelesnu težinu.
Osjećam se dobro kada imam vrlo nisku tjelesnu težinu.
Osjećam se dobro kada stanem u odjeću malih brojeva.
Osjećam se dobro kada sam mršaviji/a u odnosu na druge.
Anoreksija mi pomaže da postignem neposredan cilj.
Anoreksija je moj put do savršenstva.
Zbog anoreksije se osjećam ostvareno.
<i>Funkcionalno izbjegavanje</i>
Anoreksija je moj način izbjegavanja dubljih, ozbiljnijih problema.
Kada se usredotočim na svoj tjelesni oblik i/ili tjelesnu težinu, ne moram se nositi sa bolnim osjećajima.
Anoreksija me štiti od teškoća odraslog života.
Anoreksija mi omogućuje izbjegavanje donošenja odluka.
Sve dok sam anoreksičan/a, ne moram donositi konačne planove za budućnost.
Anoreksija mi dopušta izbjegavanje vlastitih strahova o spolnom odnosu i/ili svojoj seksualnosti.
Zbog anoreksije se ne moram baviti odraslim intimnim vezama.