

СТИГМАТИЗАЦИЈА ОСОБА СА ПОРЕМЕЋАЈИМА ИСХРАНЕ

Ивона Милачић Вугојевић, Марија Чолић
Нада Драгојевић***

Универзитет у Београду,
Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Циљ: Утврдити стајан и природу стигматизације особа са поремећајем исхране у узорку оштрих популације.

Метод: Узорком смо обухватили 575 испитаника, оба пола, узраста изнад 16 година, различитих нивоа образовања и запослења. За испитивање ставова је коришћена скала процене (Crispetal.,2000, 2005) коју смо задали у форми структурисаног интервјуа. Од испитаника је тражено да одговоре колико се свака од осам изјава односи на особе са поремећајима исхране. Изјаве се односе на мишљења о томе да ли су особе са поремећајима исхране ојасне по друће, да ли су нејредвидиве, колико је тежко успоставити развој са њима, да ли осећају се друшачије од већине људи, да ли треба да само себе окривљују за стање у коме се налазе, да ли могу да се саберу уколико то желе, да ли њихово стање може да се поправи са шрећманом и да ли могу да се у пошћуносћи опораве.

Резултати: Нејативан став према особама са поремећајима исхране има 12.9% испитаника. Највећи проценат нејативних ставова имају особе узраста 45-64 године (15.4%), док особе из најмлађе узрасне групе (16-19 година) имају најмање изражене нејативне ставове (10.3%). Такође, највећи проценат нејативних ставова имају особе са завршеном средњом школом (63%), радничкој занимања (51.4 %), са добрим-присћојним приходима (64.4%). Нешто више од половине испитаника (53.3%) сматра да су особе са поремећајима исхране криве за стање у коме се налазе, 60.2% испитаника сматра да ове особе могу да ушћу на побољшање свој стања. Ошћимизам у

* Студенткиња докторских студија

** Ванредни професор у пензији

погледу помоћи од трећих лица 70.9% испитаника, а 63.7% сматра да се ове особе могу у потпуности опоравити.

Закључак: Анти-стигма кампање би могле да се усмере на едукацију јавности о озбиљности поремећаја исхране, са посебним усмеравањем програма на женске особе млађе узрасла.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: менталне болести, поремећаји исхране, стигматизација, анти-стигма кампање

УВОД

Ставови опште популације према особама с менталним болестима се често заснивају на страху, неразумевању и стереотипима, што ове особе чини изложеним стигми и дискриминацији. Стигматизујући ставови негативно утичу на квалитет живота особа са менталним болестима, постају баријера у тражењу професионалне помоћи, задржавању на третману (Corrigan & Rusch, 2002) и повећавају терет који носи болест, код појединца и у читавој заједници (Jorm et al., 2000). Истраживање природе и степена стигматизујућих ставова који се везују са различите менталне болести и варијабле које утичу на њихово испољавање су важни због изградње ефикасних стратегија борбе против стигме (Sartorius&Shultze, 2005). Истраживања ставова јавности према особама са поремећајима исхране (ПИ) нису тако честа (Crow&Peterson, 2003) у поређењу са истраживањима јавности у погледу других менталних поремећаја нпр. шизофреније или депресије. Један разлог може бити тај да се ПИ не повезују са стереотипима о опасности и непредвидивости, стереотипима који се везују за психотичне поремећаје (Link et al., 1997).

Поремећаји исхране су озбиљне, биолошки узроковане менталне болести. У општој популацији се под поремећајима исхране најчешће подразумевају анорексија нервоза, булимија нервоза и гојазност. Анорексија нервоза (АН) је поремећај исхране који карактерише екстреман губитак тежине, аменореја, страх од добитка на тежини и искривљена слика о телу. Поремећај карактерише изгладњивање себе и тешкоћа да се одржи минимум телесне тежине који се сматра здравим за особу одређеног узраста и висине. Иако АН има највећу стопу морталитета од свих психијатријских поремећаја (Agras et al., 2004) истраживања указују на то да се већина особа са овим поремећајем не подвргава третману (Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin&Rosenheck, 2000). Булимија нервоза се често смењује са анорексијом. У оквиру булимије долази до уношења велике количине хране, коју следи изазивање повраћања, узи-

мање лаксативних средстава или интензивна физичка активност. После преједања настаје напетост, депресија, осећање кривице који се разрешавају тек онда када је пацијент сигуран да се ослободио унете хране. Узрок поремећаја се тачно не зна. Гени могу бити један део одговора, постоје докази да ако жена има сестру или мајку са булимијом има повећан ризик за развој овог поремећаја. Породични фактори могу имати улогу - претеран нагласак на постигнућу или велика критичност родитеља. Психолошки фактори такође играју улогу, укључујући ниско самопоштовање, немогућност контроле импулсивног понашања и тешкоће изражавања агресивних осећања. Забринутост за физички изглед и витку линију код жена се сматра водећим узроком распрострањености поремећаја исхране. Ове вредности су карактеристичне за западну културу које прихватају и друге заједнице како се социо-економски развијају. Ризични ставови и понашање се брзо преносе преко медија, моде, рекламе и новинских чланака. Сматра се да је око 95% случајева поремећаја исхране преципитирано држањем дијете (Богдановић и сар., 1988). Поред анорексије и булимије, гојазност је још један поремећај исхране. Односи се на вишак масти у телу. Особа се сматра гојазном ако има 20% изнад нормалне тежине. "Морбидна" гојазност се односи на особе које имају 50%-100% већу тежину од нормалне, или када прекомерна тежина утиче на здравље и функционисање.

Говерс и Шор (Gowers & Shore, 1999) сматрају да су стигматизујућа мишљења о особама са ПИ у извесној мери базирана на парцијалним истинама о овом поремећају, нпр. опасности, понекад лошим реаговањем на примењен третман, улогу пацијента у одржавању болести и тешкоћама у комуникацији. Стигма која их окружује описује поремећај као тривијалан проблем које имају девојчице које држе дијету, желе контролу или се поремећај види као адолесцентна побуна (Roe-hrig & McLean, 2010). Такође је често мишљење да су ПИ и злоупотреба супстанци поремећаји који су самоизазвани (Jorm et al., 2000). Докази о постојању стигме према особама са ПИ се могу видети и кроз отпор да се ове особе прихвате за пријатеље, сараднике на послу, партнере (Link & Phelan, 2001) или кроз мишљење да ове особе не могу дати ваљан допринос друштву (Jorm et al., 1999). Мишљење да се особе са поремећајем исхране могу опоравити са третманом је конзистентно са тенденцијом тривијализације овог стања. За разлику од опште популације, стручњаци у области менталног здравља разумеју сву озбиљност коју захтева третман поремећаја исхране и сматрају да поремећај има слабу до умерено позитивну прогнозу (Burket & Schramm, 1995). Водич Америчке психијатријске организације процењује да код одраслих пације-

ната са АН 30-50% има хроничне проблеме (АПА, 2006; према Симић, М., 2013), а морталитет је виши него код било које друге психијатријске болести, и до 15.9% (Crisp et al., 1992; према Симић, М).

У експлоративном истраживању чији резултати следе испитали смо степен и видове стигматизације особа са ПИ у узорку опште популације у Србији.

МЕТОД

Узорак

Узорком смо обухватили 575 испитаника, оба пола, узраста изнад 16 година, различитих нивоа образовања и запослења, из различитих градова у Србији.

Табела 1. Структура узорка по полу, узрасту, образовању и запослењу

	Пол		Узраст			Образовање				Запослење		
	Ж	М	16-24	25-44	45↑	НСС	ССС	ВСС	Студент	Радничко	Служб	Проф.
Бр.	332	242	271	143	161	63	337	175	142	238	104	71
%	57.7	42.2	47.1	24.9	28	11	58.6	30.5	24.7	41.4	18.1	12.8

Напомена: НСС-нижа стручна спрема, СССР-средња стручна спрема, ВСС-виша и висока стручна спрема укључујући магистеријум и докторат

Скоро 29.6% (169) испитаника се изјаснило да познаје особу са ПИ, а 70.4% (401) испитаника се изјаснило да никада није имало контакта са особама са ПИ.

Инструменти и процедура

У истраживању је коришћена скала процене (Crisp et al., 2000, 2005) коју смо задавали у форми структурисаног интервјуа. Скала садржи осам тврдњи. Од испитаника је тражено да одговоре колико се свака од осам изјава односи на особе са поремећајем исхране. Изјаве су се односиле на теме које су издвојили Хејворд и Брајт (Hayward & Bright, 1997) који су написали преглед литературе о стигматизацији особа са менталним болестима. Они су закључили да постоје одређене теме које указују на то како се перципирају особе са менталним болестима: као опасне, непредвидиве, да је тешко разговарати са њима, да се могу окривити за болест, да се могу сабрати, да се осећају другачије од већине људи, да

болест има лош исход и да слабо реагују на третман. За сваку изјаву испитаници су бирали одговор на биполарној скали. На пример: Опасан по друге -2-1 0 1 2 Није опасан по друге. Да би се видело какви су ставови испитаника према свакој појединачној тврдњи, одговори добијени на биполарној скали су на следећи начин пребачени у скорове: скорови -2 и -1 су се кодирани као негативни, скорови 1 и 2 као позитивни, а одговори оних који нису били сигурни или нису могли да одговоре на питање су кодирани са 0 као неутрални.

РЕЗУЛТАТИ

Негативан став према особама са поремећајем исхране има 12.9% испитаника, неутралан 58.9% а 28.1% испитаника има позитиван став. Највећи проценат негативних ставова према особама са поремећајем исхране имају особе које су се изјасниле да поседују нешто знања и минимално знања (укупно 71.2%) у односу на особе које су се изјасниле да имају знања и имају много знања, (укупно 28.8%).

С обзиром на демографске карактеристике, највећи проценат негативних ставова према особама са поремећајем исхране имају особе узраста 45-64 године (15.4%), док особе из најмлађе узрасне групе (16-19 година) имају најмање изражене негативне ставове (10.3%). Такође, највећи проценат негативних ставова имају испитаници са завршеном средњом школом (63%), радничког занимања (51.4 %) и са добрим-пристојним приходима (64.4%).

Табела 2. Структура одговора испитаника, према конструктима о менталним болестима

Конструкт	ПИ 1	ПИ 2	ПИ 3	ПИ 4	ПИ5	ПИ 6	ПИ7	ПИ 8	
1	Број	45	56	62	176	32	105	185	41
	%	7.8	9.8	10.8	30.7	5.6	18.3	32.2	7.1
2	Број	36	70	88	130	52	125	161	55
	%	6.3	12.2	15.3	22.6	9.1	21.8	28	9.6
3	Број	56	145	146	142	82	140	148	110
	%	9.8	25.3	25.4	24.7	14.3	24.4	25.8	19.2
4	Број	99	123	117	72	183	105	56	134
	%	17.2	21.4	20.4	12.5	31.9	18.3	9.8	23.3
5	Број	338	178	156	54	224	98	22	232
	%	58.9	31	27.2	9.4	39	17.1	3.8	40.4

(ПИ 1) Опасне по групе особе / Нису опасне по групе особе

Укупно 14.1% испитаника сматра да су особе са ПИ опасне по друге, 9.8% нема јасан став, а 76.1% испитаника сматра да особе са ПИ нису опасне по друге.

(ПИ 2) Непредвидиве / Предвидиве

Укупно 22% испитаника сматра да су особе са ПИ непредвидиве, 25.3% има неутралан став, а 52.4% сматра да су предвидиве.

(ПИ 3) Тешко је разговарати са њима / Лако је разговарати са њима

Укупно 26.1% испитаника сматра да је са особама са ПИ тешко разговарати, четвртина (25.4%) нема јасан став, а 46.7% испитаника сматра да је са њима лако разговарати.

(ПИ 4) Могу само себе да окривљују за стање у којем се налазе/ Не могу се окривљавати за стање у којем се налазе

Укупно 53.3% испитаника сматра да особе са ПИ могу да криве себе због стања у коме се налазе, 24.7% нема јасан став, а 21.9% сматра да људи са ПИ не треба да носе кривицу за своје стање.

(ПИ 5) Неће се побољшати са третманом / Побољшаће се са третманом

Став да се стање особа са ПИ не може побољшати са третманом подржава 14.7%, 14.3% нема јасан став, а 70.9% испитаника сматра да ће третман бити од помоћи.

(ПИ 6) Осећају се другачије од нас / Осећају се исто као и ми

Став да се особе са ПИ осећају другачије подржава 40.1% испитаника, 24.4% је неутрално, а 35.4% испитаника сматра да се они осећају исто као други људи.

(ПИ 7) Могу да се саберу уколико то желе / Не могу учинити ништа што би побољшало њихово стање

Укупно 60.2% испитаника сматра да особе са ПИ могу да утичу на побољшање свог стања, 25.8% нема јасан став, а 13.6% испитаника подржава став да особе са ПИ не могу да учине ништа што би побољшало њихово стање.

(ПИ 8) Никада се не могу у бољој ситуацији опоравити / Могу се у бољој ситуацији опоравити

Укупно 16.6% испитаника сматра да се особе са ПИ не могу у потпуности опоравити, 19.2% испитаника нема јасан став, 63.7% испитаника подржава став да се особе са ПИ могу у потпуности опоравити.

Табела 3. Интеркорелације конструисане скале

	ПИ2	ПИ3	ПИ4	ПИ5	ПИ6	ПИ7	ПИ8
ПИ1	.357**	.344**	-.164**	.424**	-.117**	-.268**	.335**
ПИ2		.436**	-.081	.172**	-.014	-.181**	.151**
ПИ3			.029	.231**	.097	-.243**	.267**
ПИ4				-.277**	.107	.332**	-.197**
ПИ5					.071	-.434**	.570**
ПИ6						-.115**	.088*
ПИ7							-.535**

** корелација значајна на ниову 0.01

* корелација значајна на ниову 0.05

Испитаници који сматрају да су особе са ПИ одговорне за стање у коме се налазе (ПИ4) такође сматрају да ове особе могу да учине нешто за своје стање, да њихово стање може да се побољша са третманом и да се могу у потпуности опоравити.

Применом Краскал Волисовог теста (KruskalWallistest) уочено је да најмлађи испитаници сматрају да особе са поремећајем исхране не могу да учине ништа што би побољшало њихово стање ($N=12.146$, $df=3$, $p=.007$). Ман Витнијевим тестом је показано да жене више подржавају изјаву да особе са поремећајем исхране не могу да се окривљују за стање у ком се налазе ($Z=-2.169$, $p=.030$), него што то чине мушкарци.

ДИСКУСИЈА

У нашем истраживању је утврђено да свега 12.9% испитаника има негативан став према особама са ПИ што је у складу са истраживањима Криспа (Crisp, 2000) чији налази указују да особе са ПИ изазивају мање негативних ставова него особе са другим менталним болестима. Крисп такође (Crisp, 2000) указује да се особе са ПИ сматрају мање опасним и непредвидивим у односу на особе са другим менталним поремећајима (нпр. особе са болестима зависности или особе са шизофренијом), што је у складу са резултатима нашег истраживања (76% испитаника сматра

да особе са ПИ нису опасне, а свега 22% да су непредвидиве). Такође указује да је лакше причати са особама са ПИ или паничним поремећајем у односу на широко распрострањено гледиште да је са особама са било којим поремећајем тешко разговарати и да се осећају другачије од осталих људи.

У нашем истраживању је утврђен виши проценат (28%) испитаника који имају позитиван став према особама са ПИ. У испитивању ставова према особама са ПИ можда треба променити парадигму и објаснити вишу заступљеност позитивних у односу на негативне ставове. Монд и сар., (2006) сматрају да су информације добијене из медија повезане са мање негативним одговорима на питања о озбиљности симптома и жеље за социјалном дистанцом у односу на особе са ПИ. Чињеница је да испитаници препознају озбиљност симптома, али им приписују пожељна својства указује на амбиваленцију према симптомима ПИ која постоји код жена у заједници и код особа које су на третману за ПИ (Vitousek et al., 1998). Монд и сар. (2006) указују да испитаници који сматрају да “не би било тако лоше” имати проблем описан у вињети која приказује особу са анорексијом нервозом и сами имају неке симптоме ПИ. Испитаници минимизирају аберантне симптоме и озбиљне медицинске последице поремећаја исхране (аменоореја, злоупотреба лаксатива, повраћање, екстремно ограничавање исхране) и диве се способности контроле исхране и спровођењу физичких активности. Културолошки притисак да се буде мршав и незадовољан сопственом тежином и обликом тела је делимично одговоран за наведена осећања. Осим тога изражавање осећања зависти и дивљења према особама са менталним поремећајима је један аспект стигме који је јединствен за поремећаје исхране (Roehrig & McLean, 2010).

Испитаници који су се изјаснили да су имали контакт са особама са ПИ имају позитивније ставове (32.1% vs. 26.3%) према њима у односу на испитанике који се се изјаснили да нису имали контакт. Особе из најмлађе узрасне групе (16-19 година) имају најмање изражене негативне ставове (10.3%). Најпозитивније ставове према особама са поремећајем исхране имају особе женског пола (62.9% vs. 37.1%), узрасне групе 20-24 године (37.1%). Могуће је да су у питању особе које пролазе кроз фазу симптома анорексије нервоза (АН). Налази епидемиолошких студија указују да је преваленца АН код младих жена 1.0-2.0%, а преваленце парцијалног синдрома АН 3.0-4.0% (Striegel-Moore et al., 2003).

Највећи проценат негативних ставова према особама са поремећајем исхране имају особе које су се изјасниле да поседују нешто знања и минимално знања (укупно 71.2%) у односу на особе које су се изјасниле

да имају знања и имају много знања, (укупно 28.8%). Истраживања показују да се о менталним поремећајима мало зна и да су знања удружена са предрасудама (Thornicroft, 2006). Овај налаз указује на евентуалну корисност анти-стигма кампањи које би имале за циљ едукацију јавности о поремећајима исхране. У нашем истраживању се 70.4% испитаника изјаснило да није имало контакт са особама са поремећајем исхране. Вероватно је да највећи број информација о особама са ПИ јавност добија преко медија, а портрет жене који се пласира у медијима се сматра и главним узрочником ПИ (Polivy&Herman, 2002). Изгледа да је тешко очекивати да ти исти медији имају улогу у едукацији јавности о ПИ.

Када су негативни ставови везани за ПИ они су везани за перцепцију да је ово стање “самоизазвано”. У нашем истраживању више од половине испитаника (53.3%) сматра да су особе са ПИ одговорне за стање у коме се налазе. Ман Витнијевим тестом је показано да жене чешће не подржавају овај стигматизујући став, већ више подржавају изјаву да се особе са ПИ не могу окривљавати за стање у коме се налазе ($Z=-2.169$, $p=.030$). Крисп и сар., (2000) истражујући ставове јавности указују да 1/3 испитаника сматра да особе са ПИ могу да “се саберу” и “да само себе могу да окривљују за стање у коме се налазе”. Овакви стигматизујући ставови су се најчешће везивали за особе са депресијом (Roehrig & McLean, 2010).

Истраживања показују да се особе са ПИ и особе са болестима зависности сматрају одговорнијим за стање у коме се налазе у односу на особе са другим менталним болестима нпр. особе са шизофренијом или деменцијом (Crisp, 2005: Милачић- Видојевић и сар., у штампи). У две студије спроведене у Енглеској, 60% (Crisp et al., 2000) односно 54% (Crisp et al., 2005) испитаника је сматрало да су особе зависне од алкохола саме криве за проблем који имају, у поређењу с 34% односно 33% за особе с ПИ и само 4% односно 13% за особе с депресијом, паничним нападима, шизофренијом и деменцијом. Истраживање Хејворда и Брајта (Hayward&Bright, 1997) такође указује на распрострањеност става да су особе са озбиљним менталним поремећајима одговорне за своју животну ситуацију и да су у стању да се саберу уколико то желе. Стереотипи о поремећајима исхране укључују веровање да је у питању поремећај над којим особа има контролу (Holliday, Wall, Treasure, & Weinman, 2005). У нашем истраживању 60.2% испитаника сматра да особе са поремећајем исхране могу да утичу на побољшање свог стања, али најмлађи испитаници не подржавају овај став, што може да укаже да испитаници млађе узрасне групе имају искуства са неким симптомима поремећаја исхране. Сличан је налаз Стјуарта и сар. (Stewart et al.,

2006) да се особе са анорексијом могу “сабрати”, да су “више одговорне” за своју болест и да својим понашањем “траже пажњу” Стигматизујући ставови о одговорности и тражењу пажње подржавају мишљење да ове особе праве свестан избор да имају поремећај исхране. Овај став онемогућава тражење третмана и минимизира озбиљну природу овог поремећаја. Широко је прихваћено веровање да већина људи може и треба да контролише телесну тежину и облик тела, те се поремећаји исхране сматрају екстремним напором да се утиче на ове аспекте изгледа. Перцепција особа са поремећајем исхране да својим понашањем траже пажњу одражава веровање да је избор направљен да би се добила нека корист (Roehrig & McLean, 2010). Говерс и Шор (Gowers & Shore, 1999) указују да јавност перципира особе са поремећајем исхране као да су мотивисане нарцизмом, а Силберштајнови резултати (Silberstein, 1987) показују да се неконтролисана исхрана, самоизгладњивање и пургација сматрају “вољним” понашањем.

У нашем истраживању испитаници који сматрају да се особе са ПИ могу окривљавати за поремећај такође сматрају да ове особе могу да учине нешто за стање у коме се налазе, да ће се побољшати са третманом и да се могу у потпуности опоравити. Овај налаз је у складу са истраживањима у свету (Crisp, 2000; Crisp, 2005) и код нас (Милачић Видојевић и сар. у штампи) који указује да јавност опажа да се третманом могу побољшати особе са ПИ (71%), алкохолизмом (62.7%), депресијом (61.5%), а да се не могу побољшати особе са деменцијом (43.2%) и схизофренијом (33.1%), као и да се у потпуности могу опоравити особе са ПИ (64%), алкохолизмом (58.1%), а да се не могу опоравити особе са деменцијом (55.2%) и схизофренијом (51.4%). Оптимизам у погледу опоравка особа са ПИ вероватно се заснива на мишљењу да је овај поремећај под утицајем воље оболелог, да се ове особе “могу сабрати”, “окривљавати за стање у коме се налазе” и да су више “одговорне за своју болест” (Gowers, et al., 1999). У случају АН, изгледа да је јавност и превише оптимистична јер је ток АН често хроничан и да још нису пронађени ефикасни третмани (Ben-Tovim et al., 2001). Холидеј и сар. (Holiday et al., 2005) су уклазали да јавност перципира АН као поремећај исхране, али не и као психолошко стање. Овај налаз је можда одговоран за слабо тражење третмана код особа са овим поремећајем. Перцепција ПИ као слике ниског самопоштовања може бити повезана са непожељном претпоставком да АН није проблем менталног здравља. Веровања ове врсте могу указати на перцепцију ПИ као “проблема живљења” уместо проблема менталног здравља (Mond et al., 2006).

Ограничења истраживања

У овом истраживању нису се посебно испитивали ставови према АН и БН већ уопштено према поремећајима исхране. Такође, нисмо укључили специфичне варијабле које имају утицаја на индивидуалне ставове нпр. степен поремећаја исхране код испитаника или ниво познавања проблема (нпр. преко ТВ-а или лично искуство).

ЗАКЉУЧАК

Испитаници у нашем узорку у већини случајева не перципирају негативно особе са поремећајем исхране. Опажају их као мање опасне и непредвидиве, а више одговорне за стање у коме се налазе. Испитаници сматрају да се стање особа са ПИ у великом проценту може побољшати са третманом и у потпуности опоравити. Најнегативније ставове према особама са ПИ имали су испитаници који су се изјаснили да имају најмање знања о поремећају. Жене млађег узраста су имале напозитивније ставове према особама са ПИ што може да укаже на прихватање ризичних ставова и понашања у овом делу испитиваног узорка. Ставови испитаника према третману и опоравку су претерано оптимистични. Анти-стигма кампање се могу усмерити на едукацију јавности о озбиљности овог поремећаја. Важно је у превентивне програме укључити јасне информације о негативном ефекту понашања карактеристичног за ПИ на физичко и психо-социјално функционисање, као и на то да постоји велики ризик напредовања од суб-клиничких форми испољавања овог поремећаја до његовог пуног процвата (Pattonetal., 1999).

ЛИТЕРАТУРА

1. Agras, W. S., Brandt, H. A., Bulik, C. M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C. G., Halmi, K. A., et al. (2004). Report of the National Institutes of Health Workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 509–521.
2. Ben-Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study. *Lancet*, 357, 1254 – 1257.
3. Burket, R. C., & Schramm, L. L. (1995). Therapists' attitudes about treating patients with eating disorders. *Southern Medical Journal*, 88, 813–818.
4. Bogdanović, D. и Đorđević, V. (1988). *Internamedicina*, Beograd.

5. Corrigan, P., & Rusch, N. (2002). *Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 312–334.
6. Crisp A. (2005). Stigmatization of and discrimination against people with eating disorders including a report of two nationwide surveys. *European Eating Disorders Review*, 13, 147–152.
7. Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–12.
8. Crow, S. J., & Peterson, C. B. (2003). *The economic and social burden of eating disorders*. In M. Maj, K. Halmi, J.J. Lopez-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating disorders*. New York: John Wiley & Sons.
9. Gowers, S. G. & Shore, A. (1999). The stigma of eating disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 53, 386–388.
10. Holliday, J., Wall, E., Treasure, J., & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 50–56.
11. Hayward, P. & Bright, J.A. (1997). Stigma and mental illness: A review and a critique. *Journal of Mental Health*, 6, 345 – 354.
12. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 77 – 83.
13. Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). *Public knowledge of and attitudes to mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services*. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet need in psychiatry* (pp. 399 – 413). Cambridge: Cambridge University Press.
14. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363 – 385.
15. Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177 – 190.
16. Milačić Vidojević, I., Čolić, M., Dragojević, N. Priroda i stepen izraženosti stigmatizacije prema osobama sa mentalnim bolestima. (uštampi).
17. Mond, J., Robertson-Smith, G. & Vetere, A. (2006). Stigma and eating disorders: Is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? *Journal of the Mental Health*, 15, (5), 519-532,

18. Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B. & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765 – 768.
19. Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187 – 213.
20. Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press.
21. Roehrig, J. & McLean, C. (2010). A comparison of Stigma Toward Eating Disorders Versus Depression. *International Journal of eating Disorders*, 43, 671-674.
22. Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R. H. & Rodin, J. (1987). *Feeling fat: A woman's shame*. In: Lewis HB, editor. *The Role of Shame in Symptom Formation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 89–108.
23. Simić, M. *Tretmani dece i adolescenata sa anoreksijom nervozom zasnovani na dokazima*. U: Ćurčić, ed. *Razvoj i mentalni poremećaji*. DEAPS, 2013, 99-114.
24. Stewart, M., Keel, P. & Schiavo, R. (2006). Stigmatization of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 320–325.
25. Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 381–389.
26. Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. (2003). *Reducing the multiple burdens of suffering: Accessing care for eating disorders*. Commentary on: Crow, S. J. & Peterson, C. B. The economic and social burden of eating disorders. In M. Maj, K. Halmi, J. J. Lopez-Ibor, & N. Sartorius (Eds.), *Eating disorders* (pp. 400 – 402). New York: John Wiley & Sons.
27. Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18, 391 – 420.
28. Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness*. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge (United Kingdom): Cambridge University Press.

STIGMATIZATION OF PERSONS WITH EATING DISORDERS

IVONA MILAČIĆ VIDOJEVIĆ, MARIJA ČOLIĆ*
NADA DRAGOJEVIĆ**

University of Belgrade, Faculty of Special Education and Rehabilitation

SUMMARY

Aim: It was to establish intensity and the structure of stigmatization of persons with eating disorders in a sample of general public in Serbia.

Method: The sample encompassed 575 participants of both sex, over 16, of different levels of education and of different employments. For assessing attitudes of general public the scale (Crisp et al., 2000, 2005) presented in the form of structured interview was applied. The eight statements of the scale intended to discover to what degree participants think that persons with eating disorders are dangerous, unpredictable, easy to communicate with, feel different compared to others, can be blamed for own condition, can could pull themselves together if they want to, can improve own condition with treatment and can be completely recovered.

Results: Negative attitudes toward persons with eating disorders hold 12.9% of participants. The highest percent of negative attitudes (15.4%) held 45-64 years old participants, while the youngest 16-19 years old participants held the smallest percent of negative attitudes (10.3%). The highest percent of negative attitudes held participants with secondary school (63%), workers (51.4) and participants with strong revenues (64.4%). More than half of the sample(53.3%)hold opinion that persons with eating disorders are to be blamed for own condition, while 60.2% of participants think that these persons can themselves improve own condition. 70.9% of participants are optimistic regarding the efficacy of treatment, while 63.7% think that the condition of these persons can be completely recovered.

Conclusion: Anti-stigma campaign should be oriented toward informing the public about seriousness of eating disorders, regarding speciallyyounger female persons.

KEY WORDS: mental illness, eating disorders, stigmatization, anti-stigma campaign

* PhD student

** Associate professor, retired