

# Uloga perfekcionizma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju simptoma poremećaja hranjenja kod srednjoškolaca

---

**Mohović, Patrizia**

**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:186:936171>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-31**



*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

Patrizia Mohović

**Uloga perfekcionizma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju  
simptoma poremećaja hranjenja kod srednjoškolaca**

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet u Rijeci  
Diplomski studij psihologije

Patrizia Mohović

**Uloga perfekcionizma i poteškoća u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju  
simptoma poremećaja hranjenja kod srednjoškolaca**

Diplomski rad

Mentor: doc. dr. sc. Tamara Mohorić

Rijeka, 2020.

## IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradio samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice doc. dr. sc. Tamare Mohorić.

Rijeka, studeni, 2020.

## Sažetak

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati odnos perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji s učestalošću javljanja simptoma poremećaja hranjenja kod srednjoškolaca. Istraživanje je provedeno na redovnim sistematskim pregledima prvih razreda srednjih škola Primorsko-goranske županije i u njemu je sudjelovao 651 ispitanik (321 djevojka i 328 mladića) u dobi od 14 do 16.5 godina ( $M = 15$ ;  $SD = 0.32$ ). Hijerarhijskim regresijskim analizama provjereni su odnosi varijabli – problemi u emocionalnoj regulaciji, perfekcionizam i simptomatologija poremećaja hranjenja. Kako je pretpostavljeno, podljestvice perfekcionizma, *Zabrinutost zbog pogrešaka* te *Roditeljska očekivanja i prigovaranja*, pozitivno su korelirale s lošijom emocionalnom regulacijom. Suprotno hipotezi, *Osobni standardi* također su pozitivno povezani s problemima u emocionalnoj regulaciji. Pretpostavljeni doprinos lošije emocionalne regulacije u objašnjenju simptomatologije poremećaja hranjenja, dobiven je uz kontrolu puberalnog statusa. Lošija emocionalna regulacija nije se pokazala prediktorom *Suzdržavanja*. Djevojke su iskazale učestalije javljanje simptoma poremećaja hranjenja od mladića na svim *EDE-Q* podljestvicama. Naposljetku, viši centili indeksa tjelesne mase (ITM) povezuju se s učestalijim javljanjem simptoma poremećaja hranjenja. Djevojke i mladići višeg tjelesne mase pokazuju učestalije javljanje zabrinutosti za težinu u odnosu na pripadnike istog spola koji su niže tjelesne mase.

**Ključne riječi:** emocionalna regulacija, perfekcionizam, simptomi poremećaja prehrane

## **The role of perfectionism and difficulties in emotional regulation in explanation of the symptoms of eating disorders in high school students**

### **Abstract**

The aim of this research was to examine the relationship between difficulties in emotion regulation, perfectionism, and incidence of eating disorders symptoms in high school students. Research was conducted at regular health checkups for first grade high schoolers in county Primorsko-goranska. 651 high schoolers (321 girls and 328 boys), from age 14 to 16.5, participated the study. Hierarchical regression analyses were applied to check the relationship between difficulties in emotion regulation, perfectionism, and symptoms of eating disorders. Subscales of perfectionism, *Concern Over Mistakes* and *Parental Expectations and Criticism*, positively correlated with difficulties in emotional regulation, as expected. On a contrary, *Personal Standards* also positively correlated with difficulties in emotion regulation, which was not assumed by hypothesis. Following the hypothesis, difficulties in emotion regulation predicted symptoms of eating disorders controlling for puberal timing. *Restraint* was the only variable that did not correlated with difficulties in emotion regulation. Girls showed more symptoms of eating disorders than boys. Lastly, higher BMI percentiles were correlated with higher incidence of eating disorders symptoms. Girls and boys at higher BMI percentile show higher incidence of weight concerns compared to members of the same gender who belong to lower BMI percentile.

**Keywords:** emotion regulation, perfectionism, symptoms of eating disorders

## Sadržaj

<b>1.</b>	<b>Uvod.....</b>	<b>1</b>
1.1.	Poremećaji hranjenja .....	1
1.2.	Biološke karakteristike i poremećaji hranjenja .....	1
1.2.1.	Promjene u pubertetu .....	2
1.2.2.	Indeks tjelesne mase.....	3
1.2.3.	Spolne razlike u poremećajima hranjenja .....	5
1.3.	Psihološke karakteristike i poremećaji hranjenja .....	6
1.3.1.	Slika tijela i nezadovoljstvo tijelom .....	6
1.3.1.1.	Poremećaji hranjenja i slika tijela .....	7
1.3.2.	Perfekcionizam.....	8
1.3.2.1.	Poremećaji hranjenja i perfekcionizam .....	9
1.3.3.	Emocionalna regulacija .....	10
1.3.3.1.	Poremećaji hranjenja i emocionalna regulacija.....	13
<b>2.</b>	<b>Cilj, problemi i hipoteze rada.....</b>	<b>15</b>
<b>3.</b>	<b>Metoda.....</b>	<b>16</b>
3.1.	Ispitanici .....	16
3.2.	Instrumentarij .....	16
3.3.	Postupak istraživanja.....	19
<b>4.</b>	<b>Rezultati .....</b>	<b>21</b>
4.1.	Deskriptivni pokazatelji .....	21
4.2.	Korelacije među varijablama .....	22
4.3.	Hijerarhijske regresijske analize .....	24
4.3.1.	Doprinos perfekcionizma u objašnjenju problema u emocionalnoj regulaciji.....	25
4.3.2.	Doprinos spola, indeksa tjelesne mase, perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju simptomatologije poremećaja hranjenja .....	26

4.3.3. Doprinos spola, indeksa tjelesne mase i njihove interakcije u objašnjenju simptomatologije poremećaja hranjenja.....	33
4.3.4. Prikaz čestica Upitnika za ispitivanje poremećaja prehrane koje ne pripadaju izračunu ukupnog rezultata te skale .....	34
<b>5. Rasprava .....</b>	<b>37</b>
5.1. Odnos perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji .....	38
5.2. Odnos perfekcionizma i učestalosti javljanja simptoma poremećaja hranjenja.....	39
5.3. Odnos problema u emocionalnoj regulaciji i učestalosti javljanja simptoma poremećaja hranjenja .....	40
5.4. Odnos spola i indeksa tjelesne mase s učestalošću javljanja simptoma poremećaja hranjena .....	41
5.5. Ograničenja i prednosti istraživanja .....	43
5.6. Buduća istraživanja .....	44
<b>6. Zaključak .....</b>	<b>46</b>
<b>7. Literatura .....</b>	<b>47</b>



## 1. Uvod

### 1.1. Poremećaji hranjenja

Poremećaji hranjenja i jedenja pripadaju psihičkim poremećajima čija je glavna karakteristika abnormalnost hranjenja ili ponašanja povezanih s hranjenjem. Dovode do promijenjene konzumacije ili apsorpcije hrane što značajno utječe na zdravlje i psihološko funkcioniranje. Prema *Statističkom dijagnostičkom priručniku V*, kategoriji poremećaja prehrane pripadaju pika, poremećaj ruminacije, izbjegavanje unosa hrane, anoreksija i bulimija nervoza te poremećaj prejedanja. Pretilost se prema ovom priručniku ne smatra psihološkim poremećajem, stoga nije uključena u klasifikaciju poremećaja hranjenja (American Psychiatric Association, 2013). Procjenjuje se da poremećaje prehrane u Hrvatskoj ima od 35 000 do 40 000 osoba (Meštrović, 2014). Rana adolescencija pokazuje se visoko rizičnim razdobljem za razvoj poremećaja hranjenja te se oni smatraju trećom najčešćom kroničnom bolešću adolescenata (Gonzalez, Kohn i Clarke, 2007). U istraživanjima se uočava da djeca u 5. i 6. razredu osnovne škole postižu više rezultate na upitnicima hranjenja od djece u 8. razredu (Knez, Munjas, Petrovečki, Paučić-Kirinčić i Peršić, 2006). U istraživanju Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (2005) djevojke srednjoškolske dobi pokazuju manje rizičnih ponašanja hranjenja od osnovnoškolki i studentica.

Kada se govori o poremećajima hranjenja najčešće se istražuju anoreksija i bulimija nervoza. Anoreksiju nervozu karakterizira tjelesna masa niža od prosječne. Ovaj poremećaj, uz nisku tjelesnu masu, može podrazumijevati i restrikciju hranjenja te se tada govori o restriktivnom tipu anoreksije nervoze. Kada se uz dijetu javlja prejedanje pa zatim strategije „čišćenja“, poput povraćanja, uzimanja laksativa i sl., riječ je o purgativnom tipu anoreksičnog poremećaja. Kod bulimije nervoze, slično kao i kod purgativnog oblika anoreksije nervoze, prisutna su prejedanja i kompenzacijska ponašanja „čišćenja“, no glavna razlika jest što osobe s bulimijom nervozom imaju prosječnu tjelesnu masu (Ogden, 2010).

### 1.2. Biološke karakteristike i poremećaji hranjenja

Može se reći da genetska podloga poremećaja hranjenja postoji, no i dalje nema slaganja o načinu prijenosa problema u hranjenju kroz generacije (Ambrosi-Randić, 2004). Biološki faktori bitni su za sve psihološke poremećaje te se nameću kao prvi predisponirajući čimbenici

gotovo svakog poremećaja. U istraživanjima patologije hranjenja često se uzimaju u obzir puberalni razvoj, tjelesna masa i spolne razlike.

### **1.2.1. Promjene u pubertetu**

Adolescencija je razdoblje u kojoj dolazi do mnogo fizičkih, socijalnih i kognitivnih promjena kod djevojaka i mladića (Voelker, Reel i Greenleaf, 2015), a puberalno sazrijevanje jedno je od njih. Tjelesne i hormonske promjene najznačajnije su promjene koje se odvijaju početkom puberteta. Tjelesne promjene uključuju mijenjanje oblika i veličine tijela te razvoj sekundarnih spolnih karakteristika. Hormonske promjene odnose se na porast hormona – androgena, estrogena i progesterona (Ambrosi-Randić, 2004). Kod djevojaka pubertet dovodi do porasta tjelesne težine i nakupljanja tjelesne masnoće na specifičnim dijelovima tijela, poput struka, bokova, bedara i stražnjice. Sazrijevanjem se djevojke udaljavaju od ideala mršavosti što onda može biti povezano s nezadovoljstvom tijelom, oblikom i izgledom (Pokrajac-Bulian, Stubbs i Ambrosi-Randić, 2004). S druge strane, sazrijevanjem u adolescenciji, mladići se približavaju svojem idealu mišićavosti zbog promjena kao što su rast u visinu, porast mišićne mase i širenje ramena (Erceg Jugović, 2011; Pokrajac-Bulian i sur., 2004). Ovisno o cilju istraživanja, puberalno sazrijevanje može biti procijenjeno na različitim razinama. Ako se žele ispitati raspoloženje ili kognitivni procesi, tada će hormoni služiti kao mjera procjene puberalnog statusa. Ako će predmet istraživanja biti socijalni odgovori na sazrijevanje, tada će promjene na tijelu biti odraz puberalnog statusa. Kod djevojaka, dobrom mjerom puberalnog sazrijevanja pokazuje se menarha, odnosno prva mjesečnica (Ambrosi-Randić, 2004). U skladu s time Petersen, Crockett, Richards i Boxer (1988) konstruirali su mjeru procjene puberalnog statusa kod kojeg se procjenjuje prisutnost ili odsutnost pubertetskih obilježja. Kod djevojaka uz menarhu procjenjuje se i veličina prsa te dlakavost tijela, promjene na koži i porast u visinu. Uz posljednje tri navedene, mjere procjene za mladiće uključuju promjene glasa i dlakavost lica (Petersen i sur., 1988).

Utječe li vrijeme puberalnog sazrijevanja na iskazivanje simptoma poremećaja hranjenja, ispitali su Zehr, Culbert, Sisk i Klump (2007). Uzorak je obuhvaćao oba spola u dobi od 17 do 36 godina. Za procjenu puberalnog razvoja, autori rada koristili su Skalu puberalnog razvoja (engl. *Pubertal Development Scale*, PDS; Petersen i sur. 1988). Ona se inače koristi kao mjera procjene sazrijevanja adolescenata, no ovi autori prilagodili su je starijem uzorku na način da su se ispitanici retrospektivno dosjećali vremena svog puberalnog sazrijevanja. Odnosno, ispitanike se na skali od 1 do 5 pitalo jesu li sazreli puno ranije od

vršnjaka (1), malo ranije od vršnjaka (2), kao i vršnjaci (3), malo kasnije od vršnjaka (4) ili puno kasnije od vršnjaka (5). Kako bi se ispitala simptomatologija poremećaja hranjenja, autori su primijenili Skalu prejedanja (engl. *Binge Eating Scale*, BES; Gormally, Black, Daston i Rardin, 1982) i Upitnik za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008). *EDE-Q* ispituje patologiju poremećaja hranjenja kroz četiri podljestvice. Uz zabrinutost za težinu i oblik tijela, ispituju se zabrinutost za hranjenje i restrikcija istog. Nakon analize rezultata utvrđeno je da oni koji su ranije sazreli imaju značajno više rezultate *BES*-a od onih koji su sazreli kad i vršnjaci. Na gotovo svim podljestvicama *EDE-Q*-a (suzdržavanje od hranjenja, zabrinutost za težinu i zabrinutost za oblik tijela), oni koji su ranije sazreli imali su značajno više rezultate od onih koji su sazreli kasnije ili istovremeno kao i vršnjaci (Zehr i sur., 2007). Povezanost puberalnog statusa i brige o težini i obliku tijela kod djevojčica i djevojaka također su uočili Calzo i sur. (2012), no ista povezanost nije dobivena za dječake i mladiće.

### **1.2.2. Indeks tjelesne mase**

Tjelesna težina bitna je varijabla koja može predstavljati rizik za razvoj poremećaja hranjenja. Primjerice, prema DSM-u V osoba mora imati nisku tjelesnu težinu da bi se zadovoljio jedan od kriterija za dijagnozu anoreksije nervoze (American Psychiatric Association, 2013). Osim objektivne mjere težine (broj kilograma), uz poremećaje hranjenja vezuje se i problem u njezinoj percepciji, zabrinutost za težinu, ponašanja povezana uz kontrolu težine i slično. Tjelesna težina neke osobe može se oblikovati hranjenjem i vježbanjem putem kalorijskoga unosa i razine aktivnosti. Na hranjenje i vježbanje mogu utjecati osobni faktori, poput motivacije, vještina, znanja i navika, ali i daljniji faktori kao što je sociokulturalna okolina (Ambrosi-Randić, 2004). U istraživanjima se kao indikator tjelesne težine koristi indeks tjelesne mase (ITM). ITM izračunava se na način da se težina u kilogramima podijeli kvadratom visine u metrima. Indeks tjelesne mase objektivna je mjera pomoću koje osobe kategoriziramo u jednu od nekoliko skupina – pothranjeni (ITM manji od 18.5), prosječni (ITM od 18.5 – 24.9), prekomjerne težine (ITM od 25 – 29.9) i pretili (ITM veći od 30) (Rø, Reas i Rosenvinge, 2012).

Istraživanjima se nastoji ispitati odnos ITM sa simptomatologijom poremećaja hranjenja pa su tako Calzo i sur. (2012) ispitivali povezanost ITM-a s brigom za težinu i brigom za oblik tijela. Rad je temeljen na uzorku prethodno provedenog longitudinalnog istraživanja koje je obuhvaćalo ispitanike ženskog i muškog spola u dobi od 9 do 18 godina. S obzirom da je riječ

o adolescentima, za izračunavanje ITM-a korišteni su centili koji se odnose na uzorak Amerikanaca. Briga za težinu i briga za oblik tijela mjerene su s tri čestice iz McKnightovog upitnika rizičnih čimbenika (engl. *McKnight Risk Factor Survey*, MRFS-III; Shisslak i sur., 1999). Nakon prikupljenih podataka i analize, rezultati su pokazali da je porast centila ITM-a povezan s više nezadovoljstva tijelom i višom brigom za težinu i oblik tijela. Spol se pokazao značajnim jer su djevojčice i djevojke, u odnosu na dječake i mladiće, imale veću vjerojatnost za iskazivanje nezadovoljstva tijelom te veću vjerojatnost za brigu o težini i obliku tijela. Nadalje, istraživanjem je dobivena interakcija spola, ITM-a i godina. Kod djevojčica i djevojaka su viša tjelesna masa (ITM) i viša dob bili povezani s višom zabrinutošću za težinu i oblik tijela, dok su kod dječaka i mladića niža tjelesna masa i viša dob bili povezani s nižom zabrinutošću za težinu i oblik tijela. Mladići sa zdravim, odnosno normalnim ITM-om iskazivali su višu zabrinutost za težinu i oblik tijela usporedno s dječacima. Ovaj nalaz autori objašnjavaju promjenama u tijelu koje se javljaju za vrijeme puberteta. Naime, kod mladića promjene su gotovo završene te su stoga bliži odraslim muškarcima negoli dječacima (Calzo i sur., 2012). Røa i sur. (2012) također je zanimala ova tematika te su, primjenom Upitnika za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008), na uzorku od 1080 žena (17 – 50 godina), dobili značajnu pozitivnu povezanost ITM-a s ukupnim rezultatom *EDE-Q*-a i rezultatom svih podljestvica. Dobiveni nalaz sugerira da s porastom ITM-a rastu i rezultati na upitniku hranjenja. ITM u ovome istraživanju značajno je objasnio 19% varijance *EDE-Q*-a. Ispitanici su imali prosječan ITM ( $M = 24.6$ ), no 27 njih bilo je pothranjeno, a 138 pretilo. Ukupan *EDE-Q* rezultat pretilih žena bio je dva do tri puta viši negoli kod žena s prosječnim ITM-om (Rø i sur., 2012). Istraživanja na mlađoj skupini potkrepljuju povezanost ITM-a i mjera poremećaja hranjenja. Naime, Sim i Zeman (2006) ispitivali su djevojčice i djevojke u dobi od 9 do 15 godina te su uočili da je ITM značajan prediktor poremećaja hranjenja mjenog Upitnikom navika hranjenja (engl. *The Eating Attitude Test*, EAT; Garner, Olmsted, Bohr i Garfinkel, 1982). U istraživanju na hrvatskom uzorku ITM pokazao se značajnim negativnim prediktorom simptoma anoreksije i bulimije nervoze (Pokrajac-Bulian i sur., 2004).

ITM se nekada u literaturi promatra zajedno s puberalnim statusom te se autori uglavnom usmjeravaju na odnos puberalnog sazrijevanja i visokog ITM- a (prekomjerne težine ili pretilosti). Shodno tome, Tremblay i Lariviere (2009) pronašli su značajnu pozitivnu povezanost vremena puberalnog sazrijevanja i pretilosti, no samo kod djevojaka u dobi od 13 do 16 godina. Calzo i sur. (2012) su, također, pokazali da su prekomjerna težina i pretilost kod

djevojaka povezani s ranijim sazrijevanjem, specifično ranijom menarhom. I u istraživanju Wanga (2002), puberalno sazrijevanje bilo je povezano s debljinom i pretilošću djevojčica i djevojaka, ali i dječaka i mladića. Usporedno s onima koji su sazreli kada i drugi vršnjaci ili kasnije od njih, mladići koji su ranije sazreli imali su manju vjerojatnost za razvoj pretilosti i manji ITM. Djevojke koje su ranije sazrele imale su dva puta veću vjerojatnost za razvoj pretilosti i višu tjelesnu masu (Wang, 2002). Na temelju toga, ranije sazrijevanje pokazuje se rizičnim faktorom za razvoj pretilosti kod djevojaka (Tremblay i Frigon, 2005). Chen i sur. (2019) u novijem su istraživanju pokazali da ITM može biti rizičan faktor za ranije sazrijevanje. Debljina djece bila je prediktor ranijeg sazrijevanja kod oba spola. Točnije, kod djevojaka su prekomjerna težina i pretilost u sedmoj, osmoj, devetoj ili desetoj godini bile prediktor ranijeg sazrijevanja, tj. pojave menarhe u dobi od 11 do 12 godina. Prekomjerna težina i pretilost u dobi od 10 godina prediktor je ranijeg sazrijevanja i kod mladića. Kada su u analizu uključili ispitanike koji nisu bili prekomjerne težine ili pretili prije puberalnog sazrijevanja, puberalni status nije se pokazao povezanim s kasnijim porastom ITM-a kod oba spola (Chen i sur., 2019).

### **1.2.3. Spolne razlike u poremećajima hranjenja**

Poremećaji hranjenja gotovo se uvijek vezuju uz ženski spol, no unazad nekoliko godina istražuje se njihova učestalost i kod muškaraca. Omjer poremećaja hranjenja kod žena u odnosu na muškarce jest devet naprema jedan (Hotujac, 2006). Omjer potvrđuju rezultati prethodno spomenutog istraživanja Zehr i sur. (2007) u kojem su žene, u odnosu na muškarce, imale značajno više rezultate na svim podljestvicama Upitnika za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008). Faccio (1999; prema Ambrosi-Randić, 2004) je nastojao odgovoriti na pitanje zašto je poremećaj hranjenja „ženski poremećaj“. Prvo, žene se lakše suočavaju s manjom konzumacijom hrane od muškaraca zato što je ta sposobnost ženskim predcima omogućila preživljavanje tijekom razdoblja oskudica hrane. Drugo, biološka karakteristika žena, nakupljanje masnoća u masnom tkivu, čak i kada nema dovoljno hrane, može biti povezana s današnjom patologijom hranjenja. Treće, puberalni razvoj žena smatra se složenijim od onog kod muškaraca te bi mogao predstavljati čimbenik ranjivosti. Posljednje, žene pokazuju predispoziciju za pojavu depresije bez poznatog uzroka te takva činjenica može ići u prilog teorijama koje poremećaje hranjenja vide kao oblik depresije (Faccio, 1999; prema Ambrosi-Randić, 2004). Poremećaji hranjenja manje se vezuju uz muški spol i njihova prevalencija jest manja kod muškaraca, ali nezadovoljstvo tijelom prisutno je i kod ovog spola. Nezadovoljstvo

tijelom često se u istraživanjima povezuje s poremećajima hranjenja te bi ovaj konstrukt potencijalno mogao pružiti objašnjenje za pojavnost poremećaja hranjenja kod muškaraca.

### **1.3. Psihološke karakteristike i poremećaji hranjenja**

Istraživanja pokazuju da se i psihološke karakteristike povezuju s poremećajima u hranjenju. Upravo su ovi faktori najbolje istraženi i najčešće spominjani uz patologiju poremećaja hranjenja. Nezadovoljstvo tijelom, samopoštovanje, perfekcionizam, ali i psihijatrijski poremećaji poput depresije i poremećaja ličnosti neke su od psiholoških karakteristika istraženih uz patologiju poremećaja hranjenja (Ambrosi-Randić, 2004). Emocionalna regulacija, također, je jedan od psiholoških čimbenika koji se povezuju s razvojem i održavanjem poremećaja hranjenja (Harrison, Sullivan, Tchanturia i Treasure, 2010; Haynos i Fruzzetti, 2011).

#### **1.3.1. Slika tijela i nezadovoljstvo tijelom**

Slika tijela značajan je aspekt identiteta svake osobe. Može se definirati kao subjektivna predodžba vlastitog tjelesnog izgleda i tjelesnih iskustava koja uključuju percepciju, mišljenje i osjećaje vezane uz vlastito tijelo, njegove pojedinačne dijelove, funkcije, snagu i slično (Ambrosi-Randić, 2004). Ona je multidimenzionalan konstrukt koji se sastoji od perceptivne i subjektivne komponente (Pokrajac-Bulian i sur., 2004). Perceptivna komponenta podrazumijeva točnost procjene veličine, oblika i težine tijela u odnosu na stvarnu sliku tijela (Banfield i McCabe, 2002). Procjena zadovoljstva veličinom, oblikom ili težinom tijela pripada subjektivnoj komponenti koja može biti opća ili se može odnositi na kognitivnu (misli i vjerovanja o tijelu...), emocionalnu (emocije koje osoba doživljava vezano uz izgled) i ponašajnu (izbjegavanje situacija ili objekata koji potiču promišljanja o izgledu) karakteristiku stava prema vlastitom tijelu (Thompson i van den Berg, 2002; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2004). Slika tijela nalazi se na kontinuumu od zdrave do nezdrave percepcije vlastitog tijela. Zdrava percepcija tijela podrazumijeva točno i uglavnom pozitivno viđenje svog tijela, dok nezdrava percepcija tijela objedinjuje netočne i uglavnom negativne stavove o vlastitom tijelu (Voelker i sur., 2015). Često se u istraživanjima ispituje upravo njezina negativna strana, odnosno negativna slika tijela. Nezadovoljstvo tijelom odnosi se na diskrepancu između samopercipirane slike tijela i idealne slike tijela (Gardner, Friedman, Stark i Jackson, 1999). Slika tijela značajna je za psihološki i interpersonalni razvoj adolescenata i najviše se ispituje na tom uzorku (Pokrajac-Bulian i sur., 2004). S obzirom na broj promjena koje se događaju na

tijelu, ne čudi spoznaja da u ovome razdoblju postoji viša usmjerenost na izgled i težinu kao i na njihovu evaluaciju (Abbott i Barber, 2010; Lawler i Nixon, 2011). Iako se promjene u adolescenciji događaju kod oba spola, ipak nezadovoljstvo tijelom učestalije je kod žena što potvrđuje i istraživanje Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović (2007) koje su uočile da je 35.6 % djevojaka nezadovoljno težinom, a 19.4 % izgledom, dok je kod mladića taj postotak značajno manji (13 % ih je nezadovoljno težinom, a 6.8 % izgledom). Djevojke od 12 do 14 godina posebno su osjetljive za razvoj nezadovoljstva tijelom i izgledom (Pokrajac-Bulian i sur., 2007). Većina autora uočava ovaj obrazac nezadovoljstva kod različitih uzoraka, primjerice kod djevojaka u osnovnoj (Bucchianeri, Arikian, Hannan, Eisenberg i Neumark-Sztainer, 2013; Duong i Roberts, 2016) i srednjoj školi (Abbott i Barber, 2010; Bucchianeri i sur., 2013; Duong i Roberts, 2016; Lawler i Nixon, 2011; Pokrajac-Bulian i sur., 2007). Nezadovoljstvo tijelom djevojaka u adolescenciji toliko je učestalo da neki autori nezadovoljstvo vide normativnim za ovo osjetljivo razdoblje (Pokrajac-Bulian i sur., 2007). Unatoč tome što je nezadovoljstvo više kod djevojaka, ono se javlja i kod mladića. Naime, oba spola suočavaju se s nezadovoljstvom vlastitim tijelom, no mehanizam nezadovoljstva različit je među spolovima (Stanford i McCabe, 2002). Mladići su nezadovoljni svojim tijelom ako smatraju da su prekomjerne tjelesne težine, ali i ako misle da su pothranjeni (Stanford i McCabe, 2002). Oni nastoje smanjiti tjelesnu masnoću i povećati svoju mišićnu masu kako bi se približili idealu mišićavosti (Lavender i Anderson, 2010; Pokrajac-Bulian i sur., 2007). Također, žele biti veći u području gornjeg dijela tijela (npr. prsa i ruku) (Moore, 1993). S druge strane, djevojke nastoje dostići ideal mršavosti i pri tome teže nižoj tjelesnoj težini, a nezadovoljstvo tijelom se javlja ako misle da su prekomjerne tjelesne težine (Pokrajac-Bulian i sur., 2007; Sobrino-Bazaga i Rabito-Alcón, 2018). Ove spoznaje potvrđuje i istraživanje Pokrajac-Bulian i sur. (2007) koje su dobile da djevojke žele ostvariti nižu težinu, a mladići naglašavaju kako je njihova idealna veličina teža od realne, odnosno sadašnje. Tjelesna težina pokazuje se najjačim prediktorom nezadovoljstva tijelom (Lawler i Nixon, 2011; Paxton, Eisenberg i Neumark-Sztainer, 2006; Stirling-Moore i Franko, 2002; prema Pokrajac-Bulian i sur., 2004; Sim i Zeman, 2006).

### **1.3.1.1. Poremećaji hranjenja i slika tijela**

Nezadovoljstvo tijelom jedan od najsnažnijih rizičnih i održavajućih faktora za poremećaje hranjenja i neadaptivna hranidbena ponašanja (Shisslak i Crago, 2001; prema Neumark-Sztainer i sur., 2006; Thompson, Heinberg, Altabe i Tantleff-Dunn, 1999; prema Stice i Shaw, 2002). Marco, Perpiñá i Botella (2013) pokazali da je kognitivno bihevioralni tretman liječenja poremećaja prehrane bolji kada uključuje i tehnike koje se usmjeravaju na

sliku tijela. McCabe i Ricciardelli (2004) u svome su longitudinalnom istraživanju potvrdili da je nezadovoljstvo tijelom značajan prediktor strategija za promjenu tjelesnog izgleda kao i za rizična zdravstvena ponašanja kod djevojaka, ali ne i kod mladića. Nezadovoljstvo tijelom bilo je značajan prediktor simptoma bulimije nervoze u istraživanju na hrvatskom uzorku (Pokrajac-Bulian, 1998). U kasnijem istraživanju rezultati su potvrđeni te su Pokrajac-Bulian i sur. (2004) dobili pozitivnu povezanost općeg nezadovoljstva tijelom, mjerenog Upitnikom općeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom (engl. *Body Shape Questionnaire*, BSQ, Cooper, Taylor, Cooper i Fairburn, 1987), i odstupajućih navika hranjenja, mjerenih Upitnikom navika hranjenja (engl. *The Eating Attitude Test*, EAT; Garner i sur., 1982). Opće nezadovoljstvo tjelesnim izgledom pokazalo se najznačajnijim prediktorom simptoma anoreksije i bulimije nervoze. Ti rezultati govore da djevojke koje su nezadovoljne svojim tijelom iskazuju više simptoma poremećaja hranjenja (Pokrajac-Bulian i sur., 2004).

### 1.3.2. Perfekcionizam

Perfekcionizam jest multidimenzionalni konstrukt čija definicija još nije usuglašena među istraživačima. Prva shvaćanja perfekcionizma temeljila su se na pretpostavci da je perfekcionizam jednodimenzionalna neadaptivna crta koja predstavlja faktor rizika za mnogo psihičkih poremećaja. Međutim, daljnjim istraživanjem autori poput Frosta i sur. te Hewitta i Fletta, uočili su da perfekcionizam sadrži nekoliko dimenzija (Greblo, 2012). Frost, Marten, Lahart i Rosenblate (1990) konstruirali su Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (engl. *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS-F) koja se sastoji od 6 dimenzija – zabrinutost zbog pogrešaka, osobni standardi, roditeljska očekivanja, roditeljski kriticism, sumnja u vlastite postupke i organiziranost. Prema Greblo (2012), perfekcionista su oni koji nastoje izbjeći pogreške, imaju visoke osobne standarde, neodlučni su u donošenju odluka te su organizirani i precizni. Sami autori skale smatraju da su visoka roditeljska očekivanja i/ili kriticism moguće središnje komponente perfekcionizma (Frost i sur., 1990). Hewitt i Flett (1991) imali su nešto drugačije viđenje perfekcionizma, prema njima on se sastoji od tri aspekta – perfekcionizam usmjeren na sebe, perfekcionizam usmjeren na druge i društveno propisani perfekcionizam. Perfekcionizam usmjeren na sebe odnosi se postavljanje visokih standarda samima sebi. Prema perfekcionizmu usmjerenom na druge, visoki standardi i sposobnosti očekuju se od drugih, a potreba za dostizanjem visokih standarda uspjeha koje su nametnuli drugi ljudi pripada društveno propisanom perfekcionizmu (Hewitt i Flett, 1991). Na temelju svojih spoznaja, Hewitt i Flett konstruirali su Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma (engl. *Multidimensional Perfectionism Scale*, MPS-H). Iako se istraživači nisu mogli složiti sastoji li



se perfekcionizam od jedne ili više dimenzija te koje bi dimenzije mogle činiti perfekcionizam, ipak rezultati faktorskih analiza dvaju prethodno spomenutih upitnika ukazuju na dva faktora koja bi mogla biti rizična za razvoj psihičkih poremećaja. Prvi faktor naziva se *Pozitivne težnje* i njemu pripadaju osobni standardi i organizacija iz *MPS-F* upitnika i sebi usmjeren perfekcionizam iz *MPS-H* upitnika. Drugi faktor su *Evaluacijske brige* i njemu pripadaju zabrinutost zbog pogrešaka, sumnja u vlastite postupke, roditeljska očekivanja i roditeljski kritičizam iz *MPS-F* upitnika te društveno propisani perfekcionizam iz *MPS-H* upitnika (Frost, Heimberg, Holt, Matti i Neubauer, 1993). Ova dva faktora zajednički se nazivaju kliničkim perfekcionizmom te bi prvi faktor mogao predstavljati adaptivni perfekcionizam, a drugi faktor neadaptivni perfekcionizam (Greblo, 2012). Greblo (2012) smatra kako zaključke o perfekcionizmu treba donositi s oprezom upravo zato što ovise o njegovoj operacionalizaciji i mjernom instrumentu koji se koristi.

#### **1.3.2.1. Poremećaji hranjenja i perfekcionizam**

Među istraživačima i kliničarima postoji slaganje da perfekcionizam ima ulogu u poremećajima hranjenja, posebice u patologiji anoreksije nervoze (Bardone-Cone i sur., 2007). No, postavlja se pitanje prethodi li perfekcionizam simptomima poremećaja hranjenja ili je on njihova posljedica (Boone, Soenens, Vansteenkiste i Braet, 2012). Fairburn, Cooper i Shafran (2003) svojim su modelom pretpostavili da je perfekcionizam održavajući faktor poremećaja hranjenja. Isti autori perfekcionizam vide kao prediktor pretjerane evaluacije hranjenja, brige i težine koji se dalje povezuju s ponašanjima kontrole težine (npr. dijeta). Prema Buliku i sur. (2012), viši rezultati na podljestvicama *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Sumnja u vlastite postupke* (dimenzije Frostovog upitnika) povezuju se s većom vjerojatnošću razvoja simptoma anoreksije i bulimije nervoze. *Zabrinutost zbog pogrešaka* bio je najsnažniji prediktor bulimije nervoze, dok se *Sumnja u vlastite pogreške* uz podljestvicu *Osobni standardi* nije pokazala značajnim prediktorom dva spomenuta poremećaja (Bulik i sur., 2012). Te rezultate potvrdilo je istraživanje Boonea i sur. (2012) koji su dobili snažniju povezanost podljestvica *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Sumnja u vlastite postupke* s patologijom poremećaja hranjenja nego podljestvica *Osobni standardi*.

U istraživanju Castro-Fornielesa i sur. (2007) sudjelovale su djevojke prosječne dobi 16.5 godina s dijagnozom anoreksije ili bulimije nervoze te se pokazalo da one, u odnosu na kontrolnu grupu, imaju viši sebi usmjeren perfekcionizam mjeren Dječjom i adolescentskom skalom perfekcionizma (engl. *The Child and Adolescent Perfectionism Scale*, CAPS; Flett,

Hewitt, Boucher, Davidson i Munro, 1997). Razlika u rezultatima perfekcionizma nije postojala između skupine djevojaka s anoreksijom i djevojaka s bulimijom nervozom (Castro-Fornieles i sur., 2007).

Hewitt, Flett i Ediger (1995) pokazali su da su sebi usmjereni perfekcionizam i društveno propisani perfekcionizam iz Hewittove i Flettove Multidimenzionalne skale perfekcionizma povezani s rezultatima na Upitniku navika hranjenja (engl. The Eating Attitude Test, EAT; Garner i sur., 1982).

Kada je riječ o spolnim razlikama, Rivière i Douilliez (2017) pronašli su povezanost perfekcionizma i poremećaja hranjenja samo kod žena.

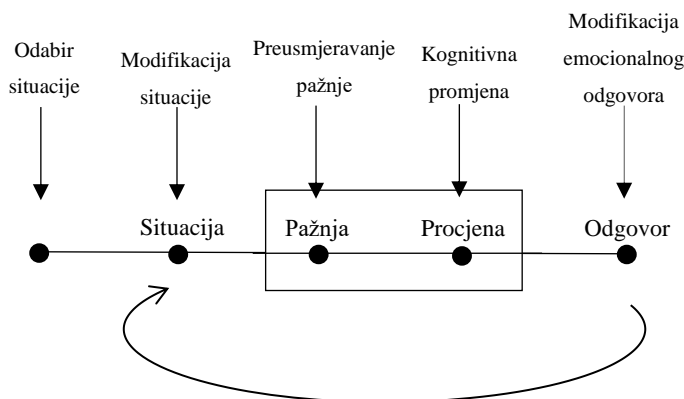
### **1.3.3. Emocionalna regulacija**

Emocionalna regulacija podrazumijeva svjesnost o vlastitim emocijama, njihovo prepoznavanje i imenovanje, uočavanje njihova uzroka, aktivno mijenjanje emocija, prihvaćanje i toleriranje negativnih emocija, suočavanje sa situacijama koje bi mogle izazvati negativne emocije te samopodršku u situacijama stresa (Berking i Whitley, 2014). Koncept emocionalne regulacije zbujujući je za istraživače iz nekoliko razloga. Prema jednom od glavnih autora (Gross, 2008) čiji je fokus istraživanja ovaj koncept, nije jasno odnosi li se emocionalna regulacija na pojam da emocije reguliraju specifične procese u tijelu (npr. krvni tlak...) ili na gledište da su same emocije te koje su regulirane. Ako su emocije te koje su regulirane, pitanje je odnosi li se to na regulaciju vlastitih emocija ili regulaciju emocija kod drugih osoba (Gross, 2008). Unatoč tome što se ovaj koncept više spominje u kontekstu ublažavanja negativnih emocija, emocionalna regulacija uključuje i održavanje emocija, ali i njihovo jačanje.

Nastojeći obuhvatiti sve procese koji pripadaju pojmu emocionalne regulacije, Gross i Thompson (2007) formirali su model koji naglašava 5 točaka u kojima pojedinac može regulirati svoje emocije. Procesni model Grossa i Thompsona (2007) prikazan je na Slici 1.

Slika 1.

*Procesni model emocionalne regulacije*



Kao što sam naziv kaže, *odabir situacije* podrazumijeva korištenje onih ponašanja u kontekstu regulacije emocija koje će pojedinca dovesti u specifičnu situaciju. Ovaj korak zahtijeva razumijevanje karakteristika situacije, kao i prikladnih emocionalnih odgovora na istu. Prepreke učinkovitom odabiru situacije su pogrešna procjena prošlih i budućih emocionalnih odgovora te odabir kratkoročnih koristi od situacije i istovremeno njezinih dugoročnih posljedica.

Sljedeća kategorija emocionalne regulacije jest *modifikacija situacije*. Podjedinici modificiraju situaciju kako bi ona mogla izazvati emociju. Naime, neke situacije ne moraju dovesti do emocionalnog odgovora te ju, stoga, sami možemo promijeniti u skladu s time da izazove određenu emociju. Ovaj oblik emocionalne regulacije jedna je od tehnika roditeljstva kojom roditelji mijenjaju situaciju djeteta i time njegove emocije. Primjerice, dijete ne može složiti kockice pa se osjeća frustrirano. Roditelj mijenja situaciju na način da djetetu pomaže i tako regulira njegovu emociju frustracije, odnosno smanjuje ju.

*Preusmjeravanje pažnje* jedno je od prvih procesa koje se uči u djetinjstvu i ono se sastoji od dvije strategije (distrakcija i koncentracija) kojima se reguliraju emocije.

Nakon odabira i modifikacije situacije te preusmjeravanja pažnje slijedi *kognitivna promjena*. Ona se odnosi na promjenu procjene situacije u kojoj se pojedinac nalazi kako bi promijenio emocije koje doživljava.

Posljednja kategorija u ovome modelu jest *modifikacija emocija*. Ona utječe na sve aspekte emocije, poput doživljaja, emocionalnog ponašanja te fiziološkog odgovora koji se javlja uz emociju. Postoji više načina kojima se fiziološki i iskustveni emocionalni odgovor

može modificirati. Primjerice, vježbanjem i opuštanjem s jedne strane, ali i korištenjem psihoaktivnih supstanci s druge strane. Najčešći oblik emocionalnog ponašanja koji se mijenja jest facijalna ekspresija. Npr. kada pojedinac drugima ne želi pokazati da je tužan, on može modulirati svoju facijalnu ekspresiju kako se emocija tuge ne bi održavala na njegovom licu (Gross i Thompson, 2007).

Prema Grossu i Johnu (2003) prve četiri kategorije ovog procesnog modela odnose se na antecedentne strategije, odnosno one koje pojedinci čine prije nego što je emocionalni odgovor u potpunosti aktiviran i prije no što on promijeni naše ponašanje i fiziološku reakciju. Primjer ove strategije jest ponovna kognitivna procjena situacije. U istraživanju Grossa i Johna (2003) oni koji više koriste ovu strategiju pokazuju optimističnije stavove prema stresnoj situaciji, aktivnu težnju ka promijeni lošeg raspoloženja, više pozitivnih i manje negativnih emocija, skloni su dijeljenju vlastitih emocija s drugim ljudima te pokazuju manje depresivnih simptoma i više zadovoljstva životom.

Posljednja kategorija procesnog modela, modifikacija emocionalnog odgovora uključuje strategije usmjerene na odgovor jer podrazumijeva ono što pojedinac čini nakon aktivacije emocija. Emocionalna supresija ponašanja smatra se strategijom usmjerenom na odgovor. Podjedinici koji češće koriste supresiju kao strategiju skrivaju svoje emocije u stresnim situacijama, nisu sigurni što osjećaju, teže mijenjaju emocionalno stanje, ruminiraju o situacijama zbog kojih doživljavaju negativne emocije te istovremeno negativne emocije doživljavaju češće od onih koji manje koriste supresiju kao strategiju mijenjanja emocionalnog odgovora (Gross i John, 2003).

Emocionalna regulacija počinje se usvajati od ranije dobi. Kada djeca počinju govoriti ona koriste riječi da bi okarakterizirale svoj emocionalni doživljaj (Bretherton, Fritz, Zahn-Waxler i Ridgeway, 1986). Nadalje, u predškolskoj dobi djeca koriste različite ponašajne strategije za savladavanje vlastitih emocija (Zeman, Cassano, Perry-Parrish i Stegall, 2006). Također, u ovome razdoblju djeca uče koristiti i pravila „prikazivanja“ (engl. *display rules*), odnosno kulturalno uvjetovana pravila o prikladnim emocionalnim ponašanjima ovisno o socijalnom kontekstu. Korištenje pravila „prikazivanja“ raste s dobi (Gnepp i Hess, 1986). U razdoblju adolescencije regulacija emocija raste i odluke o strategijama emocionalne regulacije razlikuju se ovisno o motivaciji, vrsti emocija i naravno socijalnom kontekstu (Zeman i sur., 2006). Proces emocionalne regulacije ključan je za zdravo psihološko funkcioniranje. Stresni ili negativni događaj može dovesti do lošije emocionalne regulacije koja tada predstavlja faktor rizika za razvoj neadaptivnih strategija suočavanja sa stresom. Osobe s lošijom regulacijom

emocija koriste neadaptivne strategije za suočavanje sa stresom i na taj način mogu dodatno pojačati negativne emocije (Berking i Whitley, 2014). Prema Cărnuță, Crișan, Vulturar, Opre i Miu (2015), emocionalna deregulacija pokazala se prediktorom lučenja kortizola za kojeg se zna da se pojačano luči u stresnim situacijama. Aparicio, Canals, Arija, De Henauw i Michels (2016) naglašavaju da je način suočavanja s negativnim emocijama jednako bitan segment kao i ono kako ih osoba doživljava.

### **1.3.3.1. Poremećaji hranjenja i emocionalna regulacija**

Emocionalna regulacija je, također, jedan od mehanizama koji se povezuje s poremećajima u hranjenju. Spoznaja da osobe s anoreksijom izvještavaju o visokim razinama aleksitimije može ukazati na povezanost emocionalne regulacije s anoreksijom nervozom. Aleksitimija se odnosi na teškoće u emocionalnom funkcioniranju, odnosno deficite u procesiranju emocija (Kušević i Marušić, 2014). Visok negativan afekt, koji sugerira probleme u emocionalnoj regulaciji, pokazuje se rizičnim prediktorom za poremećaje hranjenja (Lavender i Anderson, 2010). Koliko je uloga emocionalne regulacije važna za problematiku poremećaja ovog tipa pokazuje činjenica da neki teoretičari pretpostavljaju da se poremećaji u hranjenju održavaju zbog problema u emocionalnoj regulaciji (Racine i Wildes, 2013). Racine i Wildes (2013) navode kako postoje četiri poveznice emocionalne regulacije s poremećajima hranjenja. Prvo, problemi u prepoznavanju i razumijevanju emocija prisutni su kod osoba s anoreksijom nervozom. Drugo, pojedinci s anoreksijom nervozom imaju neadaptivna vjerovanja o emocijama koja doprinose izbjegavanju ili mijenjanju emocija koje se javljaju uz poremećaj hranjenja. Treće, osobe s prejedanjem ili purgativnim poremećajem često imaju problema s kontrolom u prisutnosti snažnih emocija, a jedna od karakteristika emocionalne deregulacije je nemogućnost sprječavanja neprikladnih ponašanja kod doživljavanja snažnih emocija. Posljednje, neadaptivne strategije emocionalne regulacije prisutne su kod osoba s poremećajima hranjenja (Racine i Wildes, 2013). Nedostatak vještina i strategija za emocionalnu regulaciju može značiti da će osobe, kako bi se nosile s emocijama, posezati za neprikladnim hranjenjem (Donahue, Reilly, Anderson, Scharmer i Anderson, 2018).

Lavender i Anderson (2010) u svojem su istraživanju ispitivali ulogu emocionalne regulacije u poremećajima hranjenja na uzorku studenata muškog spola. Problemi u emocionalnoj regulaciji, mjereni Skalom teškoća u emocionalnoj regulaciji (engl. *The Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz i Roemer, 2004), bili su značajan prediktor ukupnog rezultata Upitnika za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder*

Examination Questionnaire, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008). *Neprihvatanje emocionalnih odgovora* i *Strategije emocionalne regulacije* bile su dvije podljestvice *DEERS*-a koje su se pokazale značajnima. Prema autorima, muškarci koji nemaju prikladne strategije emocionalne regulacije mogu koristiti ponašanja neadaptivnog hranjenja da bi promijenili ili izbjegli negativne emocije (Lavender i Anderson, 2010). I druga istraživanja pokazuju povezanost emocionalne regulacije, mjerene *DEERS*-om i patologije poremećaja hranjenja, mjerene *EDE-Q*-om (Donahue i sur., 2018; Griffiths, Angus, Murray i Touyz, 2014; Harrison i sur., 2010; Racine i Wildes, 2013; Rowsell, MacDonald i Carter, 2016). Sim i Zeman (2006) emocionalnu regulaciju ispitivali su kroz tri različite dimenzije i mjere. Negativne emocije mjerene su podljestvicom Skale diferencijalnih emocija (engl. *Differential Emotions Scale-IV*, DES-IV; Izard, 1997), suočavanje s negativnim emocijama podljestvicom Dječje skale upravljanja emocijama (engl. *The Children's Emotion Management Scale*, CEMS, Zeman, Shipman i Penza-Clyve, 2001), a emocionalna svjesnost dječjom verzijom Skale emocionalnog izraza (engl. *Emotion Expression Scale*, EESC, Penza-Clyve i Zeman, 2002). Rezultati na prve dvije navedene skale emocionalne regulacije nisu bile prediktori rezultata na Upitniku navika hranjenja (engl. *The Eating Attitude Test*, EAT; Garner i sur., 1982), ali skala emocionalne svjesnosti pokazala se značajnim prediktorom simptoma poremećaja hranjenja. Međutim, djevojke koje su postigle visok rezultat na Upitniku navika hranjenja (engl. *The Eating Attitude Test*, EAT; Garner i sur., 1982), izvještavale su o lošijim strategijama suočavanja te značajno više negativnih emocija i teškoća u prepoznavanju istih (Sim i Zeman, 2006).

S obzirom da se perfekcionizam i emocionalna regulacija nezavisno povezuju s poremećajima hranjenja, istraživače je zanimalo postoji li interakcija među njima. Donahue i sur. (2018) dobili su značajan interakcijski efekt društveno propisanog perfekcionizma (indikatora neadaptivnog perfekcionizma) i rezultata na Skali teškoća u emocionalnoj regulaciji (engl. *The Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz i Roemer, 2004), u objašnjenju varijance ukupnog rezultata na Upitniku za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008). Kao jedan od mehanizama povezanosti ova dva konstrukta pokazuje se proces ruminacije. U istraživanju Rivière i Douilliez (2017) ruminacija, kao neadaptivan način suočavanja s negativnim emocijama, pokazala se medijatorom odnosa perfekcionizma i simptoma poremećaja hranjenja mjerena Upitnikom navika hranjenja (engl. *The Eating Attitude Test*, EAT; Garner i sur., 1982).

## 2. Cilj, problemi i hipoteze rada

Cilj ovog rada jest ispitati odnos perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji s učestalošću javljanja simptoma poremećaja hranjenja kod srednjoškolaca. S obzirom na cilj, postavljeni su sljedeći problemi:

1. Ispitati odnos perfekcionizma, problema u emocionalnoj regulaciji i javljanja simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata.
2. Ispitati odnos spola i indeksa tjelesne mase s učestalošću javljanja simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata uz kontrolu puberalnog statusa

Vodeći se dosadašnjim teorijskim spoznajama i problemima koji se žele ispitati, postavljene su hipoteze:

- 1a. Očekuje se da će adaptivni perfekcionizam (viši rezultat na podljestvici *Osobni standardi*) biti povezan s manje izraženim problemima u emocionalnoj regulaciji, dok će neadaptivni perfekcionizam (viši rezultati na podljestvicama *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Roditeljska očekivanja i prigovaranja*) biti povezan s više izraženim problemima u emocionalnoj regulaciji.
- 1b. Očekuje se da će adaptivni perfekcionizam (viši rezultat na podljestvici *Osobni standardi*) i neadaptivni perfekcionizam (viši rezultati na podljestvicama *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Roditeljska očekivanja i prigovaranja*) biti povezani s učestalijim javljanjem simptoma poremećaja hranjenja.
- 1c. Očekuje se da će problemi u emocionalnoj regulaciji biti povezani s učestalijim javljanjem simptoma poremećaja hranjenja.
- 2a. Očekuje se da će se kod djevojaka simptomi poremećaja hranjenja javljati učestalije u odnosu na mladiće uz kontrolu puberalnog statusa.
- 2b. Očekuje se da će djevojke s višim indeksom tjelesne mase i mladići s nižim indeksom tjelesne mase pokazivati učestalije javljanje simptoma poremećaja hranjenja.

### 3. Metoda

#### 3.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovao 651 ispitanik, pri tome 321 osoba ženskoga spola, a 328 ispitanika muškoga spola. Dvoje ispitanika nije navelo svoj spol. Svi ispitanici su učenici prvih razreda srednjih škola Primorsko-goranske županije s rasponom dobi od 14 do 16.5 godina ( $M=15$ ,  $SD=0.32$ ). Većina učenika pohađa četverogodišnju ili petogodišnju strukovnu školu (67.9 %), odnosno najveći broj učenika školuje se u Medicinskoj školi u Rijeci (23.7 %). Prema dobivenim podacima, za 98 % učenika mjesto obrazovanja nalazi se u gradu Rijeci. Najveći broj ispitanika tijekom školovanja živi s roditeljima ili starateljima (85.3 %). Svi podaci prikupljeni su na redovnim sistematskim pregledima u ordinacijama školske medicine Primorsko-goranske županije.

#### 3.2. Instrumentarij

U istraživanju su korištena tri upitnika prilagođena hrvatskom uzorku – *DERs-16*, *MDPS* i *EDE-Q*.

**Skala teškoća u emocionalnoj regulaciji** (engl. *Difficulties in Emotion Regulation Scale*, *DERs-16*; Bjureberg i sur., 2016) skraćena je verzija skale za ispitivanje problema u emocionalnoj regulaciji Graza i Roemera (2004). Skala je pri konstrukciji pokazala dobru unutarnju konzistenciju ( $\alpha = .92$ ) i visoku povezanost s duljom verzijom od 36 čestica ( $r = .93$ ) (Bjureberg i sur., 2016). *DERs-16* koristi se kao globalna procjena problema u emocionalnoj regulaciji, no može se dobiti i ispitanikovo funkcioniranje kroz pet domena. Naime, *DERs-16* uključuje pet podljestvica, a to su neprihvatanje negativnih emocija (npr. *Kad sam uzrujan, osjećam se slabim.*), nemogućnost uključivanja u cilju usmjerena ponašanja (npr. *Kad sam uzrujan, teško završavam zadatke.*), teškoće s kontrolom impulzivnih ponašanja u trenutku distresa (npr. *Kad sam uzrujan, gubim kontrolu.*), ograničen pristup djelotvornim strategijama emocionalne regulacije (npr. *Kad sam uzrujan, moji me osjećaji potpuno obuzmu.*) i nedostatak shvaćanja emocije koju osoba doživljava (npr. *Moji me osjećaji zbunjuju.*). Ispitanici čestice procjenjuju na skali od 5 stupnjeva pri čemu 1 znači *Gotovo nikad*, a 5 znači *Gotovo uvijek*. Ukupan rezultat se izračunava zbrajanjem svih čestica pri tome viši rezultat na skali predstavlja višu emocionalnu deregulaciju, odnosno više problema u emocionalnoj regulaciji.



Upitnik je već korišten na hrvatskom uzorku te je potvrđena njegova jednofaktorska struktura i zadovoljavajuća pouzdanost ( $\alpha = .92$ ) (Barbarić, 2019).

Sljedeća skala jest prilagođena verzija **Multidimenzionalne skale perfekcionizma** (engl. *Multidimensional perfectionism scale*, MDPS; Frost i sur., 1990). Originalna skala sadrži šest podljestvica, no u ovom su korištene četiri – *Osobni standardi*, *Zabrinutost zbog pogrešaka*, *Roditeljska očekivanja* i *Roditeljska prigovaranja*. Odluka o skraćivanju ove skale donesena je zbog samog istraživanja. Naime, u istraživanju (čiji je dio i ovaj diplomski rad) korišten je veći broj skala te bi zadržavanje originalnog broja čestica moglo dovesti do zamora ispitanika. Također, ove četiri podljestvice dodane su zbog hipoteza koje su se željele ispitati, a čiji je fokus upravo na konstruktima koje ispituju ove podljestvice. U originalnoj skali posljednje dvije navedene podljestvice promatraju se odvojeno, no u ovom istraživanju one zajedno čine jednu podljestvicu. Naime, Stöber (1998) je predložio smanjen broj faktora s originalnih 6 na 4 te su prema njemu *Roditeljska očekivanja* i *Roditeljska prigovaranja* jedna podljestvica.

Za provjeru faktorske strukture korištena je metoda glavnih osi uz kosokutnu rotaciju te je dobivena trofaktorska struktura. Kao metoda ekstrakcije odabran je Kaiser-Guttmanov kriterij prema kojemu se odabire onaj broj faktora koji pokazuje vrijednost karakterističnog korijena iznad 1. Svi faktori ukupno su objasnili 44.08 % varijance MDSP-a. Čestice *Multidimenzionalne skale perfekcionizma* koje su korištene u ovom istraživanju, kao i njihova zasićenja na faktorima, prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1.

*Zasićenja i komunaliteti prilagođene Multidimenzionalne skale perfekcionizma (MDSP)*

<i>Čestica</i>	<i>OS</i>	<i>ZZP</i>	<i>ROP</i>	<i>h<sup>2</sup></i>
10. Moji roditelji uvijek očekuju od mene da budem izvrstan.	<b>.81</b>	.33	.38	.68
4. Moji roditelji žele da budem najbolji u svemu.	<b>.80</b>		.38	.65
8. U mojoj obitelji samo je savršena izvedba dovoljno dobra.	<b>.62</b>		.50	.42
11. Mislim da nikada neću moći zadovoljiti očekivanja svojih roditelja.	<b>.60</b>		.56	.45
1. Kao dijete kažnjavali su me ako ne bih savršeno odradio zadatke.	<b>.44</b>		.34	.20
5. Postavljam sebi više ciljeve nego što to čini većina mojih vršnjaka.		<b>.84</b>		.71
9. Imam iznimno visoke ciljeve.		<b>.74</b>		.55
12. Čini mi se da drugi ljudi za sebe prihvaćaju niže standarde nego što to ja činim.	.32	<b>.57</b>	.34	.36
7. Ako djelomično pogriješim, to je jednako loše kao da sam pogriješio u cjelini.	.37	.32	<b>.63</b>	.41

6. Ako netko obavi zadatak u školi bolje od mene, osjećam se potpuno neuspješno u zadatku.	.30	<b>.55</b>	.31
3. Trebao bih biti uzrujan ako napravim pogrešku.		<b>.55</b>	.31
2. Ako ne uspijem u školi, neuspješan sam kao osoba.	.36	<b>.48</b>	.25
<b>Eigen vrijednosti</b>	<b>2.88</b>	<b>2.14</b>	<b>2.49</b>

Legenda: OS-Osobni standardi, ZZP-Zabrinutost zbog pogrešaka, ROP-Roditeljska očekivanja i prigovaranja, h<sup>2</sup>- komunalitet

Na temelju Tablice 1. može se reći da sve čestice imaju zasićenja na jednakom faktoru/podljestvici kao i u originalnom upitniku (Frost i sur., 1990). **Osobni standardi** uključuju tri čestice (npr. *Imam iznimno visoke ciljeve.*), **Zabrinutost zbog pogrešaka** četiri čestice (npr. *Neuspješan sam kao osoba ako ne uspijem u školi.*), a **Roditeljska očekivanja i prigovaranja** pet čestica (npr. *Moji roditelji žele da budem najbolji u svemu.*). Prilagođena skala ukupno sadrži 12 čestica te su ispitanici iste procjenjivali na skali Likertova tipa od 1 (*Uopće se ne slažem*) do 5 (*U potpunosti se slažem*). Zbrojem svih čestica dobiva se ukupan rezultat pri čemu viši ukupan rezultat predstavlja viši perfekcionizam (Host, 2019). Originalan upitnik (Frost i sur., 1990) već je korišten na hrvatskom uzorku u istraživanju Zubčić i Vulić-Prtorić (2008) za čije je potrebe on preveden na hrvatski jezik. U tom radu, Cronbachova alfa za cijelu skalu iznosila je .90, za podljestvicu *Osobni standardi* .79, za podljestvicu *Zabrinutost zbog pogrešaka* .86, za podljestvicu *Roditeljska očekivanja* .79 te za podljestvicu *Roditeljska prigovaranja* .61 (Zubčić i Vulić-Prtorić, 2008).

Posljednji jest **Upitnik za ispitivanje poremećaja prehrane** (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008). *EDE-Q* je mjera samoprocjene za ispitivanje patologije poremećaja hranjenja. Prva verzija upitnika sastoji se od 36 čestica, dok se u istraživanju koristila novija verzija od 28 čestica prevedena na hrvatski jezik. Sve čestice u upitniku odnose se na posljednja četiri tjedna, odnosno zadnjih 28 dana. Ispitanici procjenjuju čestinu ponašajnih karakteristika poremećaja hranjenja izraženu kroz broj ponašajnih epizoda i broj dana kada su se ponašanja javljala. Upitnik se sastoji od četiri podljestvice, a to su **Suzdržavanje** (npr. *Koliko si često u posljednjih 28 dana imao jasnu želju za praznim želucem s ciljem utjecanja na oblik ili težinu tijela?*), **Zabrinutost za hranjenje** (npr. *Koliko si dana, u proteklih 28 dana, jeo u tajnosti (npr. krišom ili potajno)?*), **Zabrinutost za težinu** (npr. *U proteklih 28 dana je li tvoja težina utjecala na to kako razmišljaš o sebi kao osobi?*) i **Zabrinutost za oblik tijela** (npr. *U proteklih 28 dana koliko si bio nezadovoljan svojim oblikom tijela?*). Za svakog ispitanika može se izračunati ukupan *EDE-Q* rezultat, kao i rezultat na pojedinim podljestvicama.

Prnjak i Jukic (2020) validirali su *EDE-Q* upitnik na hrvatskom jeziku i njihova struktura preuzeta je za ovo istraživanje. Prema rezultatima validacijske studije, sve čestice pripadaju faktorima kao kod originalne skale, osim čestice 10 (*Koliko si često u posljednjih 28 dana imao izražen strah da bi mogao dobiti na težini?*) koja nije uzeta u analizu jer se model bez ove čestice najbolje slaže s originalnim upitnikom (Prnjak i Jukic, 2020). Stoga, niti u ovom istraživanju čestica 10 nije dodana u izračun ukupnog rezultata i rezultata podljestvice *Zabrinutost za oblik tijela*.

Osim navedenih skala, važne mjere bile su **skala Puberalnog statusa** i izračun **indeksa tjelesne mase**. Puberalni status procjenjivali su liječnici opće medicine na Tannerovoj skali od 5 stadija. James M. Tanner i R.H. Whitehouse konstruirali su ovu skalu koja postoji u dvije verzije, za mladiće i za djevojke. Skala je slikovni prikaz puberalnog razvoja kroz pet stadija. Kod djevojaka se procjenjuje količina pubičnih dlačica i veličina grudi, a kod mladića količina pubičnih dlačica i veličina spolovila (Roberts, 2016).

Da bi se dobio indeks tjelesne mase (ITM), prikupljeni su podaci o visini i težini ispitanika. Ispitanici su vagani i mjereni od strane liječnika opće medicine. Dobiveni podaci preračunati su pomoću uobičajene formule u ITM (težina u kilogramima kroz kvadrat visine u metrima). Pomoću tablice centila (Jureša, Musil i Kujundžić Tiljak, 2010; prema Kukić, 2017) ispitanici su podijeljeni u kategorije uhranjenosti – pothranjenost (ITM ispod 5. centila za dob i spol), normalna težina (ITM od 5. do 84. centila za dob i spol), prekomjerna težina (ITM od 85. do 94. centila za dob i spol) te pretilost (ITM jednak ili veći 95. centila za dob i spol).

### 3.3. Postupak istraživanja

Istraživanje diplomskog rada dio je projekta *Rizični i zaštitni čimbenici u razvoju povišene tjelesne težine i pretilosti u adolescenciji* kojeg financira Sveučilište u Rijeci. Ispitanicima je u ordinacijama školske medicine podijeljen skup upitnika koje su u prosjeku rješavali 10 minuta. Zamoljeni su da pažljivo pročitaju uputu i pitanja. List koji su ispitanici rješavali sadržavao je pitanje o spolu, skalu od 9 čestica koja je ispitivala njihovo slobodno vrijeme, skalu koja propituje razloge vježbanja, *Upitnik teškoća u emocionalnoj regulaciji*, *Multidimenzionalnu skalu perfekcionizma*, *Upitnik za ispitivanje poremećaja hranjenja* i *Trofaktorski upitnik hranjenja*. Uz to, ispitanici su morali navesti broj obroka u danu, doručkuju li, konzumiraju li i koliko često određenu hranu (slatkiši, grickalice, brza hrana, voće i povrće) te kojom se fizičkom aktivnošću bave i koliko često. Nakon ispunjavanja navedenog skupa upitnika, ispitanici su otišli u ured liječnika opće prakse te skup upitnika predali njima. U uredu

liječnika opće prakse slijedio je redovan sistematski pregled, a za potrebe ovog istraživanja liječnik opće prakse prikupio je informacije o vrsti škole, mjestu školovanja, mjestu življenja, dobi, visini, težini, puberalnom statusu, dobi menarhe kod djevojaka te informacije o bolestima i konzumaciji psihoaktivnih tvari.

## 4. Rezultati

### 4.1. Deskriptivni pokazatelji

Tijekom istraživanja o ispitanicima su prikupljene i informacije o stadiju puberalnog razvoja pa se tako 413 ispitanika nalazi se u petom stadiju, 179 u četvrtom, a 3 u trećem stadiju. Za 56 ispitanika nisu dobivene informacije o puberalnom statusu. Nadalje, prikupljeni podaci o visini i težini ispitanika preračunati su u indeks tjelesne mase pomoću tablice centila (Jureša, Musil i Kujundžić Tiljak, 2010; prema Kukić, 2017) te su podaci prikazani u Tablici 2. Za 24 ispitanika nisu poznati podaci o visini i težini.

Tablica 2.

*Broj (i postotak) ispitanika prema stadijima uhranjenosti i spolu*

Kategorija uhranjenosti	Djevojke	Mladići	Ukupno
Pothranjenost	9 (2.8%)	7 (2.1%)	16 (2.5%)
Normalna težina	228 (71%)	240 (73.2%)	468 (71.9%)
Prekomjerna težina	35 (10.9%)	40 (12.2%)	75 (11.5%)
Pretilost	38 (11.8%)	30 (9.1%)	68 (10.4%)

Svi prikupljeni podaci analizirani su pomoću programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Za početak, izračunati su deskriptivni podaci za svaki od upitnika te su oni prikazani u Tablici 3.

Tablica 3.

*Deskriptivni parametri i pouzdanosti ispitanih varijabli*

Naziv varijable	k	M	SD	SKW	KTS	K-S	$\alpha$
Problemi u emocionalnoj regulaciji (DERS-16)	16	2.07	0.78	0.81	0.15	.01**	.91
Perfekcionizam (MDSP)	12	1.94	0.65	0.89	0.77	.08**	.82
Roditeljska očekivanja i prigovaranja	5	1.77	0.83	1.34	1.50	.18**	.79
Osobni standardi	3	2.55	1.08	0.41	-0.62	.10**	.76

<i>Zabrinutost zbog pogrešaka</i>	4	1.73	0.71	1.29	1.60	.16**	.65
Simptomatika poremećaja hranjenja (EDE-Q)	21	0.87	1.00	1.84	3.70	.19**	.94
<i>Suzdržavanje</i>	5	0.82	1.19	2.03	4.34	.24**	.84
<i>Zabrinutost za hranjenje</i>	5	0.45	0.80	2.81	8.61	.29**	.75
<i>Zabrinutost za oblik tijela</i>	7	1.28	1.40	1.38	1.28	.18**	.90
<i>Zabrinutost za težinu</i>	5	1.05	1.30	1.59	2.00	.21**	.84

Legenda: broj čestica (k); aritmetička sredina (M); standardna devijacija (SD); simetričnost distribucije (SKW); spljoštenost distribucije (KTS); Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti ( $\alpha$ ); \*\*  $p < .01$

Iz Tablice 3. može se iščitati kako se prosječni odgovori ispitanika kreću oko nižih vrijednosti skala procjene. Kolmogorov-Smirnov test svih skala i podljestvica ukazuje na odstupanje od normalne distribucije, stoga je odlučeno da će se u obzir uzeti vrijednosti simetričnosti i spljoštenosti. Prema kriteriju Tabachnick i Fidell (2013) ako se vrijednost simetričnosti kreće između -2 i 2, tada se distribucija može smatrati normalnom i može se koristiti parametrijska statistika. Prema ovom kriteriju, podljestvice *Suzdržavanje* i *Zabrinutost za hranjenje* jedine su varijable čija vrijednost simetričnosti seže iznad kriterija  $\pm 2$ . Međutim, Kline (2005) smatra da se distribucija može smatrati normalnom ako se vrijednost simetričnosti varijabli nalazi između -3 i 3. Stoga se, prema njegovom kriteriju sve varijable u Tablici 3. mogu smatrati normalno distribuiranima te se iz tog razloga može provesti parametrijska statistika. Pouzdanost upitnika i podljestvica je umjerena do visoka. Podljestvica perfekcionizma, *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\alpha = .65$ ), jedina ima pouzdanost nižu od granične vrijednosti ( $\alpha = .70$ ).

#### 4.2. Korelacije među varijablama

S ciljem provjere povezanosti među varijablama izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije između varijabli emocionalne deregulacije, perfekcionizma i njegovih podljestvica, simptomatologije poremećaja hranjenja i podljestvica te demografskih varijabli poput spola, puberalnog statusa i centila indeksa tjelesne mase. Dobivene vrijednosti prikazane su u Tablici 4.

Tablica 4.

*Koeficijenti korelacije između problema u emocionalnoj regulaciji, perfekcionizma i simptomatologije poremećaja hranjenja*

	ER	PERF	ROP	OS	ZZP	EDEQ	SUZD	ZH	ZO	ZT	ITMc	Spol	PS
ER	1	.40**	.32**	.22**	.42**	.37**	.21**	.41**	.39**	.36**	.04	-.17**	.05
PERF		1	.84**	.71**	.75**	.33**	.30**	.36**	.29**	.27**	-.01	.10*	-.02
ROP			1	.33**	.48**	.27**	.20**	.30**	.25**	.23**	-.01	.10*	-.03
OS				1	.34**	.15*	.24**	.16**	.09*	.09*	.00	.13**	.01
ZZP					1	.36**	.28**	.38**	.35**	.33**	.01	.00	-.02
EDEQ						1	.78**	.80**	.93**	.93**	.38**	-.27**	.09*
SUZD							1	.55**	.57**	.59**	.30**	-.10**	.06
ZH								1	.67**	.68**	.19**	-.19**	.03
ZO									1	.91**	.35*	-.31**	.11**
ZT										1	.36**	-.29**	.10*
ITMc											1	-.02	.10*
Spol												1	-.27**
PS													1

Legenda: ER-problemi u emocionalnoj regulaciji, PERF-ukupni perfekcionizam, ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka, EDEQ-simptomatologija poremećaja hranjenja (ukupni), SUZD-suzdržavanje, ZH-zabrinutost za hranjenje, ZO-zabrinutost za oblik tijela, ZT-zabrinutost za težinu, ITMc-centili indeksa tjelesne mase, Spol (0 = djevojke, 1 = mladići), PS-puberalni status; \*p < .05, \*\*p < .01

Analizom korelacija dobivena je značajna povezanost među glavnim konstruktima – problemi u emocionalnoj regulaciji, perfekcionizam i simptomatologija poremećaja hranjenja. Sve povezanosti mogle bi se okarakterizirati kao niske pozitivne korelacije, ali značajne.

Podljestvice perfekcionizma međusobno su u niskoj do umjerenoj pozitivnoj korelaciji. *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* imaju višu međusobnu korelaciju ( $r = .48$ ) od korelacija tih pojedinačnih varijabli s *Osobnim standardima* ( $r = .33$ ;  $r = .34$ ). Takva viša međusobna korelacija bila je očekivana zbog hipoteze da su te podljestvice obje dio neadaptivnog perfekcionizma, a *Osobni standardi* dio adaptivnog. *Zabrinutost za oblik tijela* i *Zabrinutost za težinu* imaju međusobno vrlo visoku korelaciju ( $r = .91$ ). Naime, u literaturi ove se dvije podljestvice često promatraju zajedno. Povrh toga, jedna od čestica (8. *Koliko si često razmišljao o obliku ili težini tijela, što ti je otežavalo koncentriranje na stvari koje te zanimaju?*) koristi se za izračun ukupnog rezultata za obje podljestvice. *Suzdržavanje* i *Zabrinutost za hranjenje* pokazuju umjerenu povezanost s ostalim podljestvicama (od  $r = .55$  do  $r = .68$ ).

Iz Tablice 4. može se iščitati kako ITM centili nisu povezani s problemima u emocionalnoj regulaciji i ukupnim perfekcionizmom, što govori da težina i visina ispitanika nisu povezani s ukupnim rezultatom na skalama kojima su mjereni ovi konstrukti. Nadalje, uočava se pozitivna povezanost ITM centila s ukupnim rezultatom na *EDE-Q* skali i njezinim podljestvicama. Spol sa svim ispitanim konstruktima pokazuje povezanost, osim s centilima ITM-a i podljestvicom *Zabrinutost zbog pogrešaka*. S jedne strane, uočava se povezanost ženskog spola s više problema u emocionalnoj regulaciji te višom simptomatologijom poremećaja hranjenja, s druge strane, ženski spol ima nisku povezanost s višim perfekcionizmom općenito i s višim *Roditeljskim očekivanjima i prigovaranjima* te *Osobnim standardima*. Puberalni status ima nisku, ali značajnu pozitivnu povezanost s centilima ITM, ukupnim rezultatom na *EDE-Q* skali i njezinim podljestvicama; *Zabrinutost za oblik tijela* i *Zabrinutost za težinu*.

### 4.3. Hijerarhijske regresijske analize

Za potrebe provjere postavljenih hipoteza, provedene su hijerarhijske regresijske analize. Prema Berryju (1993), prije provedbe regresijskih analiza potrebno je provjeriti preduvjete za njihovo provođenje.

Prvo, zavisna varijabla mora biti kontinuirana, a sve prediktorske varijable kontinuirane ili kategorijalne. U ovome istraživanju ovaj uvjet je zadovoljen.

Drugo, rezultati na prediktorskim varijablama moraju imati varijabilitet, što vrijedi i za ovo istraživanje.

Treće, ne smije postojati potpuna multikolinearnost među prediktorima. Ova pretpostavka provjerena je pomoću *Variance inflation factor*-a (VIF). Prema Myersu (1990; prema Field, 2009), sve vrijednosti VIF-a ispod 10 smatraju se prihvatljivima, a s obzirom da se vrijednosti dobivene u ovoj analizi kreću oko 1, može se reći da je zadovoljena i ova pretpostavka.

Četvrto, reziduali na svakoj razini prediktora moraju imati istu varijancu, čime bi bila zadovoljena pretpostavka o homoscedasticitetu. Također, jedna od pretpostavki jest i linearan odnos među prediktorima. Ove pretpostavke provjerene su pomoću p-p grafova koji prikazuju odnos očekivanih vrijednosti i reziduala. P-p grafovi koji uključuju ukupan *EDE-Q* rezultat ili njegove podljestvice pokazali su odstupanja te se zato pokušalo s izbacivanjem ekstremnih rezultata (z-vrijednost iznad 4 ili 5). Distribucija prije i ona nakon uklanjanja ekstrema



uspoređene su te se one nisu razlikovale, stoga je donesena je odluka da se zadrži originalan broj ispitanika i nastavi raditi s originalnim podacima. Također, Upitnik za ispitivanje poremećaja hranjenja (EDE-Q) klinički je instrument koji se u ovome istraživanju koristio na nekliničkom uzorku čiji se rezultati kreću oko nižih vrijednosti skale procjene. Naime, za neklinički uzorak nije očekivano postojanje varijabiliteta u procjenama na EDE-Q skali. Rø i sur. (2012) koristili su regresijsku analizu za ispitivanje doprinosa varijabli ukupnom EDE-Q rezultatu unatoč heteroscedascitetu, stoga su hijerarhijske regresijske analize odabrane i za ovo istraživanje.

Nadalje, još je važno da su rezultati zavisne varijable dobiveni na nezavisnim ispitanicima te da pogreške moraju biti nezavisne i biti normalno distribuirane (Berry, 1993).

#### 4.3.1. Doprinosa perfekcionizma u objašnjenju problema u emocionalnoj regulaciji

Za provjeru prve hipoteze, koliko podljestvice perfekcionizma doprinose u objašnjenju problema u emocionalnoj regulaciji, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. S obzirom na povezanost spola s *Osobnim standardima, Roditeljskim očekivanjima i prigovaranjima* te problemima u emocionalnoj regulaciji, spol je u hijerarhijsku regresijsku analizu uvršten kao kontrolna varijabla u prvi korak. Drugi korak činile su tri podljestvice perfekcionizma te su dobiveni rezultati prikazani u Tablici 5.

Tablica 5.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa perfekcionizma u objašnjenju problema u emocionalnoj regulaciji*

	Prediktori	B	B	R	R <sup>2</sup>	F	ΔR <sup>2</sup>	ΔF
1.korak	Spol	-.27	-.17**	.17	.03	18.27**		
2.korak	Spol	-.31	-.20**	.48	.24	44.94**	.20	52.25**
	ROP	.15	.16**					
	OS	.06	.09*					
	ZZP	.34	.31**					

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka;

\*p < .05, \*\*p < .01

U prvome koraku spol statistički značajno objašnjava 3% varijance problema u emocionalnoj regulaciji (F = 18.27, df = 1, 589; p < .01). Prema tome, djevojke iskazuju više problema u emocionalnoj regulaciji od mladića. Nakon što su u drugome koraku dodane

podljestvice perfekcionizma, cijeli model objašnjava 24 % varijance problema u emocionalnoj regulaciji ( $F = 44.99$ ,  $df = 4$ ,  $586$ ;  $p < .01$ ). Uvođenjem novih varijabli u model došlo je do promjene objašnjene varijance kriterija za 20 % ( $\Delta F = 52.25$ ,  $df = 3$ ,  $586$ ;  $p < .01$ ). Spol ( $\beta = -.20$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .16$ ;  $p < .01$ ), *Osobni standardi* ( $\beta = .09$ ;  $p < .05$ ) i *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .31$ ;  $p < .01$ ) su prediktori koji značajno doprinose objašnjenju varijance problema u emocionalnoj regulaciji.

#### 4.3.2. Doprinos spola, indeksa tjelesne mase, perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju simptomatologije poremećaja hranjenja

Kako bi se provjerile preostale hipoteze, pomoću pet hijerarhijskih regresijskih analiza nastojao se ispitati doprinos pojedinih varijabli u objašnjenju ukupnog *EDE-Q* rezultata i rezultata njegovih podljestvica. U prvi korak svih pet analiza dodan je puberalni status s ciljem njegove kontrole. U drugom koraku dodani su spol i centili ITM. Nadalje, u trećem koraku dodane su podljestvice perfekcionizma – *Osobni standardi*, *Zabrinutost za pogreške te Roditeljska očekivanja i prigovaranja*. U posljednji korak dodan je rezultat na *DERS-16* skali. Ovih pet analiza prikazano je u sljedećim tablicama i one su se međusobno razlikovale s obzirom na kriterijsku varijablu. U Tablici 6. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize čiji je kriteriji ukupan *EDE-Q* rezultat.

Tablica 6.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosna spola, ITM, podljestvica perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju ukupnog EDE-Q rezultata*

	Prediktori	B	$\beta$	R	$R^2$	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1.korak	PS	.16	.08	.08	.01	2.74		
2.korak	PS	-.08	-.04	.45	.20	39.43**	.20	57.45**
	Spol	-.49	-.24**					
	ITMc	.01	.38**					
3.korak	PS	-.09	-.04	.59	.35	42.02**	.15	35.83**
	Spol	-.55	-.28**					
	ITMc	.01	.39**					
	ROP	.21	.17**					
	OS	.05	.05					
	ZZP	.38	.26**					
4.korak	PS	-.07	-.04					
	Spol	-.47	-.24**					
	ITMc	.01	.38**					
	ROP	.16	.13**					

OS	.04	.04					
ZZP	.30	.20**					
ER	.24	.19**	.62	.38	40.43**	.03	20.41**

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); PS-puberalni status; ITMc-centili indeksa tjelesne mase; ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka; ER-problema u emocionalnoj regulaciji; \*  $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Puberalni status, dodan u prvome koraku, nije se pokazao značajnim prediktorom ukupnog *EDE-Q* rezultata ( $p > .05$ ). Spol i centili ITM dodani su u drugome koraku te su zajedno objasnili 20 % varijance kriterijske varijable ( $F = 39.43$ ,  $df = 3$ , 470;  $p > .01$ ). Dodavanjem ovih varijabli u model došlo je do značajne promjene u objašnjenju varijance ukupnog *EDE-Q* rezultata upravo za 20 % ( $\Delta F = 57.45$ ,  $df = 2$ , 470;  $p < .01$ ). Spol ( $\beta = -.24$ ;  $p < .01$ ) i centili ITM ( $\beta = .38$ ;  $p < .01$ ) u drugome su koraku značajni prediktori navedenog kriterija. Prema dobivenim rezultatima, djevojke su pokazale učestalije javljanje simptoma poremećaja prehrane u odnosu na mladiće. U trećem koraku, spol ( $\beta = -.28$ ;  $p < .01$ ) i centili ITM ( $\beta = .39$ ;  $p < .01$ ) i dalje su ostali značajni prediktori kriterija, uz podljestvice perfekcionizma, *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .17$ ;  $p < .01$ ) te *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .26$ ;  $p < .01$ ). Uvođenjem varijabli perfekcionizma u model dodatno je objašnjeno 15 % ( $\Delta F = 35.83$ ,  $df = 3$ , 467;  $p < .01$ ), čime je trećim korakom ukupno objašnjeno 35 % varijance kriterija ( $F = 42.02$ ,  $df = 6$ , 467;  $p < .01$ ). U četvrtom koraku dodani su problemi u emocionalnoj regulaciji, koji su se pokazali značajnim prediktorom ukupnog *EDE-Q* rezultata ( $\beta = .19$ ;  $p < 0.01$ ) uz varijable koje su bile značajne i u prethodnom koraku (spol ( $\beta = -.24$ ;  $p < .01$ ), centili ITM ( $\beta = .38$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .13$ ;  $p < .01$ ) i *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .20$ ;  $p < .01$ )). Uvođenjem problema u emocionalnoj regulaciji u model dodatno je objašnjeno 3 % varijance kriterija ( $\Delta F = 20.41$ ,  $df = 1$ , 466;  $p < .01$ ). Sve varijable u modelu ukupno su objasnile 38 % varijance ukupnog *EDE-Q* rezultata ( $F = 40.43$ ,  $df = 7$ , 466;  $p < .01$ ).

U sljedećim tablicama bit će prikazane hijerarhijske regresijske analize u kojima su kriteriji podljestvice *EDE-Q*. Kao i u prethodnoj analizi, gdje je ukupni *EDE-Q* rezultat kriterij, puberalni status dodan je u prvi korak, spol i centili ITM u drugi korak, podljestvice perfekcionizma u treći korak, a problemi u emocionalnoj regulaciji u četvrti korak analize.

Tablica 7. prikazuje rezultate hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterijska varijabla podljestvica *Suzdržavanje*.

Tablica 7.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa spola, ITM, podljestvica perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju **Suzdržavanja***

	Prediktori	B	$\beta$	R	R <sup>2</sup>	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1.korak	PS	.12	.05	.05	.00	1.07		
2.korak	PS	-.02	-.01	.31	.10	18.29**	.10	26.85**
	Spol	-.18	-.07					
	ITMc	.01	.30**					
3.korak	PS	-.05	-.02	.44	.19	19.74**	.09	19.22**
	Spol	-.25	-.10*					
	ITMc	.01	.31**					
	ROP	.11	.08					
	OS	.21	.19**					
	ZZP	.22	.13**					
4.korak	PS	-.05	-.02	.44	.19	17.27**	.00	2.20
	Spol	-.22	-.09*					
	ITMc	.01	.30**					
	ROP	.10	.07					
	OS	.21	.18**					
	ZZP	.19	.11*					
	ER	.10	.07					

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); PS-puberalni status; ITMc-centili indeksa tjelesne mase; ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka; ER-problemi u emocionalnoj regulaciji; \*p < .05, \*\* p < .01

Puberalni status dodan u prvom koraku nije se pokazao značajnim prediktorom *Suzdržavanja* ( $p > .05$ ). U drugome koraku samo su centili ITM značajni prediktori zadanog kriterija ( $\beta = .30$ ;  $p < .01$ ). Varijable u ovom koraku objasnile su 10 % varijance kriterija ( $F = 18.29$ ,  $df = 3$ , 509;  $p < .01$ ) te je njihovim dodavanjem došlo do značajne promjene u objašnjavanju varijance kriterija za tih 10 % ( $\Delta F = 26.85$ ,  $df = 2$ , 509;  $p < .01$ ). U trećem koraku uz centile ITM ( $\beta = .31$ ;  $p < .01$ ), značajni prediktori kriterija bili su spol ( $\beta = -.10$ ;  $p < .05$ ) te dvije podljestvice perfekcionizma, *Osobni standardi* ( $\beta = .19$ ;  $p < .01$ ) i *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .13$ ;  $p < .01$ ). Spol kao značajan prediktor ukazuje na to da djevojke, za razliku od mladića, pokazuju učestalije javljanje simptoma koji se vezuju uz suzdržavanje. Trećim korakom objašnjeno je 19% varijance *Suzdržavanja* ( $F = 19.74$ ,  $df = 6$ , 506;  $p < .01$ ), odnosno uvođenjem podljestvica perfekcionizma u model dodatno je objašnjeno 9 % varijance kriterija ( $\Delta F = 19.22$ ,  $df = 3$ , 506;  $p < .01$ ). U posljednjem koraku pridodan je rezultat na *DEERS-16* skali, no on se nije pokazao značajnim prediktorom kriterija ( $p > .05$ ). Značajni prediktori u četvrtom koraku ostaju jednaki kao i u trećem koraku, odnosno spol ( $\beta = -.09$ ;  $p < .05$ ), centili ITM

( $\beta = .30$ ;  $p < .01$ ), *Osobni standardi* ( $\beta = .18$ ;  $p < .01$ ) i *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .11$ ;  $p < .05$ ) i dalje su jedini značajni prediktori *Suzdržavanja*.

U Tablici 8. prikazani su rezultati hijerarhijske regresijske analize u kojemu je kriterijska varijabla *Zabrinutost za hranjenje*.

Tablica 8.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa spola, ITM, podljestvica perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju Zabrinutosti za hranjenje*

	Prediktori	B	$\beta$	R	R <sup>2</sup>	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1.korak	PS	.08	.05	.05	.00	1.25		
2.korak	PS	-.04	-.02	.26	.07	12.25**	.07	17.70**
	Spol	-.31	-.19**					
	ITMc	.01	.18**					
3.korak	PS	-.04	-.02	.48	.23	24.33**	.16	34.02**
	Spol	-.34	-.21**					
	ITMc	.01	.19**					
	ROP	.18	.18**					
	OS	.03	.04					
	ZZP	.31	.27**					
4.korak	PS	-.02	-.01	.53	.28	27.38**	.05	35.62**
	Spol	-.25	-.15**					
	ITMc	.01	.18**					
	ROP	.13	.13**					
	OS	.01	.01					
	ZZP	.22	.19**					
	ER	.27	.26**					

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); PS-puberalni status; ITMc-centili indeksa tjelesne mase; ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka; ER-problema u emocionalnoj regulaciji; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Kao i u prethodnim analizama, puberalni status nije se pokazao značajnim prediktorom kriterijske varijable u prvome koraku ( $p > .05$ ). Spol i centili ITM dodani su u drugom koraku te su zajedno objasnili 7 % varijance kriterija ( $F = 12.25$ ,  $df = 3$ , 505;  $p < .01$ ), što je u odnosu na prvi korak dovelo do promjena u objašnjenju varijanci upravo za 7 % ( $\Delta F = 17.70$ ,  $df = 2$ , 505;  $p < .01$ ). Spol ( $\beta = -.19$ ;  $p < .01$ ) i centili ITM ( $\beta = .18$ ;  $p < .01$ ) jedini su značajni prediktori u drugom koraku. Prema tome, djevojke pokazuju učestalije javljanje simptoma koji se vezuju uz *Zabrinutost za hranjenje* nego mladići. Nadalje, nakon što su u model dodane podljestvice perfekcionizma objašnjeno je 23 % varijance *Zabrinutosti za hranjenje* ( $F = 24.33$ ,  $df = 6$ , 502;  $p < .01$ ), što je porast u objašnjenju varijanci kriterija za 16 % ( $\Delta F = 34.02$ ,  $df = 3$ , 502;

$p < .01$ ). Uz spol ( $\beta = -.21$ ;  $p < .01$ ) i centile ITM ( $\beta = .19$ ;  $p < .01$ ), koji su bili značajni i u prethodnom koraku, *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .18$ ;  $p < .01$ ) te *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .27$ ;  $p < .01$ ) značajni su prediktori kriterija u trećemu koraku. U posljednjem koraku dodan je rezultat na *DEERS-16* skali. Cijeli model objasnio je 28 % varijance *Zabrinutosti za hranjenje* ( $F = 27.38$ ,  $df = 7$ , 501;  $p < .01$ ), a dodavanjem problema u emocionalnoj regulaciji u posljednji korak dodatno je objašnjeno 5 % varijance ispitano g kriterija ( $\Delta F = 35.62$ ,  $df = 1$ , 501;  $p < .01$ ). U posljednjem koraku značajni prediktori kriterija su : spol ( $\beta = -.15$ ;  $p < .01$ , centile ITM ( $\beta = .18$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .13$ ;  $p < .01$ ), *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .19$ ;  $p < .01$ ) te problemi u emocionalnoj regulaciji ( $\beta = .26$ ;  $p < .01$ ).

Četvrtom hijerarhijskom analizom nastojao se ispitati doprinos pojedinih varijabli u objašnjenju *Zabrinutosti za težinu*. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 9.

Tablica 9.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinos a spola, ITM, podljestvica perfekcionizma i problemi u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju Zabrinutosti za težinu*

	Prediktori	B	$\beta$	R	R <sup>2</sup>	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1.korak	PS	.21	.08	.08	.01	3.11		
2.korak	PS	-.12	-.04	.46	.21	43.96**	.20	64.00**
	Spol	-.70	-.27**					
	ITMc	.02	.38**					
3.korak	PS	-.10	-.04	.58	.33	40.34**	.12	29.22**
	Spol	-.74	-.29**					
	ITMc	.02	.38**					
	ROP	.22	.14**					
	OS	.02	.01					
	ZZP	.48	.25**					
4.korak	PS	-.08	-.03	.60	.36	40.06**	.03	26.08**
	Spol	-.63	-.24**					
	ITMc	.02	.37**					
	ROP	.16	.10*					
	OS	-.01	-.01					
	ZZP	.37	.20**					
	ER	.34	.21**					

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); PS-puberalni status; ITMc-centile indeksa tjelesne mase; ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka; ER-problemi u emocionalnoj regulaciji; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Puberalni status nije se pokazao značajnim prediktorom kriterijske varijable u prvom koraku ( $p > .05$ ). Varijablama u drugom koraku objašnjeno je ukupno 21 % varijance ( $F = 43.96$ ,  $df = 3$ ,  $496$ ;  $p < .01$ ), odnosno uvođenje spola i centila ITM dovelo je do značajne promjene u objašnjenju varijanci ( $\Delta F = 64.00$ ,  $df = 2$ ,  $496$ ;  $p < .01$ ). Spol ( $\beta = -.27$ ;  $p < .01$ ) i centili ITM ( $\beta = .38$ ;  $p < .01$ ) značajni su prediktori kriterija u ovome koraku. Djevojke su te koje imaju više rezultate na ispitanoj kriterijskoj varijabli od mladića. U ovome slučaju, djevojke pokazuju učestalije javljanje zabrinutosti za težinu u odnosu na mladiće. Kao i u prethodnim analizama, podljestvice perfekcionizma dodane su u treći korak te su zajedno s ostalim varijablama objasnile 33 % varijance *Zabrinutosti za težinu* ( $F = 40.34$ ,  $df = 6$ ,  $493$ ;  $p < .01$ ). Njihovim uvođenjem u model došlo je do promjene u objašnjenju varijanci kriterija za 12 % ( $\Delta F = 29.22$ ,  $df = 3$ ,  $493$ ;  $p < .01$ ). Uz spol ( $\beta = -.29$ ;  $p < .01$ ) i centile ITM ( $\beta = .38$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .14$ ;  $p < .01$ ) te *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .25$ ;  $p < .01$ ) značajni su prediktori kriterija u ovom koraku analize. Problemi u emocionalnoj regulaciji, uvedeni u zadnjem koraku i doprinijeli su povećanju objašnjene varijance kriterija za 3 %. ( $\Delta F = 26.08$ ,  $df = 1$ ,  $492$ ;  $p < .01$ ) Konačan model objašnjava 36 % varijance kriterija ( $F = 40.06$ ,  $df = 7$ ,  $492$ ;  $p < .01$ ), a značajni prediktori su : spol ( $\beta = -.24$ ;  $p < .01$ ), centili ITM ( $\beta = .37$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .10$ ;  $p < .05$ ), *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .20$ ;  $p < .01$ ) i problemi u emocionalnoj regulaciji ( $\beta = .21$ ;  $p < .01$ ).

U Tablici 10. prikazani su rezultati posljednje hijerarhijske regresijske analize u kojoj je kriterij bila varijabla *Zabrinutost za oblik tijela*.

Tablica 10.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa spola, ITM, podljestvica perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju Zabrinutosti za oblik tijela*

	Prediktori	B	$\beta$	R	$R^2$	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1.korak	PS	.27	.09*	.09	.01	4.30*		
2.korak	PS	-.10	-.03	.46	.21	44.02**	.20	63.33**
	Spol	-.82	-.29**					
	ITMc	.02	.36**					
3.korak	PS	-.10	-.04					
	Spol	-.87	-.31**					
	ITMc	.02	.36**					
	ROP	.27	.16**					
	OS	.00	.00					

	ZZP	.54	.26**	.58	.34	42.32**	.13	32.24**
4.korak	PS	-.09	-.03					
	Spol	-.75	-.27**					
	ITMc	.02	.36**					
	ROP	.20	.12**					
	OS	-.02	-.01					
	ZZP	.40	.20**					
	ER	.38	.21**	.61	.38	42.16**	.04	27.48**

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); PS-puberalni status; ITMc-centili indeksa tjelesne mase; ROP-roditeljska očekivanja i prigovaranja, OS-osobni standardi, ZZP-zabrinutost zbog pogrešaka; ER-problemi u emocionalnoj regulaciji; \*p < .05, \*\*p < .01

Za razliku od prethodnih analiza, u prvome koraku posljednje hijerarhijske regresijske analize puberalni status ( $\beta = .09$ ;  $p < .05$ ) pokazao se značajnim prediktorom podljestvice *Zabrinutost za oblik tijela* te je objasnio 1 % varijance ispitanog kriterija ( $F = 4.30$ ,  $df = 1$ , 494;  $p < .05$ ). U drugom koraku, spol ( $\beta = -.29$ ;  $p < .01$ ) i centili ITM ( $\beta = .36$ ;  $p < .01$ ) značajni su prediktori kriterijske varijable. U ovoj analizi, također, djevojke postižu više rezultate na kriterijskoj varijabli, što bi značilo da djevojke pokazuju učestalije javljanje zabrinutosti za oblik tijela od mladića. Uvođenjem novih varijabli u drugi korak dodatno je objašnjeno 20 % ( $\Delta F = 63.33$ ,  $df = 2$ , 492;  $p < .01$ ). U skladu s time, varijable u drugom koraku analize ukupno su objasnile 21 % varijance *Zabrinutosti za oblik tijela* ( $F = 44.02$ ,  $df = 3$ , 492;  $p < .01$ ). Uvođenjem podljestvica perfekcionizma u treći korak došlo je do povećanja objašnjenja varijance za 13 % ( $\Delta F = 32.24$ ,  $df = 3$ , 489;  $p < .01$ ) te time sve varijable u ovom koraku objašnjavaju 34 % varijance *Zabrinutosti za oblik tijela* ( $F = 42.32$ ,  $df = 6$ , 489;  $p < .01$ ). Spol ( $\beta = -.31$ ;  $p < .01$ ), centili ITM ( $\beta = .36$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .16$ ;  $p < .01$ ) te *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .26$ ;  $p < .01$ ) značajni su prediktori kriterija u trećem koraku. Varijabla problemi u emocionalnoj regulaciji uvedena je u posljednji korak i njezinim dodavanjem objašnjena varijanca kriterija povećala se za 4 % ( $\Delta F = 27.48$ ,  $df = 1$ , 488;  $p < .01$ ). Cijeli model objasnio je 38 % varijance *Zabrinutosti za hranjenje* ( $F = 42.16$ ,  $df = 7$ , 488;  $p < .01$ ). U posljednjem koraku, spol ( $\beta = -.27$ ;  $p < .01$ ), centili ITM ( $\beta = .36$ ;  $p < .01$ ), *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* ( $\beta = .12$ ;  $p < .01$ ), *Zabrinutost zbog pogrešaka* ( $\beta = .20$ ;  $p < .01$ ) i problemi u emocionalnoj regulaciji ( $\beta = .21$ ;  $p < .01$ ) značajni su prediktori zadanog kriterija.



### 4.3.3. Doprinos spola, indeksa tjelesne mase i njihove interakcije u objašnjenju simptomatologije poremećaja hranjenja

Kako bi se provjerilo doprinosi li interakcija spola i centila ITM *EDE-Q* varijablama, provedene su hijerarhijske regresijske analize. U svim analizama spol je dodan u prvi korak, centili ITM u drugi, a njihova interakcija u treći korak. Interakcijska varijabla umnožak je z-vrijednosti spola i centila ITM. U Tablici 11. prikazana je hijerarhijska regresijska analiza kojom se ispitaio doprinos navedenih varijabli u objašnjenju ukupnog *EDE-Q* rezultata.

Tablica 11.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa spola, ITM i njihove interakcije u objašnjenju ukupnog EDE-Q rezultata*

	Prediktori	B	$\beta$	R	R <sup>2</sup>	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1. korak	Spol	-.52	-.27**	.27	.07	43.30**		
2. korak	Spol	-.50	-.26**	.46	.21	73.31**	.14	95.98**
	ITMc	.01	.37**					
3. korak	Spol	-.50	-.26**	.46	.21	49.20**	.00	0.99
	ITMc	.01	.37**					
	Interakcija	-.04	-.04					

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); ITMc- centili indeksa tjelesne mase; \*p < .05, \*\*p < .01

U prvom koraku spol je značajan prediktor kriterija ( $\beta = -.27$ ;  $p < .01$ ) te je objasnio 7 % njegove varijance ( $F = 43.30$ ,  $df = 1, 561$ ;  $p < .01$ ). Značajnost spola kao prediktora pokazuje da djevojke izražavaju učestalije javljanje simptoma poremećaja hranjenja usporedno s mladićima. Dodavanjem centila ITM u drugi korak, došlo je do značajne promjene u objašnjenju varijanci za 14 % ( $\Delta F = 95.98$ ,  $df = 1, 560$ ;  $p < .01$ ), što znači da su spol i centili ITM zajedno objasnili 21 % varijance ukupnog *EDE-Q* rezultata ( $F = 73.31$ ,  $df = 2, 560$ ;  $p < .01$ ). Prema tome, u drugome su koraku spol ( $\beta = -.26$ ;  $p < .01$ ) i centili ITM ( $\beta = .37$ ;  $p < .01$ ) značajni prediktori kriterija. U treći korak analize dodana je interakcija spola i centila ITM, no ona nije bila značajan prediktor ukupnog *EDE-Q* rezultata ( $p > .05$ ).

Doprinos interakcije ispitan je i za *EDE-Q* podljestvice. Interakcija spola i centila ITM nije bila značajan prediktor *Suzdržavanja* ( $F = 22.30$ ,  $df = 3, 615$ ;  $p > .05$ ), *Zabrinutosti za hranjenje* ( $F = 14.83$ ,  $df = 3, 607$ ;  $p > .05$ ) te *Zabrinutosti za oblik tijela* ( $F = 53.26$ ,  $df = 3, 592$ ;  $p > .05$ ), no pokazala se značajnim prediktorom u objašnjenju varijance *Zabrinutosti za težinu*.

Rezultati doprinosa interakcije u objašnjenju podljestvice *Zabrinutost za težinu* prikazani su u Tablici 12.

Tablica 12.

*Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa spola, ITM i njihove interakcije u objašnjenju Zabrinutosti za težinu*

	Prediktori	B	$\beta$	R	R <sup>2</sup>	F	$\Delta R^2$	$\Delta F$
1. korak	Spol	-.72	-.28**	.28	.08	51.50**		
2. korak	Spol	-.70	-.27**	.45	.20	77.01**	.13	94.48**
	ITMc	.02	.36**					
3. korak	Spol	-.70	-.27**	.46	.21	53.02**	.01	4.21*
	ITMc	.02	.35**					
	Interakcija	-.10	-.08*					

Legenda: Spol (0 = djevojke, 1 = mladići); ITMc- centili indeksa tjelesne mase; \*p < .05, \*\*p < .01

U prvom koraku spol se pokazao značajnim prediktorom *Zabrinutosti za težinu* ( $\beta = -.28$ ;  $p < .01$ ) te je objasnio 8 % njegove varijance ( $F = 51.50$ ,  $df = 1, 599$ ;  $p < .01$ ). Značajnost spola kao prediktora ukazuje da se kod djevojaka učestalije javlja zabrinutost za težinu negoli kod mladića. Dodavanjem centila ITM došlo je do promjene u objašnjenju varijanci kriterija za 13 % ( $\Delta F = 94.48$ ,  $df = 1, 598$ ;  $p < .01$ ) te su spol i centili ITM objasnili ukupno 20 % varijance kriterija ( $F = 77.01$ ,  $df = 2, 598$ ;  $p < .01$ ). Uz spol ( $\beta = -.27$ ;  $p < .01$ ), centili ITM ( $\beta = .36$ ;  $p < .01$ ) pokazali su se značajnim prediktorom *Zabrinutosti za težinu*. Interakcija spola i centila ITM dodana je u zadnji korak te je došlo do male, ali značajne promijene u objašnjenju varijanci kriterija za 1 % ( $\Delta F = 4.21$ ,  $df = 1, 597$ ;  $p < .05$ ). Prema tome, spol ( $\beta = -.27$ ;  $p < .01$ ), centili ITM ( $\beta = .35$ ;  $p < .01$ ) i njihova interakcija ( $\beta = -.08$ ;  $p < .05$ ) značajni su prediktori *Zabrinutosti za težinu* te su ukupno objasnili 21 % varijance tog kriterija ( $F = 53.02$ ,  $df = 3, 597$ ;  $p < .01$ ). Interakcijski odnos pokazuje da djevojke izvještavaju o višoj zabrinutosti za svoju težinu u odnosu na mladiće, a zabrinutost za težinu, kod oba spola, raste kako rastu i centili ITM.

#### **4.3.4. Prikaz čestica Upitnika za ispitivanje poremećaja prehrane koje ne pripadaju izračunu ukupnog rezultata te skale**

Šest čestica ispituju koliko je puta ili dana ispitanik nešto činio u zadnjih četiri tjedana (28 dana). Ispitanicima na ovim česticama nije ponuđena skala procjene, već oni sami moraju navesti broj. Zbog raznovrsnosti odgovora, ove čestice ne uključuju se u izračun ukupnog

rezultata na *EDE-Q* skali. Čestice koje pripadaju ovoj skupini su: EDE-Q 13 („*Koliko si puta u proteklih 28 dana pojeo ono što bi drugi ljudi smatrali neobično velikom količinom hranom (pod istim okolnostima)?*“), EDE-Q 14 („*Koliko si puta u tim situacijama imao osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem (koji ti se javio dok si jeo)?*“), EDE-Q 15 („*U koliko je DANA u proteklih 28 dana došlo do takvih epizoda prejedanja (npr. pojeo si neobično veliku količinu hrane i imao si osjećaj gubitka kontrole u tim trenucima)?*“), EDE-Q 16 („*Koliko si puta u proteklih 28 dana namjerno izazvao povraćanje kako bi kontrolirao oblik ili težinu tijela?*“), EDE-Q 17 („*Koliko si puta u proteklih 28 dana uzimao laksative (tablete koje olakšavaju pražnjenje crijeva) kako bi kontrolirao oblik ili težinu tijela?*“) i EDE-Q 18 („*Koliko si puta u proteklih 28 dana vježbao na kompulzivan način (kao da te nešto tjera na vježbanje i ne možeš se tome oduprijeti) kako bi kontrolirao težinu, oblik tijela ili količinu masnoće ili kako bi sagorio kalorije?*“). U Tablici 13. prikazani su prosječni odgovori ispitanika na ove čestice ovisno spolu.

Tablica 13.

*Aritmetičke sredine i standardne devijacije odgovora na 6 čestica EDE-Q skale ovisno o spolu*

Spol		EDE-Q 13	EDE-Q 14	EDE-Q 15	EDE-Q 16	EDE-Q 17	EDEQ- 18
Djevojke	M	2.58	0.94	1.10	0.25	0.29	1.45
	SD	5.12	3.16	2.96	1.79	3.39	4.32
Mladići	M	2.32	0.40	0.72	0.08	0.08	1.95
	SD	4.56	1.31	2.50	0.47	0.45	6.27

Prosječni odgovori u Tablici 13. niže su vrijednosti te ukazuju na niski stupanj kontrole hranjenja i ponašanja povezanih s težinom i oblikom tijela, što odgovara specifičnosti nekliničkog uzorka. Na temelju analize odgovora može se reći da je oko 95 % djevojaka i mladića navelo da je u zadnjih 28 dana 10 puta ili manje jelo neobično veliku količinu hrane, od čega njih 50 % niti jednom nije jelo neobičnu količinu hrane u posljednjih 28 dana. Njih 96 % u posljednjih 28 dana 3 puta ili manje osjećalo je gubitak kontrole nad jedenjem. Kod 97 % ispitanika u proteklom razdoblju od 4 tjedna, u 5 ili manje dana došlo je do prejedanja. Većina ispitanika (98 %) samo su jednom ili niti jednom namjerno izvali povraćanje kako bi kontrolirali svoju težinu i oblik tijela. Gledano po spolu, 99 % djevojaka 5 je puta ili manje koristilo strategiju povraćanja, a 99 % mladića samo je jednom ili niti jednom koristilo povraćanje kao kontrolu težine i oblika tijela. Prema ovome nalazu, djevojke su češće koristile

povraćanje kao strategiju kontrole svog tijela negoli mladići. Pet puta ili manje u posljednjih 28 dana, oko 92 % ispitanika koristilo je laksative za kontrolu težine i oblika tijela. Oko 98 % ispitanika je jednom ili niti jednom kompulzivno vježbalo kako bi kontrolirali težinu i oblik svoga tijela. Većina ispitanika (70 % ili više) nisu niti jednom imali osjećaj gubitka kontrole jedenjem, niti jednom nisu se prejedali te niti jednom nisu koristili povraćanje, laksative i kompulzivno vježbanje kao metodu kontrole težine i oblika tijela.

## 5. Rasprava

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati odnos perfekcionizma, problema u emocionalnoj regulaciji i učestalosti javljanja simptoma poremećaja hranjenja kod adolescenata. Dodatno su u obzir uzete i spolne razlike, centili indeksa tjelesne mase te puberalni status. Skale i podljestvice kojima su mjereni ovi konstrukti pokazali su umjerenu do visoku pouzdanost te, prema nekim kriterijima (Kline, 2005), zadovoljavajuću simetričnost. Glavni ispitivani konstrukti (perfekcionizam, problemi u emocionalnoj regulaciji i simptomatologija poremećaja hranjenja) međusobno su pokazali niske, no značajne korelacije. Pridodana varijabla spol korelirala je s gotovo svim varijablama, osim s centilima ITM te podljestvicom perfekcionizma, *Zabrinutost zbog pogrešaka*. Centili ITM pokazali su korelaciju samo sa simptomima poremećaja hranjenja, odnosno ukupnim rezultatom na Upitniku za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008). i rezultatima na njegovim podljestvicama. Puberalni status korelirao je sa spolom, centilima ITM, ukupnim *EDE-Q* rezultatom, te njegovim podljestvicama – *Zabrinutost za težinu* i *Zabrinutost za oblik tijela*.

Da bi se provjerile hipoteze, provedene su hijerarhijske regresijske analize. Prvom hijerarhijskom analizom dobiveno je da su sve podljestvice perfekcionizma značajni prediktori skale problema u emocionalnoj regulaciji. Nadalje, provedene su regresije u kojima je kriterijska varijabla bio ukupan *EDE-Q* rezultat ili jedna od njegovih podljestvica. *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Roditeljska očekivanja i prigovaranja*, koja pripadaju neadaptivnom perfekcionizmu, bila su prediktor svih *EDE-Q* varijabli osim *Suzdržavanja*. Naime, *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Osobni standardi* jedine su podljestvice perfekcionizma čiji je doprinos objasnio varijancu *Suzdržavanja*. Problemi u emocionalnoj regulaciji bili su značajan prediktor ukupnog *EDE-Q* rezultata i rezultata na svim *EDE-Q* podljestvicama osim *Suzdržavanja*. Kao što je očekivano, spol se pokazao prediktorom svih *EDE-Q* varijabli te su djevojke pokazale viši rezultat na svim mjerenim kriterijima. Centili ITM, također, su prediktori svih ispitanih kriterijskih varijabli te se viša tjelesna masa povezuje s učestalijim javljanjem simptoma poremećaja hranjenja. Da bi se ispitao doprinos interakcije spola i centila ITM provedene su hijerarhijske regresijske analize, no interakcija se pokazala značajnim prediktorom samo jednog ispitanog kriterija, *Zabrinutosti za težinu*.

## 5.1. Odnos perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji

Prema hipotezi, očekivano je da će adaptivni perfekcionizam biti povezan s manje problema u emocionalnoj regulaciji, no to nije dobiveno. Hipoteza se temeljila na viđenju Frosta i sur. (1993) da adaptivni perfekcionizam obuhvaća faktor nazvan *Pozitivne težnje* čiji je dio i korištena podljestvica, *Osobni standardi*. Oni s višim rezultatima na tom faktoru mogu se okarakterizirati kao adaptivni perfekcionista koji koriste adaptivne metode suočavanja (Burns i Fedewa, 2005). Na temelju toga, pretpostavljeno je da će oni imati i manje problema u emocionalnoj regulaciji jer emocionalna regulacija kao konstrukt, između ostalog, uključuje suočavanje sa situacijama koje bi mogle izazvati negativne emocije (Berking i Whitley, 2014). Prema tome, adaptivni perfekcionista postigli bi viši rezultat na skali *Osobni standardi* i imali bi manje problema u emocionalnoj regulaciji zbog adaptivnijih metoda suočavanja. No, analizom to nije dobiveno. Chan (2009) je u svome istraživanju dobio da i neadaptivni perfekcionista imaju više rezultate na podljestvici *Osobni standardi*. Prema tom nalazu, rezultat samo na ovoj podljestvici ne može govoriti je li netko adaptivni ili neadaptivni perfekcionista i time se ne može pretpostavljati niti njegova emocionalna regulacija.

Nadalje, kako je pretpostavljeno, neadaptivni perfekcionizam, odnosno viši rezultati na podljestvicama *Roditeljska očekivanja i pregovaranja* te *Zabrinutost zbog pogrešaka*, bio je prediktor više problema u emocionalnoj regulaciji. Hipoteza je izvedena iz viđenja Frosta i sur. (1993) da navedene podljestvice perfekcionizma čine faktor *Neadaptivne evaluacijske brige* na kojima neadaptivni perfekcionista postižu više rezultate. Neadaptivni perfekcionista su oni koji su skloniji maladaptivnom obliku suočavanja (Burns i Fedewa, 2005). Chan (2009) je, također, potvrdio da neadaptivni perfekcionista postižu visoke rezultate na navedenim podljestvicama *Multidimenzionalne skale perfekcionizma*.

Osim toga, u svome radu Chan (2009) je ispitivao odnos (ne)adaptivnog perfekcionizma i emocionalne inteligencije, a jedna od dimenzija Skale emocionalne inteligencije (engl. *Emotional Intelligence Scale*, EIS-12, Chan, 2003), koju je koristio u svome istraživanju, jest i regulacija emocija. Kao potvrdu rezultata dobivenih u ovome istraživanju, Chan (2009) je uočio da adaptivni perfekcionista imaju značajno višu emocionalnu regulaciju od neadaptivnih perfekcionista.

Neadaptivni perfekcionista teže nerealno visokim ciljevima pri čemu njihova nedostižnost pruža izliku za neuspjeh (Greblo, 2012). U tome kontekstu, postavljanje visokih, ali nedostižnih ciljeva predstavlja lošu tehniku suočavanja s neuspjehom, ali i emocijama koje

se javljaju uz isti. Pojedinci s neadaptivnom karakteristikom perfekcionizma mogu razmišljati i ruminirati o stresnim događajima, kao i katastrofično doživljavati stresne događaje (Rudolph, Flett i Hewitt, 2007), upravo zbog lošije emocionalne regulacije. Lošija emocionalna regulacija ima za posljedicu brojne probleme, a među njima i poremećaje hranjenja. Jednako tako, autori smatraju da se neadaptivni perfekcionizam veže uz razne oblike psihopatologije (Bardone-Cone i sur., 2007), a s druge strane ima i onih koji obje vrste perfekcionizma povezuju s rizikom za razvoj poremećaja prehrane (Boone, Soenens, Braet i Goossens 2010).

Hijerarhijska regresijska analiza pokazala je i da je spol značajan prediktor problema u emocionalnoj regulaciji. Neovisno o rezultatu perfekcionizma, djevojke imaju lošiju emocionalnu regulaciju od mladića. Dobiveni nalaz potvrđuje istraživanje Bendera, Reinholdt-Dunnea, Esbjørna i Ponsa (2012) koji su, također, dobili više problema u emocionalnoj regulaciji kod adolescentica. Ipak, neka istraživanja ne nalaze spolne razlike, poput onog Jabeen, Anis-ul-Haque i Naveed Riaz (2013). Bender i sur. (2012) smatraju da ne postoji dovoljno jasan razlog dobivenih spolnih razlika. Jedna od mogućnosti jest da muškarci brže i automatski reguliraju svoje emocije (McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli i Gross, 2008). Druga opcija može sezati iz nalaza da djevojke koriste lošije strategije suočavanja (Hampel i Petermann, 2006) i doživljavaju više srama i krivnje od mladića (Hamilton i Jensvold, 1992; prema Neumann, van Lier, Gratz i Koot, 2009). Naime, neke od čestica Skale teškoća u emocionalnoj regulaciji (engl. Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS-16; Bjureberg i sur., 2016) upravo se usmjeravaju na osjećaj srama i nemogućnosti kontrole, odnosno problema u suočavanju.

## **5.2. Odnos perfekcionizma i učestalosti javljanja simptoma poremećaja hranjenja**

Kroz hijerarhijske regresijske analize uočeno je da se neadaptivni perfekcionizam povezuje sa simptomima poremećaja hranjenja, zabrinutosti za hranjenje, težinu i oblik tijela, ali ne u potpunosti i s dijetalnim suzdržavanjem. Naime, samo je briga za pogreške povezana sa suzdržavanjem od hrane. Neadaptivni perfekcionizam smatra se nefunkcionalnim aspektom perfekcionizma koji je shema za disfunkcionalnu samoevaluaciju (Wade, O'Shea i Shafran, 2016). Prema tome, zabrinutost zbog pogrešaka i roditeljski pritisci predstavljaju slabu podlogu za zdravo viđenje sebe i svoga tijela. Neadaptivni perfekcionizam jest prediktor učestalijeg javljanja simptomatologije poremećaja hranjenja jer omogućuje javljanje negativne slike tijela, odnosno zabrinutosti za vlastitu težinu i oblik tijela. Kod adolescenata, briga da će pogriješiti može se povezati sa strahom da će izgubiti kontrolu nad jedenjem što može objasniti udio ove

podljestvice perfekcionizma u objašnjenju kriterija *Zabrinutost za hranjenje*. S druge strane, roditeljska očekivanja i kritike da jedu više ili manje, mogu kod adolescenta dovesti do usmjerenosti na kalorije i unos hrane, ali i jedenje u tajnosti te krivnje zbog jedenja što bi objasnilo povezanost tog segmenta perfekcionizma sa *Zabrinutosti za hranjenje*.

Prema postavljenoj hipotezi, očekivano je da će i adaptivni perfekcionizam biti povezan sa simptomima poremećaja hranjenja, no od svih ispitanih kriterija njegova povezanost dobivena je samo sa *Suzdržavanjem*. Naime, postavljanje visokih osobnih standarda može se odnositi na različite dimenzije ljudskog funkcioniranja. Iako podrazumijeva postavljanje visokih ciljeva za nama važne aspekte života, ono ne uključuje kritičku evaluaciju selfa (Stoeber i Otto, 2006). Prema tome, nalaz da *Osobni standardi* nisu prediktor većine podljestvica i ukupnog rezultata kojim se ispituju simptomi poremećaja hranjenja, može biti posljedica ciljeva koji se ne vezuju uz tjelesni izgled. Naime, visoki ciljevi koje su si ispitanici mogli postaviti mogli su biti usmjereni na akademski kontekst ili socijalni kontekst. Prema tome, njihovi visoki adaptivni perfekcionizam ne mora biti vezan uz njihovo tijelo, oblik ili izgled. S druge strane, visoka usmjerenost na cilj neovisno o njegovom sadržaju, adolescente može odvratiti od hranjenja, čime dolazi do suzdržavanja i dobivene povezanosti osobnih standarda i dijetalnog suzdržavanja. Bitno je napomenuti da su ispitanici dio nekliničkog uzorka te prema tome ne moraju biti jako usmjereni na svoj izgled i hranjenje kao oni iz kliničkog uzorka, npr. anoreksije nervoze.

*Zabrinutost zbog pogrešaka* jedina je podljestvica perfekcionizma koja je prediktor svih ispitanih *EDE-Q* kriterija. Strah da će pogriješiti može kod adolescenata biti povezan sa strahom od debljanja čime se javlja prediktorski efekt ove dimenzije perfekcionizma u objašnjenju zabrinutosti za težinu i oblik tijela, ali i hranjenja. Wade, Wilksch, Paxton, Byrne i Austin (2015) dobili su da visoke razine zabrinutosti za pogreške imaju utjecaj na porast usmjerenosti na težinu i oblik tijela kroz vrijeme, putem mehanizma niske samoefikasnosti i nošenja s teškim emocijama. Također, strah od pogreške, odnosno debljanja, može voditi ka suzdržavanju od hrane, a time povezanosti ova dva konstrukta.

### **5.3. Odnos problema u emocionalnoj regulaciji i učestalosti javljanja simptoma poremećaja hranjenja**

U skladu s hipotezom, problemi u emocionalnoj regulaciji bili su značajan prediktor svih varijabli simptomatologije poremećaja hranjenja osim *Suzdržavanja*. Prosječan odgovor ispitanika na ovoj podljestvici *EDE-Q* skale je 0.82 (SD = 1.19), a najveći broj ispitanika postiže



rezultat nula (37.8 %). Nedostatak doprinosa problema u emocionalnoj regulaciji u objašnjenju podljestvice *Suzdržavanja* mogao se javiti zbog odgovora ispitanika, odnosno specifičnosti uzorka. *EDE-Q* skala je klinički instrument koji je u ovom istraživanju korišten na nekliničkom uzorku.

Emocionalna regulacija se sve više nameće kao važan faktor u formiranju i održavanju poremećaja hranjenja. Lavender i Anderson (2010) te Sim i Zeman (2006) smatraju da povezanost među konstruktima može proizaći iz karakteristika ispitanika da posežu za ponašanjima, koja su karakteristična za psihopatologiju poremećaja hranjenja, kako bi regulirali ili izbjegli negativne emocije. Takav obrazac može tvoriti začarani krug (Lavender i Anderson, 2010). Naime, izbjegavanje negativnih emocija pomoću tajnog jedenja ili prejedanja te praćenja kilaže i oblika tijela, vodi do karakteristika koje zadovoljavaju kriterije za poremećaj prehrane. Emocije koje dolaze s približavanjem takvoj patologiji, mogu biti teške za reguliranje i prihvaćanje, pogotovo u adolescentskoj dobi (Whiteside i sur., 2007). To dalje može produbljivati ponašanja karakteristična za poremećaje hranjenja. Važnost emocionalne regulacije u simptomatologiji poremećaja hranjenja, dobro prikazuje rad Rowsella i sur. (2016) koji su kod anoreksičnih pacijenata uočili da je poboljšanje u razlikovanju emocija i uključivanju u cilju usmjerena ponašanja prediktor poboljšanja u simptomatologiji anoreksije nervoze.

#### **5.4. Odnos spola i indeksa tjelesne mase s učestalošću javljanja simptoma poremećaja hranjenja**

Spol i centili ITM pokazali su se značajnim prediktorima svih *EDE-Q* mjera. Djevojke iskazuju učestalije javljanje simptoma poremećaja hranjenja od mladića. Naime, kod djevojaka je vjerojatnije da će doći do suzdržavanja, brige za težinu i oblik tijela, ali i brige za hranu i hranjenje negoli je to slučaj kod mladića. Dobivenim rezultatima, postavljena hipoteza je potvrđena. Njezino polazište bilo je istraživanje Zehr i sur. (2007) koje su dobile da žene, u dobi od 17 do 36 godina, postižu više rezultate na svim *EDE-Q* mjerama usporedno s muškarcima. Nalazi su u skladu sa stajalištem da su žene, a osobito adolescentice, sklonije poremećajima hranjenja od muškoga spola. Razvoj djevojaka u adolescenciji gotovo normativno se veže uz lošiju sliku tijela, želju za mršavošću, potrebu za dijetama i sličnim ponašanjima kontrole vlastitog oblika tijela i težine (Pokrajac-Bulian i sur., 2004), stoga su dobiveni rezultati očekivani.

Centili ITM bili su značajni prediktori svih kriterijskih varijabli vezanih uz simptome poremećaja hranjenja. Uočena je pozitivna povezanost centila ITM i *EDE-Q* varijabli što ukazuje na to da ispitanici više tjelesne mase iskazuju i učestalije javljanje simptoma poremećaja prehrane. Porast simptoma poremećaja hranjenja s porastom ITM u skladu je s nalazima istraživanja Friborga, Reasa, Roseningea i Røa (2013) te istraživanja Røa i sur. (2012).

Zbog interakcijskog odnosa spola i ITM-a koji se javlja u literaturi, isti odnos pretpostavljen je i za ovo istraživanje. Interakcija nije bila značajna za objašnjenje niti jedne kriterijske varijable, osim *Zabrinutosti za težinu*, no doprinos interakcije u objašnjenju ove varijable bio je vrlo mali (1%). Prema tom rezultatu, djevojke su više zabrinute za svoju težinu od mladića, a zabrinutost za težinu, kod oba spola, raste kako rastu i centili ITM. Postavljena hipoteza djelomično je potvrđena. Naime, djevojke tjelesne mase pokazuju više simptoma poremećaja hranjenja, točnije višu zabrinutost za težinu od djevojaka niže tjelesne mase. S druge strane, suprotno hipotezi, mladići više tjelesne mase postižu više rezultate na podljestvici *Zabrinutost za težinu* od mladića niže tjelesne mase. Calzo i sur. (2012) jedni su od autora koji su uočili da adolescenti više tjelesne mase, djevojke i mladići, iskazuju više brige za težinu, što je u skladu s dobivenim nalazima.

Neznačajnost interakcije kao prediktora preostale simptomatologije poremećaja hranjenja mogla bi biti posljedica nekliničkog uzorka. Naime, analiza čestica Upitnika za ispitivanje poremećaja prehrane (engl. *Eating Disorder Examination Questionnaire*, EDE-Q; Fairburn i Beglin, 1994, 2008) pokazala je da se djevojke i mladići ne razlikuju u broju dana jedenja neobično velike količine hrane, broju dana kada osjećaju gubitak kontrole, broju dana uzimanja laksativa i kompulzivnog vježbanja. Ipak, 99 % djevojka je u posljednjih 28 dana 5 puta ili manje posezalo za povraćanjem kao metodu kontrole težine i oblika tijela, a 99 % mladića je to činilo samo jednom ili niti jednom u posljednjih 28 dana. Većina ispitanika (oko 70 % ili više) u posljednjih 28 dana niti jednom nisu imali osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem, niti jednom se nisu prejedali, niti jednom nisu koristili povraćanje, laksative ili kompulzivno vježbanje kao metodu kontrole težine i oblika tijela. Oko 50 % ispitanika u posljednjih 28 dana nisu niti jednom jeli neobično veliku količinu hrane. Ovaj podatak u skladu je s nekliničkim uzorkom kod kojih navedena ponašanja povezana uz poremećaje hranjenja nisu česta. Također, većina ispitanika (71.9 %) normalne je tjelesne težine, a jako mali broj njih je pothranjeno (2.5 %). S obzirom da je riječ o populaciji srednjoškolaca koji nemaju dijagnozu niti jednog poremećaja prehrane, očekivano je da će većina ispitanika biti na sredini normalne

krivulje centila ITM. Ipak, oko 20 % ispitanika prekomjerno je teško ili pretilo. Taj podatak čini se zabrinjavajući kad se uspoređi s istraživanjem Kukić (2017), u čijem je uzorku srednjoškolaca oko 11 % prekomjerno teških i pretilih. Rojnić Putarek (2018) očekuje da će se porast pretilosti kod adolescenata nastaviti i dalje.

### **5.5. Ograničenja i prednosti istraživanja**

Provedeno istraživanje sadrži nekoliko nedostataka. Prvo, mjere glavnih konstrukata, perfekcionizma, problema u emocionalnoj regulaciji i simptoma poremećaja hranjenja, jesu samoprocjene. Kao takve mogu dati pogrešne rezultate zato što su ispitanici mogli davati socijalno poželjne odgovore i tako preuveličati ili prikriti istinu. Također, ispitanici nekada ne poznaju sebe dovoljno dobro ili su pod utjecajem lošijeg/dobrog raspoloženja pa jednako tako odgovore mogu prilagoditi trenutnom stanju i raspoloženju.

Na većini provedba sudjelovao jest netko od eksperimentatora koji je mogao pratiti čitaju li ispitanici pitanja i upozoravati iste ako međusobno prepisuju. Tijekom provedba uočeno je da neki od ispitanika na glas govore svoje procjene čestica i provjeravaju iste s drugim kolegama. Nadalje, uočilo se i da neki ispitanici ne razumiju pitanja. Iako su se neki od njih odlučili javiti i tražiti pojašnjenje, postavlja se pitanje koliko je procjena ispitanika odraz njihova mišljenja ili posljedica nerazumijevanja čestica.

Za dvije hipoteze, važno je bilo odrediti je li riječ o adaptivnom ili neadaptivnom perfekcionizmu. Nedostatak istraživanja je što su samo tri podljestvice uzete u obzir, odnosno što konstrukt adaptivnog perfekcionizma predstavlja jedna podljestvica, a konstrukt neadaptivnog perfekcionizma dvije podljestvice. S obzirom da neki autori (npr. Chen, 2009) vide podljestvicu *Osobni standardi* kao dio obje vrste perfekcionizma, konstrukti adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma nisu jasno odvojeni i prema tome niti jasno obuhvaćeni istraživanjem.

Jedna od prednosti istraživanja jest sam uzorak. U istraživanju je sudjelovalo oko 650 ispitanika što omogućuje donošenje preciznijih zaključaka o populaciji adolescenata koju uzorak predstavlja. Nadalje, samo istraživanje je jedno od malobrojnih koji ispituje karakteristike hrvatskih adolescenata i njihovih navika. Spoznaje dobivene u ovom istraživanju mogu pomoći pri formiranju preventivskih i intervencijskih programa koji su namijenjeni za ovu dobnu skupinu. Važan segment istraživanja jest i ujednačenost po spolu. Naime, većina istraživanja na temu poremećaja hranjenja usmjerena su na ženski spol. Prednost ove studije je

i ujednačenost uzorka po spolu ( $N(\text{djevojke}) = 321$ ;  $N(\text{mladići}) = 328$ ) što omogućuje točnije usporedbe i interpretacije dobivenih nalaza.

Prednost ovog istraživanja jesu i korištene mjere. Puberalni status važan je čimbenik u istraživanju na adolescentima zbog specifičnih puberalnih promjena koje se događaju u ovome razdoblju. Stoga, prednost ovog istraživanja jest njegova kontrola. Važno je napomenuti kako puberalni status i ITM nisu dobiveni na temelju samoprocjena ispitanika, već su mjereni na objektivnan način od strane liječnika opće medicine. Objektivnije mjere pružile su preciznije podatke i zaključci koji su temeljeni na ovim konstruktima stabilniji su od onih baziranih na podacima koji su dobiveni samoprocjenama.

Samo istraživanje objedinjuje konstrukte perfekcionizma, problema u emocionalnoj regulaciji i simptome poremećaja hranjenja u jedno istraživanje, čime pruža empirijske informacije o njihovoj povezanosti. Naime, teorijama se pretpostavlja njihov odnos i uloga emocionalne regulacije i perfekcionizma u formiranju i održavanju poremećaja hranjenja, a podacima koji su dobiveni u ovom istraživanju teorijske se spoznaje potkrepljuju ili odbacuju što omogućuje razvoj prevencija i terapijskih intervencija za rad s adolescentima i osobama s poremećajima hranjenja. Nalazi istraživanja mogu osvijestiti roditelje, adolescente, ali i druge važne osobe u njihovom odgoju da od djetinjstva rade na jačanju emocionalne regulacije i prepoznavanju rizičnih čimbenika kako bi se pojava poremećaja hranjenja mogla prevenirati.

## **5.6. Buduća istraživanja**

Jedno istraživanje nije dovoljno za donošenje zaključaka, stoga bi daljnja istraživanja trebala pokušati replicirati rezultate ovoga. Bilo bi dobro koristiti druge mjere poremećaja hranjenja kako bi se uvidjelo jesu li ovi rezultati posljedica korištenja mjera ili povezanosti konstrukata. Također, spolne razlike u emocionalnoj regulaciji bilo bi dobro pominje ispitati s obzirom na nekonzistentnost nalaza i mali broj istraživanja na Skali teškoća u emocionalnoj regulaciji. Jednako tako, zbog različitih nalaza u literaturi, dobro bi bilo provjeriti koje podljestvice Frostove Multidimenzionalne skale perfekcionizma čine adaptivni, a koje neadaptivni perfekcionizam. Nadalje, potrebno je više istraživanja koje ispituju odnos adaptivnog i neadaptivnog perfekcionizma sa simptomima poremećaja hranjenja. S obzirom na mali doprinos interakcije spola i centila ITM varijabli Zabrinutost za težinu, bilo bi dobro istraživanje replicirati i provjeriti hoće li se ovaj nalaz dobiti i na većem uzorku. Rezultati ovog istraživanja primjenjivi su na nekliničkom uzorku, važno bi bilo replicirati isto na ispitanicima s dijagnozom poremećaja hranjenja. S obzirom da uzorak ovog istraživanja većinom čine

ispitanici normalne težine, bilo bi dobro provesti istraživanje koje povezuje glavne konstrukte (emocionalna regulacija, perfekcionizam, simptomi poremećaja hranjenja) na uzorku u kojem su ispitanici podjednako raspoređeni kroz sve ITM kategorije. Konačno, preporučljive su studije s roditeljima i adolescentima kako bi se razjasnila važnost genetske nasljednosti perfekcionizma, ali i okolinskih utjecaja i odgoja u razvoju emocionalne regulacije.

## 6. Zaključak

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati odnose problema u emocionalnoj regulaciji i perfekcionizma sa simptomima poremećaja hranjenja na uzorku adolescenata.

Ispitan je odnos perfekcionizma i problema u emocionalnoj regulaciji, te, kao što je pretpostavljeno, podljestvice *Zabrinutost zbog pogrešaka* i *Roditeljska očekivanja i prigovaranja* pozitivno su povezane s problemima u emocionalnoj regulaciji. S druge strane, suprotno hipotezi, podljestvica perfekcionizma, *Osobni standardi*, također je pozitivno povezana s problemima u emocionalnoj regulaciji.

Potom je ispitano odnose perfekcionizma sa simptomima poremećaja hranjenja te je hipoteza djelomično potvrđena. Neadaptivni perfekcionizam značajno je pridonio objašnjenju učestalosti javljanja zabrinutosti za hranjenje, težinu i oblik tijela te cjelokupnog rezultata *EDE-Q* skale. Adaptivni perfekcionizam i podljestvica *Zabrinutost zbog pogrešaka* značajni su prediktori dijetalnog suzdržavanja.

Problemi u emocionalnoj regulaciji, prema hipotezi, povezani su s učestalijim javljanjem simptoma poremećaja hranjenja te učestalijim javljanjem zabrinutosti za hranjenje, težinu i oblik tijela. Problemi u emocionalnoj regulaciji nisu prediktor suzdržavanja.

Odnos spola i simptoma poremećaja prehrane, pretpostavljen u hipotezi, dobiven je i analizama. Djevojke pokazuju značajno učestalije javljanje ukupnih simptoma poremećaja hranjenja, kao i suzdržavanja te zabrinutosti za hranjenje, težinu i oblik tijela.

Posljednje, interakcija spola i centila ITM značajna je samo za varijablu *Zabrinutost za težinu*. Hipoteza je djelomično potvrđena jer kako je očekivano, djevojke više tjelesne mase iskazuju višu zabrinutost za težinu od djevojaka niže tjelesne mase. S druge strane, suprotno hipotezi, mladići više tjelesne mase pokazuju učestalije javljanje zabrinutosti za težinu u odnosu na mladiće niže tjelesne mase.

## 7. Literatura

Abbott, B. D. i Barber, B. L. (2010). Embodied image: gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body image*, 7, 22–31. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.10.004

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

Ambrosi-Randić, N i Pokrajac-Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eating and weight disorders*, 10, 76–82.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.

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, 17–29. doi: 10.1017/S0954422415000153

Banfield, S. S. i McCabe, M. P. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373–393.

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

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

Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H. i Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53, 284–288. doi: 10.1016/j.paid.2012.03.027

Berking, M. i Whitley, B. (2014). The Adaptive Coping with Emotions Model (ACE Model). U *Affect Regulation Training* (str. 19–29). Springer New York. doi:10.1007/978-1-4939-1022-9

Berry, W. D. (1993). *Quantitative Applications in the Social Sciences: Understanding regression assumptions*. Thousand Oaks: SAGE Publications. doi: 10.4135/9781412986427

- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H. i Gratz, K. L. (2016). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38, 284–296. doi: 10.1007/s10862-015-9514-x
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C. i Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*, 48, 686–691. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.022
- Bretherton, I., Fritz, J., Zahn-Waxler, C. i Ridgeway, D. (1986). Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. *Child Development*, 57, 529–548. doi: 10.2307/1130334
- Bucchianeri, M. M., Arikian, A. J., Hannan, P. J., Eisenberg, M. E. i Neumark-Sztainer, D. (2013). Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body image*, 10, 1–7. doi: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S. i Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American journal of psychiatry*, 160, 366–368. doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.366
- Burns, L. R. i Fedewa, B. A. (2005). Cognitive styles: links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*, 38, 103–113. doi:10.1016/j.paid.2004.03.012
- 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, 531–540. doi: 10.1016/j.appet.2012.06.015
- 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. *The Journal of adolescent health*, 51, 517–523. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.021
- Cărnuță, M., Crișan, L. G., Vulturar, R., Opre, A. i Miu, A. C. (2015). Emotional non-acceptance links early life stress and blunted cortisol reactivity to social threat. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 176–187. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.09.026



- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., Imirizaldu, M., Saura, B., Martínez, E. i Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 40, 562–568. doi: 10.1002/eat.20393
- Chan, D. W. (2003). Dimensions of Emotional Intelligence and Their Relationships With Social Coping Among Gifted Adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 409–418. doi: 10.1023/A:1025982217398
- Chan, D. W. (2009). Dimensionality and typology of perfectionism: The use of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale with Chinese gifted students in Hong Kong. *Gifted Child Quarterly*, 53, 174–187. doi: 10.1177/0016986209334963
- Chen, Y. C., Fan, H. Y., Yang, C., Hsieh, R. H., Pan, W. H. i Lee, Y. L. (2019). Assessing causality between childhood adiposity and early puberty: A bidirectional Mendelian randomization and longitudinal study. *Metabolism: clinical and experimental*, 100, 1–7. doi: 10.1016/j.metabol.2019.153961
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. i Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O
- Donahue, J. M., Reilly, E. E., Anderson, L. M., Scharmer, C. i Anderson, D. A. (2018). Evaluating Associations Between Perfectionism, Emotion Regulation, and Eating Disorder Symptoms in a Mixed-Gender Sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 206, 900–904. doi: 10.1097/NMD.0000000000000895
- Duong, H. T. i Roberts, R. E. (2016). Discordance between measured weight, perceived weight, and body satisfaction among adolescents. *Journal of psychosomatic research*, 88, 22–27. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.07.005
- Erceg Jugović, I. (2011). Nezađovoljstvo tijelom u adolescenciji. *Klinička psihologija*, 4, 41–58.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C. G. i Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?. *The International journal of eating disorders*, 16, 363–370.

- 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, 509–528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Boucher, D. J., Davidson, L. A. i Munro, Y. (1997). *The child–adolescent perfectionism scale: Development, validation, and association with adjustment*. Unpublished manuscript
- Friborg, O., Reas, D. L., Rosenvinge, J. H. i Rø, Ø. (2013). Core pathology of eating disorders as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): the predictive role of a nested general (g) and primary factors. *International journal of methods in psychiatric research*, 22, 195–203. doi: 10.1002/mpr.1389
- 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, 119–126. doi: 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. i Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468. doi: 10.1007/BF01172967
- Gardner, R. M., Friedman, B. N., Stark, K. i Jackson, N. A. (1999). Body-size estimations in children six through fourteen: a longitudinal study. *Perceptual and motor skills*, 88, 541–555. doi: 10.2466/pms.1999.88.2.541
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. i Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12, 871–878. doi: 10.1017/s0033291700049163
- Gnepp, J. i Hess, D. L. (1986). Children's understanding of verbal and facial display rules. *Developmental Psychology*, 22, 103–108. doi: 10.1037/0012-1649.22.1.103
- Gonzalez, A., Kohn, M. R. i Clarke S. D. (2007). Eating disorders in adolescents. *Australian Family Physician*, 36, 614–9.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. i Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive behaviors*, 7, 47–55. doi: 10.1016/0306-4603(82)90024-7

- Gratz, K. L. i Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Greblo, Z. (2012). što se skriva iza pojma „perfekcionizam“? Povijest proučavanja i pregled različitih konceptualizacija perfekcionizma. *Psihologijske teme*, 21, 195–212.
- Griffiths, S., Angus, D., Murray S. B. i Touyz, S. (2014). Unique associations between young adult men's emotional functioning and their body dissatisfaction and disordered eating. *Body Image*, 11, 175–178. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.12.002
- Gross, J.J. (2008). Emotion Regulation. U M. Lewis, J. M. Haviland-Jones i L. Feldman Barrett (Ur.), *Handbook of emotions* (str. 497–512). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. i John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J. i Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. U J. J. Gross (Ur.), *Handbook of emotion regulation* (str. 3–24). New York: The Guilford Press.
- Hampel, P. i Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *The Journal of adolescent health*, 38, 409–415. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.02.014
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. i Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*, 40, 1887–1897. doi: 10.1017/S0033291710000036
- Haynos, A. F. i Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 183–202. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x
- Hewitt, P. L. i Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456–470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P. L., Flett, G. L. i Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal*

*of Eating Disorders*, 18, 317–326. doi: 10.1002/1098-108X(199512)18:4<317::AID-EAT2260180404>3.0.CO;2-2

Host, I. (2019). Odnos motivacije i perfekcionizma kod sportaša i rekreativaca (Diplomski rad). Filozofski fakultet, Rijeka, Hrvatska.

Hotujac, Lj. (2006). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Izard, C. E. (1997). Emotions and facial expressions: A perspective from Differential Emotions Theory. U J. A. Russell i J. M. Fernández-Dols (Ur.), *Studies in emotion and social interaction, 2nd series. The psychology of facial expression* (str. 57–77). Cambridge University Press; Editions de la Maison des Sciences de l'Homme. doi: 10.1017/CBO9780511659911.005

Jabeen, F., Anis-ul-Haque, M. i Riaz, M. N. (2013). Parenting styles as predictors of emotion regulation among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 28, 85–105.

Kline, R. B. (2005). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.

Knez, R., Munjas, R., Petrovečki, M., Paučić-Kirinčić, E. i Peršić, M. (2006). Disordered eating attitudes among elementary school population. *Journal of Adolescent Health*, 38, 628–630. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.04.011

Kukić, M. (2017) Važnost slike tijela kao moderator odnosa između zadovoljstva slikom tijela i korištenja strategija za smanjenje težine. *Klinička psihologija*, 10, 59-79.

Kušević, Z. i Marušić, K. (2014). Povezanost aleksitimije i morbiditeta. *Liječnički vjesnik*, 136, 44–48.

Lavender, J. M. i Anderson, D. A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *The International journal of eating disorders*, 43, 352–357. doi: 10.1002/eat.20705

Lawler, M. i Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of youth and adolescence*, 40, 59–71. doi: 10.1007/s10964-009-9500-2

Lombardo, C., Russo, P. M., Lucidi, F., Iani, L. i Violani, C. (2004). Internal consistency, convergent validity and reliability of a brief questionnaire on disordered eating (DEQ). *Eating and weight disorders*, 9, 91–98. doi: 10.1007/BF03325051

- Marco, J. H., Perpiñá, C. i Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry research*, 209, 619–625. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.023
- McCabe, M. P. i Ricciardelli, L. A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of psychosomatic research*, 56, 675–685. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00129-6
- McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J. D. i Gross, J. J. (2008). Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations*, 11, 143–162. doi: 10.1177/1368430207088035
- Meštrović, A. (2014). *Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći*. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“.
- Moore D. C. (1993). Body image and eating behavior in adolescents. *Journal of the American College of Nutrition*, 12, 505–510. doi: 10.1080/07315724.1993.10718343
- Neumann, A., van Lier, P. A., Gratz, K. L. i Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17, 138–149. doi: 10.1177/1073191109349579
- Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S. J., Smolak, L., Piran, N. i Wertheim, E. H. (2006). Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: What next?. *Eating disorders*, 14, 265–285. doi: 10.1080/10640260600796184
- Ogden, J. (2010). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. UK: Wiley-Blackwell.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. i Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of clinical child and adolescent psychology* 35, 539–549. doi: 10.1207/s15374424jccp3504\_5
- Penza-Clyve, S. i Zeman, J. (2002). Initial validation of the Emotion Expression Scale for Children (EESC). *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31, 540–547. doi: 10.1207/S15374424JCCP3104\_12

- Petersen, A. C., Crockett, L., Richards, M. i Boxer, A. (1988). A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms. *Journal of youth and adolescence*, 17, 117–133. doi:10.1007/BF01537962
- Pokrajac-Bulian (1998). Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji. *Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja*, 7, 581–601.
- Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, 16, 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 the Croatian version of the Eating Disorder Examination Questionnaire in a community sample. *Eating and weight disorders*. Advance online publication. doi: 10.1007/s40519-020-00915-6
- Racine, S. E. i Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *The International journal of eating disorders*, 46, 713–720. doi: 10.1002/eat.22145
- 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, 158–161. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.12.001
- Roberts, C. (2016). Tanner's Puberty Scale: Exploring the historical entanglements of children, scientific photography and sex. *Sexualities*, 19, 328–346. doi:10.1177/1363460715593477
- Rojnić Putarek, N. (2018). Pretilost u dječjoj dobi. *Medicus*, 27, 63–69.
- Rowell, M., MacDonald, D. E. i Carter, J. C. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of eating disorders*, 4, 1–10. doi: 10.1186/s40337-016-0108-0

- Rudolph, S. G., Flett, G. L. i Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25, 343–357. doi: 10.1007/s10942-007-0056-3
- Sim, L. i Zeman, J. (2006). The Contribution of Emotion Regulation to Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Early Adolescent Girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 219–228. doi: 10.1007/s10964-005-9003-8
- Shisslak, C. M., Renger, R., Sharpe, T., Crago, M., McKnight, K. M., Gray, N., Bryson, S., Estes, L. S., Parnaby, O. G., Killen, J. i Taylor, C. B. (1999). Development and evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls. *The International journal of eating disorders*, 25, 195–214. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199903)25:2<195::aid-eat9>3.0.co;2-b
- Sobrinho-Bazaga, A. i Rabito-Alcón, M. F. (2018). Gender differences existing in the general population in relation to body dissatisfaction associated with the ideal of beauty: a systematic review / Diferencias de género existentes en la población general en relación a la insatisfacción corporal asociada al ideal de belleza: una revisión sistemática. *Estudios de Psicología*, 39, 548–587. doi: 10.1080/02109395.2018.1517860
- Stanford, J. N. i McCabe, M. P. (2002). Body Image Ideal among Males and Females: Sociocultural Influences and Focus on Different Body Parts. *Journal of health psychology*, 7, 675–684. doi: 10.1177/1359105302007006871
- Stice, E. i Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*, 53, 985–993. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00488-9
- Stoeber, J. i Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295–319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004\_2
- Stöber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481–491. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00207-9
- Tabachnick, B. G. i Fidella, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. New Jersey: Pearson Education.

- Tremblay, L. i Frigon, J. Y. (2005). Precocious puberty in adolescent girls: a biomarker of later psychosocial adjustment problems. *Child psychiatry and human development*, *36*, 73–94. doi: 10.1007/s10578-004-3489-2
- Tremblay, L. i Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating behaviors*, *10*, 75–83. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.12.001
- Voelker, D. K., Reel, J. J. i Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *25*, 149–58. doi: 10.2147/AHMT.S68344
- Wade, T. D., O'Shea, A. i Shafran, R. (2016). Perfectionism and eating disorders. U F. M. Sirois i D. S. Molnar (Ur.), *Perfectionism, health, and well-being* (str. 205–222). New York: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-18582-8\_9
- Wade, T. D., Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M. i Austin, S. B. (2015). How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behaviour research and therapy*, *66*, 56–63. doi: 10.1016/j.brat.2015.01.007
- Wang, Y. (2002). Is obesity associated with early sexual maturation? A comparison of the association in American boys versus girls. *Pediatrics*, *110*, 903–910. doi: 10.1542/peds.110.5.903
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T. i Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating behaviors*, *8*, 162–169. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.04.001
- Zehr, J. L., Culbert, K. M., Sisk, C. L. i Klump, K. L. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and behavior*, *52*, 427–435. doi: 10.1016/j.yhbeh.2007.06.005
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. i Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, *27*, 155–168. doi: 10.1097/00004703-200604000-00014
- Zeman, J., Shipman, K. i Penza-Clyve, S. (2001). Development and Initial Validation of The Children's Sadness Management Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, *25*, 187–205. doi: 10.1023/a:1010623226626



Zubčić, T. i Vulić-Prtorić, A. (2008) Multidimenzionalna skala perfekcionizma MPS-F. U Penezić, Z., Čubela Adorić, V., Proroković, A. i Tucak Junaković, I. (Ur.), *Zbirka psihologijskih skala i upitnika* (str. 103–111). Zadar, Sveučilište u Zadru.