

Perfekcionizam i simptomi poremećaja hranjenja kod adolescenata

Damjanić, Nataša

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:186:937330>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Nataša Damjanić

Perfekcionizam i simptomi poremećaja hranjenja kod adolescenata

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Nataša Damjanić

Perfekcionizam i simptomi poremećaja hranjenja kod adolescenata

Diplomski rad

Mentorica: prof. dr. sc. **Alessandra Pokrajac-Bulian**

Rijeka, 2020.

IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice prof. dr. sc. Alessandre Pokrajac-Bulian.

Rijeka, listopad 2020.

Sadržaj

Sažetak	
Abstract	
1. Uvod	1
1.1. Odnos adolescenata prema vlastitom izgledu	1
1.2. Indeks tjelesne mase (ITM)	2
1.3. Poremećaji hranjenja	2
1.4. Perfekcionizam	4
1.5. Perfekcionizam, pretjerana evaluacija oblika tijela i težine te odstupajuće navike hranjenja	7
1.6. Kognitivni aspekti hranjenja	11
2. Problemi rada i hipoteze	14
2.1. Problemi rada	14
2.2. Hipoteze	14
3. Metoda rada	15
3.1. Ispitanici	15
3.2. Mjerni instrumenti	17
3.2.1. Sociodemografski podaci	17
3.2.2. Multidimenzionalna skala perfekcionizma	17
3.2.3. Trofaktorski upitnik hranjenja	18
3.2.4. Upitnik za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane (EDE-Q)	20
3.2.5. Indeks tjelesne mase	21
3.3. Postupak istraživanja	22
4. Rezultati	23
4.1. Deskriptivna analiza	23

4.2. Spolne razlike	28
4.3. Razlike s obzirom na kategoriju uhranjenosti	31
4.4. Doprinosa prediktora u objašnjenju varijance simptoma poremećaja hranjenja....	32
4.4.1. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori suzdržavanja	33
4.4.2. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za hranjenje	34
4.4.3. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za oblik tijela	36
4.4.4. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za težinu	37
5. Rasprava	39
5.1. Zastupljenost ponašanja vezanih uz hranjenje na uzorku adolescenata	40
5.2. Povezanosti ITM-a, perfekcionizma i obrazaca hranjenja sa simptomima poremećaja hranjenja	41
5.3. Spolne razlike u perfekcionizmu i obilježjima hranjenja	42
5.4. Razlike u perfekcionizmu i obilježjima hranjenja s obzirom na uhranjenost	45
5.5. Doprinosa spola, ITM-a, perfekcionizma i kognitivnih obrazaca hranjenja kao prediktora simptoma poremećaja hranjenja	48
5.6. Prednosti i nedostaci istraživanja	52
5.7. Implikacije i preporuke	54
6. Zaključak	56
Literatura	57
Prilozi	

Sažetak

Perfekcionizam se često povezuje s poremećajima hranjenja, odnosno osobe koje boluju od poremećaja poput anoreksije i bulimije nerijetko imaju povišene razine perfekcionizma. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati upravo odnos perfekcionizma i simptomatologije poremećaja hranjenja, kao i odnos kognitivnih obrazaca hranjenja s navedenim varijablama. U istraživanju je sudjelovao 651 ispitanik, od čega 50.5% mladića. Svi su ispitanici učenici prvih razreda srednjih škola u Rijeci i Crikvenici te je njihova dob u rasponu od 14 do 16.5 godina. Upitnik su ispunjavali u liječničkoj ambulanti prilikom redovnog sistematskog pregleda. Rezultati su pokazali da spol, indeks tjelesne mase, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja značajno predviđaju simptome poremećaja hranjenja, s iznimkom suzdržavanja koje predviđaju samo perfekcionizam, indeks tjelesne mase i kognitivno suzdržavanje. Nadalje, djevojke imaju više simptoma poremećaja hranjenja, manje razine perfekcionizma i češće koriste kognitivne obrasce hranjenja od mladića. Također, ispitanici višeg indeksa tjelesne mase imaju i više simptoma poremećaja hranjenja te se češće kognitivno suzdržavaju.

Ključne riječi: perfekcionizam; poremećaji hranjenja; nekontrolirano hranjenje; emocionalno hranjenje; kognitivno suzdržavanje od hranjenja; indeks tjelesne mase; adolescenti

Abstract

Perfectionism is often related to eating disorders, meaning that people who suffer from disorders like anorexia and bulimia nervosa also frequently have increased levels of perfectionism. The aim of this study was to examine the relationship between perfectionism and the symptomatology of eating disorders, but also their relationship with cognitive eating patterns. The study included 651 participants, of which 50.5% were boys. All the participants are first grade high school students from Rijeka and Crikvenica with their age ranging from 14 to 16.5 years. The study was conducted in an infirmary during their regular health examination. Gender, body mass index, perfectionism and cognitive eating patterns predicted the symptomatology of eating disorders, except for restraint which was predicted only by perfectionism, body mass index and cognitive restraint. Moreover, adolescent girls showed more eating disorder symptoms, lower perfectionism scores and more frequent use of cognitive eating patterns than adolescent boys. Additionally, adolescents with a higher body mass index also have more eating disorder symptoms and more often use cognitive restraint.

Key words: perfectionism; eating disorders; uncontrolled eating; emotional eating; cognitive restraint; body mass index; adolescents

1. UVOD

1.1. Odnos adolescenata prema vlastitom izgledu

U današnje se doba velika pažnja posvećuje nečijem izgledu ili tijelu. Slika tijela predstavlja mentalnu reprezentaciju vlastitog tjelesnog izgleda i iskustava te je kao takva značajna u razvoju adolescenata, posebice djevojaka (Pokrajac-Bulian, Stubbs i Ambrosi-Randić, 2004). U istraživanju provedenom na hrvatskom uzorku srednjoškolaca samo je 31.3% učenika bilo zadovoljno svojim tijelom, a također su prisutne i spolne razlike u smjeru da su djevojke značajno nezadovoljnije svojim izgledom od mladića (Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović, 2007), što potvrđuju i drugi rezultati (npr. Erceg i Jagodić, 2016). Djevojke pokazuju veću razliku između stvarnog oblika tijela i idealnog oblika te su uz to i nezadovoljnije vlastitom težinom (Furnham, Badmin i Sneade, 2002). Različiti su pokušaji objašnjenja zašto je nezadovoljstvo tijelom toliko učestalo kod ženskog spola da se gotovo smatra normativnim. Među najvažnijima spominju se razvojna, sociokulturalna i interpersonalna objašnjenja.

Razvojna se objašnjenja odnose na razlike u pubertetskim promjenama koje se događaju kod mladića i djevojaka. Djevojački razvoj u pubertetu znači veću tjelesnu težinu i više masnog tkiva na bedrima, stražnjici, bokovima te u struku. Takve promjene udaljavaju djevojke od vitkog tijela i vitkih bokova, stražnjice i bedara koje se uglavnom smatra idealom u zapadnim kulturama. Suprotno tome, porast visine i širenje ramena koji se događaju kod mladića označavaju promjene bliže muškom idealu mišićavog tijela s naglaskom upravo na ramenima te bicepsima i prsima (Furnham i sur., 2002; Pokrajac-Bulian i sur., 2004). U prilog tome su i rezultati istraživanja Pokrajac-Bulian i suradnika (2007) koji pokazuju da djevojke u prosjeku žele izgledati vitkije, odnosno imati manje kilograma, dok mladići žele izgledati krupnije, tj. imati više kilograma. Rezultati Furnhama i suradnika (2002) donekle su slični. Naime, oni su također dobili da veliki dio djevojaka želi biti mršaviji, no kod mladića broj onih koji žele biti mršaviji i onih koji žele biti teži je podjednak.

Nadalje, ističu se tri sociokulturalna konstrukta povezana sa slikom tijela, a to su svjesnost o postojanju mršavog ideala u medijima, internalizacija tog mršavog ideala te percipirani pritisci za dostizanje mršavosti. Svjesnost se u ovom kontekstu odnosi na znanje o tome da određeni standard ili ideal izgleda postoji, dok je internalizacija prihvatanje te vrijednosti do mjere u kojoj ona utječe na ponašanja i stavove (Cafri, Yamamiya, Brannick i Thompson, 2005). Cafri i suradnici (2005) proveli su metaanalizu kako bi istražili koliko su jake povezanosti slike tijela i tri spomenuta konstrukta. Njihovi su rezultati pokazali da su svjesnost, internalizacija i

percipirani pritisci značajno pozitivno povezani sa slikom tijela, pri čemu je ta povezanost značajno veća za internalizaciju i percipirane socijalne pritiske nego za samu svjesnost o idealu izgleda. Drugim riječima, prihvaćanje i internalizacija ideala izgleda u razmišljanju o tome kako bi osoba trebala izgledati štetnije je nego jednostavna spoznaja da postoji standard ili idealni izgled.

Konačno, interpersonalna objašnjenja tiču se ponašanja okoline kao što su izravni komentari ili zadirkivanja od strane obitelji, vršnjaka i drugih bliskih osoba (Pokrajac-Bulian i sur., 2004).

1.2. Indeks tjelesne mase (ITM)

Indeks tjelesne mase (ITM) dobiva se na temelju visine i težine osobe, odnosno računa se na način da se tjelesna težina izražena u kilogramima podijeli s kvadratom visine izražene u metrima. On kao takav predstavlja mjeru za određivanje pripadanja osobe u različite kategorije s obzirom na tjelesnu težinu. Osobe s indeksom tjelesne mase između 18.5 i 24.9 pripadaju kategoriji prosječne težine. ITM niži od 18.5 može značiti veću vjerojatnost za nastanak štetnih posljedica neuhranjenosti, a ITM iznad 25 dijeli se u više kategorija. Te su kategorije prekomjerna težina (25-29.9), klinička pretilost (30-39.9) i ozbiljna pretilost (iznad 40) (Ogden, 2010).

Istraživanja poput primjerice onog provedenog od strane Pokrajac-Bulian i suradnika (2004) na uzorku učenica srednjih škola pokazuju važnost ne samo kulturalnih i interpersonalnih utjecaja na sliku tijela, već i važnost težine. Djevojke s ispodprosječnim indeksom tjelesne mase u prosjeku su bile zadovoljnije svojim tijelom nego djevojke u skupini s prosječnim indeksom tjelesne mase. Ispodprosječno teške djevojke također su bile manje svjesne ideala mršavosti i iskazivale manje razine internalizacije s tim idealom nego djevojke prosječne težine.

1.3. Poremećaji hranjenja

Poremećaji hranjenja predstavljaju perzistentno odstupajuće hranjenje ili ponašanje povezano s hranjenjem čiji je ishod izmijenjena konzumacija hrane i posljedično oštećeno zdravstveno ili psihosocijalno funkcioniranje. Prema DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), poremećaji hranjenja uključuju piku, poremećaj ruminacije, poremećaj restrikcije/izbjegavanja hranjenja, anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu, poremećaj prejedanja, drugi specificirani poremećaj hranjenja i drugi nespecificirani poremećaj hranjenja. Pri tome je potrebno uzeti u obzir da se poremećaj ruminacije, poremećaj restrikcije/izbjegavanja hranjenja, anoreksija i bulimija nervoza te poremećaj prejedanja javljaju pojedinačno, odnosno u određenom trenutku

može biti prisutan samo jedan od njih. Za razliku od toga, pika se može dijagnosticirati uz ostale navedene poremećaje. Dijagnoze poremećaja hranjenja odvajaju se zbog toga što, unatoč određenim sličnostima, ipak dovode do različitih ishoda te se razlikuju u tijeku bolesti i potrebama tretmana (American Psychiatric Association, 2013).

Anoreksija nervoza jedan je od najčešće spominjanih poremećaja u literaturi, a prvi je put opisana još 1873. godine kao poremećaj koji uključuje ekstreman gubitak težine i neprirodnu mršavost te izostanak mjesečnice (Ogden, 2010). Anoreksija uključuje restrikciju unosa energije u odnosu na potrebe tijela, što dovodi do pretjerano niske tjelesne težine u odnosu na dob, spol, razvoj i tjelesno zdravlje. Nadalje, osoba osjeća intenzivan strah od dobivanja na težini i/ili se ponaša na načine koji sprečavaju dobitak težine, unatoč težini koja je već značajno niska. Također je važan psihološki faktor poremećeno doživljavanje vlastite težine ili oblika tijela, utjecaj tih aspekata na samoevaluaciju te nedostatak uvida u ozbiljnost takve niske tjelesne težine. Razlikuju se dva tipa anoreksije: restriktivni i purgativni tip. Kod restriktivne anoreksije nema prisutnih epizoda prejedanja ili tzv. „čišćenja“ korištenjem laksativa, diuretika, inducirano povraćanja i sl. Purgativni tip anoreksije obilježavaju upravo navedena ponašanja (American Psychiatric Association, 2013). Anoreksija se češće javlja kod žena, otprilike u omjeru 10:1 (American Psychiatric Association, 2013; Ogden, 2010). Prosječna je dob javljanja poremećaja 17 godina (Ogden, 2010), s time da se rijetko javlja prije puberteta i nakon četrdesete godine života (American Psychiatric Association, 2013).

Bulimija nervoza prvi je put opisana mnogo kasnije nego anoreksija te se početno smatrala varijantom anoreksije (Ogden, 2010). Danas se ona razlikuje od anoreksije te uključuje ponavljajuće epizode prejedanja (konzumacija velike količine hrane u kratkom vremenskom periodu i prisutan osjećaj gubitka kontrole) nakon kojih slijede kompenzatorna ponašanja, kao što su samoinducirano povraćanje te upotreba laksativa i diuretika, kako bi se spriječio dobitak na težini. Bulimija, poput anoreksije, uključuje pretjeran utjecaj težine i oblika tijela na samoevaluaciju (American Psychiatric Association, 2013). Ponovno slično anoreksiji, poremećaj se uglavnom javlja kod mladih žena s omjerom 10:1 (American Psychiatric Association, 2013) i najčešće započinje u dobi između 15 i 19 godina (Ogden, 2010).

Anoreksija i bulimija dakle dijele srž psihopatologije, odnosno osobe daju pretjeranu važnost hranjenju, obliku i težini te njihovoj kontroli. Sličnost psihopatologije pokazuje se i u sličnim ponašanjima. Osobe koje boluju od anoreksije rigidno i ekstremno smanjuju unos hrane, no isto je moguće i kod osoba koje boluju od bulimije. Ponašanja poput spomenutih (samoinducirano povraćanje, zloraba laksativa, diuretika i sl., pretjerano vježbanje) također se mogu javiti kod

oba poremećaja. Glavna je razlika između anoreksije i bulimije u odnosu nedovoljnog jedenja i prejedanja te njihova utjecaju na tjelesnu težinu. Naime, kod bulimije se nedovoljno jedenje i prejedanje obično javljaju u podjednakoj mjeri pa težina ostaje ista, dok kod anoreksije prevladava smanjen unos hrane što doprinosi ekstremno niskoj težini (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003).

1.4. Perfekcionizam

Definicije su perfekcionizma brojne i ponešto različite ovisno o autoru. One mogu proizlaziti iz isto tako brojnih teorija (npr. motivacijska teorija perfekcionizma, 2x2 model perfekcionizma). Prema teoriji ličnosti, perfekcionizam je potrebno konceptualizirati kao multidimenzionalnu dispoziciju ili crtu ličnosti te ispitati njegove povezanosti s drugim dispozicijama (Stoeber, 2018).

Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990) pregledom dotadašnje literature izdvojili su neka ključna i često spominjana obilježja perfekcionizma. Među takvima, najviše se isticalo postavljanje izrazito visokih osobnih standarda izvedbe. U skladu s istraživanjima teorije perfekcionizma kao crte ličnosti, osobe koje si postavljaju visoke standarde iskazuju i više razine savjesnosti, odnosno te su osobe češće organizirane, efikasne, odgovorne i samodisciplinirane (Stoeber, 2018). Ipak, problem je kod takve definicije perfekcionizma što ona ne može razlikovati perfekcionista od visoko kompetentnih i uspješnih ljudi. Kako bi doskočili tom problemu, Frost i suradnici (1990) onda definiraju perfekcionizam kao postavljanje pretjerano visokih standarda izvedbe uz tendenciju pretjerano kritične evaluacije samoga sebe. Dalje navode neke od tih tendencija kritičnih evaluacija kao što su primjerice zabrinutost oko pogrešaka u izvedbi, organiziranost, visoka roditeljska očekivanja, sumnja u vlastite postupke te naknadno roditeljski kriticizam.

Frost i suradnici (1990) na temelju tih saznanja iz literature stvaraju upitnik koji u konačnici mjeri šest obilježja perfekcionizma. Prvo su obilježje ranije spomenuti osobni standardi, odnosno visoki standardi (ili očekivanja) koje si osoba postavlja i pretjerana važnost koja im se pripisuje te na temelju koje se osoba evaluira. Drugo, zabrinutost oko pogrešaka odnosi se na negativne reakcije na pogreške, tendenciju interpretiranja svake pogreške kao potpunog neuspjeha i vjerovanje osobe da će nakon neuspjeha izgubiti poštovanje drugih. Treće, roditeljska očekivanja odnose se na tendenciju vjerovanja osobe da roditelji postavljaju visoke standarde koje je potrebno ostvariti radi njihove ljubavi i prihvaćanja. Četvrto, roditeljski kriticizam odnosi se na vjerovanje da će roditelji kritizirati i neće odobravati nepostizanje

standarda. Roditeljski kritičizam i očekivanja bili su zamišljeni kao jedno obilježje, no istraživanja Frosta i suradnika (1990) pokazala su odvojene faktorske strukture. Peta je komponenta sumnja u izvedbu ili tendencija osjećanja da započeti projekt nije zadovoljavajuće dovršen. Šesta i zadnja komponenta odnosi se na organizaciju, tj. na važnost koju osoba pridaje urednosti, preciznosti i redu. Prema njima, perfekcionista je dakle osoba koja ima vrlo visoke osobne standarde, uredna je, precizna i organizirana te se izuzetno trudi izbjeći pogreške u svom radu, zbog čega može biti neodlučna kad je potrebno donijeti odluku ili nešto poduzeti. Provedena istraživanja također ukazuju na to da je većina spomenutih dimenzija perfekcionizma povezana s psihološkim *distresom*, dok je postavljanje visokih osobnih standarda povezano sa zdravim iskustvima. Dodatno, zabrinutost oko pogrešaka može se smatrati središnjom točkom koncepta perfekcionizma i kao takva je najviše povezana sa simptomima psihopatologije (Frost i sur., 1990). Primjerice, zabrinutost oko pogrešaka rizični je faktor za prejedanje (Mackinnon i ostali, 2011).

Za razliku od Frosta i suradnika (1990) koji su se fokusirali na intrapersonalne aspekte perfekcionizma, Hewitt i Flett (1991) naglašavaju druge aspekte, tj. u svoj su upitnik integrirali intrapersonalno i interpersonalno funkcioniranje. Njihov se upitnik sastoji od tri dimenzije, a to su sebi-usmjereni perfekcionizam (postavljanje visokih standarda postignuća za samog sebe), drugima-usmjereni perfekcionizam (osoba puno očekuje od drugih ljudi i strogo evaluira njihov rad) te društveno propisani perfekcionizam (osoba smatra da joj drugi nameću visoke standarde koji nisu realni). Drugim riječima, glavne su razlike među predloženim dimenzijama izvor i smjer perfekcionistačkog ponašanja. Sebi-usmjereni perfekcionizam povezan je s ranije spomenutom savjesnošću, dok drugima-usmjereni perfekcionizam može značiti nisku razinu ugodnosti te se osoba može činiti hladnom i egoističnom. Društveno propisani perfekcionizam povezuje se pak s visokim razinama neuroticizma pa osobe mogu biti anksiozne, emocionalne, promjenjivog raspoloženja i sklonije korištenju maladaptivnog suočavanja (Stoeber, 2018). Dimenzija društveno propisanog perfekcionizma općenito korelira s različitim vrstama psihopatologije, no dimenzije sebi-usmjerenog i drugima-usmjerenog perfekcionizma pokazuju specifičnije povezanosti s određenim psihološkim ishodima. Primjerice, sebi-usmjereni perfekcionizam čini se specifičnim za razvoj depresije (Enns i Cox, 2004).

Unatoč razlikama, postoje i povezanosti među dimenzijama dvaju spomenutih upitnika koje su uglavnom umjerene do visoke, ovisno o pojedinoj dimenziji. Preciznije, sebi-usmjereni perfekcionizam najviše je povezan sa zabrinutošću zbog pogrešaka i osobnim standardima. Uz to, sebi-usmjereni perfekcionizam jedina je od tri dimenzije Hewitta i Fletta (1991) koja je

povezana s organiziranošću. Dimenzija društveno propisanog perfekcionizma povezuje se pak sa svim dimenzijama upitnika Frosta i suradnika (1990), osim s već spomenutom organiziranošću. Ipak, najveće su povezanosti s dimenzijama roditeljskih očekivanja i prigovaranja, što je u skladu s interpersonalnom prirodom dimenzija. S obzirom na to da je većina korelacija između dimenzija ipak umjerene veličine, čini se da je riječ o dva barem djelomično odvojena konstrukta (Enns i Cox, 2004). Nadalje su, Frost, Heimberg, Holt, Mattia i Neubauer (1993) analizirali čestice spomenutih dviju multidimenzionalnih skala te dobili da postoje dvije dimenzije višega reda – pozitivne težnje (organizacija, osobni standardi, drugima-usmjereni perfekcionizam i sebi-usmjereni perfekcionizam) i neadaptivne evaluacijske brige (sumnja u vlastitu izvedbu, roditeljska očekivanja i kriticizam, zabrinutost zbog pogrešaka i društveno propisani perfekcionizam).

Perfekcionizam definiran na bilo koji od ova dva načina višedimenzionalni je konstrukt. No, Shafran, Cooper i Fairburn (2002) smatraju da se perfekcionizam na taj način poistovjećuje s rezultatima na spomenutim mjerama samoprocjene te da to nije prava srž perfekcionizma. Prema tome, ranije navedene dimenzije perfekcionizma samo su s njim povezani konstrukti ili varijable, ali nisu integralni i nezamjenjivi dijelovi perfekcionizma. Iz tog razloga, Shafran i suradnici (2002) definiraju jednodimenzionalni perfekcionizam koji je kasnije nazvan kliničkim perfekcionizmom. Također razlikuju takav disfunkcionalni ili klinički perfekcionizam od funkcionalne težnje za postizanjem standarda izvrsnosti. Prema Shafranu i suradnicima (2002) klinički je perfekcionizam prisutan kad osoba koje svoju vrijednost procjenjuju samo na temelju uspjeha ili neuspjeha u jednoj domeni te pod svaku cijenu, unatoč mogućim averzivnim posljedicama, žele ostvariti zadane ciljeve kako bi očuvale samopoštovanje i osjećaj vlastite vrijednosti. Ciljevi se nastoje ostvariti unatoč mogućim averzivnim posljedicama koje mogu primjerice biti emocionalne (depresija), socijalne (izolacija), tjelesne (nesanica), kognitivne (otežana koncentracija) ili ponašajne (ponavljano provjeravanje i ponavljanje zadatka). Iz definicije proizlazi da postoji shema prema kojoj se osoba vrednuje ili evaluira te da je ona disfunkcionalna na barem dva načina. Prvo, takva je shema pretjerano usmjerena na jedno područje djelovanja kao što je npr. težnja za zahtjevnim standardima i postizanje istih. Obzirom na tu pretjeranu usmjerenost, shema je ranjiva na način da neuspjeh u dostizanju standarda uzrokuje samokritičnost i negativne evaluacije „vlastitog ja“. Drugo, shema za evaluaciju „vlastitog ja“ ovisna je i o samoj domeni u kojoj se izražava perfekcionizam (npr. evaluacija „vlastitog ja“ ovisna o kontinuiranoj težnji da se dostignu osobno zahtjevni standardi u domeni gubitka kilograma).

Važna je napomena i da standardi ili ciljevi kojima pojedinac teži moraju biti zahtjevni za njega, a ne nužno objektivno zahtjevni ili pretjerani. Nadalje, ako perfekcionista uspije u svojim ciljevima, on će ih proglasiti nedovoljno teškima i drugi put od sebe zahtijevati više. U slučaju neuspjeha, perfekcionista pokazuje visoku samokritičnost. Tako opisani perfekcionizam smatra se maladaptivnim (Shafran i sur., 2002), za razliku od perfekcionizma Hewita i Fletta (1991) te Frosta i suradnika (1990) koji ne mora nužno biti maladaptivna crta ličnosti, već ima i dobrih strana. Naime, neki si perfekcionista postavljaju visoke, ali ipak realne ciljeve koje je moguće dostići. Konačno, Greblo (2012) također upozorava na to da su zaključci o perfekcionizmu moguće posljedice obilježja instrumenta kojim je perfekcionizam mjereno.

1.5. Perfekcionizam, pretjerana evaluacija oblika tijela i težine te odstupajuće navike hranjenja

Perfekcionizam je također i transdijagnostička karakteristika, odnosno pojavljuje se u više različitih poremećaja. Učestalo se spominje u literaturi kao varijabla povezana s poremećajima prehrane, odnosno kao mogući rizični faktor za razvoj poremećaja, ali i kao varijabla koja održava poremećaj prehrane. U prilog je tome tvrdnja da većina istraživanja pokazuje povećane razine maladaptivnog i adaptivnog perfekcionizma kod osoba s anoreksijom i bulimijom nervozom u odnosu na zdrave kontrolne grupe. Osim toga, osobe koje boluju od anoreksije nervoze imaju i povišene razine perfekcionizma u usporedbi s osobama koje imaju anksiozne ili depresivne poremećaje, ali i u usporedbi s osobama koje imaju dijagnosticiranu bulimiju (Bardone-Cone i sur., 2007). Fairburn, Cooper, Doll i Welch (1999) navode da je perfekcionizam učestali i karakteristični prethodnik anoreksije i bulimije nervoze.

S obzirom na nemogućnost uzročno-posljedičnog zaključivanja u korelacijskim nacrtima, Boone, Soenens, Vansteenkiste i Braet (2012) proveli su eksperiment kako bi se ispitalo dovodi li aktivacija perfekcionizma kao stanja do porasta broja simptoma poremećaja hranjenja. Njihove su ispitanice ispunile upitnike demografskih varijabli i perfekcionizma kao crte, a zatim su nakon 24 sata podijeljene u tri grupe ovisno o dobivenim uputama. Prva je grupa dobila uputu koja potiče aktivaciju dimenzije osobnih standarda, druga je uputa poticala aktivaciju i osobnih standarda i brige za evaluaciju, a treća je grupa dobila uputu koja potiče da budu opušteni i usvoje niske osobne standarde. Nakon 24 sata pridržavanja uputa, ispitanice su doživljene perfekcionistička ponašanja i stavovi te simptomi poremećaja hranjenja. Rezultati su očekivano pokazali više razine perfekcionističkih ponašanja i stavova (perfekcionizam kao stanje) u grupama koje su dobile upute koje potiču perfekcionizam nego u grupi kojoj je

naloženo da usvoji niske standarde. Rezultati grupa s aktiviranim dimenzijama perfekcionizma nisu se razlikovali, što ukazuje na mogućnost spontanog javljanja brige za evaluaciju uz visoke osobne standarde. Nadalje, oba su perfekcionistička uvjeta dovela do većih razina suzdržavanja i prejedanja u usporedbi s trećim uvjetom. Daljnjom je obradom rezultata također utvrđeno da nema interakcije između perfekcionizma kao crte i uvjeta u predikciji simptoma poremećaja hranjenja i perfekcionizma kao stanja. Navedeno implicira da je moguće inducirati povećane razine simptoma poremećaja hranjenja i perfekcionizma kao stanja bez obzira na crtu perfekcionizma.

Postoje i nalazi u prilog tome da tretman perfekcionizma dovodi do poboljšanja u drugim aspektima, uključujući poremećaje prehrane (Egan, Wade i Shafran, 2011). S druge strane, perfekcionizam koji nije tretiran može potencijalno pogoršati poremećaj na način da pojača simptome ili inhibira odgovor na tretman (Downey, Reinking, Gibson, Cloud i Chang, 2014), te je mogući negativni prediktor ishoda tretmana anoreksije nervoze (Bardone-Cone i sur., 2007). U suprotnom smjeru, istraživanja općenito sugeriraju da oporavak od anoreksije ili bulimije nervoze ne prati smanjenje perfekcionizma, odnosno da perfekcionizam ostaje povišen kod onih koji su se oporavili od poremećaja (Bardone-Cone i sur., 2007). Jedno je od mogućih objašnjenja tih rezultata i genetska komponenta perfekcionizma, tj. moguće nasljeđivanje perfekcionističkih sklonosti. Unatoč tome, istraživanja uglavnom pokazuju da su individualne razlike u perfekcionizmu ipak više posljedica iskustava i očekivanja koje osoba doživljava nego genetike i nasljeđivanja (Stoeber, 2018).

Prema Shafranu i suradnicima (2002) poremećaji prehrane kao što su anoreksija i bulimija nervoza mogu biti odraz izraženog perfekcionizma u domenama hranjenja, oblika tijela, težine i njihove kontrole. Opisi pacijenata koji boluju od poremećaja prehrane gotovo uvijek naglašavaju posjedovanje perfekcionističkih crta i mogućnost da je perfekcionizam taj koji održava poremećaj unatoč averzivnim posljedicama u vidu stalnog osjećaja gladi, veće vjerojatnosti za prejedanje, značajnoga smanjenja težine i sl. Također, osobe s poremećajima prehrane imaju specifična povećanja na ljestvicama sebi-usmjerenog perfekcionizma (Hewitt i Flett, 1991) i osobnih standarda (Frost i sur., 1990) u odnosu na kontrolne skupine bez poremećaja prehrane. Prema Esposito, Stoeber, Damian, Alessandri i Lombardo (2019) kombinacija sebi-usmjerenog i drugima-usmjerenog perfekcionizma rizičnija je za razvoj poremećaja hranjenja nego što je to ijedan od njih sam po sebi.

Nadalje, Shafran i suradnici (2002) smatraju da nalazi o perfekcionizmu kao rizičnom faktoru za razvoj poremećaja hranjenja također idu u prilog hipotezi o anoreksiji i bulimiji nervozi kao

izrazima perfekcionizma. Ipak, kod pojedinaca koji nemaju izraženi perfekcionizam u drugim domenama i čija se osobna evaluacija temelji na stvarnoj težini i obliku tijela, a ne na težnji za postizanjem određenoga standarda oblika i težine, manje je vjerojatno da poremećaj bude izraz kliničkog perfekcionizma (Shafran i sur., 2002). Zanimljivo je da sam perfekcionizam ne mora biti direktno povezan s indeksom tjelesne mase (Boone i sur., 2012; Downey i Chang, 2007; Teixeira, Pereira, Marques, Saraiva i De Macedo, 2016), iako se spominje u kontekstu evaluacije težine tijela i iako ITM može imati značajne efekte na simptome poremećaja hranjenja (Boone i sur., 2012).

Ranije spomenuti perfekcionizam usmjeren sebi, faktor je koji se povezuje s tendencijom inače ranjivih pojedinaca da procjenjuju svoju težinu, oblik tijela i izgled prema osobnim, ali nerealnim i neostvarivim standardima (Bardone-Cone i sur., 2007). Nerealno visoki standardi u podlozi su upravo maladaptivnog perfekcionizma koji ima direktni i indirektni efekt na odstupajuća ponašanja hranjenja u istraživanju Barnetta i Sharp (2016).

Prema rezultatima koje su dobili Joyce, Watson, Egan i Kane (2012) moguće je da perfekcionizam sam po sebi ne povećava toliko rizik za poremećaje iz domene hranjenja, već da također djeluje i posredovanjem drugih konstrukata kao što su pretjerana evaluacija težine i oblika tijela, ali i uvjetovano postavljanje ciljeva (osobna sreća i zadovoljstvo ovise o dostizanju zadanog cilja, tj. osoba će biti zadovoljna samo ako postigne zamišljeni cilj u domeni težine ili oblika tijela). Preciznije, sebi usmjereni perfekcionizam može djelovati na simptome poremećaja hranjenja putem pretjerane evaluacije težine i oblika tijela kao indikatora osobne vrijednosti. Navedeno upućuje na mogućnost da osobe koje u svemu teže velikim i teško dostižnim ciljevima isto čine kad su u pitanju vlastito tijelo i težina (Joyce i sur., 2012).

Downey i suradnici (2014) pak smatraju da perfekcionizam usmjeren-sebi i perfekcionizam usmjeren-drugima djeluju na simptome anoreksije i bulimije nervoze isključivo putem perfekcionistačkih kognicija, odnosno da je riječ o potpunoj medijaciji. U njihovom su istraživanju dobivene i spolne razlike na način da kod žena perfekcionistačko razmišljanje (kognicije) predviđaju obje dimenzije perfekcionizma, dok je kod muškaraca prediktor samo perfekcionizam usmjeren-sebi. U istraživanju Rivière i Douilliez (2017) spol je pak moderator odnosa između perfekcionizma i poremećaja hranjenja.

Još je jedan mogući mehanizam posredovanjem kojega je perfekcionizam uključen u odstupajuće navike hranjenja poput bulimičnih simptoma, dijetnoga ponašanja i sl. upravo ranije spominjano nezadovoljstvo tijelom (Downey i Chang, 2007).

Lampard, Tasca, Balfour i Bissada (2013) svojim su istraživanjem evaluirali transdijagnostički model poremećaja prehrane prema kojemu je sustav disfunkcionalne samoevaluacije u srži održavanja tih poremećaja. Transdijagnostički model Fairburna i suradnika (2003) pretpostavlja da se osobna vrijednost definira u skladu s mogućnosti kontrole hranjenja, težine ili oblika tijela te da pretjerana važnost koja se pridaje težini i obliku održava ponašanje suzdržavanja od hranjenja. S obzirom na to da je teško kontinuirano ustrajati u suzdržavanju, kod nekih se osoba javlja prejedanje kao odgovor na prekinutu kognitivnu kontrolu. Upravo to prejedanje onda održava srž psihopatologije tako što dodatno povećava zabrinutosti pojedinca oko vlastitih sposobnosti kontrole hranjenja, oblika tijela i težine. Zabrinutosti nadalje potiču snažnije suzdržavanje od hranjenja, što ponovno povećava rizik od prejedanja te se tako nastavlja u krug.

Osim upravo opisanog osnovnog modela, postoje četiri dodatna mehanizma koji bi kod jednog dijela osoba mogli pridonijeti održavanju poremećaja. Uz nisko samopoštovanje, netoleranciju na promjene raspoloženja i interpersonalne probleme, spominje se klinički perfekcionizam. Klinički perfekcionizam u ovom modelu znači da se „vlastito ja“ (*self*) evaluira s obzirom na postignuća u domenama hranjenja, težine i oblika tijela, što zatim doprinosi pojačanim pokušajima suzdržavanja od hranjenja i pretjeranoj evaluaciji važnosti težine i oblika tijela (Fairburn i sur., 2003). Rezultati Lampard i suradnika (2013) potvrđuju pretjeranu evaluaciju težine i oblika tijela kao dijela mehanizma održavanja svih ispitanih poremećaja prehrane, tj. kod anoreksije nervoze, bulimije nervoze i poremećaja prehrane koji nije drugačije specificiran, dok je perfekcionizam kao mehanizam održavanja poremećaja prehrane potvrđen kod anoreksije nervoze i poremećaja prehrane koji nije drugačije specificiran, ali ne i kod bulimije nervoze.

Prema Forrest, Jones, Ortiz i Smith (2018) pretjerana evaluacija oblika i težine tijela može biti oznaka ozbiljnosti poremećaja hranjenja i kao takva mora biti primarni cilj tretmana.

Lethbridge, Watson, Egan, Street i Nathan (2011) također potvrđuju ulogu perfekcionizma i pretjerane evaluacije težine i oblika tijela u psihopatologiji poremećaja hranjenja na kliničkom i kontrolnom uzorku. Hoiles, Egan i Kane (2012) ponovno podržavaju navedeni kognitivno-bihevioralni model na nekliničkom uzorku, no naglašavaju kako mehanizmi održavanja nisu dovoljni bez prisutnosti sržne patologije poremećaja hranjenja.

Na hrvatskom uzorku adolescentica pokazalo se da su nezdrava ponašanja i stavovi vezani za hranjenje (npr. česte dijete, zabrinutost oko hrane, prejedanje, „čišćenje“) povezani s višim

razinama percipiranog socijalnog pritiska, svjesnosti o postojanju ideala izgleda te s višim razinama internalizacije toga ideala. Osim toga, djevojke koje iskazuju više nezdravih navika hranjenja imaju i viši indeks tjelesne mase te su manje zadovoljne svojim izgledom i težinom (Rukavina i Pokrajac-Bulian, 2006). Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines i Story (2006) proveli su longitudinalno istraživanje te ustanovili da adolescenti koji su na početku istraživanja bili nezadovoljni svojim oblikom tijela pet godina kasnije češće koriste dijete, nezdrava ponašanja kontrole težine (npr. izrazito male porcije hrane, preskakanje obroka, korištenje nadomjestaka za hranu) i jako nezdrava ponašanja kontrole težine (npr. povraćanje, korištenje dijetnih pilula, laksativa i diuretika). Nakon kontrole indeksa tjelesne mase, niže zadovoljstvo tijelom predviđalo je više dijetnih ponašanja te više nezdravih ponašanja kontrole težine, no ne i više jako nezdravih ponašanja. Neumark-Sztainer i suradnici (2006) nisu ispitivali spolne razlike u svojem istraživanju, već su statistički kontrolirali varijablu spola. Za razliku od toga, Furnham i suradnici (2002) u svoje su istraživanje uključili spolne razlike koje su pokazale da adolescentice postižu značajno više rezultate na skali odstupajućih navika hranjenja i ponašanja nego što ih postižu adolescenti. Takav je rezultat u skladu s time da su te djevojke i manje zadovoljne svojim tijelom nego što su to mladići. Rezultati Furnhama i suradnika (2002) slažu se s rezultatima Pokrajac-Bulian i suradnika (2007) koji su također pokazali da su adolescentice češće na dijeti, češće odstupaju u navikama hranjenja te češće na štetne načine kontroliraju unos hrane nego što to čine adolescenti.

Adolescentice također pokazuju više simptoma poremećaja hranjenja (npr. briga zbog težine i oblika tijela, briga oko hranjenja, restrikcija hranjenja) nego adolescenti u istraživanjima koje su proveli Bento i suradnici (2010) te White, Haycraft, Goodwin i Meyer (2014).

1.6. Kognitivni aspekti hranjenja

S obzirom na porast učestalosti pretilosti u današnje vrijeme, smatralo se važnim istražiti dispozicije ili crte ponašanja hranjenja koje su povezane s regulacijom težine. Iako postoji više mjera, Trofaktorski upitnik hranjenja (*Three-Factor Eating Questionnaire*, TFEQ; Stunkard i Messick, 1985) ima važnu ulogu u procjeni korelata pretilosti, stilovima hranjenja, poremećenom hranjenju i sl. te se stoga često koristi. Originalna verzija upitnika mjeri kognitivne i ponašajne komponente hranjenja u pretiloj populaciji te sadrži tri aspekta hranjenja nazvana suzdržavanje, dezinhibicija i glad (Anglé i sur., 2009; Bryant, Rehman, Pepper i Walters, 2019). Suzdržavanje se odnosi na brigu oko kontrole tjelesne težine te korištenje strategija za održavanje težine i suzdržavanje od hranjenja kao što su smanjivanje porcija,

izbjegavanje hrane koja deblja i sl. Dezinhibicija je tendencija prejedanja i oportunističkog hranjenja (npr. nemogućnost odolijevanja hrani, prejedanje zbog odličnog okusa hrane...). Glad je u ovom slučaju definirana kao mjera percepcije osjećaja gladi te koliko ti osjećaji onda potiču na jedenje (Bryant i sur., 2019). Psihometrijske provjere upitnika ukazale su da postoji potreba za stabilnijom mjerom te je konstruiran revidirani i kraći upitnik (Karlsson, Persson, Sjöström i Sullivan, 2000) primjenjiv za sve populacije, a ne samo za pretilo osobe (Anglé i sur., 2009). Revidirana verzija sadrži faktor suzdržavanja sad nazvan kognitivno suzdržavanje od hranjenja, nekontrolirano hranjenje koje spaja stare faktore dezinhibicije i gladi te novi faktor emocionalno hranjenje.

Kognitivno suzdržavanje od hranjenja odnosi se dakle na tendenciju konstantnog i svjesnog suzdržavanja umjesto korištenja gladi i sitosti kao regulatora hranjenja. Osobe koje koriste ovaj stil hranjenja jedu u skladu s vanjskim signalima kao što su vrijeme za obrok, količina i vrste hrane koju „moraju“ pojesti, vjerovanja o uravnoteženoj prehrani i sl. Cilj je ovakvog ponašanja kontrola težine, no suzdržavanje se sastoji od dva izmjenjujuća stanja. Osoba je ili u stanju inhibicije kad ne gubi kontrolu i uspješno inhibira potrebu za uzimanjem hrane ili u stanju dezinhibicije koje karakterizira prejedanje i neizbježno debljanje kao ishod. Razlikuje se od dijete po tome što osoba konzumira manje hrane nego što bi željela, ali ne nužno manje nego što je potrebno za održavanje energije. Također, odnosi se na mentalnu preokupaciju djetom i hranom, a ne na stvarno dijetno ponašanje (Anglé i sur., 2009; Bryant i sur., 2019; Brytek-Matera, Rogoza i Czepczor-Bernat, 2017; Megalakaki, Mouveaux, Hubin-Gayte i Wypych, 2013; Putterman i Linden, 2006). Zambrowicz i suradnici (2019) smatraju da je kritično obilježje suzdržavanja (ili restrikcije) izbor niskokalorične hrane, a ne toliko smanjenje ukupne količine pojedene hrane u gramima. Slično tome, implikacije istraživanja Hagan, Forbush i Chen (2017) ukazuju na moguću efikasnost gubitka težine pomoću zdravog praćenja konzumiranih kalorija umjesto pretjerane preokupacije dijetama i suzdržavanja usko usmjerenog na gubitak kilograma.

Rezultati o suzdržavanju od hranjenja nisu posve jednoznačni. Naime, suzdržavanje se u jednu ruku povezuje s nižom tjelesnom težinom, boljom regulacijom težine i kvalitetnijom prehranom, a u drugu ruku sa sklonošću pretilosti, siromašnijom prehranom i prejedanjem (Bryant i sur., 2019). Nekonzistentnosti je možda moguće djelomično objasniti podjelom suzdržavanja na rigidnu i fleksibilnu kontrolu. Rigidnije suzdržavanje onda može biti povezano s višim indeksom tjelesne mase i odstupajućim navikama hranjenja, dok se fleksibilnije suzdržavanje smatra uspješnijim načinom kontrole težine (Putterman i Linden, 2006).

Nadalje, Anglé i suradnici (2009) dobili su pozitivnu povezanost kognitivnog suzdržavanja i indeksa tjelesne mase (ITM) na uzorku mladih žena, neovisno je li ITM korišten kao kontinuirana ili kategorijalna varijabla. Pozitivnu povezanost suzdržavanja i ITM-a dobili su i Quick i Byrd-Bredbenner (2012). Megalakaki i suradnici (2013) dobili su pak rezultate koji pokazuju da pretili adolescenti češće koriste suzdržavanje od adolescenata prosječne težine. Slični su i rezultati Forrester-Knauss, Perren i Alsaker (2012) koji pokazuju da su viši ITM u djetinjstvu i veći porast ITM-a od djetinjstva do predadolescencije predviđeli veći rizik za razvoj suzdržavanja od hranjenja u predadolescenciji. Suprotno navedenom, Brytek-Matera i suradnici (2017) nisu našli razlike u suzdržavanju između prosječno teških i pretilih mladih žena. Zanimljivo, u istraživanju koje su proveli De Lauzon-Guillain i suradnici (2006) kognitivno je suzdržavanje bilo povezano s ITM-om kod ispitanika prosječne tjelesne težine, ali ne i kod pretilih ispitanika. No, pretili su ispitanici s vremenom imali veći porast u suzdržavanju od hranjenja nego prosječno teški. Iz rezultata se zaključuje da suzdržavanje od hranjenja kod prosječno teških ispitanika ne uzrokuje dobitak na težini. Rezultati o spolnim razlikama u kognitivnom suzdržavanju nekonzistentni su. Forrester-Knaus i suradnici (2012) pronalaze da djevojčice u dobi od 12 godina češće koriste strategiju suzdržavanja negoli dječaci, kao i studentice u odnosu na studente (Quick i Byrd-Bredbenner, 2012). Suprotno, Megalakaki i suradnici (2013) nisu dobili značajne spolne razlike kod adolescenata.

Kognitivno suzdržavanje povezano je i sa stresom, odnosno izlučivanjem kortizola (Putterman i Linden, 2006) te s povišenim razinama odstupajućih i poremećenih ponašanja hranjenja (Bryant i sur., 2019).

Drugi faktor, nekontrolirano hranjenje povezuje se s konzumiranjem prevelike količine hrane (Brytek-Matera i sur., 2017), odnosno tendencijom prejedanja i osjećajem gubitka kontrole (Anglé i sur., 2009). Tome su u prilog rezultati Brytek-Matera i suradnika (2017) o višim razinama nekontroliranog hranjenja kod pretilih žena negoli kod prosječno teških. Suprotno tome, Anglé i suradnici (2009) nisu dobili razlike u nekontroliranom hranjenju između ispitanika prosječnog ITM-a i ostalih. Unatoč tome što nema razlika, postojala je značajna, ali ipak vrlo niska korelaciju ITM-a i nekontroliranoga hranjenja. Općenito, osobe s višom dezinhibicijom (faktor sličan nekontroliranom hranjenju) imaju povećani ITM i količine tjelesne masti, slabije zdravlje i problematične navike hranjenja te više prejedanja (Bryant i sur., 2019).

Posljednji faktor, emocionalno hranjenje odnosi se na jedenje kao način suočavanja s emocijama, najčešće negativnim. S obzirom na to da emocionalno hranjenje povećava unos

hrane, posebno masne i slatke, jasno je da bi moglo imati ulogu u razvoju i održavanju prekomjerne težine i pretilosti (Aparicio, Canals, Arija, De Henauw i Michels, 2016). U prilog tome, emocionalno je hranjenje povezano s ITM-om kao kontinuiranom varijablom te ga najmanje koriste osobe s ispodprosječnom težinom, a najviše osobe prekomjerne težine (Anglé i sur., 2009). Također, pretile žene imaju više rezultate negoli žene prosječne težine (Brytek-Matera i sur., 2017). U istraživanju Forrester-Knauss i suradnika (2012) djevojčice su imale više rezultate na emocionalnom hranjenju negoli dječaci, no ITM u dječjoj dobi nije predviđao emocionalno hranjenje 6 godina kasnije u predadolescentnoj dobi.

Emocionalno je hranjenje povezano i s perfekcionizmom, no različito ovisno o vrsti perfekcionizma. Pozitivni je perfekcionizam negativno povezan s emocionalnim hranjenjem, dok je negativni u pozitivnoj korelaciji s emocionalnim hranjenjem. U tom je odnosu perfekcionizma i emocionalnoga hranjenja prisutan i stres kao medijator. Naime, pozitivni je perfekcionizam indirektno povezan s hranjenjem posredovanjem stresa, dok je negativni perfekcionizam s emocionalnim hranjenjem povezan i indirektno i direktno (Wang i Li, 2017). Povezanosti kognitivnih obrazaca hranjenja i perfekcionizma, kao i poremećaja hranjenja, nedovoljno su istražene te postoji iznimno mali broj nalaza. Ovim se istraživanjem pokušalo dodatno ispitati odnose između perfekcionizma i različitih obilježja hranjenja.

2. PROBLEMI RADA I HIPOTEZE

2. 1. Problemi rada

1. Ispitati spolne razlike u mjerenim varijablama (perfekcionizam, kognitivni obrasci hranjenja, simptomi poremećaja hranjenja).
2. Ispitati razlike s obzirom na kategoriju uhranjenosti u mjerenim varijablama (perfekcionizam, kognitivni obrasci hranjenja, simptomi poremećaja hranjenja).
3. Ispitati doprinos spola, indeksa tjelesne mase, perfekcionizma i kognitivnih obrazaca hranjenja (kognitivno suzdržavanje od hranjenja, nekontrolirano hranjenje i emocionalno hranjenje) u objašnjenju simptomatologije poremećaja hranjenja.

2.2. Hipoteze

1. Očekuju se spolne razlike u gotovo svim ispitivanim varijablama:
 - Djevojke će imati više simptoma poremećaja hranjenja te više rezultate na kognitivnim obrascima hranjenja negoli mladići.
 - Ne očekuje se razlika u razinama perfekcionizma kod mladića i djevojaka.

2. a) Očekuju se sljedeće razlike s obzirom na indeks tjelesne mase ispitanika:
- Ispitanici višeg indeksa tjelesne mase imat će više rezultate na kognitivnim obrascima hranjenja te više simptoma poremećaja hranjenja u odnosu na ispitanike nižeg indeksa tjelesne mase.
- b) Ne očekuju se razlike u perfekcionizmu s obzirom na indeks tjelesne mase ispitanika.
3. Spol, perfekcionizam, indeks tjelesne mase i kognitivni obrasci hranjenja značajno pridonose objašnjenju simptoma poremećaja hranjenja u adolescenata.

3. METODA RADA

3.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovao 651 ispitanik iz sedam (7) srednjih škola u Primorsko-goranskoj županiji. Najviše ispitanika pohađa Medicinsku školu u Rijeci (26.1%), zatim Ekonomsku školu Mije Mirkovića (16.4%), Elektrotehničku srednju školu (14.9%), Srednju školu dr. Antuna Barca u Crikvenici (12.5%), Prvu riječku hrvatsku gimnaziju (12%), Elektroindustrijsku srednju školu u Rijeci (10.5%) te Salezijansku gimnaziju (7.5%). Točan podatak o školi nedostaje za 61 ispitanika. Svi su ispitanici učenici prvoga razreda srednje škole te je njihova prosječna dob 15 godina ($SD = 0.32$), a u rasponu od 14 do 16.5 godina. Istraživanje je provedeno tijekom redovnog sistematskog pregleda u ambulantomama školske medicine.

Od ukupnog je broja ispitanika, 328 mladića (50.5%) i 321 djevojka (49.5%) te za dva (2) ispitanika nedostaje podatak o spolu. Većina učenika (88.9%) živi s roditeljima tijekom školovanja, a manji broj u učeničkom domu (9.9%) ili kod nekog drugog poput primjerice rođaka (1.1%). Podatak o smještaju nedostaje za 27 učenika. U uzorku je 30 ispitanika koji boluju od kroničnih bolesti (4.6%), od čega 4 boluje od dijabetesa tipa 1 (0.61%). Podatak o bolesti nije poznat za 45 učenika. Prema procjeni liječnika, samo 4 ispitanika (0.61%) imaju bolest ili primaju terapiju koja može uzrokovati povišenu tjelesnu težinu. Mali dio ispitanika (5%) izjavljuje liječnici/liječniku školske medicine da provodi dijetu s ciljem gubitka težine, a 3 su ispitanika (0.5%) bila ranije uključena u psihoterapiju zbog poremećaja u hranjenju.

Indeks tjelesne mase u prosjeku iznosi 22.44 ($SD = 4.38$), što je u kategoriji prosječne tjelesne težine. Raspon je indeksa tjelesne mase od neuhranjenosti (12.38) do pretilosti (47.59), no u ovom se slučaju koriste centilne raspodjele zbog adolescentne dobi ispitanika. Deskriptivni su podaci s obzirom na spol ispitanika prikazani u Tablici 1.

Tablica 1. Sociodemografski opis uzorka po spolu (N=651)

Varijabla		Djevojke	Mladići
Broj ispitanika		321	328
Dob (M, SD)		14.97 g. (.28)	15.04 g. (.36)
Tjelesna težina (M, SD)		62.09 kg (12.68)	70.47 kg (14.74)
Tjelesna visina (M, SD)		166.43 cm (6.28)	176.76 cm (6.94)
ITM (centili; M, SD)		50.14 (30.55)	49.08 (30.24)
Pubertalni status (1-5) (M, SD)		4.81 (.39)	4.56 (.52)
Škola	Medicinska	36.8%	15.2%
	PRHG	16.1%	7.3%
	EŠMM	26.4%	6.2%
	ETŠŠ	0.3%	30.1%
	SŠ dr. Antuna Barca	13.4%	11.8%
	Salezijanska	7%	8%
	Elektroindustrijska škola RI	-	21.5%
Smještaj	kod roditelja	85.5%	92.3%
	u učeničkom domu	12.9%	7.1%
	kod nekog drugog (npr. rođaka)	1.6%	0.6%
Kronične bolesti	nema	93.6%	96.5%
	dijabetes tipa 1	1%	0.3%
	ostalo	5.4%	3.2%
Terapija koja uzrokuje povišenje težine	da	1%	0.3%
	ne	99%	99.7%
Provođenje dijete	da	3.8%	6.2%

	ne	96.2%	93.8%
Uključeni u psihoterapiju zbog PH	da	0.6%	0.3%
	ne	99.4%	99.6%

3.2. Mjerni instrumenti

3.2.1. Sociodemografski podaci

Liječnik školske medicine prikupio je podatke o dobi, spolu, visini i težini djeteta. Uz to, prikupljali su se podaci o učenikovom smještaju tijekom školovanja, školi koju pohađa, pubertalnom statusu, kroničnim bolestima i terapijama koje uzrokuju porast tjelesne težine te održava li učenik/ca trenutno dijetu i je li ranije bio uključen/a u tretman poremećaja hranjenja.

3.2.2. *Multidimenzionalna skala perfekcionizma* (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS-F; Frost, Marten, Lahart i Rosenblate, 1990)

Skala sadrži 35 čestica koje mjere perfekcionizam u šest podljestvica: osobni standardi (npr. „Postavljam sebi više ciljeve nego što čini većina drugih ljudi.“), zabrinutost zbog pogrešaka (npr. „Trebao bih biti uzrujan/a ako napravim pogrešku.“), roditeljska očekivanja (npr. „U mojoj obitelji samo je savršena izvedba dovoljno dobra.“), roditeljska prigovaranja (npr. „Kao dijete, kažnjavali su me ako ne bih savršeno učinio/la stvari.“), dvojba u vlastitu izvedbu (npr. „Trebam mi puno vremena da napravim nešto kako treba.“) i organiziranost (npr. „Urednost mi je vrlo važna.“).

Odgovora se na skali Likertova tipa od 1 (*uopće se ne slažem*) do 5 (*u potpunosti se slažem*). Rezultat na određenoj skali dobije se zbrajanjem pripadajućih čestica, a ukupni je rezultat zbroj rezultata na svim podljestvicama. Veći rezultat znači višu razinu perfekcionizma.

Koeficijenti unutarnje konzistencije skala na originalnom uzorku iznose od .77 do .93 (Frost i sur., 1990), a na hrvatskom uzorku od .61 do .86 (Zubčić i Vulić-Prtorić, 2008). Skala je skraćena za potrebe ovog istraživanja na način da su korištene određene čestice iz četiri od originalnih šest podljestvica: osobni standardi, zabrinutost zbog pogrešaka te roditeljska očekivanja i prigovaranja. Skala je upotrijebljena u jednodimenzionalnom obliku, što i autori (Frost i sur., 1990) koriste kao mogućnost. Dobivena je visoka pouzdanost (.82) skale u takvom

jednodimenzionalnom obliku te zadovoljavajuća faktorska zasićenja. Deskriptivni podaci Multidimenzionalne skale perfekcionizma dobiveni na ovom uzorku prikazani su u Tablici 2.

Tablica 2. *Deskriptivni podaci Multidimenzionalne skale perfekcionizma*

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Raspon rezultata	Broj čestica	Cronbach α
perfekcionizam	1.94	0.65	1-4.75	12	.82

3.2.3. *Trofaktorski upitnik hranjenja R-18* (The three-factor eating questionnaire, TFEQ R-18; Karlsson, Persson, Sjöestroem i Sullivan, 2000)

U originalnoj verziji Trofaktorski upitnik hranjenja sadrži 51 česticu podijeljenu u 3 podljestvice nazvane suzdržavanje, dezinhibicija i glad te se koristi u radu s pretilom populacijom (Stunkard i Messick, 1985). Ipak, psihometrijske analize upitnika ukazale su na potrebu za stabilnijom mjerom te je razvijena kraća verzija primjenjiva za sve populacije (Karlsson i sur., 2000). U ovom je istraživanju korištena spomenuta revidirana verzija koja inače sadrži 18 čestica i mjeri tri različita obrasca hranjenja s tri odgovarajuće podljestvice nazvane kognitivno suzdržavanje od hranjenja, nekontrolirano hranjenje i emocionalno hranjenje.

Kognitivno suzdržavanje odnosi se na konstantno i svjesno suzdržavanje od hranjenja umjesto korištenja gladi i sitosti kao regulatora hranjenja, a cilj je takvog ponašanja kontrola težine. Podljestvica sadrži 6 čestica, a primjer je „*Namjerno uzimam manje porcije hrane kako bih kontrolirao svoju težinu.*“ Podljestvica nekontrolirano hranjenje mjeri tendenciju prejedanja uz osjećaj gubitka kontrole. Sastoji se od 9 čestica poput npr. „*Uvijek sam dovoljno gladan da mogu jesti u bilo kojem trenutku.*“. Emocionalno hranjenje odnosi se na tendenciju hranjenja kao odgovor na negativne emocije. Podljestvica sadrži 3 čestice, a primjer je jedne od njih: „*Kada se osjećam usamljeno, tješim se hranom.*“.

Zbog specifičnosti uzorka (adolescentna dob) u ovom je istraživanju korišteno 17 čestica. Čestica iz skupine kognitivnog suzdržavanja od hranjenja koja se odnosi na učestalost kupovanja primamljive hrane nije korištena zbog vjerovanja da većinu kupovanja namirnica obavljaju roditelji, a ne sami ispitanici. Sukladno tome, podljestvica kognitivnog suzdržavanja u ovoj verziji sadrži 5 čestica.

Većina se čestica procjenjuje na Likertovoj skali od 1 (*u potpunosti netočno*) do 4 (*u potpunosti točno*), no neke čestice imaju alternativne forme odgovora. Npr. čestica „*Koliko često osjećaš glad?*“ procjenjuje se na 4 stupnja od „*samo tijekom obroka*“ do „*skoro uvijek*“. Jedna se čestica („*Kako bi se ocijenio na ljestvici od 1 do 8, gdje 1 znači da se NE ograničavaš u jedenju (jedeš što god želiš i kada god želiš), a 8 označava POTPUNO ograničavanje (stalno ograničavaš unos hrane i nikada ne odustaješ od zacrtanoga plana)?*“) procjenjuje na skali od 1 do 8, no ista je rekodirana u skladu s validacijom verzije Trofaktorskog upitnika hranjenja na hrvatskome uzorku (Nikolić, Tokić i Moretić, 2020) na način da su vrijednosti 1 i 2 jednake 1, 3 i 4 jednake 2, 5 i 6 jednake 3 te 7 i 8 jednake 4, što je svodi na skalu od 4 stupnja. Viši rezultati na podljestvicama upućuju na češće korištenje tog obrasca hranjenja.

Ovaj je upitnik ranije rijetko korišten u Hrvatskoj, no njegova je prikladnost ipak potvrđena i u nekim drugim istraživanjima na hrvatskim uzorcima (npr. Barbarić, 2019; Hajsok, 2017).

Pouzdanosti podljestvica tipa unutarnje konzistencije pokazale su se vrlo visokima u originalnom istraživanju revidirane verzije gdje su iznosile od .76 do .85 (Karlsson i sur., 2000), ali i u novijim istraživanjima npr. od .78 do .86 u istraživanju Brytek-Matera i suradnika (2017). Pouzdanosti su također visoke u ranijim istraživanjima provedenim na hrvatskim uzorcima studenata (Barbarić, 2019) i pretilih osoba (Hajsok, 2017). U ovom su istraživanju pouzdanosti ponovno visoke i kreću se u rasponu od .81 do .83. Deskriptivni podaci Trofaktorskog upitnika hranjenja na ispitanom uzorku prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. *Deskriptivni podaci Trofaktorskog upitnika hranjenja R-18*

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Raspon rezultata	Broj čestica	Cronbach α
Nekontrolirano hranjenje	1.69	0.55	1-3.78	9	.83
Kognitivno suzdržavanje	1.63	0.64	1-3.80	5	.81
Emocionalno hranjenje	1.40	0.64	1-4	3	.81

3.2.4. *Upitnik za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane* (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 2008)

Ovaj upitnik ispituje ponašanja i simptomatologiju vezanu za poremećaje hranjenja u posljednjih 28 dana. Sadrži 28 čestica i dodatna pitanja o visini, težini te, posebno za žene, pitanja o izostanku menstruacije i korištenju kontraceptivnih pilula. Od spomenutih 28 čestica, 22 su podijeljene u podljestvice te se pomoću njih računa ukupni rezultat, a preostalih 6 ispituje učestalost ponašanja poput namjernog povraćanja, uzimanja laksativa, prekomjernog vježbanja i sl.

Spomenute četiri podljestvice jesu – suzdržavanje, zabrinutost za hranjenje, zabrinutost za težinu te zabrinutost za oblik tijela. Suzdržavanje sadrži 5 čestica, a primjer je: „*Koliko si često u posljednjih 28 dana pokušao slijediti određena pravila prehrane (npr. ograničiti kalorije) kako bi utjecao na oblik ili težinu tijela (bez obzira jesi li uspio ili ne)?*“. Zabrinutost za hranjenje sadrži 5 čestica, a primjer je: „*Koliko si često u posljednjih 28 dana imao izražen strah od gubitka kontrole nad jedenjem?*“. Zabrinutost za težinu također se sastoji od 5 čestica, a primjer je: „*Koliko si često u posljednjih 28 dana jako želio smršaviti ili izgubiti na težini?*“. Zabrinutost za oblik tijela sadrži 8 čestica, a primjer je: „*U proteklih 28 dana, koliko si se nelagodno osjećao gledajući svoje tijelo (npr. promatrajući tijelo u zrcalu, u izlogu trgovine, kada si bez odjeće ili pri tuširanju ili kupanju)?*“. Podljestvice zabrinutost za oblik tijela i zabrinutost za težinu u računanju rezultata koriste istu česticu pa je ukupni broj za izračunavanje rezultata 22 čestice, a ne 23 čestice.

Pri ispitivanju metrijskih karakteristika upitnika na hrvatskom uzorku (Prnjak i Jukić, 2020), uočeno je da predviđeni model više odgovara dobivenim podacima ako se ukloni čestica 10 iz podljestvice zabrinutosti za oblik tijela („*U proteklih 28 dana koliko si često ... imao izražen strah da bi mogao dobiti na težini?*“) pa je ista uklonjena u daljnjim analizama.

Postoje dva tipa odgovora na čestice. Neke čestice traže odgovor u obliku broja epizoda ili broja dana u kojima je bilo prisutno ponašanje (ranije spomenutih 6 čestica koje nisu uključene u podljestvice), a druge procjenjuju ozbiljnost psihopatologije poremećaja hranjenja koristeći skalu Likertova tipa od 0 (*uopće ne*) do 6 (*značajno*). Rezultat pojedine podljestvice dobije se zbrajanjem odgovora na odgovarajuće čestice te dijeljenjem tog zbroja ukupnim brojem čestica podljestvice. Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem rezultata svih podljestvica i dijeljenjem

dobivene vrijednosti brojem podljestvica (četiri). Viši rezultat ukazuje na veću prisutnost simptomatologije poremećaja hranjenja.

Pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije za podljestvice iznose od .81 do .95 (Aardoom, Dingemans, Slof Op't Landt i Van Furth, 2012), dok su u ovom istraživanju u rasponu od .75 do .94, što je zadovoljavajuće. Deskriptivni podaci ispitanog uzorka nalaze se u Tablici 4.

Tablica 4. *Deskriptivni podaci Upitnika za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane (EDE-Q)*

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Raspon rezultata	Broj čestica	Cronbach α
Suzdržavanje	0.82	1.19	0-6	5	.84
Zabrinutost za hranjenje	0.45	0.79	0-4.60	5	.75
Zabrinutost za oblik tijela	1.28	1.40	0-6	7	.90
Zabrinutost za težinu	1.05	1.29	0-6	5	.84
Ukupni rezultat	0.89	1.00	0-5.50	21	.94

3.2.5. Indeks tjelesne mase (ITM)

Za određivanje stupnja uhranjenosti ispitanika korišten je indeks tjelesne mase (ITM), odnosno BMI (engl. *body mass index*). Indeks tjelesne mase računa se pomoću dobivenih podataka o visini i težini. Njega čini omjer težine tijela izražene u kilogramima i kvadrata visine izražene u metrima ($\frac{\text{težina (kg)}}{\text{visina (m)}^2}$). Indeks tjelesne mase omogućuje podjelu ispitanika u kategorije s obzirom na njihovu uhranjenost. U ovom su se istraživanju koristile tablice centila izrađene na hrvatskom uzorku (Jureša, Musil, Kujundžić Tiljak i Majer, 2018) zbog adolescentnog uzorka (što centile čini primjerenijim načinom mjerenja). Zastupljenost ispitanika po centilima prema spolu prikazana je u Prilogu 1. Centili su dalje na temelju istih autora podijeljeni u sljedeće kategorije uhranjenosti: pothranjenost (ITM ispod 5. centila), normalna težina (od 5. do 84. centila), prekomjerna težina (od 85. do 94. centila) i pretilost (95. centil i više). Raspodjela ispitanika prema kategorijama uhranjenosti s obzirom na spol prikazana je u Tablici 5. S obzirom na to da je broj ispitanika u kategoriji pothranjenih vrlo malen u odnosu na ostale, ista se kategorija ne koristi dalje u analizama razlika među ispitanicima s obzirom na uhranjenost.

Tablica 5. *Raspodjela uhranjenosti ispitanika prema spolu*

Uhranjenost	Djevojke (N=321)	Mladići (N=328)	Ukupno
Pothranjenost	9 (2.9%)	7 (2.2%)	16 (2.6%)
Normalna težina	228 (73.5%)	240 (75.7%)	468 (74.6%)
Prekomjerna težina	35 (11.3%)	40 (12.6%)	75 (12%)
Pretilost	38 (12.3%)	30 (9.5%)	68 (10.8%)

3.3. Postupak istraživanja

Podaci su prikupljeni u ambulantama školske medicine tijekom redovnih sistematskih pregleda učenika prvih razreda srednje škole. Učenici su ispunjavali upitnike u grupama metodom papir-olovka. Dio grupa ispunio je upitnik prije samog pregleda, a dio nakon pregleda.

Liječnici školske medicine ispunjavali su list s ranije spomenutim demografskim podacima dobivenim tijekom pregleda (visina, težina, pubertalni status itd.). List s demografskim podacima i sam upitnik kasnije su spojeni na temelju odgovarajućih brojeva (svaki list i upitnik imali su upisani redni broj na predviđenom mjestu u gornjem desnom kutu papira) kako bi se osigurala anonimnost. Prije početka istraživanja tražila se suglasnost učenika za sudjelovanje, a prethodno su obaviješteni i roditelji.

Prilikom ispunjavanja upitnika u ambulantama na Zametu, Sušaku te u centru grada Rijeke bio je prisutan po jedan prethodno educirani student ili studentica završne godine diplomskog studija psihologije čiji je zadatak bio praćenje i pomaganje u provedbi istraživanja. U ostalim ambulantama učenici su se za pomoć mogli obratiti medicinskim sestrama. Prikupljanje podataka odvijalo se tijekom veljače i ožujka 2020. godine.

Samo istraživanje dio je većeg projekta koji se provodio u sklopu redovnih sistematskih pregleda te je samim time prikupljen veći broj podataka nego što je ovdje korišten. Provedba projekta bila je planirana diljem Primorsko-goranske županije, što bi rezultiralo većim brojem ispitanika, no ista je odgođena nakon pojave koronavirusa sredinom ožujka.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivna analiza

Prije same obrade podataka provjerena su njihova deskriptivna svojstva. Tablica 6. prikazuje aritmetičke sredine, standardne devijacije, raspone rezultata te kurtozu i simetričnost mjerenih varijabli. Svi su rezultati analizirani pomoću statističkog programa IBM SPSS verzija 23.

Tablica 6. *Aritmetičke sredine, standardne devijacije, kurtoza, simetričnost i raspon rezultata relevantnih varijabli*

	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Raspon	Simetričnost	Kurtoza
Dob	15	0.322	14-16.5	-0.07	5.59
Indeks tjelesne mase	22.49	4.38	12.38-47.59	1.5	3.40
Perfekcionizam	1.94	0.65	1-4.75	0.87	0.73
Emocionalno hranjenje	1.40	0.64	1-4	2.09	4.50
Nekontrolirano hranjenje	1.69	0.55	1-3.78	1.05	0.81
Kognitivno suzdržavanje	1.63	0.64	1-3.80	1.07	0.64
Suzdržavanje	0.82	1.19	0-6	2.02	4.33
Zabrinutost za hranjenje	0.45	0.79	0-4.6	2.79	8.53
Zabrinutost za oblik tijela	1.28	1.40	0-6	1.38	1.28
Zabrinutost za težinu	1.05	1.29	0-6	1.58	1.97
EDEQ - ukupni	0.89	1.01	0-5.50	1.76	3.32

Dobiveni rezultati pokazuju povišene vrijednosti kurtoze i simetričnosti na pojedinim varijablama (zabrinutost za hranjenje, suzdržavanje), no riječ je o ponašanjima od kojih se ne očekuje normalna distribucija u ne-kliničkom uzorku kao što je ovaj. Drugim riječima, prevlast nižih rezultata na varijablama koje ispituju simptome poremećaja hranjenja je očekivana jer je korišten klinički upitnik na uzorku iz opće populacije. U skladu s time, otprilike 50% ispitanika ima ukupni rezultat manji od 0.56, odnosno 80% ispitanika ima rezultat manji od 1.51.

U Tablici 7. prikazani su podaci o preostalim 6 čestica iz Upitnika za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane, koje se ne koriste u izračunu ukupnog rezultata i daljnjim analizama.

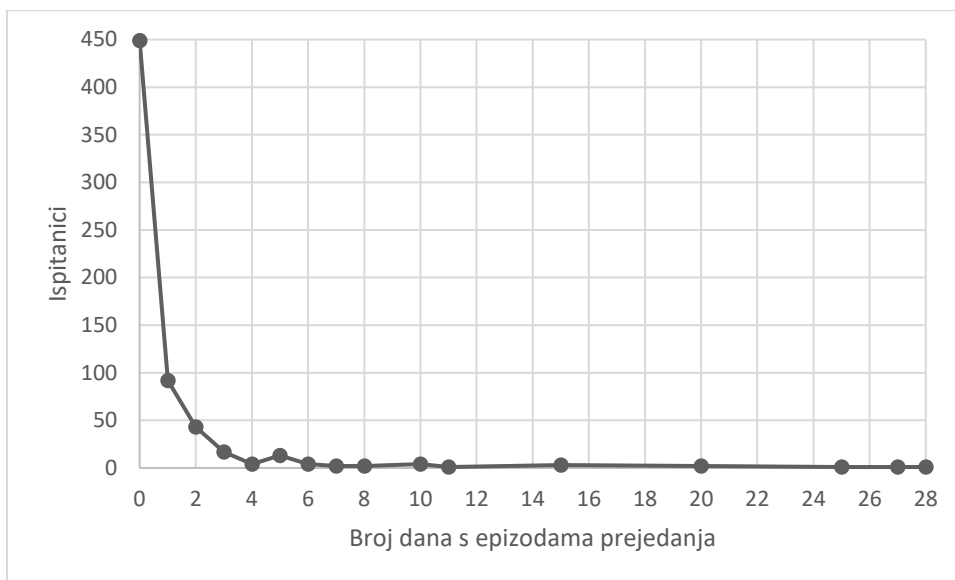
Tablica 7. Učestalost ponašanja povezanih s poremećajima hranjenja iz Upitnika za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane

Ponašanje	Mjere	Djevojke	Mladići	Ukupno
Pojeo/la veliku količinu hrane	M (SD) Raspon	2.58 (5.12) 0-30	2.32 (4.56) 0-28	2.44 (4.84) 0-30
Gubitak kontrole nad jedenjem	M (SD) Raspon	0.94 (3.16) 0-28	0.40 (1.31) 0-15	0.67 (2.43) 0-28
Epizode prejedanja (dani)	M (SD) Raspon	1.10 (2.96) 0-28	0.72 (2.50) 0-27	0.91 (2.74) 0-28
Izazivanje povraćanja	M (SD) Raspon	0.25 (1.79) 0-21	0.08 (.47) 0-5	0.17 (1.30) 0-21
Uzimanje laksativa	M (SD) Raspon	0.29 (3.39) 0-56	0.08 (.45) 0-5	0.19 (2.41) 0-56
Kompulzivno vježbanje	M (SD) Raspon	1.45 (4.32) 0-30	1.95 (6.27) 0-66	1.70 (5.39) 0-66

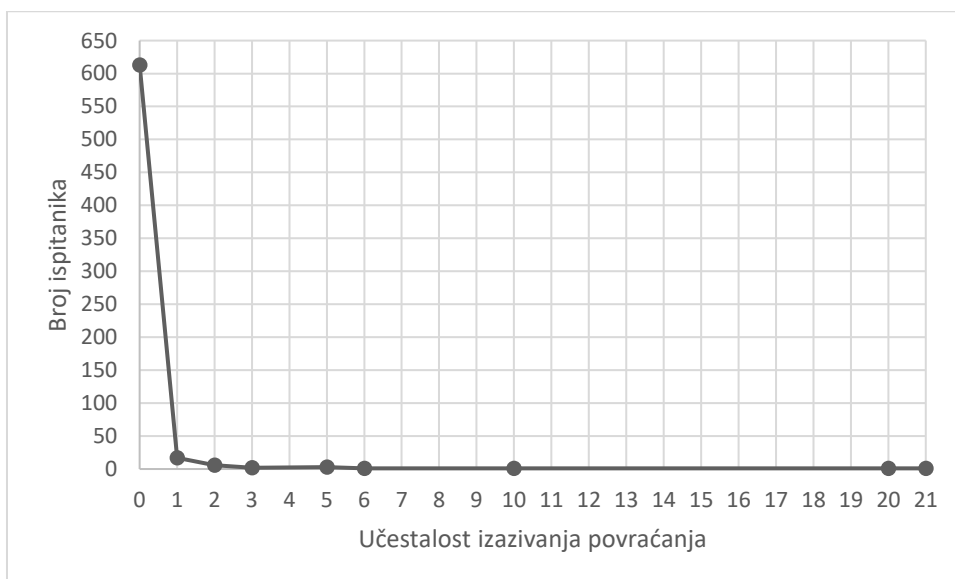
Sami rasponi učestalosti ponašanja nisu dobar prikaz stvarnoga stanja. Primjerice, gotovo je 50% ispitanika odgovorilo da nijednom u posljednjih 28 dana nisu pojeli neobično veliku količinu hrane, a čak 90% ispitanika odgovorilo je da se to dogodilo 6 puta ili manje. Shodno tome, gubitak kontrole nije iskusilo 76.5% ispitanika. Dakle, čak i dio onih koji smatraju da su pojeli veliku količinu hrane nije doživio gubitak kontrole u tim situacijama. Pomalo u neskladu s time, 70.3% ispitanika izjavljuje da nisu imali epizodu prejedanja. S obzirom na to da epizoda prejedanja uključuje oba ranije spomenuta ponašanja (pojesti veliku količinu hrane i pritom imati osjećaj gubitka kontrole), neobično je da 76.5% ispitanika nije doživjelo gubitak kontrole prilikom jedenja velike količine hrane (što bi bila epizoda prejedanja), a samo 70.3% navodi da nisu imali epizode prejedanja. Navedena diskrepanca upućuje na to da su ispitanici imali problema u razumijevanju ovih pitanja. Nadalje, raspon učestalosti izazivanja povraćanja kreće se od 0 do 21, no bitno je napomenuti da 95% ispitanika nije izazivalo povraćanje u proteklih 28 dana. Slično tome, 96.3% ispitanika nije uzimalo laksative i 74.8% njih nije vježbalo na kompulzivan način. Krajnji raspon izrazito je neobičan u ovom uzorku i odudara od ostalih rezultata, što ponovno može ukazivati na nerazumijevanje.

Radi lakšeg razumijevanja, frekvencije dana u kojima je došlo do epizode prejedanja te učestalosti izazivanja povraćanja, uzimanja laksativa i kompulzivnog vježbanja u posljednjih 28 dana prikazane su na Slikama 1., 2., 3. i 4. Iz slikovnih se prikaza uočava da velika većina ispitanika uopće ne iskazuje navedena ponašanja, mali broj se u ista upušta vrlo rijetko, a nekolicina ispitanika gotovo svakodnevno ili više puta tjedno doživljava epizode prejedanja, izaziva povraćanje, koristi laksative ili kompulzivno vježba.

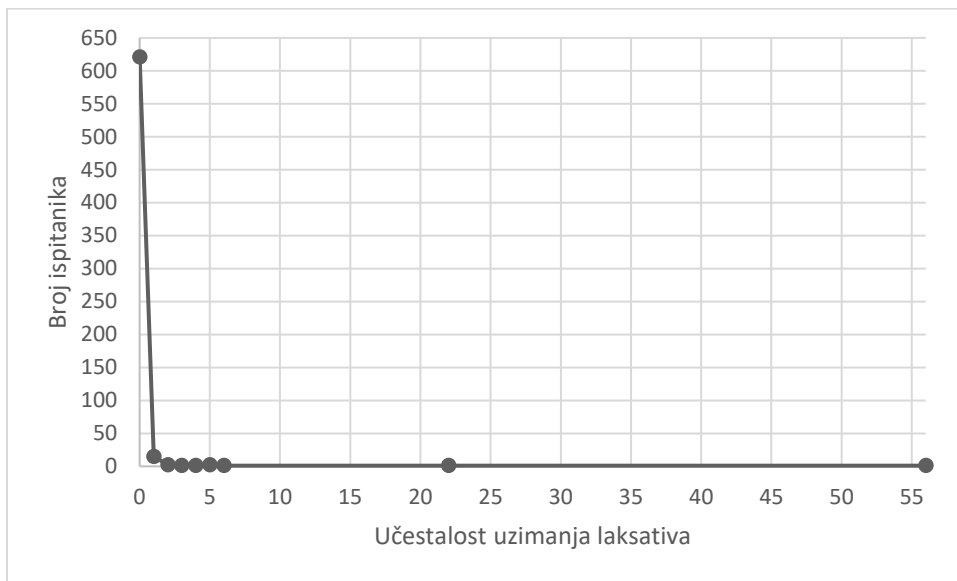
Slika 1. Slikovni prikaz frekvencije broja dana u kojima je došlo do epizode prejedanja (N=651)



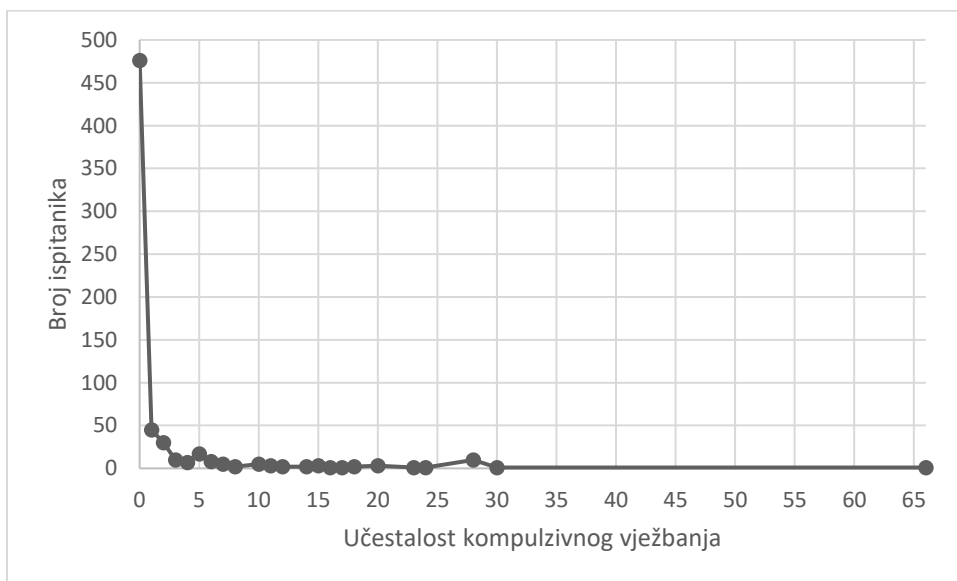
Slika 2. Slikovni prikaz učestalosti izazivanja povraćanja (N=651)



Slika 3. Slikovni prikaz učestalosti uzimanja laksativa (N=651)



Slika 4. Slikovni prikaz učestalosti kompulzivnog vježbanja (N=651)



U sljedećem su koraku ispitane povezanosti između mjerenih varijabli na način da su izračunati Pearsonovi koeficijenti korelacije. Povezanosti su prikazane u Tablici 8.

Tablica 8. Pearsonovi koeficijenti korelacije izmjerenih varijabli (N=651)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Dob	-									
2. ITM	-.03	-								
3. Perfekcionizam	.10*	.03	-							
4. Emocionalno hranjenje	-.02	.05	.22**	-						
5. Nekontrolirano hranjenje	-.06	-.09*	.21**	.51**	-					
6. Kognitivno suzdržavanje	-.02	.33**	.23**	.15**	.12**	-				
7. Suzdržavanje	.02	.31**	.30**	.17**	.06	.70**	-			
8. Zabrinutost za hranjenje	-.07	.18**	.36**	.43**	.35**	.45**	.54**	-		
9. Zabrinutost za oblik tijela	-.03	.36**	.29**	.39**	.25**	.54**	.57**	.66**	-	
10. Zabrinutost za težinu	-.05	.37**	.27**	.36**	.22**	.56**	.58**	.67**	.90**	-
11. EDEQ - ukupni	-.04	.39**	.33**	.37**	.23**	.65**	.78**	.79**	.93**	.93**

* p<.05

** p<.01

Iz Tablice 8. uočljivo je da je ITM značajno pozitivno, iako nisko, povezan s kognitivnim suzdržavanjem od hranjenja, gotovo zanemarivo nisko negativno povezan s nekontroliranim hranjenjem te da nije povezan s emocionalnim hranjenjem.

U Tablici 8. također se uočava značajna pozitivna povezanost perfekcionizma i sva tri kognitivna obrasca hranjenja, pri čemu su sve korelacije niske te u rasponu od .21 do .23. Osim toga, perfekcionizam je i značajno pozitivno povezan sa sve četiri podljestvice i ukupnim rezultatom na EDE-Q, pri čemu su te korelacije nešto više u odnosu na obrasce hranjenja i iznose od .27 do .36.

Konačno, kognitivni obrasci hranjenja značajno su pozitivno povezani sa simptomima poremećaja hranjenja, s iznimkom varijabli nekontroliranog hranjenja (TFEQ) i suzdržavanja (EDE-Q) među kojima nema značajne povezanosti. Najmanja je povezanost emocionalnog hranjenja i suzdržavanja (.17**), a najveća između suzdržavanja i kognitivnog suzdržavanja (.70**). Visoka povezanost upućuje na to da osobe koje se kognitivno suzdržavaju od hranjenja uglavnom isto uspijevaju postići i svojim ponašanjem.

Što se tiče međusobnih korelacija unutar ljestvica, podljestvice simptomatologije poremećaja hranjenja su sve međusobno značajno pozitivno povezane, a ističe se vrlo visoka povezanost podljestvica zabrinutosti zbog težine i oblika tijela. Sve su podljestvice i visoko do vrlo visoko povezane s ukupnim rezultatom.

Unutar Trofaktorskog upitnika hranjenja, kognitivno suzdržavanje je vrlo nisko pozitivno povezano s emocionalnim i nekontroliranim hranjenjem, dok su nekontrolirano i emocionalno hranjenje u međusobnoj umjerenj pozitivnoj korelaciji.

4.2. Spolne razlike

S obzirom na probleme istraživanja i prisutnost spolnih razlika u ovom području, ispitane su i korelacije s obzirom na spol učenika te su prikazane u Tablici 9.

Tablica 9. Pearsonovi koeficijenti korelacije ovisno o spolu (N = 651)

		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Dob	M	-									
	Ž	-									
2. ITM	M	-.04	-								
	Ž	-.02	-								
3. Perfekcionizam	M	.13*	-.01	-							
	Ž	.05	.06	-							
4. Emocionalno hranjenje	M	.09	.14*	.24**	-						
	Ž	-.05	.02	.28**	-						
5. Nekontrolirano hranjenje	M	.02	-.03	.28**	.36**	-					
	Ž	-.12*	-.13*	.20**	.57**	-					
6. Kognitivno suzdržavanje	M	-.02	.40**	.14*	.21**	.09	-				
	Ž	.00	.28**	.31**	.11	.13*	-				
7. Suzdržavanje	M	.01	.39**	.26**	.16**	.01	.65**	-			
	Ž	.05	.26**	.35**	.14*	.08	.74**	-			
8. Zabrinutost za hranjenje	M	.05	.27**	.36**	.40**	.28**	.36**	.46**	-		
	Ž	-.14*	.13*	.42**	.41**	.37**	.50**	.59**	-		
9. Zabrinutost za oblik tijela	M	-.01	.43**	.25**	.29**	.17**	.49**	.54**	.61**	-	
	Ž	.01	.35**	.41**	.35**	.26**	.59**	.60**	.66**	-	

10. Zabrinutost za težinu	M	-.00	.44**	.24**	.28**	.14*	.54**	.57**	.58**	.88**	-
	Ž	-.04	.36**	.37**	.31**	.22**	.59**	.60**	.68**	.90**	-
11. EDEQ - ukupni	M	.01	.48**	.30**	.32**	.16**	.62**	.79**	.74**	.91**	.92**
	Ž	-.03	.36*	.43**	.32**	.23**	.69**	.79**	.81**	.93**	.93**

* p<.05

** p<.01

Dobiveni su obrasci korelacija ponešto drugačiji ovisno o spolu. Naprimjer, kod djevojaka povezanost ITM-a i kognitivnog suzdržavanja od hranjenja iznosi .28**, dok je kod mladića ona iznosila .40**. Nadalje, kod mladića nema povezanosti ITM-a i nekontroliranog hranjenja, dok je ona kod djevojaka značajna, negativna i niska (-.13*). Konačno, emocionalno hranjenje kod djevojaka uopće nije povezano s ITM-om, dok je kod mladića ta povezanost značajna, pozitivna i niska (.14*).

Perfekcionizam ima iste obrasce korelacija s navedenim varijablama za oba spola, no te se korelacije naizgled malo razlikuju u veličinama ovisno o spolu. Primjerice, kod djevojaka povezanost s kognitivnim suzdržavanjem iznosi .31**, dok je ona kod mladića iznosila .14*. S druge strane, kod mladića povezanost nekontroliranog hranjenja i perfekcionizma iznosi .28**, a kod djevojaka .20**. Ispitivanjem korelacija perfekcionizma i podljestvica EDE-Q uočava se isti obrazac za oba spola. Sve su EDE-Q podljestvice pozitivno povezane s perfekcionizmom i kod mladića i kod djevojaka. Povezanosti za djevojke kreću se u rasponu od .35 do .42, dok su one kod mladića u rasponu od .24 do .36.

Obrazac korelacija kognitivnih obrazaca hranjenja i simptoma poremećaja hranjenja također je jednak za oba spola. Značajne su povezanosti kod mladića u rasponu od .14 do .65, a kod djevojaka je taj raspon od .14 do .74.

Spolne su razlike u mjerenim varijablama ispitane provođenjem t-testa. Rezultati pokazuju da spolne razlike postoje u svim ispitanim varijablama. Djevojke postižu značajno više rezultate u svim ostalim varijablama, osim perfekcionizma koji je viši kod mladića. Rezultati su prikazani u Tablici 10.

Tablica 10. *Spolne razlike u perfekcionizmu, kognitivnim obrascima hranjenja i simptomima poremećaja hranjenja*

Varijable	Djevojke		Mladići		t
	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	
Perfekcionizam	1.87	0.68	2.01	0.62	2.61**
Emocionalno hranjenje	1.58	0.75	1.23	0.44	7.02**
Nekontrolirano hranjenje	1.77	0.60	1.62	0.50	3.20**
Kognitivno suzdržavanje	1.69	0.68	1.58	0.59	2.14*
Suzdržavanje	0.95	1.32	0.70	1.01	2.66**
Zabrinutost za hranjenje	0.60	0.94	0.31	0.58	4.75**
Zabrinutost za oblik tijela	1.72	1.58	0.85	1.05	8.01**
Zabrinutost za težinu	1.41	1.49	0.70	0.94	7.32**
EDE-Q ukupni rezultat	1.15	1.15	0.64	0.76	6.57**

* $p < .05$

** $p < .01$

4.3. Razlike s obzirom na kategoriju uhranjenosti

Kako bi se ispitalo postoje li razlike u mjerenim varijablama ovisno o uhranjenosti ispitanika, provedena je analiza varijance. Prije same analize, podaci o uhranjenosti ispitanika izraženi su u centilima, a centili su zatim, radi lakše usporedbe, podijeljeni u uvriježene kategorije: pothranjenost, normalna težina, prekomjerna težina i pretilost. Kategorija pothranjenih imala je izrazito malen broj ispitanika te nije korištena u sljedećoj analizi. Prosječne vrijednosti svake od tri preostale grupe na ispitivanim varijablama prikazane su u Tablici 11.

Tablica 11. Deskriptivni podaci ispitanika na mjerenim varijablama s obzirom na uhranjenost

Varijabla	Uhranjenost	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	F-omjer (df, značajnost)
Perfekcionizam	normalna t.	1.95	0.64	$F_{(2, 605)} = .13$
	prekomjerna t.	1.91	0.68	
	pretilost	1.93	0.70	
Suzdržavanje	normalna t.	0.68	1.07	$F_{(2, 607)} = 21.01^{**}$
	prekomjerna t.	1.17	1.26	
	pretilost	1.54	1.36	
Zabrinutost za hranjenje	normalna t.	0.39	0.72	$F_{(2, 607)} = 9.72^{**}$
	prekomjerna t.	0.56	0.87	
	pretilost	0.81	0.99	
Zabrinutost za oblik tijela	normalna t.	1.05	1.24	$F_{(2, 578)} = 35.93^{**}$
	prekomjerna t.	1.78	1.44	
	pretilost	2.42	1.69	
Zabrinutost za težinu	normalna t.	0.83	1.13	$F_{(2, 608)} = 42.20^{**}$
	prekomjerna t.	1.51	1.34	
	pretilost	2.17	1.51	
Emocionalno hranjenje	normalna t.	1.39	0.61	$F_{(2, 584)} = 1.33$
	prekomjerna t.	1.42	0.59	
	pretilost	1.52	0.87	
Nekontrolirano hranjenje	normalna t.	1.71	0.56	$F_{(2, 559)} = .73$
	prekomjerna t.	1.69	0.51	
	pretilost	1.61	0.55	
	normalna t.	1.54	0.59	

Kognitivno	prekomjerna t.	1.91	0.68	$F_{(2, 580)} =$
suzdržavanje	pretilost	2.03	0.65	25.68**

* $p < .05$

** $p < .01$

Rezultati jednosmjerne analize varijance pokazuju da nema razlika s obzirom na kategoriju uhranjenosti u perfekcionizmu ($F_{(2, 605)} = .13$, $p > .05$), emocionalnom hranjenju ($F_{(2, 584)} = 1.33$, $p > .05$) i nekontroliranom hranjenju ($F_{(2, 559)} = .73$, $p > .05$).

Grupe se značajno razlikuju u suzdržavanju ($F_{(2, 607)} = 21.01$, $p < .01$). Upotrebom SNK post-hoc testa za usporedbu grupa uočavaju se značajne razlike između svih kategorija ispitanika. Ispitanici normalne težine imaju značajno niže rezultate negoli prekomjerno teški ispitanici, a oni pak imaju značajno niže rezultate negoli pretili ispitanici.

Značajne su i razlike u zabrinutosti za hranjenje ($F_{(2, 607)} = 9.72$, $p < .01$). SNK test ukazuje da pretili ispitanici imaju značajno viši rezultat u usporedbi s ostalim grupama ispitanika.

Zabrinutost za oblik tijela također se značajno razlikuje među grupama ($F_{(2, 578)} = 35.93$, $p < .01$). Štoviše, sve se grupe međusobno značajno razlikuju. Ispitanici normalne težine imaju najniži rezultat, zatim ispitanici prekomjerne težine i na koncu pretili ispitanici imaju najviše rezultate.

Grupe se međusobno razlikuju i u zabrinutosti za težinu ($F_{(2, 608)} = 42.20$, $p < .01$). Značajno najviši rezultat ponovno imaju pretili ispitanici, a nakon njih ispitanici prekomjerne težine pa prosječno teški ispitanici.

Naposljetku, grupe različitog stupnja uhranjenosti razlikuju se s obzirom na učestalost kognitivnog suzdržavanja ($F_{(2, 580)} = 25.68$, $p < .01$). Prosječno teški ispitanici imaju značajno najniži rezultat, a slijede ih pretili i prekomjerno teški ispitanici između kojih nema razlike u kognitivnom suzdržavanju.

4.4. Doprinos prediktora u objašnjenju varijance simptoma poremećaja hranjenja

Provedene su četiri hijerarhijske analize kako bi se provjerilo imaju li spol, indeks tjelesne mase, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja značajan doprinos u objašnjenju simptoma poremećaja hranjenja u populaciji adolescenata.

4.4.1. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori suzdržavanja

Prediktori su uvršteni u koracima na način da je u prvom koraku provjeren doprinos spola, u drugom koraku dodan je ITM, u trećem koraku perfekcionizam i u posljednjem koraku uvršteni su kognitivni obrasci hranjenja. Rezultati hijerarhijske analize doprinosa prediktora objašnjenju varijance suzdržavanja prikazani su u Tablici 12.

Tablica 12. *Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori suzdržavanja na adolescentnom uzorku*

Prediktori	R (R ²)	ΔR ²	ΔF (df)	β
1. korak	.10 (.01)	.01	5.34 (1, 546)*	
Spol				-.10*
2. korak	.36 (.13)	.12	74.15 (1, 545)**	
Spol				-.10*
ITM				.35**
3. korak	.45 (.20)	.07	48.35 (1, 544)**	
Spol				-.14**
ITM				.34**
Perfekcionizam				.27**
4. korak	.72 (.53)	.33	123.78 (3, 541)**	
Spol				-.05
ITM				.11**
Perfekcionizam				.11**
Emocionalno hranjenje				.06
Nekontrolirano hranjenje				-.05
Kognitivno suzdržavanje				.63**

* p<.05

** p<.01

Ispitanim prediktorima ukupno je objašnjeno 53% varijance restrikcije kao simptoma poremećaja hranjenja. U prvom koraku spol (ženski) je objasnio svega 1% varijance, no svejedno se pokazao značajnim prediktorom.

Drugi je korak uključio i indeks tjelesne mase kao prediktor koji je objasnio dodatnih 12% varijance, što znači da spol i ITM zajedno značajno objašnjavaju 13% varijance suzdržavanja. Oba su prediktora značajna, odnosno osobe ženskog spola i višeg ITM-a iskazuju više suzdržavanja u odnosu s hranom.

U trećem je koraku dodana i varijabla perfekcionizma. Ovaj je korak objasnio ukupno 20% varijance, odnosno dodatnih 7%. Svi su prediktori značajni, to jest više razine perfekcionizma također predviđaju više suzdržavanja.

Konačno, u posljednjem četvrtom koraku uvršteni su i kognitivni obrasci hranjenja kao mogući prediktori suzdržavanja. Posljednji je korak objasnio čak dodatnih 33% varijance povrh prijašnja tri koraka, što znači da je objašnjeno 53% varijance cjelokupnim modelom. Od kognitivnih obrazaca, značajnim se prediktorom pokazalo samo kognitivno suzdržavanje koje je i u najvećoj korelaciji s kriterijem (Tablica 8.). Iako je emocionalno hranjenje povezano sa suzdržavanjem (Tablica 8.), čini se da isto ne predviđa razine suzdržavanja kod adolescenata. Nekontrolirano hranjenje nije pokazalo ni povezanost ni značajno predviđanje suzdržavanja. Naposljetku, viši ITM i više razine perfekcionizma, kao i češća razmišljanja o hrani (kognitivno suzdržavanje), predviđaju više ponašajnog suzdržavanja.

4.4.2. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za hranjenje

Prediktori su ponovno uvršteni u koracima na isti način (u prvom koraku spol, u drugom ITM, u trećem koraku perfekcionizam i obrasci hranjenja u posljednjem koraku), no u ovom je slučaju kriterij zabrinutost za hranjenje. Rezultati provedene analize prikazani su u Tablici 13.

Tablica 13. *Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za hranjenje na adolescentnom uzorku*

Prediktori	R (R²)	ΔR²	ΔF (df)	β
1. korak	.18 (.03)	.03	17.21 (1, 546)**	
Spol				-.18**
2. korak	.26 (.07)	.04	22.97 (1, 545)**	
Spol				-.18**
ITM				.20**
3. korak	.44 (.20)	.12	86.87 (1, 544)**	
Spol				-.22**
ITM				.19**
Perfekcionizam				.36**
4. korak	.62 (.39)	.19	55.01 (3, 541)**	
Spol				-.09*
ITM				.09*
Perfekcionizam				.18**
Emocionalno hranjenje				.25**
Nekontrolirano hranjenje				.16**
Kognitivno suzdržavanje				.30**

* p<.05

** p<.01

Prvi korak analize objasnio je 3% varijance te se ženski spol ponovno pokazao značajnim prediktorom, što je u skladu i s dobivenim spolnim razlikama prikazanima u Tablici 10.

U drugom se koraku ITM pokazao kao značajni prediktor koji objašnjava dodatnih 4% varijance povrh spola. Spol i ITM značajni su prediktori i zajedno objašnjavaju 7% varijance. Predviđeno je da osobe ženskog spola i višeg indeksa tjelesne mase iskazuju više zabrinutosti za hranjenje.

Uvrštavanjem perfekcionizma u trećem koraku objašnjeno je dodatnih 12% varijance povrh spola i ITM. Sva su tri prediktora značajna. Više razine perfekcionizma ponovno predviđaju više simptoma poremećaja hranjenja, u ovom slučaju više brige oko hranjenja.

U posljednjem su koraku kognitivni obrasci objasnili dodatnih 19% varijance brige o hranjenju, što znači da je ukupno model objasnio 39% varijance ovog simptoma poremećaja hranjenja. Sva su tri obrasca hranjenja značajni prediktori zabrinutosti za hranjenje. Osobe ženskog spola i višeg ITM-a, koje ujedno imaju više razine perfekcionizma i češće koriste obrasce kognitivnog suzdržavanja te emocionalnog i nekontroliranog hranjenja, više su zabrinute za hranjenje.

4.4.3. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za oblik tijela

U Tablici 14. prikazani su rezultati treće analize s već poznatim prediktorima (spol, ITM, perfekcionizam, kognitivni obrasci hranjenja) i novim kriterijem – brigom o obliku tijela. Prediktori su uvrštavani u koracima kao u ranijim analizama.

Tablica 14. *Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za oblik tijela na adolescentnom uzorku*

Prediktori	R (R ²)	ΔR ²	ΔF (df)	β
1. korak	.29 (.08)	.08	47.66 (1, 528)**	
Spol				-.29**
2. korak	.49 (.23)	.15	105.49 (1, 527)**	
Spol				-.29**
ITM				.39**
3. korak	.56 (.31)	.08	58.40 (1, 526)**	
Spol				-.33**
ITM				.38**
Perfekcionizam				.28**
4. korak	.71 (.50)	.19	65.10 (3, 523)**	
Spol				-.21**
ITM				.23**
Perfekcionizam				.12**

Emocionalno hranjenje	.20**
Nekontrolirano hranjenje	.11**
Kognitivno suzdržavanje	.39**

* p<.05

** p<.01

U prvom koraku ženski je spol ponovno značajan prediktor te objašnjava čak 8% varijance brige o obliku tijela.

Indeks tjelesne mase u drugom koraku objašnjava još 15% varijance povrh spola. ITM i spol zajedno objašnjavaju 23.6% varijance zabrinutosti oko oblika tijela. Drugim riječima, djevojke višeg indeksa tjelesne mase su više zabrinute oblikom svog tijela.

Treći korak, odnosno perfekcionizam, objašnjava dodatnih 8% varijance. Sva su tri prediktora (spol, ITM, perfekcionizam) značajna za objašnjenje varijance kriterija. Ženski spol, viši ITM i više razine perfekcionizma predviđaju više zabrinutosti oko oblika vlastitoga tijela.

Naposljetku su uvršteni kognitivni obrasci hranjenja, čime je objašnjeno dodatnih 19% varijance brige o obliku tijela povrh prijašnja tri koraka. Ukupno je ovim modelom objašnjeno 50% varijance zabrinutosti o obliku tijela. Svi su prediktori u posljednjem koraku značajni. Ženski spol, viši ITM i razine perfekcionizma te učestalije emocionalno hranjenje, nekontrolirano hranjenje i kognitivno suzdržavanje predviđaju više zabrinutosti oko oblika tijela.

4.4.4. Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za težinu

Naposljetku, prediktori su uvršteni u hijerarhijsku analizu kako bi se ispitalo predviđaju li brigu o težini kao simptom poremećaja hranjenja. U prvom je koraku uvršten i provjeren doprinos spola, zatim indeksa tjelesne mase, perfekcionizma i naposljetku kognitivnih obrazaca hranjenja. Rezultati hijerarhijske analize prikazani su u Tablici 15.

Tablica 15. *Spol, ITM, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja kao prediktori zabrinutosti za težinu na adolescentnom uzorku*

Prediktori	R (R²)	ΔR²	ΔF (df)	β
1. korak	.26 (.07)	.07	39.84 (1, 547)**	
Spol				-.26**
2. korak	.48 (.23)	.16	112.79 (1, 546)**	
Spol				-.27**
ITM				.40**
3. korak	.54 (.30)	.07	55.68 (1, 545)**	
Spol				-.30**
ITM				.39**
Perfekcionizam				.27**
4. korak	.70 (.49)	.19	67.55 (3, 542)**	
Spol				-.18**
ITM				.24**
Perfekcionizam				.10**
Emocionalno hranjenje				.18**
Nekontrolirano hranjenje				.08*
Kognitivno suzdržavanje				.41**

* p<.05

** p<.01

Spol je značajan prediktor koji u prvom koraku objašnjava 7% varijance brige o težini. Model predviđa da djevojke više brinu o težini negoli mladići.

U drugom koraku uvršteni ITM objašnjava 16% varijance povrh spola, odnosno spol i ITM zajedno objašnjavaju 23% varijance brige o težini. Oba su prediktora značajna. Osobe ženskog spola i višeg ITM-a više su zabrinute za vlastitu težinu.

Treći korak uvrštavanjem perfekcionizma objašnjava dodatnih 7% varijance. Viši ITM i više razine perfekcionizma, uz ženski spol, predviđaju više zabrinutosti oko težine tijela i zajedno objašnjavaju 30% varijance tog simptoma.

Tri kognitivna obrasca hranjenja ponovno objašnjavaju dodatnih 19% varijance povrh prethodna tri koraka. Ukupna količina objašnjene varijance brige o težini iznosi 49%. Svi su prediktori značajni, tj. ženski spol, viši ITM i perfekcionizam te učestalije emocionalno hranjenje, nekontrolirano hranjenje i kognitivno suzdržavanje predviđaju više brige o težini na ovom uzorku adolescenata.

5. RASPRAVA

Ovom je radu cilj bio istražiti povezanosti ITM-a i perfekcionizma s aspektima hranjenja, odnosno s kognitivnim obrascima hranjenja i simptomima poremećaja hranjenja na uzorku adolescenata. Ispitane su spolne razlike u navedenim varijablama, kao i razlike između grupa prosječno teških, prekomjerno teških i pretilih adolescenata. Konačno, ispitan je doprinos spola, ITM-a, perfekcionizma i kognitivnih obrazaca hranjenja u objašnjenju odstupajućih navika hranjenja, tj. u objašnjenju suzdržavanja i zabrinutosti zbog jedenja, težine i oblika tijela.

Pretpostavka da će kognicije povezane s hranjenjem moći objasniti ponašanja koja su dio poremećaja hranjenja polazi iz kognitivno-bihevioralnog modela. Smatra se da je obilježje različitih psihijatrijskih poremećaja disfunkcionalno razmišljanje (kognicije) koje zatim potiče afektivne i ponašajne simptome (Beck, 1997). Ideja je, dakle, da nemogućnost kontrole hranjenja, emocionalno hranjenje i mentalna zaokupljenost hranom predviđaju simptome poremećaja hranjenja poput različitih pokušaja mršavljenja (npr. ograničavanje porcija, post), krivnje zbog jela, nezadovoljstva tijelom i težinom, isključivanja nekih namirnica iz prehrane i pridržavanja određenih pravila prehrane. U ovom se istraživanju pretpostavlja da i perfekcionizam može predvidjeti simptomatologiju poremećaja hranjenja. Prema Becku (1997), u pozadini kognicija koje potiču simptome poremećaja mogu biti određena vjerovanja. Kad je riječ o perfekcionizmu, to bi moglo biti vjerovanje osobe da će biti odbačena od strane društva ako ne dostigne idealni oblik i težinu tijela. Sam je perfekcionizam i dio kognitivno-bihevioralnog modela razvijenog upravo za poremećaje hranjenja (Fairburn i sur., 2003). Osim navedenog, očekuje se doprinos varijabli s biološkom podlogom – spola i indeksa tjelesne mase. Nalazi o snažnom prevladavanju poremećaja hranjenja kod ženskog spola otprije su poznati (npr. Ogden, 2010) i jednim se od uzroka te prevlasti smatra pritisak društva koje od žena zahtijeva savršeni izgled. S druge strane, pretpostavka o ulozi indeksa tjelesne mase u objašnjenju simptoma poremećaja hranjenja malo je drugačija. Iako se s poremećajima hranjenja često povezuje kriterij vrlo niskog indeksa tjelesne mase, to ne mora uvijek biti slučaj. Naime, u ovom je istraživanju korišten neklinički uzorak te se ne očekuje veliki broj osoba, poput onih

s primjerice anoreksijom nervozom, koje bi spadale u skupinu pothranjenih ispitanika. Upravo suprotno, očekuje se da će ispitanici koji su uglavnom barem prosječno teški biti nezadovoljniji svojim izgledom i pokušati na njega utjecati ponašanjima koja se inače smatraju simptomima poremećaja hranjenja (npr. duga razdoblja bez hrane, posebna pravila prehrane, pretjerano vježbanje).

5.1. Zastupljenost ponašanja vezanih uz hranjenje na uzorku adolescenata

Ovim su istraživanjem dobiveni važni podaci o zastupljenosti simptoma poremećaja hranjenja u uzorku učenika prvih razreda srednjih škola. Važno je napomenuti da samo mali broj ispitanika iskazuje ponašanja istaknuta u korištenom upitniku simptomatologije poremećaja hranjenja, no nekolicina ipak iskazuje simptome u različitoj učestalosti. Primjerice, gotovo 15% ispitanika doživjelo je epizodu prejedanja jednom mjesečno, dok gotovo 5% ispitanika doživljava epizode otprilike jednom tjedno ili češće. Od tog dijela uzorka, manji broj ispitanika (2%) prejeda se barem dvaput tjedno i češće. Izazivanje povraćanja rjeđe je u svojoj učestalosti nego što je to prejedanje, no ipak 5% ispitanika barem jednom mjesečno namjerno izbacuje sadržaj svog želuca kako bi utjecali na oblik ili težinu vlastitoga tijela. Nekolicina ispitanika (0.5%) povraćanje izaziva više puta tjedno. Upotreba laksativa s namjerom kontrole oblika i težine tijela najrjeđi je simptom u ovom uzorku te samo 0.8% ispitanika koristi laksative otprilike jednom tjedno i češće. Suprotno tome, otprilike 10% ispitanika izjavljuje da se barem jednom tjedno ne može oduprijeti vježbanju s ciljem kontrole vlastitog izgleda. Polovica njih, odnosno 5% ispitanika, kompulzivno vježba i dva puta tjedno ili više. Uzevši sve ove podatke u obzir, vidljivo je da su simptomi poremećaja hranjenja prisutni kod jednog manjeg dijela uzorka te se kod njih javljaju različitom čestinom. Podatak da je 0.5% ispitanika uključeno (ili je ranije bilo uključeno) u psihoterapiju zbog poremećaja hranjenja može ukazivati na to da je pomoć potražio manji broj ispitanika od onog broja kojemu je tretman moguće potreban.

Osim podataka o zastupljenosti simptoma poremećaja hranjenja, ovo je istraživanje prikupilo podatke o uhranjenosti ispitanika. Prema prikupljenim podacima, četvrtina je učenika prvih razreda srednje škole u PGŽ prekomjerno teška ili pretiła. Velika se brojka ne može objasniti nekom kroničnom bolešću ili lijekovima koje ispitanici uzimaju jer je tu riječ o svega nekolicini ispitanika (prema procjenama liječnika). Uzrok tolike količine prekomjerno teških i pretiłih učenika možda je onda barem djelomično životni stil koji uključuje neaktivnost i nezdrave stavove prema hranjenju.

Nadalje, manje je od polovice ispitanika zadovoljno svojom težinom i oblikom tijela. Štoviše, gotovo je petina ispitanika umjereno ili značajno nezadovoljna time kako njihovo tijelo izgleda i koliko je teško. Izvori nezadovoljstva možda se mogu potražiti u ranije spomenutim pritiscima od strane društva i medija koji promiču teško dostižni ideal izgleda. Kada osoba percipira da ne udovoljava uvjetima tog idealnog izgleda, moguća je pojava nezadovoljstva. Kao što je ranije spomenuto, nezadovoljstvo tijelom često je prisutno u adolescentnoj populaciji (npr. Pokrajac-Bulian i sur., 2007).

Zanimljivi su i podaci o dijetnom ponašanju ispitanika. Naime, samo je 5% ispitanika izjavilo liječniku ili liječnici školske medicine da provodi dijetu. S druge strane, gotovo tri četvrtine ispitanika u upitniku izvještava o pokušajima slijedenja određenih pravila prehrane u posljednjih mjesec dana, a sve to ponovno s ciljem utjecanja na oblik ili težinu tijela. Iz tog je podatka ponovno vidljivo nezadovoljstvo tijelom, ali i pokušaji promjene tijela koji su mogli biti potaknuti nezadovoljstvom.

5.2. Povezanosti ITM-a, perfekcionizma i obrazaca hranjenja sa simptomima poremećaja hranjenja

U istraživanju su dobivene značajne niske do umjerene pozitivne korelacije svih relevantnih varijabli (ITM, perfekcionizam, kognitivni obrasci hranjenja) sa simptomima poremećaja hranjenja, s jednom iznimkom.

Nekontrolirano hranjenje i suzdržavanje kao dio simptomatologije poremećaja hranjenja nisu značajno povezani. Već po samim definicijama može se zaključiti da su te dvije varijable gotovo pa suprotne. Dok se nekontrolirano hranjenje odnosi na sklonost prejedanju koje prati gubitak kontrole (Anglé i sur., 2009), suzdržavanje u ovom kontekstu primjerice ispituje ograničavanje pojedene hrane radi utjecaja na težinu ili oblik tijela (Fairburn i Beglin, 1994). Ipak, u istraživanju Stojek i suradnika (2017) početne razine emocionalnog hranjenja i gubitka kontrole nad hranjenjem predviđale su ishode godinu dana kasnije, poput toga da adolescenti koji gube kontrolu nad jedenjem i uz to se češće emocionalno hrane, kasnije imaju i porast u broju simptoma poremećaja hranjenja i ITM-u. Potrebno je uzeti u obzir da su u tom istraživanju korištene drugačije mjere za ispitivanje simptoma.

S druge strane, ostale pozitivne korelacije nisu neočekivane. Ranije spomenuto istraživanje potvrdilo je dakle da osobe koje se suočavaju s negativnim emocijama, poput tuge, osamljenosti ili tjeskobe, na način da povećaju unos hrane, kasnije imaju i veći broj simptoma poremećaja

hranjenja (Stojek i sur., 2017). Također, nije iznenađujuće da osobe koje učestalo razmišljaju o hrani, hranjenju i debljanju mogu imati više nezdravih prehrambenih navika ili simptoma poremećaja hranjenja.

Nadalje, povezanost perfekcionizma s psihopatologijom hranjenja često je prikazana u literaturi, bilo direktno (Barnett i Sharp, 2016; Esposito i sur., 2019) ili indirektno kroz neke druge varijable poput perfekcionističkih razmišljanja (Downey i sur., 2014), nezadovoljstva tijelom (Downey i Chang, 2007) i sl. Osobe koje si postavljaju vrlo visoke standarde, ili imaju osjećaj da drugi postavljaju visoke standarde za njih, ponekad takve standarde mogu usmjeriti na vlastito tijelo. U nastojanju da dostigne savršen izgled, osoba tada može razviti simptome poremećaja hranjenja.

Pozitivna povezanost ITM-a i simptomatologije poremećaja hranjenja ili odstupajućih navika također je već dobivena (npr. Boone i sur., 2012; Rukavina i Pokrajac-Bulian, 2006; Yucel i sur., 2011). Moguće je da osobe višeg ITM-a češće koriste nezdrave načine gubitka težine kako bi bile zadovoljnije vlastitim tijelom.

5.3. Spolne razlike u perfekcionizmu i obilježjima hranjenja

Rezultati ispitivanja spolnih razlika pokazali su da djevojke značajno češće koriste kognitivne obrasce hranjenja, imaju više simptoma poremećaja hranjenja i manje razine perfekcionizma negoli mladići.

Učestalije kognitivno suzdržavanje kod adolescentica u usporedbi s adolescentima u skladu je s nekima od ranijih istraživanja (npr. Forrester-Knaus i sur., 2012; Nikolić i sur., 2020; Quick i Byrd-Bredbenner, 2012), no ima i istraživanja u kojima spolne razlike nisu dobivene (npr. Megalaki i sur., 2013). Premda ovdje dobiveni rezultati idu u prilog postojanju razlika, čini se da je potrebno još istraživanja kako bi se smanjila nekonzistentnost rezultata u području. Podatak da su djevojke te koje češće ograničavaju svoje porcije i sklonije su jesti manje nego što bi doista voljele možda se može objasniti većim pritiscima za savršenim tijelom koje djevojke percipiraju i u većoj mjeri internaliziraju nego što to čine mladići.

Područje u kojem su također potrebna ispitivanja spolnih razlika je nekontrolirano hranjenje. Unatoč tome što je u ovom istraživanju dobivena razlika u smjeru češćeg korištenja nekontroliranog hranjenja od strane djevojaka, ista nije u skladu s nepostojanjem razlika u istraživanju Forrester-Knaus i suradnika (2012) te Nikolić i suradnika (2020). Uz to, malo je

istražena u literaturi. Ipak, Ernst, Wilms, Thurnheer i Schultes (2015) dobili su više rezultate pretilih žena na faktoru deizinhibicije (slično nekontroliranom hranjenju prije revidiranja upitnika) u odnosu na pretile muškarce. Löffler i suradnici (2015) također su dobili da žene češće koriste sva tri obrasca hranjenja negoli muškarci. Ovdje dobiveni podaci ukazuju na to da adolescentice češće nego adolescenti osjećaju jaku glad, ogladne kada vide ili namirišu ukusnu hranu te češće ne mogu prestati jesti kad jednom započnu. Uz to, ranije je dobiveno da one i češće razmišljaju o hrani (kognitivno suzdržavanje). Uzmu li se oba podatka u obzir, čini se da bi djevojke kasnije mogle imati veći rizik za razvoj prekomjerne težine i pretilosti.

Što se tiče toga da se djevojke češće emocionalno hrane negoli mladići, rezultati su u skladu s literaturom (Forrester-Knaus i sur., 2012; Nikolić i sur., 2020). Adolescentice dakle češće negoli adolescenti jedu potaknute osjećajima tuge, tjeskobe i usamljenosti. U trenucima takvog sniženog raspoloženja, one će vjerojatnije utjehu potražiti u hrani i na taj način regulirati emocije. Kod djevojaka, nadalje, postoji značajna povezanost percipiranog stresa, brige i anksioznosti s emocionalnim hranjenjem, dok je kod mladića samo zbunjeno raspoloženje (nesigurnost, zaboravljivost, nelagoda, nemogućnost koncentracije) povezano s emocionalnim hranjenjem (Nguyen-Rodriguez, Unger i Spruijt-Metz, 2009). Spol također može imati ulogu u izboru hrane tijekom emocionalnog hranjenja, odnosno djevojke češće biraju slatku i masnu hranu negoli mladići, ali potrebna su daljnja istraživanja (Aparicio i sur., 2016). Ovi rezultati ponovno mogu ukazivati na rizike za razvoj pretilosti. Naime, žene češće boluju od anksioznih poremećaja negoli muškarci (npr. Jalnapurkar, Allen i Pigott, 2018). One također, kao što su rezultati ovdje pokazali, češće jedu u odgovor na emocije poput anksioznosti. Doda li se još podatak da češće biraju visokokaloričnu hranu, ponovno bi se moglo očekivati da će adolescentice iz uzorka vjerojatnije postati prekomjerno teške ili pretile.

Konačno, potrebno je uzeti u obzir i da je Trofaktorski upitnik hranjenja tek nedavno preveden na hrvatski jezik, da su ranije verzije bile prilagođene pretiloj populaciji (a u sadašnjem uzorku ipak prevladava prosječna težina) te da je nerijetko korišten samo na ženskoj populaciji.

Rezultati koji pokazuju da djevojke imaju više simptoma poremećaja hranjenja negoli mladići potpuno su u skladu s brojnom literaturom (npr. Bento i sur., 2010; Furnham i sur., 2002; White i sur., 2014; Yucel i sur., 2011). Jedno od mogućih objašnjenja ovakvih rezultata je da djevojke doživljavaju više razine percipiranoga socijalnog pritiska i svjesnosti o tome kako „moraju“ izgledati i kakvo njihovo tijelo „mora“ biti da bi bilo idealno te da taj ideal češće internaliziraju. Takvi su postupci povezani s nezdravim navikama i stavovima o hranjenju, kao i smanjenim

zadovoljstvom vlastitim izgledom (Rukavina i Pokrajac-Bulian, 2006). Nadalje, i sam transdijagnostički model poremećaja hranjenja govori o tome da se osoba vrednuje na temelju težine i oblika tijela, što se smatra disfunkcionalnim (Fairburn i sur., 2003).

Podatak da mladići imaju povišene razine perfekcionizma u odnosu na djevojke nije u skladu s nalazima drugih istraživanja (Parker i Adkins, 1995) i pretpostavkom da nema spolnih razlika u toj crti ličnosti. Ipak, dokumentirane su razlike ovisne o spolu u medijacijskim modelima koji uključuju perfekcionizam (npr. Bento i sur., 2010; Downey i sur., 2014). Primjerice, podaci Downey i suradnika (2014) pokazali su da povišeno perfekcionistačko razmišljanje kod žena djeluje kao potpuni medijator u odnosu perfekcionizma usmjerenog-sebi i dijetnog ponašanja, kao i u odnosu društveno propisanog perfekcionizma s dijetnim ponašanjem. Kod muškaraca je međutim takva medijacija dobivena samo u odnosu perfekcionizma usmjerenog-sebi (ali ne društveno propisanog) i bulimičnog ponašanja (ne i dijetnog). Njihovi rezultati upućuju na mogućnost da žene u svoja svakodnevna perfekcionistačka razmišljanja uključuju i visoke osobne standarde i percipirani društveni pritisak za savršenošću, što bi onda moglo voditi do poremećenog hranjenja. Čini se pak da muškarci ne razmišljaju toliko o očekivanjima društva, nego samo o vlastitim visokim očekivanjima koja je potrebno zadovoljiti. Rezultati Downey i suradnika (2014) možda su i djelomično objašnjenje za ovdje dobivene spolne razlike. Naime, ovdje korišteni upitnik Frosta i suradnika (1990) više je usmjeren upravo na interpersonalne aspekte perfekcionizma (kao što su visoki osobni standardi), a manje na društvene pritiske za savršenstvom koji se, prema rezultatima Downey i suradnika (2014), više ističu kod žena. Dobivene spolne razlike možda se mogu objasniti i specifičnošću ovog istraživanja u kojem je korištena skraćena verzija upitnika i samim uvjetima istraživanja, npr. dio ispitanika rješavao je upitnike u popodnevnim satima nakon nastave te su umor i nedostatak motivacije mogli utjecati na njihove rezultate. Također, rezultati bi možda bili drugačiji da se koristila mjera perfekcionizma u samoj domeni poremećaja hranjenja umjesto općenitije mjere koja je korištena. Perfekcionizam, naime, može varirati ovisno o domeni. Drugačije rečeno, osoba može u jednom području svoga života imati izražene perfekcionistačke tendencije, ali ne i u drugome području. Dodatno, u ovome se istraživanju veći broj adolescenata bavi nekom aktivnošću nego što je to slučaj s adolescenticama. U sportskim aktivnostima pobjeda ili poraz mogu ovisiti o vrlo malim razlikama te se potiče potreba za savršenom izvedbom kako bi se osigurao uspjeh (Hill, 2016). S obzirom na to da se adolescenti u ovom istraživanju češće bave sportom nego adolescentice, možda se potreba za savršenom izvedbom iskazuje i ovdje u obliku spolnih razlika.

5.4. Razlike u perfekcionizmu i obilježjima hranjenja s obzirom na uhranjenost

Dobivene su značajne razlike s obzirom na kategoriju uhranjenosti u učestalosti kognitivne zaokupljenosti hranom i njenim utjecajem na težinu (kognitivno suzdržavanje) te u učestalosti simptoma poremećaja hranjenja. Nema razlika između ispitanika različite uhranjenosti u učestalosti hranjenja nakon doživljenih negativnih emocija, u nemogućnosti kontrole hranjenja te u razinama perfekcionizma.

Suprotno očekivanjima, ispitanici prekomjerne tjelesne težine i pretili ispitanici jednako su skloni jelu i prejedanju te čestom osjećaju gladi kao što su to prosječno teški ispitanici. Rezultati u literaturi prilično su nekonzistentni i u ovome području. Naime, neka istraživanja pokazuju da nema razlika u nekontroliranom hranjenju između prosječno teških i ostalih ispitanika (npr. Anglé i sur., 2009), odnosno između prosječno teških i pretelih adolescenata (Megalakaki i sur., 2013), dok druga navode više vrijednosti kod pretelih nego u prosječno teških ispitanika (Brytek-Matera i sur., 2017). S obzirom na to da ispitanici koji koriste ovaj obrazac hranjenja teže odolijevaju hrani, očekivalo bi se da će se isto odraziti u njihovoj težini. Ovdje to nije dobiveno. Jedno je moguće objašnjenje dob ispitanika. Naime, uzorak Brytek-Matere i suradnika (2017) koji su dobili značajne razlike u mogućnosti kontrole hranjenja između grupa različite uhranjenosti u prosjeku je stariji nego što su uzorci korišteni u istraživanjima Anglé i suradnika (2009) te Megalakaki i suradnika (2013). Ispitanici u ovom istraživanju po dobi odgovaraju potonjima. Moguće je da čest osjećaj gladi i tendencija prejedanju djeluju na težinu tek u kasnijoj dobi, a ne već u adolescenciji. Drugim riječima, konstantna glad i hranjenje možda još ne traju dovoljno dugo kod ovih ispitanika da bi postojale značajne razlike u težini tijela.

Skлонosti ispitanika različite uhranjenosti prema hranjenju nakon izloženosti osjećajima tuge, tjeskobe ili usamljenosti također su podjednake, suprotno onome što se očekivalo. Što se tiče emocionalnog hranjenja, istraživanja uglavnom pokazuju da osobe više tjelesne težine češće koriste taj obrazac hranjenja (npr. Anglé i sur., 2009; Brytek-Matera i sur., 2017), što se i ovdje očekivalo. Uzme li se u obzir da emocionalno hranjenje može biti maladaptivna strategija suočavanja sa stresom u kojoj se hranom potiskuju negativne emocije, ti nalazi ne iznenađuju. Naime, emocionalnim se hranjenjem povećava unos slatke i masne hrane („utješne hrane“) što dovodi do porasta težine i pretilosti, a smanjuje se i sposobnost razlikovanja toga je li želja za hranom posljedica gladi ili pak doživljenih negativnih emocija (Aparicio i sur., 2016). Iako česta, ta povezanost emocionalnog hranjenja i pretilosti ipak nije nužna (npr. Snoek, Van Strien,

Janssens i Engels, 2007). Čini se da to što ispitanici traže utjehu u hrani i prejedaju se kad se osjećaju tužno ne znači da isto djeluje na njihovu težinu. Stroek i suradnici (2007) kao moguće objašnjenje za nepostojanje povezanosti kod adolescenata (iako postoji u odraslim uzorcima) navode da problemi s emocionalnim hranjenjem započinju kasnije u životu. Tome su u prilog podaci ovog istraživanja u kojem polovica ispitanika izjavljuje da se nikada ne tješi hranom, jede zbog tjeskobe ili prejeda. Ponavljanjem istraživanja u neko kasnije vrijeme (primjerice nakon adolescencije) možda bi se uočilo češće korištenje obrasca hranjenja koji je potaknut negativnim emocijama. Drugi razlozi nepotvrđivanja pretpostavke mogu se potražiti u zamoru ispitanika zbog rješavanja nekoliko upitnika zaredom (a Trofaktorski je upitnik bio na kraju) ili nerazumijevanju pitanja.

Ono u čemu jest pronađena razlika, sukladno pretpostavci, je učestalost misli o hrani, njenom utjecaju na težinu i suzdržavanju od iste. Prekomjerno teški i pretili ispitanici imaju značajno više rezultate nego prosječno teški ispitanici. Takav je obrazac dobiven i u istraživanju Anglé i suradnika (2009). Slično, Megalakaki i suradnici (2013) svojim su istraživanjem također pokazali da pretili adolescenti češće koriste kognitivno suzdržavanje od adolescenata prosječne težine, unatoč neefikasnosti takve strategije i neovisno o (ne)zadovoljstvu vlastitom težinom. Brojni podaci o povezanosti suzdržavanja i ITM-a (npr. Anglé i sur., 2009; Quick i Byrd-Bredbenner, 2012) navode na mogućnost da mentalna zaokupljenost hranom vodi debljanju, a ne mršavljenju kao što bi se moglo očekivati. Zapravo je teško odrediti je li kognitivno suzdržavanje prethodilo porastu težine ili obrnuto. Npr. Forrester-Knaus i suradnici (2012) dobili su rezultate koji pokazuju da ITM u djetinjstvu predviđa suzdržavanje šest godina kasnije, s time da veća promjena ITM-a predviđa više suzdržavanja kasnije. Kako bi se olakšalo shvaćanje tih odnosa, važno je razlikovati rigidno suzdržavanje od fleksibilnog. Osoba koja se rigidno želi pridržavati suzdržavanja sklonija je gubitku samokontrole i prekomjernom hranjenju, što zatim može ponovno voditi novom pokušaju suzdržavanja i gubitku i tako unedogled (Putterman i Linden, 2006). Unatoč tome, longitudinalno istraživanje de Lauzon-Guillan i suradnika (2006) pokazalo je da mentalna zaokupljenost hranom i dijetnim ponašanjem ne predviđa nužno kasniji dobitak na težini, iako je povezano s nakupinama adipoziteta kod ispitanika prosječne težine, ali ne i pretilih. Potrebno je još longitudinalnih istraživanja kako bi se ispitalo složeni odnos ovih varijabli i došlo do konačnih spoznaja.

Razlike s obzirom na kategoriju uhranjenosti pronađene su i u učestalosti simptoma poremećaja hranjenja. Prekomjerno teški ispitanici češće iskazuju ponašanja poput namjernog ograničavanja količine pojedene hrane, slijedenja određenih pravila prehrane i provođenja

dugih razdoblja bez hrane nego što to čine prosječno teški ispitanici, ali ista iskazuju rjeđe od pretilih ispitanika. Pretili ispitanici su i više zabrinuti za hranjenje (češće jedu u tajnosti, osjećaju krivnju tijekom jela, imaju strah od gubitka kontrole i sl.) od preostale dvije grupe. Zabrinutost za oblik tijela i zabrinutost za težinu dijele isti obrazac razlika. Najviše rezultate ponovno imaju pretili ispitanici, zatim prekomjerno teški ispitanici te naposljetku najniže rezultate imaju ispitanici normalne težine. Iako su prosječni rezultati relativno niski, iz navedenog se čini da ipak ispitanici veće težine češće ograničavaju količine hrane koju pojedu, boje se gubitka kontrole tijekom jela, nezadovoljni su svojim tijelom, osjećaju se debelo i žele smršaviti, isključuju iz prehrane namirnice koje vole kako bi utjecali na oblik i težinu svoga tijela, neugodno im je pri pogledu na vlastito tijelo itd. Odnosno, čini se da ovi rezultati upućuju na to da viši ITM znači i porast u simptomima poremećaja hranjenja, što je potvrđeno i drugim istraživanjima (npr. Rø, Reas i Rosenvinge, 2012; Yucel i sur., 2011). Štoviše, u istraživanju provedenom na slučajnom uzorku iz opće populacije dobiveno je da su povišenja zabrinutosti za oblik tijela i težinu uglavnom odgovorna za povišene EDE-Q rezultate te se isti čine normativnima među pretilim ispitanicima (Rø i sur., 2012). Ne čini se neobičnim da su osobe povišene tjelesne težine, ili barem dio njih, nezadovoljne svojom težinom i oblikom tijela te im je nelagodno pred drugim ljudima (npr. u svlačionicama, tijekom sati tjelesnoga odgoja) pa onda žele smršaviti na različite načine, kao što su primjerice isključivanje nekih namirnica i slijeđenje određenih pravila prehrane, pokušaji posta, namjerno ograničavanje pojedenog i sl.

Sukladno očekivanjima, nema razlika u razinama perfekcionizma između grupa ispitanika različite uhranjenosti, kao što nema ni povezanosti perfekcionizma i ITM-a koji je u konačnici korišten za procjene kategorija uhranjenosti. Pretili, prekomjerno teški i prosječno teški ispitanici imaju dakle podjednake razine perfekcionizma. Rezultati su u skladu s prijašnjim nalazima (npr. Boone i sur., 2012; Downey i Chang, 2007; Teixeira i sur., 2016). Rezultati bi možda bili drugačiji da je korišten upitnik specifičan za domenu hranjenja i odnosa prema vlastitom tijelu, no ovaj se upitnik toga ne dotiče direktno. Dio se pitanja u upitniku odnosi na roditeljska očekivanja i školsko postignuće, što nije smisljeno povezano s odnosom prema tijelu i hranjenju te se stoga ne očekuje da postoje razlike u perfekcionizmu s obzirom na težinu ispitanika.

5.5. Doprinos spola, ITM-a, perfekcionizma i kognitivnih obrazaca hranjenja kao prediktora simptoma poremećaja hranjenja

Provedene su četiri hijerarhijske analize sa simptomima poremećaja hranjenja kao kriterijima i dodavanjem prediktora sljedećim redoslijedom: spol, ITM, perfekcionizam, kognitivni obrasci hranjenja.

Perfekcionizam, ITM i kognitivno suzdržavanje značajni su prediktori suzdržavanja kao simptoma poremećaja hranjenja, od čega je kognitivno suzdržavanje prediktor koji najviše doprinosi objašnjenju varijance. Model predviđa da će adolescenti (neovisno o spolu) većeg ITM-a i s višim razinama perfekcionizma, koji su češće mentalno zaokupljeni hranom i dijetnim ponašanjem, vjerojatnije u ponašanju iskazati suzdržavanje u vidu ograničavanja porcija, isključivanja namirnica iz prehrane i povremenog posta. Pretpostavka je dakle djelomično potvrđena. Ne iznenađuje da će adolescenti koji se kognitivno suzdržavaju isto pokazati i svojim ponašanjem, što je vidljivo i u korelaciji između te dvije varijable. Uostalom, kognitivni model i predviđa da će kognicije poticati emocije i ponašanja (Beck, 1997). S druge strane, emocionalno i nekontrolirano hranjenje ne doprinose objašnjenju varijance suzdržavanja. Kao što je ranije spomenuto, nekontrolirano hranjenje i ponašajno suzdržavanje ipak mjere gotovo suprotne pojave (gubitak kontrole nad hranjenjem i suzdržavanje od istog radi utjecaja na težinu npr.) te nisu značajno povezani. Emocionalno hranjenje, s druge strane, jest povezano sa suzdržavanjem, no ta je korelacija vrlo niska. U istraživanju koje su provele Quick i Byrd-Bredbenner (2012) viši ITM također predviđa više suzdržavanja, uz emocionalno i nekontrolirano hranjenje te ženski spol. U ovom je istraživanju spol bio značajan prediktor sve do zadnjeg koraka u kojem su uvršteni obrasci hranjenja, iz čega se zaključuje da su oni (tj. samo učestale misli o hrani i njenom utjecaju na težinu) važniji u objašnjenju suzdržavanja. Rezultat o perfekcionizmu kao prediktoru suzdržavanja također je u skladu s literaturom (npr. McLaren, Gauvin i White, 2001). Zanimljivo da su Lampard, Byrne, McLean i Fursland (2012) na uzorku žena koje boluju od poremećaja hranjenja također dobili da perfekcionizam predviđa suzdržavanje, no samo sebi-usmjereni perfekcionizam objašnjava jedinstveni dio varijance, ne i drugima-usmjereni. Čak je i to razumljivo s obzirom da je u ovom istraživanju korišten Frostov upitnik perfekcionizma (Frost i sur., 1990) koji je više usmjeren upravo na tu intrapersonalnu dimenziju. Ukupno gledajući, rezultati potvrđuju da visoki standardi koje si osoba postavlja i želi dostići imaju važnu ulogu u poremećajima hranjenja. Takve su spoznaje u skladu s transdijagnostičkim modelom (Fairburn i sur., 2003) koji tvrdi da perfekcionizam može pojačavati pokušaje suzdržavanja od hranjenja, nakon kojih se može javiti prejedanje zbog

teškoća kontinuiranog održavanja samokontrole. Prejedanje zatim dodatno povećava zabrinutost pojedinca za vlastitu sposobnost kontrole oblika i težine tijela te hranjenja. Nakon toga, pojedinca te zabrinutosti još više potiču na suzdržavanje pa prejedanje i nastavak petlje.

Zabrinutost za hranjenje značajno predviđaju svi prediktori. Predviđeno je da će adolescentice višeg ITM-a i višeg perfekcionizma koje učestalije jedu potaknute negativnim emocijama, imaju teškoće kontrole hranjenja, često osjećaju glad te kontinuirano razmišljaju o hrani i mršavljenju biti sklonije ponašanjima poput jedenja u tajnosti i osjećaju srama koji se pritom javlja. Već je poznato da je perfekcionizam rizični faktor za razvoj poremećaja hranjenja (npr. Brosf i sur., 2019; Soares i sur., 2009), čak i eksperimentalno kad se potiče privremeno usvajanje visokih osobnih standarda (Boone i sur., 2012), ali on predviđa i samu zabrinutost oko hranjenja (npr. Peixoto-Placido, Soares, Pereira i Macedo, 2015). Visoki osobni standardi mogu se dakle odraziti i u stavovima prema hranjenju. Indeks tjelesne mase pozitivno je, iako nisko, povezan s brigom o hranjenju. Njegova je povezanost sa simptomima poremećaja hranjenja također ranije dobivana (npr. Ralph-Nearman, Yeh, Khalsa, Feusner i Filik, 2020; Rø i sur., 2012) te onda ne iznenađuje da se javlja i kao značajni prediktor. Indeks tjelesne mase prediktor je zabrinutosti o hranjenju kod žena i kasnije u životu (McLean, Paxton i Wertheim, 2010). Veza kognitivnih obrazaca hranjenja i zabrinutosti za hranjenje slabo je ili nikako prikazana u literaturi te je potrebno još istraživanja kako bi se ona potvrdila. Umjerene korelacije obrazaca i zabrinutosti dobivene u ovom istraživanju mogu biti dio objašnjenja značajnosti obrazaca kao prediktora, no nisu dovoljne za donošenje konkretnih zaključaka. Ipak, sadržaj čestica koje ispituju zabrinutost za hranjenje može se povezati s kognitivnim obrascima hranjenja. Primjerice, zabrinutost za hranjenje, između ostalog, odnosi se na preokupaciju hranom i kalorijama (slično obrascu kognitivnog suzdržavanja), strah od gubitka kontrole tijekom jela (slično nekontroliranom hranjenju) te na krivnju zbog jela (moguća povezanost s emocionalnim hranjenjem). Ponovno se pokazuje da kognicije ispitanika predviđaju njihova ponašanja. Čini se da česta i intenzivna glad, okupiranost mislima o utjecaju hrane na težinu tijela te stanja poput usamljenosti, tuge ili tjeskobe koja se pokušavaju regulirati unosom hrane mogu voditi do osjećaja krivnje i zabrinutosti da će netko biti prisutan tijekom jela. Navedeno bi moglo objasniti i zašto osobe onda jedu potajno. Moguće da osobe koje teško kontroliraju unos hrane, odnosno jedu češće i u većim količinama, osjećaju sram zbog svog ponašanja, a ujedno percipiraju i osuđivanje od strane društva, pa zbog toga preferiraju jesti u tajnosti.

Zabrinutost koja se tiče oblika tijela također značajno predviđaju svi uvršteni prediktori. Kao i ranije, adolescentice povišenog ITM-a i perfekcionizma koje češće reagiraju na negativne emocije tako što posežu za hranom i imaju poteškoća s kontrolom unosa hrane, te su češće zaokupljene hranom i dijetama, više će se brinuti o obliku vlastitog tijela. Podatak da perfekcionizam objašnjava dio varijance brige o obliku tijela u skladu je s drugim istraživanjima (npr. Lampard i sur., 2012). Osobe koje od sebe očekuju savršenstvo nerijetko isto očekuju od svog tijela, što je vidljivo iz dobivene korelacije perfekcionizma i brige o obliku tijela. Povišeni ITM također predstavlja veću vjerojatnost da će osoba biti zabrinuta zbog oblika svoga tijela (McLean i sur., 2010). Ne iznenađuje da se osobe veće tjelesne mase češće osjećaju debelo te su nezadovoljne svojim tijelom koje izbjegavaju pokazivati pred drugima. Uostalom, to potvrđuju i rezultati ovog istraživanja o razlikama između prosječno teških, prekomjerno teških i pretilih ispitanika. U istraživanju Eldredge i Agrasa (1996) osobe s poremećajem prejedanja iskazivale su češće emocionalno hranjenje u odnosu na osobe niske težine s nespecificiranim poremećajem hranjenja i kontrolnom skupinom. Također su iskazivali više zabrinutosti oko oblika tijela. Iz navedenog se naslućuje povezanost prejedanja, emocionalnog hranjenja i briga o obliku tijela, no ponovno je potrebno više istraživanja. Povezanost nekontroliranog hranjenja i brige o obliku tijela još je slabije istražena, no ipak dobivena u istraživanju koje su proveli Ross i Wade (2004). Povezanost koju su autori dobili ne smanjuje se ni u slučaju kontrole suzdržavanja. Važno je napomenuti da su autori u svojem istraživanju spojili skale zabrinutosti o obliku i težini tijela (Ross i Wade, 2004). Kognitivno suzdržavanje kao preokupacija hranom i kalorijama smisleno je povezana sa zabrinutošću zbog oblika tijela te je ta povezanost u ovome istraživanju pozitivna i umjerene veličine, no ona se kao takva ne spominje u mnogim drugim istraživanjima. Češće je riječ o ponašajnom suzdržavanju (npr. suzdržavanje ovdje korišteno kao simptom poremećaja hranjenja i samim time jedan od kriterija). Povezanost tako definiranog suzdržavanja i zabrinutosti oblikom tijela (i težinom, i hranjenjem) vidi se iz validacije transdijagnostičkog modela Hoiles i suradnika (2012). Njihovo je istraživanje pokazalo da te zabrinutosti moraju biti prisutne uz održavajuće mehanizme (klinički perfekcionizam, sniženo samopoštovanje, interpersonalne teškoće, netolerancija na promjene raspoloženja) kako bi dovele do ponašajnog suzdržavanja. U konačnici, kognitivno suzdržavanje i ono ponašajno u visokoj su međusobnoj korelaciji što sugerira sličnost konstrukata, odnosno da osobe koje se kognitivno suzdržavaju uglavnom to prenose na ponašanje. Sukladno tome, i dijetno suzdržavanje i kognitivno suzdržavanje bili su pozitivno povezani sa zabrinutošću zbog oblika tijela i zabrinutošću zbog težine kod ispitanika koji boluju od poremećaja prejedanja (Masheb i Grilo, 2000).

Naposljetku, brigu o težini ponovno značajno predviđaju svi predloženi prediktori. Osobe koje više brinu o svojoj težini prema ovom su modelu adolescentice višeg ITM-a s povišenim razinama perfekcionizma koje češće jedu potaknute negativnim emocijama (emocionalno hranjenje), gube kontrolu nad pojedenim (nekontrolirano hranjenje) i misli su im često usmjerene na hranu (kognitivno suzdržavanje). Visoki osobni standardi, odnosno sebi-usmjereni perfekcionizam, potvrđen je i ranije kao prediktor brige o težini (Lampard i sur., 2012). Isto vrijedi za ITM. Dodatno, u istom je istraživanju dobiveno da osobe s vjerojatnim poremećajem hranjenja imaju, osim povišenja ITM-a, i povećanje u važnosti koju pridaju vlastitom izgledu (McLean i sur., 2010). Objašnjenja kognitivnih obrazaca hranjenja kao prediktora zabrinutosti o težini slična su ranijima. Naime, osobe s poremećajem prejedanja iz ranijeg istraživanja Eldredge i Agrasa (1996) iskazivale su više emocionalnog hranjenja i zabrinutosti zbog oblika tijela od kontrolne skupine, ali iskazivale su i više zabrinutosti zbog težine. Ponovno se naslućuje moguća veza između emocionalnog hranjenja i brige zbog težine. Zabrinutost vezana za težinu pozitivno je povezana s emocionalnim hranjenjem, ali i centilom ITM-a u istraživanju provedenom na adolescenticama (Belcher i sur., 2011). Iako kod nekih pojedinaca emocionalno hranjenje dovodi do porasta težine i problema s gubitkom te težine, nisu svi koji koriste taj obrazac pretili ili prekomjerno teški. Frayn, Livshits i Knäuper (2018) proveli su nekoliko intervjua s osobama prosječne težine koje povremeno jedu potaknute negativnim emocijama. One kod sebe prepoznaju zabrinutost zbog utjecaja emocionalnog hranjenja na njihovu težinu, ali i na sliku tijela te zdravlje. Richards, Casper i Larson (1990) povezuju zabrinutost zbog težine, ali i hranjenja, s drugim znakovima emocionalne neprilagodbe kod djevojčica. Autori smatraju da djevojčice s emocionalnim problemima ponekad pokušavaju iste kompenzirati kontroliranjem svog tijela i tako riskiraju razvoj poremećaja hranjenja. Uzmu li se u obzir uloga negativnog afekta u poremećenom hranjenju (Rodgers, Paxton i McLean, 2014) i rezultati o intenziviranju zabrinutosti zbog težine i oblika tijela u adolescenciji (Calzo i sur., 2012), jasno je da je potrebno još istraživanja kako bi se razvijali učinkoviti programi prevencije i pomoći. A još je više istraživanja potrebno o nekontroliranom hranjenju i zabrinutosti zbog težine. Te su dvije varijable međusobno povezane u radu Ross i Wade (2004), a niska pozitivna povezanost dobivena je također u ovom istraživanju adolescenata provedenom na području Primorsko-goranske županije. Možda je bitna napomena da su Ross i Wade (2004) u svojem istraživanju koristile kompozit brige o težini i obliku tijela, a ne samu zabrinutost o težini kao što je slučaj u ovom istraživanju. Ipak, ljestvice zabrinutosti zbog težine i zabrinutosti zbog oblika tijela ionako dijele jednu česticu u formiranju ukupnog rezultata te je povezanost nekontroliranog hranjenja s jednom i drugom u

ovdje provedenom istraživanju gotova jednaka, kao i doprinos nekontroliranog hranjenja objašnjenju varijance tih dviju varijabli. Drugim riječima, zabrinutosti zbog težine i oblika tijela se u ovom istraživanju koriste odvojeno, no imaju mnoge sličnosti i zato se rezultati uspoređuju s onima Ross i Wade (2004) koje su koristile njihov kompozit. Što se tiče kognitivnog suzdržavanja, i u ovom se kontekstu istraživanja češće bave ponašajnim suzdržavanjem. Kao što je ranije rečeno, zabrinutost za težinu nužna je komponenta transdijagnostičkog modela koja vodi suzdržavanju (Hoiles i sur., 2012), a obje su vrste suzdržavanja pozitivno povezane sa zabrinutošću oko težine (Masheb i Grilo, 2000).

5.6. Prednosti i nedostaci istraživanja

Istraživanje je obuhvatilo veliki uzorak iz populacije učenika prvih razreda srednje škole na području gradova Rijeke i Crikvenice. Štoviše, uzorak je ujednačen po spolu što nije često slučaj. Nadalje, suradnja s liječnicima školske medicine omogućila je uključivanje medicinskih podataka te preciznijeg mjerenja visine i težine, umjesto samoiskaza koji se može pokazati manje pouzdanim. Doprinos je ovog istraživanja i korištenje novih mjera, poput Trofaktorskog upitnika hranjenja i Upitnika za ispitivanje simptoma poremećaja prehrane (EDEQ), koje nisu često upotrebljavane u Hrvatskoj. Unatoč dotadašnjoj vrlo rijetkoj upotrebi na hrvatskoj (i uz to adolescentnoj) populaciji, mjere su pokazale visoke pouzdanosti, što je u prilog njihovom budućem korištenju. Osim toga, riječ je o mjerama koje se koriste u kliničke svrhe i omogućuju dobivanje podataka o zastupljenosti adolescenata sa simptomima poremećaja hranjenja u uzorku. Također, mjere su omogućile ispitivanje i kognitivnih i bihevioralnih aspekata koji se tiču hranjenja, što je vrlo rijetko i predstavlja još jedan doprinos ovoga istraživanja. Prednost ispitanog uzorka je u tome što se istraživanje može ponoviti u nekom kasnijem razdoblju (npr. krajem srednje škole ili ranije) na gotovo istom uzorku, a istovremeno nije uključivalo narušavanje anonimnosti ispitanika pisanjem imena i prezimena na upitnike. Naime, očekuje se da će ispitanici uglavnom ostati u istim srednjim školama, što bi omogućilo ispitivanje gotovo istog uzorka i ponovnu provjeru zastupljenosti poremećaja hranjenja u ovoj populaciji. Još je jedna prednost uzorka njegova raznolikost. Ispitani su učenici različitih srednjih škola i različitih kategorija uhranjenosti, čime je dobiven podatak o prevalenciji pretilosti u uzorku. Podaci donekle pružaju i mogućnost generalizacije na populaciju adolescenata u Primorsko-goranskoj županiji. Također, istraživanje je dio većega projekta s mnogobrojnim ispitanim konstruktima, što znači da ono posljedično uključuje mnogo podataka koji daju širu sliku simptomatologije i prediktora poremećaja hranjenja.

Obim istraživanja može biti prednost kao što je opisano, ali ima i svojih ograničenja. S obzirom na veliki broj ispitanih konstrukata, može se stvoriti zamor kod ispitanika. Naime, ispitanici su bili učenici prvog razreda srednje škole od kojih većina nije naviknuta na ispunjavanje upitnika te su se žalili na njegovu duljinu i čestice za koje smatraju da se ponavljaju. Učenici su često tražili objašnjenja od prisutnog ispitivača, no može se pretpostaviti da su se neki sramili tražiti pojašnjenje ili nisu bili zainteresirani za isto pa nisu ni pitali. Nezainteresiranost se vidi i u načinu na koji su pojedini ispitanici ispunjavali upitnike, npr. zaokruživanjem odgovora prema nekim arbitrarnim uzorcima (1-2-3-4-5-5-4-3-2-1) ili zaokruživanjem uvijek istog odgovora. S obzirom na to da su svi upitnici pregledani tijekom upisivanja podataka, ovi ispitanici nisu uključeni u analize. Nadalje, dio učenika bio je zabrinut oko anonimnosti. Iako im je rečeno da nitko neće odgovore povezati s njima, moguće da su svejedno dalje ispunjavali u skladu sa socijalnom poželjnošću misleći da će podaci nekako doći do nastavnika ili roditelja. Također, prostor u kojem su učenici ispunjavali upitnike nije uvijek bio adekvatan. Dio ispitanika rješavao je upitnik u manjim grupama u posebnoj prostoriji za radnim stolom, no dio je iste rješavao u većim grupama u čekaonici. Učenicima je bilo teže rješavati upitnik bez adekvatne podloge kao što je stol. Osim toga, u većim grupama često netko odvlači pozornost ostalih, ometa u rješavanju ili komentira odgovore naglas čemu se i drugi pridružuju. Možda još važnije, velike grupe u malim prostorima otežavaju osiguravanje privatnosti kod odgovaranja te je ista ponekad bila narušena. S obzirom na navedene probleme koji su se pojavljivali čak i uz prisutnu osobu odgovornu za sva pojašnjenja, upitno je kako se odvijao mali broj provedbi izvan grada Rijeke u kojima nije bilo ispitivača. Osim toga, potrebno je uzeti u obzir i samo vrijeme provedbe i mogući umor ispitanika. Neki su učenici upitnike rješavali prije nastave, a drugi čak u popodnevnim satima nakon nastave što je moglo uzrokovati umor.

Što se tiče upitnika koji su korišteni u istraživanju, također postoje neka ograničenja. Primjerice, Trofaktorski je upitnik i ranije korišten na ovome području, no vrlo rijetko. Unatoč tome, njegove su se karakteristike pokazale zadovoljavajućima (npr. Hajsok, 2017).

Nadalje, EDE-Q koji ispituje simptomatologiju poremećaja hranjenja nedavno je preveden i validiran (Prnjak i Jukić, 2020). Osim toga, u istraživanjima je poznato da EDE-Q ima problema s replikacijama pretpostavljene faktorske strukture, no one se svejedno koriste iz dijagnostičkih razloga. Primjerice, White i suradnici (2014) nisu zadovoljni strukturom koja se dobiva u istraživanjima s adolescentima te shodno tome predlažu spajanje faktora brige o obliku tijela i težini. Aardoom i suradnici (2012) pak iz istih razloga predlažu korištenje samo ukupnog rezultata i potvrđuju valjanost ovog instrumenta u razlikovanju osoba s poremećajem hranjenja

od zdrave populacije. Naposljetku, riječ je o upitniku namijenjenom ispitivanju upravo te kliničke populacije, a ne opće populacije 15-godišnjaka. Već je sama ta činjenica utjecala na distribuciju rezultata, a moguća neprikladnost vidi se i u pitanjima učenika za objašnjenjem nekih čestica i riječi. Ipak, korištenje nove mjere omogućuje nove spoznaje te bi bilo korisno provoditi još istraživanja na hrvatskim uzorcima.

Konačno, multidimenzionalni upitnik perfekcionizma (Frost i sur., 1990) korišten je u skraćenom obliku, što je možda moglo utjecati na rezultate.

5.7. Implikacije i preporuke

Brige adolescenata o tome kakvog je oblika njihovo tijelo i koliko su teški se, zajedno s nezadovoljstvom tijelom, povećavaju tijekom ovog važnog i ranjivog životnog razdoblja (Calzo i sur., 2012) te je onda bitno obratiti pažnju na te zabrinutosti i pravovremeno reagirati. Rodgers i suradnici (2014) testirali su biopsihosocijalni model brige o vlastitoj slici tijela i poremećenih navika hranjenja na podacima djevojčica čija je prosječna dob bila samo 12 godina i time potvrdili važnost ranih intervencija. Naime, njihov model predviđa da su internalizacija ideala mršavosti i uspoređivanje vlastitog tijela s drugima, medijatori u odnosu negativnoga afekta (depresija, nisko samopoštovanje) i sociokulturalnih pritisaka te zabrinutosti oko izgleda (nezadovoljstvo tijelom, briga oko oblika i težine tijela) i zatim simptomatologije poremećaja hranjenja. Dodatno, model predviđa i direktnu povezanost ITM-a sa zabrinutošću oko izgleda koja je dalje povezana sa simptomima poput suzdržavanja. Rezultati su potvrdili važnost negativnoga afekta u predviđanju problema u razvoju slike tijela i poremećenom hranjenju kod predadolescentnih djevojčica, kao i važnost sociokulturalnih pritisaka. Uzevši u obzir predviđanja biopsihosocijalnog modela u razdoblju predadolescencije (Rodgers i sur., 2014), nezadovoljstvo te zabrinutost oblikom i težinom tijela koji se povećavaju tijekom adolescencije (Calzo i sur., 2012) te dob najčešćeg javljanja poremećaja hranjenja (17 godina za anoreksiju, 15-19 godina za bulimiju (Ogden, 2010)), ističe se potreba za ranom prevencijom. Rezultati ovoga istraživanja mogli bi upućivati na važnost educiranja adolescenata o različitim aspektima hranjenja (kognitivnim obrascima i poremećajima), ali i o perfekcionizmu koji se pokazao kao prediktor simptoma poremećaja hranjenja. Radionice usmjerene primjerice na informiranje i suočavanje s perfekcionizmom mogle bi se pokazati korisnima kao metoda prevencije simptoma poremećaja hranjenja. Osim toga, sukladno biopsihosocijalnom modelu (Rodgers i sur., 2014) i drugim istraživanjima (npr. Pokrajac-Bulian i sur., 2004), u prevenciju bi trebalo uključiti negativni afekt, socijalne pritiske (vršnjaci, obitelj, mediji) i internalizaciju ideala te

rad na pozitivnijoj slici o vlastitom tijelu. Prevencija bi se mogla odvijati već u višim razredima osnovne škole kroz nekoliko radionica. Učenicima bi se kroz raspravu i primjere objasnilo pojmove socijalnih pritisaka i internalizacije ideala. Također bi se mogle koristiti aktivnosti osmišljene za promicanje pozitivnije slike o vlastitom tijelu, npr. učenici zapisuju na papiriće nešto što im se sviđa u vezi vlastitog izgleda. Ovo je istraživanje pokazalo da bi se u prevenciju moglo uključiti i radionice na temu perfekcionizma. Na tim bi se radionicama raspravljalo o načinima suočavanja s perfekcionizmom (npr. prilagodba standarda, učenje razlike između visokog dostižnog i nemogućeg standarda, zamišljanje najgoreg scenarija i vjerojatnosti njegovog ostvarenja, suprotstavljanje negativnim mislima).

Nadalje, ovi su ispitanici skoro u spomenutoj dobi kad se najčešće javljaju simptomi poremećaja hranjenja. Bilo bi korisno pratiti ih i ponoviti ispitivanja, primjerice na kraju srednje škole, te vidjeti ima li promjena u simptomima poremećaja hranjenja i jesu li ovdje dobiveni prediktori i dalje značajni. Štoviše, dio bi ispitanika tijekom praćenja mogao pohađati spomenute preventivne radionice te bi se zatim moglo provjeriti efikasnost istih.

Potrebno je obratiti pažnju i na podatke o indeksima tjelesne mase dobivenim u ovom istraživanju. Gotovo je četvrtina ispitanih učenika prekomjerno teška ili pretiła, što sa sobom nosi i druge zdravstvene probleme. Osim što indeks tjelesne mase predviđa simptomatologiju poremećaja hranjenja, on također upućuje na nužnost edukacija i prevencija pretilosti.

U najmanju ruku buduća istraživanja trebala bi uzeti u obzir probleme provedbe. Svakako je potrebna prisutnost osobe koja će biti dostupna za bilo kakav oblik pomoći (npr. pojašnjavanje, uvjeravanje o anonimnosti, održavanje mirne atmosfere za rješavanje) tijekom ispunjavanja upitnika. Bilo bi idealno istraživanje provoditi u prostoru poput učionice gdje bi se osiguralo da je učenicima udobnije pri ispunjavanju, da imaju podlogu za pisanje (stol) i sl. Također bi se u takvom prostoru lakše osigurala privatnost potrebna za ispunjavanje. Npr. ako svaki učenik sjedi sam u klupi, manje su mogućnosti da gledaju jedan drugome u upitnik. U održavanju privatnosti i mira potrebnog za koncentrirano ispunjavanje pomogle bi i manje grupe učenika. Uz to, bilo bi dobro uravnotežiti vrijeme provedbe ispitivanja na način da bude otprilike u isto doba dana za sve učenike (npr. prijepodne, a ne na kraju nastave) i izbjegne se umor. Pritom se može prilagoditi i redosljed rješavanja upitnika jer se čini da dio ispitanika pred kraj dužeg ispunjavanja dodatno gubi motivaciju. Konačno, sam bi cjelokupni upitnik bilo korisno proći s manjom grupom adolescenata koji bi mogli ukazati na nejasne formulacije, trajanje rješavanja i druge nepredviđene probleme.

6. ZAKLJUČAK

U ovom istraživanju dobiveno je da su spol, indeks tjelesne mase, perfekcionizam i kognitivni obrasci hranjenja značajni prediktori simptoma poremećaja hranjenja. Iznimka je suzdržavanje koje, uz kontrolu ostalih varijabli, značajno predviđaju samo indeks tjelesne mase, perfekcionizam i kognitivno suzdržavanje.

Također su dobivene spolne razlike u gotovo svim varijablama. Djevojke imaju više simptoma poremećaja hranjenja od mladića te češće koriste kognitivne obrasce hranjenja (učestalije emocionalno hranjenje, nekontrolirano hranjenje te kognitivno suzdržavanje). Mladići pak imaju više razine perfekcionizma negoli djevojke.

Razlike postoje i s obzirom na uhranjenost ispitanika. Pretili i prekomjerni teški ispitanici imaju više simptoma poremećaja hranjenja i češće se kognitivno suzdržavaju negoli prosječno teški ispitanici.

LITERATURA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.

Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Slof Op't Landt, M. C. T. i Van Furth, E. F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating Behaviors*, 13(4), 305–309. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.09.002

Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P. i sur. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6. doi:10.1186/1479-5868-6-41

Aparicio, E., Canals, J., Arija, V., De Henauw, S. i Michels, N. (2016). The role of emotion regulation in childhood obesity: Implications for prevention and treatment. *Nutrition Research Reviews*, 29(1), 17–29. doi:10.1017/S0954422415000153

Barbarić, L. (2019). *Uloga emocionalne regulacije, samoeфикаsnosti i depresivnih simptoma u objašnjenju prehrambenih navika studenata*. Diplomski rad, Rijeka: Filozofski fakultet Rijeka.

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. i sur. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.005

Barnett, M. D. i Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, 225–234. doi:10.1016/j.paid.2016.05.004

Beck, A. (1997). The past and future of cognitive therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276-284.

Belcher, B. R., Nguyen-Rodriguez, S. T., McClain, A. D., Hsu, Y. W., Unger, J. B. i Spruijt-Metz, D. (2011). The influence of worries on emotional eating, weight concerns, and body mass index in Latina female youth. *Journal of Adolescent Health*, 48(5), 487–492. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.08.008

Bento, C., Pereira, A. T., Maia, B., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S. i sur. (2010).

- Perfectionism and eating behaviour in Portuguese adolescents. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 328–337. doi:10.1002/erv.981
- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M. i Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59(2), 531–540. doi:10.1016/j.appet.2012.06.015
- Brosos, L. C., Egbert, A. H., Reilly, E. E., Wonderlich, J. A., Karam, A., Vanzhula, I. i sur. (2019). Intolerance of Uncertainty Moderates the Relationship between High Personal Standards but not Evaluative Concerns Perfectionism and Eating Disorder Symptoms Cross-Sectionally and Prospectively. *Eating Behaviors*, 35, 101340. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.101340
- Bryant, E. J., Rehman, J., Pepper, L. B. i Walters, E. R. (2019). Obesity and Eating Disturbance: the Role of TFEQ Restraint and Disinhibition. *Current Obesity Reports*. doi:10.1007/s13679-019-00365-x
- Brytek-Matera, A., Rogoza, R. i Czepczor-Bernat, K. (2017). The three-factor eating questionnaire-R18 Polish version: Factor structure analysis among normal weight and obese adult women. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 19(3), 81–90. doi:10.12740/APP/76342
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M. i Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 421–433. doi:10.1093/clipsy/bpi053
- Calzo, J. P., Sonnevile, K. R., Haines, J., Blood, E. A., Field, A. E. i Austin, S. B. (2012). The development of associations among body mass index, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 517–523. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.02.021
- De Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M. i Charles, M. A. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? *American Journal of Clinical Nutrition*, 83(1), 132–138. doi:10.1093/ajcn/83.1.132
- Downey, C. A. i Chang, E. C. (2007). Perfectionism and symptoms of eating disturbances in female college students: Considering the role of negative affect and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 8(4), 497–503. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.02.002

- Downey, C. A., Reinking, K. R., Gibson, J. M., Cloud, J. A. i Chang, E. C. (2014). Perfectionistic cognitions and eating disturbance: Distinct mediational models for males and females. *Eating Behaviors*, *15*(3), 419–426. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.020
- Egan, S. J., Wade, T. D. i Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, *31*(2), 203–212. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Eldredge, K. L. i Agras, W. S. (1996). Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *19*(1), 73–82. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199601)19:1<73::AID-EAT9>3.0.CO;2-T
- Enns, M. W. i Cox, B. J. (2004). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. *Perfectionism: Theory, research, and treatment.*, 33–62. doi:10.1037/10458-002
- Erceg, I. i Kuterovac-Jagodić, G. (2016). Spolne razlike u nezadovoljstvu tijelom i strategijama promjene tjelesnog izgleda u adolescenciji / Gender differences in body dissatisfaction and body change strategies in adolescence. *Socijalna psihijatrija*, *44*, 219-233.
- Ernst, B., Wilms, B., Thurnheer, M. i Schultes B. (2015). Eating behaviour in treatment-seeking obese subjects - influence of sex and BMI classes. *Appetite*, *95*, 96–100. doi:10.1016/j.appet.2015.06.019.
- Esposito, R. M., Stoeber, J., Damian, L. E., Alessandri, G. i Lombardo, C. (2019). Eating disorder symptoms and the 2 × 2 model of perfectionism: mixed perfectionism is the most maladaptive combination. *Eating and Weight Disorders*, *24*(4), 749–755. doi:0.1007/s40519-017-0438-1
- Fairburn, C. G. i Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16* (4), 363-370.
- Fairburn C. G., Cooper Z., Doll H.A. i Welch S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*(5), 468-476. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. i Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*,

41(5), 509–528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8

- Forrest, L. N., Jones, P. J., Ortiz, S. N. i Smith, A. R. (2018). Core psychopathology in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A network analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(7), 668–679. doi:10.1002/eat.22871
- Forrester-Knauss, C., Perren, S. i Alsaker, F. D. (2012). Does body mass index in childhood predict restraint eating in early adolescence? *Appetite*, 59(3), 921–926. doi:10.1016/j.appet.2012.08.026
- Frayn, M., Livshits, S. i Knäuper, B. (2018). Emotional eating and weight regulation: A qualitative study of compensatory behaviors and concerns. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1–10. doi:10.1186/s40337-018-0210-6
- Frost, R.O., Heimberg, R.G., Holt, C.S., Mattia, J.I. i Neubauer, A.L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119–126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. i Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468. doi:10.1007/BF01172967
- Furnham, A., Badmin, N. i Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 136(6), 581–596. doi:10.1080/00223980209604820
- Greblo, Z. (2012). Što se skriva iza pojma „perfekcionizam“? Povijest proučavanja i pregled različitih konceptualizacija perfekcionizma. *Psihologijske Teme*, 21(1), 195–212.
- Hagan, K. E., Forbush, K. T. i Chen, P. Y. (2017). Is dietary restraint a unitary or multifaceted construct? *Psychological Assessment*, 29(10), 1249–1260. doi:10.1037/pas0000429
- Hajsok, A. (2017). *Depresivni simptomi, sram i krivnja zbog tjelesne težine u pretilih pacijenata*. Diplomski rad, Rijeka: Filozofski fakultet Rijeka.
- Hewitt, P. L. i Flett, G. L. (1991). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 98–101. doi:10.1037/0021-843X.100.1.98
- Hill, A. (Ur.) (2016). *The psychology of perfectionism in sport, dance and exercise*. London: Routledge.

- Hoiles, K. J., Egan, S. J. i Kane, R. T. (2012). The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint. *Eating Behaviors*, *13*(2), 123–126. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.11.007
- Jalnapurkar, I., Allen, M. i Pigott, A. T. (2018). Seks differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatry, Depression & Anxiety*, *4*, 1-9. doi: 10.24966/PDA-0150/100012
- Joyce, F., Watson, H. J., Egan, S. J. i Kane, R. T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eating Behaviors*, *13*(4), 361–365. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.07.002
- Jureša, V., Musil, V., Kujundžić Tiljak, M. i Majer, M. (2018). Usporedba centila indeksa tjelesne mase za školsku djecu u Hrvatskoj s međunarodnim referentnim vrijednostima. *Paediatrica Croatica*, *62*, 1-8.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L. i Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, *24*(12), 1715–1725. doi:10.1038/sj.ijo.0801442
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N. i Fursland, A. (2012). The Eating Disorder Inventory-2 Perfectionism scale: Factor structure and associations with dietary restraint and weight and shape concern in eating disorders. *Eating Behaviors*, *13*(1), 49–53. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.09.007
- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. i Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *21*(2), 99–107. doi:10.1002/erv.2214
- Lethbridge, J., Watson, H. J., Egan, S. J., Street, H. i Nathan, P. R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, *12*(3), 200–206. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.04.003
- Loffler, A., Luck, T., Then, F. S., Luppá, M., Sikorski, C., Kovacs, P. i sur. (2015). Age- and gender-specific norms for the German version of the Three-Factor Eating-Questionnaire (TFEQ). *Appetite*, *91*, 241-247. doi:10.1016/j.appet.2015.04.044.

- Mackinnon, S. P., Sherry, S. B., Graham, A. R., Stewart, S. H., Sherry, D. L., Allen, S. L. i sur. (2011). Reformulating and testing the perfectionism model of binge eating among undergraduate women: A short-term, three-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 630–646. doi:10.1037/a0025068
- Masheb, R. M. i Grilo, C. M. (2000). On the relation of attempting to lose weight, restraint, and binge eating in outpatients with binge eating disorder. *Obesity Research*, 8(9), 638–645. doi:10.1038/oby.2000.82
- McLaren, L., Gauvin, L. i White, D. (2001). The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension. *International Journal of Eating Disorders*, 29(3), 307–313. doi:10.1002/eat.1023
- McLean, S. A., Paxton, S. J. i Wertheim, E. H. (2010). Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 527–536. doi:10.1002/eat.20737
- Megalakaki, O., Mouveaux, M., Hubin-Gayte, M. i Wypych, L. (2013). Body image and cognitive restraint are risk factors for obesity in French adolescents. *Eating and Weight Disorders*, 18(3), 289–295. doi:10.1007/s40519-013-0027-x
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J. i Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244–251. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.001
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B. i Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating Disorders*, 17(3), 211-224. doi:10.1080/10640260902848543
- Nikolić, M., Tokić, A. i Moretić, N. (2020). Trofaktorski upitnik obrazaca hranjenja. *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, 9, 39-46.
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. Cirecster: Wiley-Blackwell.
- Parker, W. D. i Adkins, K. K. (1995). A psychometric examination of the multidimensional perfectionism scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(4), 323–334. doi:10.1007/BF02229054

- Peixoto-Plácido, C., Soares, M. J., Pereira, A. T., i Macedo, A. (2015). Perfectionism and disordered eating in overweight women. *Eating Behaviors*, *18*, 76–80. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.009
- Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, *1*, 27-46.
- Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L. i Ambrosi-Randić, N. (2004). Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske Teme*, *13*, 91–104.
- Prnjak, K. i Jukic, I. (2020). Development and validation of Croatian version of Eating Disorder Examination Questionnaire in community sample. *Eating and Weight Disorders*. doi:10.1007/s40519-020-00915-6
- Putterman, E. i Linden, W. (2006). Cognitive dietary restraint and cortisol: Importance of pervasive concerns with appearance. *Appetite*, *47*(1), 64–76. doi:10.1016/j.appet.2006.02.003
- Quick, V. M. i Byrd-Bredbenner, C. (2012). Weight regulation practices of young adults. Predictors of restrictive eating. *Appetite*, *59*(2), 425–430. doi:10.1016/j.appet.2012.06.004
- Ralph-Nearman, C., Yeh, H., Khalsa, S. S., Feusner, J. D. i Filik, R. (2020). What is the relationship between body mass index and eating disorder symptomatology in female fashion models? *Psychiatry Research*, 113358. doi:10.1016/j.psychres.2020.113358
- Richards, M. H., Casper, R. C. i Larson, R. (1990). Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care*, *11*(3), 203–209. doi:10.1016/0197-0070(90)90349-7
- Rivière, J. i Douilliez, C. (2017). Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: A moderated mediation model. *Personality and Individual Differences*, *116*, 63–68. doi:10.1016/j.paid.2017.04.041
- Rø, Ø., Reas, D. L. i Rosenvinge, J. (2012). The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample. *Eating Behaviors*, *13*(2), 158–161. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.12.001
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J. i McLean, S. A. (2014). A Biopsychosocial Model of Body

- Image Concerns and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 814–823. doi:10.1007/s10964-013-0013-7
- Ross, M. i Wade, T. D. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 129–136. doi:10.1002/erv.531
- Rukavina, T. i Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eating and Weight Disorders*, 11(1), 31–37. doi:10.1007/BF03327741
- Shafran, R., Cooper, Z. i Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773–791. doi:10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Snoek, H. M., Van Strien, T., Janssens, J. M. A. M. i Engels, R. C. M. E. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(1), 23–32. doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00568.x
- Soares, M. J., Macedo, A., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B., Pereira, A. T. i sur. (2009). Perfectionism and eating attitudes in Portuguese students: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 390–398. doi:10.1002/erv.926
- Stoeber, J. (Ur.). (2018). *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Stojek, M. M. K., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Kelly, N. R., Thompson, K. A., Mehari, R. D. i sur. (2017). Associations of adolescent emotional and loss of control eating with 1-year changes in disordered eating, weight, and adiposity. *International Journal of Eating Disorders*, 50(5), 551–560. doi:10.1002/eat.22636
- Stunkard, A. J. i Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71–83. doi:10.1016/0022-3999(85)90010-8
- Teixeira, M. D., Pereira, A. T., Marques, M. V., Saraiva, J. M. i De Macedo, A. F. (2016). Eating behaviors, body image, perfectionism, and self-esteem in a sample of Portuguese girls. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(2), 135–140. doi:10.1590/1516-4446-2015-1723

- Wang, H. i Li, J. (2017). Positive perfectionism, negative perfectionism, and emotional eating: The mediating role of stress. *Eating Behaviors*, 26, 45–49. doi:10.1016/j.eatbeh.2016.12.012
- White, H. J., Haycraft, E., Goodwin, H. i Meyer, C. (2014). Eating disorder examination questionnaire: Factor structure for adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 47(1), 99–104. doi:10.1002/eat.22199
- Yucel, B., Polat, A., Ikiz, T., Dugor, B. P., Yavuz, A. E. i Berk, O. S. (2011). The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 509–511. doi:10.1002/erv.1104
- Zambrowicz, R., Schebendach, J., Sysko, R., Mayer, L. E. S., Walsh, B. T. i Steinglass, J. E. (2019). Relationship between three factor eating questionnaire-restraint subscale and food intake. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 255–260. doi:10.1002/eat.23014
- Zubčić, T. i Vulić-Prtorić, A. (2008). Multidimenzionalna skala perfekcionizma MPS-F. U Z. Penezić, V. Čubela Adorić, A. Proroković i I. Tucak Junaković (ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* (str. 103-111). Zadar: Sveučilište u Zadru.

PRILOZI

Prilog 1. *Raspodjela ispitanika po centilima ITM prema spolu*

Centil	Djevojke (N=321)	Mladići (N=317)	Ukupno
3	9 (2.9%)	7 (2.2%)	16 (2.6%)
5	12 (3.9%)	9 (2.8%)	21 (3.3%)
10	12 (3.9%)	18 (5.7%)	30 (4.8%)
15	26 (8.4%)	30 (9.5%)	56 (8.9%)
25	62 (20%)	67 (21.1%)	129 (20.6%)
50	82 (26.5%)	78 (24.6%)	160 (25.5%)
75	34 (11%)	38 (12%)	72 (11.5%)
85	15 (4.8%)	11 (3.5%)	26 (4.1%)
90	20 (6.5%)	29 (9.1%)	49 (7.8%)
95	6 (1.9%)	9 (2.8%)	15 (2.4%)
97	32 (10.3%)	21 (6.6%)	53 (8.5%)