

Odnos perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa u objašnjenju poremećaja prehrane

Brizić, Franciska

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:469632>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

FRANCISKA BRIZIĆ

**ODNOS PERFEKCIONIZMA,
PRIVRŽENOSTI, DEPRESIJE,
ANSKIOZNOSTI I STRESA U
OBJAŠNJENJU POREMEĆAJA
PREHRANE**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2024.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODJSEK ZA PSIHOLOGIJU

FRANCISKA BRIZIĆ

**ODNOS PERFEKCIONIZMA,
PRIVRŽENOSTI, DEPRESIJE,
ANSKIOZNOSTI I STRESA U
OBJAŠNJENJU POREMEĆAJA
PREHRANE**

DIPLOMSKI RAD

Mentor: izv. prof. dr. sc., Lovorka Brajković

Zagreb, 2024.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'L. Brajković'.

Sažetak

S porastom broja osoba s poremećajem prehrane raste i potreba za istraživanjem te pojave. Cilj istraživanja je bio ispitati odnos perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa u objašnjenja poremećaja prehrane kod žena. U istraživanje su uključene punoljetne žene sa i bez dijagnoze poremećaja prehrane ($N=60$). Korišteni mjerni instrumenti su: Burnsova skala perfekcionizma, Skala privrženosti kao stanja, Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) te Upitnik navika hranjenja (EAT-26). Istraživanje je provedeno u papir-olovka formi, te je način uzorkovanja kombinacija prigodnog uzorkovanja i tehnike snježne grude. Dobivene su značajne statističke razlike u sigurnoj i izbjegavajuće privrženosti, depresiji, anksioznosti, stresu i navikama hranjenja između sudionica sa i bez dijagnoze poremećaja prehrane. Istražene su i korelacije među uključenim varijablama kod sudionica s dijagnozom, dobivene su značajne pozitivne korelacije perfekcionizma s anksioznom privrženosti, depresijom, anksioznosti, stresom i navikama hranjenja, tj. simptomima poremećaja hranjenja. Nadalje dobivena je značajna negativna povezanost sigurne privrženosti sa svim preostalim varijablama, osim s anksioznom privrženosti, s kojom je dobivena pozitivna korelacija. Izbjegavajuća privrženost, depresivnost, anksioznost, stres i navike hranjenja su varijable, koje su sve međusobno statistički značajno pozitivno povezane.

Ključne riječi: poremećaji prehrane, perfekcionizam, privrženost, depresija, anksioznost, stres

Abstract

With the increase in the number of people with eating disorders, the need for researching this phenomenon also grows. The aim of this research is to examine the relationship between perfectionism, attachment, depression, anxiety, and stress in explaining eating disorders in women. The study includes adult women with and without a diagnosis of eating disorders ($N=60$). The measurement instruments used are: Burns Perfectionism Scale, State-Trait Attachment Scale, Depression Anxiety Stress Scales (DASS), and the Eating Attitudes Test (EAT-26). The research was conducted using a paper-and-pencil format, with a sampling method that combines convenience sampling and the snowball technique. Significant statistical differences were found in secure and avoidant attachment, depression, anxiety, stress, and eating habits between participants with and without a diagnosis of eating disorders. The correlations among the included variables were also investigated in participants with a diagnosis, and significant positive correlations were found between perfectionism and anxious attachment, depression, anxiety, stress, and eating habits, i.e., eating disorder symptoms. Furthermore, a significant negative association was found between secure attachment and rest of the variables, except for anxious attachment, with which a positive correlation was obtained. Avoidant attachment, depression, anxiety, stress, and eating habits are variables that are all statistically significantly positively correlated with each other.

Key words: eating disorders, perfectionism, attachment, depression, anxiety, stress

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. <i>Perfekcionizam i poremećaj hranjenja i jedenja</i>	4
1.2. <i>Privrženost i poremećaj hranjenja i jedenja</i>	7
1.3. <i>Depresija i anksioznost i poremećaj hranjenja i jedenja</i>	9
1.4. <i>Stres i poremećaj hranjenja i jedenja</i>	10
2. CILJEVI I PROBLEMI	12
3. METODA	13
3.1. <i>Sudionici</i>	13
3.2. <i>Mjerni instrumenti</i>	14
3.3. <i>Postupak</i>	16
4. REZULTATI	17
5. RASPRAVA	22
5.1. <i>Snaga i ograničenja istraživanja</i>	31
5.2. <i>Praktične implikacije i prijedlozi za buduća istraživanja</i>	33
6. ZAKLJUČAK	35
LITERATURA	37

1. UVOD

Porast svjetskog trenda mršavosti i jačanje medijskog utjecaja u validiranju ženskog tijela dovodi do sve većeg nezadovoljstva tjelesnim izgledom. Ideal mršavosti kod žena ili mišićavosti kod muškaraca može dovesti do odstupajućih navika hranjenja, u želji za postizanjem takvog, medijski prikazanog tijela. Prema podacima iz 2014. godine, u Republici Hrvatskoj 35. 000- 40. 000 ljudi ima neki od poremećaja hranjenja i jedenja (Meštrović, 2014). Podaci Instituta za mjerenje i evaluaciju zdravlja za 2021. godinu, govore o tome da 0,20 % stanovnika Hrvatske je imalo neki poremećaj hranjenja i jedenja u toj godini (IHME, 2024). Ovi podaci predstavljaju veliki javnozdravstveni problem te je potrebno podići svijest javnosti o ozbiljnosti i zabrinjavajućim brojkama. Unatoč prevalenciji, poremećaj prehrane u Hrvatskoj, ali i u svijetu, i dalje je stigmatiziran, nedovoljno istražen i pogrešno shvaćen od strane javnosti. S obzirom na to da poremećaj hranjenja i jedenja može imati smrtonosne posljedice, posebice anoreksija, važno je odrediti čimbenike koji su povezani s nastankom i održavanjem tog poremećaja. Vezano uz mortalitet osoba s poremećajem hranjenja, podaci upućuju na pet puta veću smrtnost osoba s poremećajem hranjenja u usporedbi s općom populacijom. Većina osoba s tim poremećajem ne doživi 75. godinu života (Iwajomo i sur., 2021). Ako se u obzir uzme i ekonomska strana, osobe s poremećajem hranjenja koriste 50 % više sredstava zdravstvenog sustava, od opće populacije (van Hoeken i Hoek, 2020).

Kako bi mogli objasniti proces nastanka i druge konstrukte koji su povezani s poremećajem prehrane valja ga i definirati. Poremećaj hranjenja i jedenja se definira kao odstupajuće navike vezane uz konzumaciju i apsorpciju hrane, ali i druga ponašanja koja su vezana uz održavanje ili smanjenje tjelesne mase (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014). Svaki od tih poremećaja se prepoznaje prema unaprijed zadanim kriterijima (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014). Postoji nekoliko tipova poremećaja hranjenja i jedenja, a to su: pika, preživajući poremećaj, poremećaj izbjegavanja unosa hrane, anoreksija i bulimija nervoza, poremećaj s prejedanjem, drugi specificirani i nespecificirani poremećaji hranjenja i jedenja. Pika je poremećaj u kojoj osoba jede stvari koje nisu prehrambene, kroz period duži od jednog mjeseca. Kada osoba konzumira djelomično probavljenu hranu onda se to naziva preživajući poremećaj. Poremećaj izbjegavanja unosa hrane je okarakteriziran smanjenim interesom prema hrani i njenoj konzumaciji. U

situacijama kada osoba konzumira neuobičajeno veliku količinu hrane u kratkom vremenu i ima osjećaj da ne može kontrolirati koliko hrane unosi, ali ne povraća nakon toga i ne koristi laksative, onda je to poremećaj s prejedanjem. Poremećaj prejedanja je okarakteriziran i osjećajem srama, krivnje i nelagode nakon epizode prejedanja. Anoreksija nervoza uključuje smanjen unos hrane, značajno niži od potrebne za određenu dob, strah od dobivanja na težini i iskrivljena percepcija vlastitog tijela. Postoje dva tipa anoreksije nervoze, restriktivni i purgativni tip. Uz sve navedeno treba naglasiti da kod anoreksije osoba ima nisku tjelesnu težinu očekivanu za svoju dob i konstituciju tijela. Purgativnom tipu anoreksije je slična bulimija nervoza. Kada osoba ima bulimiju nervozu, kao i kod anoreksije, ima iskrivljenu sliku o vlastitom tijelu. No kod bulimije osoba unosi prekomjernu količinu hrane u kratkom vremenu, a zatim poduzima “mjere” kako bi spriječila dobivanje na težini, najčešće je to korištenje laksativa ili povraćanje. Iako u ovom istraživanju neće biti uključeni svi poremećaji prehrane, bitno ih je opisati kako bi ih mogli diferencirati. Postoje različiti “stupnjevi težine” poremećaja anoreksije i bulimije nervoze (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014).

Anoreksija nervoza je blaga ako je indeks tjelesne mase veći ili jednak 17 kg/m^2 , umjerena ako je između 16 i 16.99 kg/m^2 , teška ako je između 15 - 15.99 kg/m^2 i vrlo teška ako je indeks tjelesne mase manji od 15 kg/m^2 . Težina bulimije nervoze je također podijeljena na laku, umjerenu, tešku i vrlo tešku. No laku razinu karakteriziraju 1-3 kompenzacijske aktivnosti u tjedan dana, umjerenu 4-7, tešku 8-13 i vrlo tešku više od 14 kompenzacijskih aktivnosti tjedno koje nisu prikladne (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, 2014).

Uz zabrinjavajuće brojke, koje se kreću oko 35. 000 oboljelih, treba spomenuti da je većina osoba, koje imaju poremećaj hranjenja, ženskog spola, čak 90 % (Meštrović, 2014), odnosno 10 puta više žena ima ovaj poremećaj nego muškaraca, što je jedan od razloga zašto su u ovo istraživanje uključene žene. Veća prevalencija poremećaja prehrane među ženama rezultat je kombinacije bioloških predispozicija, psihološke ranjivosti, sociokulturnih pritisaka, tradicionalnih rodnih uloga, psihosocijalnih stresora i dijeta. Djevojke češće svoje samopoštovanje grade na vlastitom tjelesnom izgledu, koji im predstavlja okosnicu u određivanju vlastite vrijednosti (Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević, 2004). Još jedan od razloga, zašto žene češće obolijevaju od poremećaja hranjenja je taj, da za razliku od muškaraca, mogu duže izdržati bez hrane te zbog toga češće provode dugotrajne dijetе. Nadalje u istom radu se spominje da je razvoj u pubertetu (vrijeme kada i nastaje poremećaj) puno kompleksniji nego kod muškaraca (Faccio, 1999 prema Ambrosi- Randić, 2004), smatra

se da dolazi do promjena koje su karakteristične samo za žene, što posljedično može dovesti do spomenutog poremećaja.

Vrijeme javljanja anoreksije i bulimije nervoze je između 12. i 25. godine, pri čemu se anoreksija češće javlja sa 14 i 17 godina, a bulimija s 18 godina (Pokrajac-Bulian i Živčić-Bećirević, 2004). Nastavno na to, i poremećaj kompulzivnog prejedanja se također javlja za vrijeme adolescencije ili u ranoj odrasloj dobi (Fairburn, 1996 prema Ambrosi-Randić, 2004). Rani razvoj ovog poremećaja potiče na promišljanje o procesu nastanka i čimbenicima koji su uz to vezani.

Model kojim se opisuje proces nastanka, održavanja i tretmana anoreksije su razvili Schmidt i suradnici (2014). Osobe koje imaju anoreksiju, informacije procesuiraju na perfekcionistački i prema detaljima usmjeren način. Prije pojave poremećaja vidljivo je i pogoršanje na socioemocionalnom planu, pri čemu osobe ili ne osjećaju ugodne emocije u odnosima s drugima ili se povlače iz istih. Tijekom vremena se razvijaju i vjerovanja o potencijalnoj koristi tih odstupajućih navika vezanih uz hranu, kao što je osjećaj zadovoljstva radi izbjegavanja određenih tipova namirnica ili uspostava kontrole nad jednim aspektom života, u smislu kontrole porcija hrane. Uz sve navedeno u model se uključuju i značajni drugi koji mogu održavati ponašanje vezano uz anoreksiju. Uz ta četiri faktora, izgladnjivanje može biti faktor koji povezuje predisponirajuće i perpetuirajuće faktore (Schmidt i sur., 2014). Nastavno na formirani kognitivni interpersonalni model autori su osmislili i tretman liječenja anoreksije koji uključuje motivaciju, automatske misli, pojam o sebi i dr. Iako je model namijenjen samo za objašnjenje procesa nastanka anoreksije, većina faktora je vidljiva i kod drugih poremećaja hranjenja, stoga je ovaj model i opisan. Iz modela je vidljivo da je prilikom proučavanja poremećaja hranjenja i jedenja važno uključiti i interpersonalne i intrapersonalne faktore, kao što je to slučaj u ovom radu.

Razlog zbog kojeg dolazi do razvoja poremećaja hranjenja i jedenja se mogu naći u biološkim, psihološkim i društvenim faktorima. Genetske predispozicije predstavljaju jednu od prvih uzroka koje treba spomenuti. Heritabilitet poremećaja hranjenja, potvrđuje istraživanje Strobera i suradnika (2000). Oni navode da je 11,4 puta vjerojatnije da će članovi obitelji osobe koja ima anoreksiju nervozu razviti taj poremećaj, nego članovi obitelji kontrolne skupine. Slični podaci su i u slučaj bulimije nervoze. 4,3 puta je veća šansa da će pojedinci koji imaju nekog u obitelji s bulimijom, razviti taj poremećaj za razliku od onih koji nemaju u obitelji osobu koja ima bulimiju. Možemo primijetiti da su za anoreksiju nervozu podaci jasniji nego za bulimiju. Anoreksija nervozna za razliku od bulimije ima više dokazanih genetskih kontributora, dok se za bulimiju nervozu smatra da je više pod djelovanjem kulturalnih

odrednica (Ward i sur., 2000). Naglašava se i činjenica da se ta dva poremećaja mogu ispreplitati pa neki istraživači zagovaraju da se ti poremećaji promatraju na kontinuumu, a ne kao odvojene kategorije (Ambrosi-Randić, 2004).

Nakon genetskih predispozicija, društveni čimbenici mogu također potaknuti ili ubrzati proces razvoja spomenutih poremećaja (Derenne i Beresin, 2018). U socijalne faktore nastanka poremećaja hranjenja i jedenja se mogu svrstati medijski utjecaji (Derenne i Beresin, 2018), promjene u definiranju standarda ljepote i kulturalni čimbenici (Frederick i sur., 2015), stavovi i mišljenja roditelja i drugih bliskih osoba o tjelesnim karakteristikama (Magallares, 2013) i dr. Već spomenuti stavovi roditelja ili prijatelja, u smislu visokog vrednovanja mršavosti u odnosu na veću tjelesnu masu, mogu dovesti do ponašanja kojima će osoba nastojati postići takav izgled, s ciljem da ga te iste osobe pozitivno vide i vrednuju (Magallares, 2013). Navedeno dovodi do ograničavanja unosa određene hrane, pretjeranog vježbanja ili potpunog prestanka konzumacije bilo kakve hrane (Magallares, 2013). Kada se govori o pozitivnom ili zaštitnom djelovanju bliskih osoba, spominju se ponašanja u kojima je vidljivo neosuđujuće mišljenje, izbjegavanje etiketiranja i sve ostalo što ne uključuje izazivanje neugodnih osjećaja kod drugih ljudi (Zachrisson i Skarderud, 2010). Uz to valja spomenuti i psihološke čimbenike koji su vezani isključivo uz pojedinca, poput samopoštovanja (Goodall, 2015), pojma o sebi (Farstad i sur., 2016), identiteta (Verschueren i sur., 2016), kognicije (Lena i sur., 2004) i dr., koji su također neizostavni čimbenici u objašnjenju poremećaja hranjenja. Ovime se naglašava važnost uključivanja svih spomenutih elemenata u istraživanja, radi potpunije slike o poremećaju hranjenja.

Varijable poput perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa su se tijekom godina istraživanja pokazale kao ključne u procesu konzumacije i restrikcije hrane. Nadalje u ovom radu će se nastojati uz pomoć tih varijabli objasniti poremećaj hranjenja i jedenja, njegov potencijalni nastanak i razlike među onima koji ga imaju i skupine koja ga na svu sreću nema. U sljedećim paragrafima će biti prikazana istraživanja koja svaku od tih varijabli povezuju s poremećajem hranjenja i jedenja.

1.1.Perfekcionizam i poremećaj hranjenja i jedenja

Perfekcionizam se može smatrati jednodimenzionalnim ili višedimenzionalnim konstruktom. Postavljanje visokog standarda sebi, briga oko pogrešaka, organiziranost, sumnja u svoje postupke, kriticism roditelja i visoka očekivanja koja postavljaju roditelji su temeljne odrednice perfekcionizma kao višedimenzionalnog konstrukta (Frost i sur., 1900., prema

Greblo, 2012). Ovisno o tome na što ili koga je usmjeren perfekcionizam razlikujemo sebi-usmjereni, drugima-usmjereni i društveno propisani (Hewitt i Flett, 1991., prema Greblo, 2012). Od navedenih dimenzija perfekcionizma, onaj usmjeren na sebe se, za razliku od ostalih dimenzija, može povezati s poremećajem hranjenja i jedenja. Ta dimenzija uključuje ponašanja u kojima si osoba postavlja previsoke standarde, vrednuje sebe isključivo na svojim postignućima, a sve to su elementi uključeni u Burnsove skalu perfekcionizma (Burns, 1980), koja je korištena u ovom radu. Uz neadaptivni postoji i adaptivni perfekcionizam, no njegov značaj u objašnjenju poremećaja hranjenja nije tema ovog rada.

S obzirom na to da osobe koje imaju poremećaj hranjenja sebi postavljaju nerealan tjelesnu težinu kao cilj, posljedično provode neprimjerene aktivnosti glede hranjenja i apsorpcije hranidbenih tvari. Veza između anoreksije nervoze i perfekcionizma je jasnija nego veza perfekcionizma i bulimije nervoze ili kompulzivnog prejedanja. U preglednom radu Bardone-Conea i suradnika (2007) se potvrđuje viša razina perfekcionizma kod osoba koje imaju poremećaj hranjenja u odnosu na kontrolnu skupinu. Uz to osobe s poremećajem hranjenja postižu više rezultate na dimenzijama sebi-usmjerenog i društveno propisanog perfekcionizma (Cockell i sur., 2004). U slučaju komorbiditeta psihijatrijskih poremećaja, one osobe koje su imale poremećaj hranjenja i još su uz to bile depresivne, su imale značajno višu razinu perfekcionizma od onih koje nisu bile depresivne (Bizzuelli i sur., 2003), pri čemu vidimo važnost uključivanja i drugih konstrukata u analizu.

Perfekcionizam je povezan i s nekontroliranim jedenjem (*eng. binge eating*), odnosno one osobe koje imaju višu razinu perfekcionizma češće konzumiraju veće količine nezdrave hrane u kratkom vremenu (Vicent i sur., 2023). U jednadžbu perfekcionizma i *binge eatinga* treba uključiti i post, koji je varijabla koja posreduje taj odnos. Naime, one osobe koje si ograničavaju hranu tijekom dana, posljedično imaju veću želju za hranom, zbog niske kalorijske vrijednosti namirnica koje (ni)su pojele tijekom dana, što onda zbog tog posta dovodi do povećane konzumacije hrane u kratkom periodu. Zanimljivo istraživanje utjecaja perfekcionizma na pojavu simptoma poremećaja hranjenja su proveli Boone i suradnici (2012), gdje su, eksperimentalnom metodom, kod sudionika u eksperimentalnoj skupini izazvali veću razinu perfekcionizma i time povećali *binge eating* i ograničavanje unosa hrane u prethodna 24 sata.

Mehanizmi koji se nalaze u podlozi procesa koji uz perfekcionizam dovodi do poremećaja hranjenja Boone i suradnici (2012) vide u učestaloj ruminaciji kod ljudi s višim perfekcionizmom, što dovodi do usmjerenosti isključivo na pogreške. Također se može dovesti u pitanje, ima li tu ulogu i tendencija osoba koje su perfekcionista, u skrivanju svojih pogrešaka.

U tom slučaju osobe provode dijetu kako bi prikrili percipirani nedostataka, na tjelesnom ili nekom drugom planu, a nakon toga to učestalo provode te dolazi do zabrinjavajućih navika jedenja. Postavljanje visokog standarda u samoprezentaciji može dovesti do razvoja poremećaja hranjenja (Cockell i sur., 2002), naime osobe se žele drugima predstaviti na savršen način, no nažalost u tome u nekim situacijama odu predaleko.

Wade i suradnici (2016) su nastojali istražiti hoće li se perfekcionizam smanjiti kada se izliječi poremećaj prehrane. Dobili su rezultate u kojima, sudionici koji su preboljeli poremećaj prehrane i dalje imaju višu razinu perfekcionizma nego skupina koja nije nikada imala poremećaj prehrane (Wade i sur., 2016). Stoga se može pretpostaviti da je perfekcionizam prisutan kao psihološka karakteristika koja je predisponirajuća za razvoj poremećaja hranjenja. No, Bardone-Cone i suradnici (2010) u svom istraživanju dobivaju oprečne rezultate. Osobe koje su se bihevioralno i kognitivno oporavile od poremećaja hranjenja se nisu razlikovale u perfekcionizmu, od one skupine koja nije imala neki od poremećaja hranjenja i jedenja. Ovi oprečni rezultati ostavljaju prostor za daljnja istraživanja. One osobe koje nemaju poremećaj hranjenja, ali su vidljiva zabrinjavajuća ponašanja vezana uz hranu i samopercepciju, potencijalno mogu imati viši perfekcionizam u odnosu na onu skupinu koja ne pokazuje takva ponašanja, što će se nastojati istražiti u ovom radu. Visoki standardi koji si ljudi postavljaju i nedostatak sposobnosti za dostizanje tih ciljeva može dovesti do kognitivne disonance te to može dovesti do prekomjernog jedenja, čišćenja ili restrikcije hrane kao načina smanjenja ili izbjegavanja osjećaja nelagode izazvanog kognitivnom disonancom (Boone i sur., 2012).

I na kraju perfekcionizam kao tendencija postavljanja visokih očekivanja može biti dio ličnosti koji djeluje na postojeće psihološke poteškoće, poput depresije, anksioznosti, tako što ih pogoršava, što posljedično može dovesti do odstupajućih navika hranjenja (Boone i sur., 2012). Navedenim istraživanjima se može implicirati djelovanje na perfekcionizam prilikom liječenja, kao način smanjenja visokih očekivanja u pogledu svog izgleda (Bardone-Cone i sur., 2010). Interes istraživača za djelovanjem perfekcionizma u tretmanima raznih poremećaja je vidljiv u podacima da 13 % istraživanja se bavi djelovanjem perfekcionizma u liječenju poremećaja prehrane, 8 % u tretmanu anksioznosti i 18 % depresije (Bardone-Cone i sur., 2007). Iz ovih podataka je vidljiva važnost proučavanja perfekcionizma u kontekstu psihijatrijskih poremećaja, a tako i poremećaja hranjenja.

Razvoj određenih psiholoških karakteristika osobe, pa tako i perfekcionizma, je usko vezan uz pojedinčev biološki, ali i socijalni aspekt. Neizostavno je u kontekstu razvoj karakteristika osobe, pa tako i poremećaja, spomenuti socijalne faktore, odnosno pripadnike društva s kojima se razvija bliska emocionalna veza.

1.2. Privrženost i poremećaj hranjenja i jedenja

Kada bi krenuli od obiteljskih faktora koji mogu doprinijeti boljem objašnjenju poremećaja hranjenja onda bi trebalo početi od ranog odnosa između djeteta i roditelja. Bliska emocionalna veza između primarnog skrbnika, bilo to majke, oca ili nekog drugog, i djeteta se naziva privrženost. No privrženost se ne razvija samo prema roditeljima, već i prema drugim osobama. Bowlby definira privrženost kao oblik trajne emocionalne veze s drugom osobom, figurom privrženosti, od koje tražimo sigurnost i bliske odnose (1979). Važnost interpersonalnih odnosa je vidljiva u svim domenama života. Bliski emocionalni odnosi koji su prožeti brigom, uzajamnošću, poštovanjem, iskrenošću i drugim elementima su neizostavni u čovjekovu sazrijevanju. Prilikom promatranja važnosti socijalne okoline u proučavanju poremećaja hranjenja, većinom se počinje od roditelja. Naime roditelji, ili skrbnici, su primarne figure privrženosti. Osoba može biti sigurno ili nesigurno privržena nekome.

Kada se govori o poremećajima hranjenja i jedenja, nesigurna privrženost se najčešće spominje. Anksiozna i izbjegavajuća privrženost su se pokazale kao bitan faktor u povezivanju psiholoških i tjelesnih čimbenika kod sudionika. Stil privrženosti se pokazao kao značajan prediktor simptoma vezanih uz poremećaj hranjenja (Monteleone i sur., 2017; Illing i sur., 2010). Klinička skupina, koja ima dijagnosticiran neki od poremećaja hranjenja, ima značajno više rezultate na svim tipovima nesigurne privrženosti nego skupina koja nema dijagnosticiran poremećaj prehrane (Illing i sur., 2010). Iz ovih nalaza je vidljiva važnost uključivanja emocionalnih odnosa u istraživanje poremećaja prehrane, zbog njihovog učinka na razvoj, otpornost ili nastanak odstupajućih navika hranjenja. Važnost uključivanja i drugih varijabli uz privrženost je vidljiva u sljedećim nalazima.

Kako bi bolje objasnili odnos stila privrženosti i simptoma poremećaja prehrane Dakanalis i suradnici (2014) uključuju neadaptivni perfekcionizam. Istraživanjem se pokazao medijacijski učinak neadaptivnog perfekcionizma na vezu poremećaja prehrane i privrženosti. Oba nesigurna stila privrženosti, izbjegavajući i anksiozni, su bili pozitivno povezani s perfekcionizmom, pri čemu je s povećanjem perfekcionizma dolazilo do povećanja simptoma poremećaja prehrane. U ovome je vidljivo objašnjenje, da su stilovi privrženosti prediktori koji djeluju preko karakteristika vezanih uz ličnost pojedinca (Dakanalis i sur., 2014).

Rana privrženost je bitan faktor u uspostavljanju kasnijih odnosa s drugim ljudima pa tako i s terapeutom. Tasca (2019) u svom preglednom radu navodi da prilikom osmišljavanja plana tretmana treba u obzir uzeti i tip privrženosti, kako bi se uspješno mogli postaviti ciljevi

tretmana. 28.7 % osoba koji imaju dijagnosticiran poremećaj hranjenja navodi da tijekom odrastanja njihove obitelji nisu bile podržavajuće (Tasca, 2019). Poteškoće u uspostavljanju bliskih emocionalnih veza u odrasloj dobi se pokazao kao medijator u odnosu nezadovoljstva tijelom i nepodržavajućih uvjeta unutar obitelji, ali i u odnosu simptoma poremećaja hranjenja i nepodržavajuće obitelji. Ovaj model se može objasniti uz pomoć saznanja da odnosi u djetinjstvu djeluju na formiranje bliskih odnosa u odrasloj dobi. Uz taj odnos, treba i uzeti u obzir i proces određivanja tijela kao primarnog temelja za samovrednovanje. Nadalje ti odnosi mogu imati interakcijski učinak na pojavu odstupajućih navika hranjenja (Goncalves i sur., 2020).

Uz stilove privrženosti i pojavu simptoma poremećaja hranjenja treba uzeti u obzir i stresne, životno ugrožavajuće događaje u djetinjstvu. Stil privrženosti može pomoći u objašnjenju djelovanja rane traume na pojavu poremećaja hranjenja. One osobe koje su doživjele neki oblik traume u djetinjstvu i koje uz to imaju nesigurnu privrženost češće imaju problema s regulacijom emocija i interpersonalnim odnosima, što može biti bitan čimbenik u razvoju poremećaja hranjenja (Tasca i sur., 2013). Stresne situacije i odnosi s drugim pojedincima, kao što je vidljivo, predstavljaju važan element u procesu nastanka odstupajućih navika hranjenja, a posljedično i poremećaja. Stoga su oba konstrukta uključena u ovo istraživanje.

Prilikom proučavanja odnosa privrženosti i poremećaja hranjenja, uz negativne učinke nesigurne privrženosti, korisno je spomenuti i zaštitno djelovanje sigurne privrženosti na nastajanje poremećaja i ozdravljenje. Sigurno privržene osobe s poremećajem hranjenja su imale manje simptoma. Postoji i razlika u percepciji poremećaja hranjenja, odnosno one osobe koje su sigurno privržene su smatrale da poremećaj hranjenja ne kontrolira njihov život, odnosno pokazale su veću autonomiju (Forsen Mantilla i sur., 2019), što je izuzetno važno za terapijski proces. Ako osoba misli da može utjecati na tijek terapije i misli da ima kontrolu nad sobom i svojim životom, lakše će dostići postavljene ciljeve.

Nezadovoljavajući socijalni odnosi i poteškoće u uspostavljanju istih, mogu dovesti do neugodnih osjećaja poput srama, ljutnje ili čak tuge. Pojedinci iz tog razloga mogu biti anksiozni ili depresivni zbog situacija u kojima se nalaze. Nastavno na to, depresija i anksioznost su najčešći konstrukti koji se vežu uz poremećaje hranjenja i jedenja. U literaturi se spominju ili kao predisponirajući faktori, no nerijetko se javljaju i kao posljedice promjena koje su uslijedile nakon razvoja poremećaja hranjenja (Danner i sur., 2014; Garcia i sur., 2020; Sander i sur., 2021).

1.3. Depresija i anksioznost i poremećaj hranjenja i jedenja

Depresiju i anksioznost kao jedne od najčešćih psihijatrijskih poremećaja, treba uzeti u obzir i u kontekstu proučavanja poremećaja prehrane. Više razine depresije i anksioznosti su povezani s pojavom više simptoma poremećaja prehrane (Sander i sur., 2021). Žene u dobi od 15 do 25 godina, ako imaju dijagnosticiran veliki depresivni poremećaj ili anksiozni poremećaj imaju četiri puta veću šansu za razvoj poremećaja prehrane (Garcia i sur., 2020). Komorbiditet anksioznog i depresivnog poremećaja s poremećajem prehrane se očituje u ozbiljnosti i učestalosti pojave simptoma poremećaja hranjenja, ali i načinu i uspješnosti tretmana. Razlog zajedničkog pojavljivanja anksioznosti i poremećaja prehrane može biti zbog zajedničkih faktora u pozadini jednih i drugih poremećaja (Garcia i sur., 2021).

Prisutnost depresije i anksioznosti ukazuje na probleme u regulaciji emocija, što može dovesti do aktivnosti kojima se nastoje "smanjiti" neugodne emocije, kao što je emocionalno jedenje ili izbjegavanje hrane. Ti postupci onda dovode do pojave poremećaja hranjenja. No situacija može biti i obrnuta. Psihopatologija u poremećajima hranjenja može dovesti do problema u emocionalnoj regulaciji što dovodi do pojave ili pogoršanja simptoma depresije i anksioznosti (Sander i sur., 2021). U slučaju kada se ispituje vrijeme pojave anksioznosti, odnosno poremećaja hranjenja, anksioznost se kod većine sudionica javlja prije nego poremećaj hranjenja (Garcia i sur., 2021). Na uzorku adolescentica se pokazalo da komorbiditet poremećaja prehrane s poremećajima raspoloženja ili anksioznosti u pozadini ima različite predisponirajuće faktore. One sudionice koje su uz poremećaje hranjenja imale i depresiju su imale više simptoma za razliku od onih koje su imale anksioznost ili samo poremećaj prehrane. Uz to anksioznost se uz poremećaje hranjenja može vezati i uz osjećaj nelagode i straha prilikom konzumacije hrane ili samog prisustva hrane (Hughes i sur., 2013). Naglašava se da oni pacijenti koji uz poremećaj hranjenja imaju i neki drugi psihički poremećaj primaju više medicinskih tretmana, ali to ne znači da su oni, objektivno gledano, lošijeg zdravstvenog stanja (Hughes i sur., 2013). Što se tiče nalaza istraživanja koji ispituju veze između anksioznosti, depresije i poremećaja hranjenja, da se zaključiti da upućuju na pozitivne povezanosti između tih konstrukata (Garcia i sur., 2021; Hughes i sur., 2013; Sander i sur., 2021).

Uz ta dva najčešća konstrukta proučavana u kontekstu poremećaja prehrane, nezaobilazan je i stres. S obzirom na to da je stres pojava prisutna u svim sferama života i djeluje na sve tjelesne sustave, važno ga je uključiti u istraživanje radi potpunijeg razumijevanja istraživane pojave.

1.4. Stres i poremećaj hranjenja i jedenja

Stres se odnosi na biološke i psihološke reakcije organizma, uslijed događaja koji nadilaze naše sposobnosti suočavanja s istim. Stres kao takav je izrazito subjektivna pojava koja ovisi o pojedinčevom doživljavanju sebe i situacije u kojoj se nalazi. Djelovanje stresnih događaja na pojavu simptoma poremećaja hranjenja je potencijalno vidljiva u povezanosti živčanog i gastrointestinalnog sustava u tjelesnim reakcijama na stres. Djelovanje kortizola na tijelo može smanjiti apetit osobe i tako dovesti do pojave poremećaja hranjenja (Cheng i Kamil, 2020). Još jedna važna stvar je suočavanje sa stresom. Postoje tri tipa suočavanja sa stresom, suočavanje usmjereno na problem, na emocije i izbjegavanje. Izbjegavanje suočavanja sa problemom i suočavanje usmjereno na emocije su vidljivi načini nošenja sa stresom kod osoba s poremećajem hranjenja (Fitzsimmons i Bardone-Cone, 2012).

Traženje “utjehe” u hrani prilikom stresnih situacija može dovesti do nastanka neugodnih osjećaja usmjerenih prema sebi, zbog nedostatka kontrole prilikom konzumacije odabrane hrane, a nakon toga i do ponašanja kojima nastojimo smanjiti te sebi-usmjerene neugodne emocije. Uslijedit će faza posta ili dijete kojom ćemo nastojati vratiti osjećaj kontrole ili smanjit “gađenje” prema sebi. S obzirom na to da je stres subjektivno iskustvo, različite situacije mogu biti percipirane kao stresne. U istraživanjima se situacije koje izazivaju stres najčešće vežu uz obrazovanje, osnovnoškolsko, srednjoškolsko ili fakultetsko. U stresnim situacijama, poput ispitnih rokova, žene postižu više rezultate na EAT-26, što ukazuje na odstupajuće navike hranjenja, niže samopouzdanje i viši perfekcionizam, nego u situacijama niskog stresa (Costarelli i Patsai, 2012). U uzorku srednjoškolki su dobiveni slični rezultati, no one su veću povezanost, između želje za mršavošću i perfekcionizma, imale u situaciji kada su čekale rezultate ispita. Razlog zbog kojeg je viša povezanost bila prilikom dobivanja rezultata nego prilikom pisanja testa, leži u percepciji kontrole. Tijekom pisanja ispita sudionice su imale višu razinu kontrole nad situacijom nego li kada su dobile rezultate (Ruggiero i sur., 2003).

Konzumacija visokokalorične hrane nakon stresnog događaja, može smanjiti aktivnost HPA osi. Naime u situacijama kroničnog stresa osoba može svaki put nakon stresnog dana utjehu tražiti u hrani, a onda može doći do ovisnosti o konzumaciji hrane nakon stresnog događaja (Ulrich i Ray, 2014) zbog povezanosti konzumacije hrane s krugovima u mozgu koji su zaslužni za ugodu ili olakšanje. Nakon konzumacije visokokalorične hrane nakon stresnog događaja može doći do osjećaja krivnje i srama, te osoba može posegnuti za aktivnostima koje će smanjiti te osjećaja, odnosno može doći do povraćanja, korištenja laksativa ili restrikcije unosa hrane.

Što se tiče interpersonalnih odnosa u stresnim situacijama, istraživanje Sassarollia i Ruggiera (2005) ukazuje na smanjeno povjerenje srednjoškolki u druge ljude za vrijeme visoko stresnih situacija. U kontekstu povezanosti stresa i poremećaja hranjenja često se spominje emocionalno jedenje. Karakteristika emocionalnog jedenja jest, konzumacija veće količine hrane nakon stresnih događaja. U situaciji visokog stresa studentice su imale više epizoda emocionalnog jedenja nego u situaciji niskog stresa. U istom istraživanju je povezanost odstupajućih navika hranjenja i anksioznosti također bila viša u visoku stresnim situacijama (Costarelli i Patsai, 2012).

Kada je riječ o anoreksiji, povećana aktivnost HPA osi, koja je uz simpatikus najvažniji sustav uključen u reakcije na stres, se smatra posljedicom pothranjenosti, odnosno nastaje zbog promjena u tjelesnim procesima uslijed nedostatka hranjivih tvari (Chami i sur., 2018). One osobe koje imaju anoreksiju, također u stanju mirovanja imaju pojačanu aktivnost HPA osi. Uz to pokazalo se da su izloženi većim razinama stresa, kroničnog i akutnog (Schmalbach i sur., 2020), nego osobe koje nemaju poremećaj hranjenja. Kod žena koje imaju bulimiju nervozu, oni dijelovi mozga koji reagiraju na hranu, odnosno oni koji “povezuju” hranu i ugodu, su bili manje aktivni u situacijama akutnog stresa (Fisher i sur., 2017). Odnosno, osobe s poremećajem hranjenja ne doživljavaju konzumiranje hrane kao ugodno iskustvo već kao “patnju”. Epizode prejedanja i povraćanja kod osoba s bulimijom su češće u situacijama visokog stresa (Smyth i sur., 2007).

U kontekstu povratka simptoma bulimije ili nespecifičnog poremećaja hranjenja nakon određenog perioda, pokazalo se da su stresori, životni i društveni, značajni prediktori recidiva poremećaja hranjenja (Grillo i sur., 2012). Kada se proučava veza između stresa i poremećaja hranjenja, onda se češće spominje bulimija, kompulzivno prejedanje i *binge eating*, za razliku od anoreksije. Psihološki distress i percipirani stres su pozitivno povezani sa simptomima poremećaja hranjenja (Hay i Williams, 2013), odnosno može se pretpostaviti da će osobe koje imaju poremećaj hranjenja imati i više razine stresa, nego osobe koje nemaju navedeni poremećaj. Važnost proučavanja stresa u kontekstu poremećaja hranjenja, je vidljivo i u postotku žena koje recidiviraju nakon izlječenja od poremećaja hranjenja, a postotak se kreće oko 45 %. Kao što je već rečeno stres je prediktor recidiva (Grillo i sur., 2012), ali i visoko je koreliran sa simptomima poremećaja hranjenja, što ističe važnost proučavanja stresa u objašnjenju poremećaja hranjenja, uz sve ostale navedene varijable. Također u visoku stresnim situacijama je povezanost poremećaja hranjenja i drugih varijabli, poput perfekcionizma i anksioznosti, veća nego u manje stresnim situacijama (Grillo i sur., 2012).

Uključivanje perfekcionizma, privrženosti, stresa, depresije i anksioznosti u objašnjenje poremećaja hranjenja i jedenja ključno je za sveobuhvatno razumijevanje ovih složenih stanja. Perfekcionizam se često očituje u strogoj kontroli prehrane i nerealnim tjelesnim standardima, što može potaknuti odstupajuće navike u hranjenju. Privrženost kao stanje, utječe na to kako se pojedinci nose sa stresom i traže potvrdu, što djeluje na njihov odnos s hranom. Stres pokreće neprilagođene mehanizme suočavanja, kao što je prejedanje ili pretjerana ograničenja, dok depresija i anksioznost pogoršavaju osjećaje niskog samopoštovanja i gubitka kontrole, te su kao što je rečeno, česte kod osoba s poremećajima prehrane. Ispitivanjem ovih psiholoških čimbenika možemo objasniti temeljne emocionalne i kognitivne obrasce koji pridonose poremećajima prehrane.

2. CILJEVI I PROBLEMI

Glavni cilj ovog istraživanja je ispitati odnos perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa u objašnjenju poremećaja hranjenja kod punoljetnih žena koje imaju dijagnosticiran poremećaj hranjenja.

Hipoteze i problemi istraživanja su formirani na temelju postavljenog cilja istraživanja.

1. Odrediti razlike u rezultatima na upitnicima perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti, stresa i navika hranjenja između žena sa i bez dijagnoze poremećaja hranjenja i jedenja.

H1: Očekuje se da će postojati značajna statistička razlika u rezultatima na upitnicima perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti, stresa i navika hranjenja između žena koje imaju dijagnozu poremećaja hranjenja i onih koje nemaju, na način da će žene koje imaju poremećaj hranjenja postizati više rezultate na upitnicima perfekcionizma, depresije, anksioznosti i stresa, te da će imati više rezultate na subskalama nesigurne privrženosti.

2. Ispitati povezanost perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti, stresa i navika hranjenja kod žena koje imaju dijagnosticiran poremećaj hranjenja.

H2a: Očekuje se značajna statistička pozitivna povezanost perfekcionizma s nesigurnom privrženosti (subskale traženja blizine i izbjegavanje), depresijom,

anksioznosti, stresom i odstupajućim navikama hranjenja, te značajna negativna statistička povezanost sa sigurnom privrženosti.

H2b: Očekuje se značajna pozitivna statistička povezanost nesigurne privrženosti (subskale traženje blizine i izbjegavanje) s depresijom, anksioznosti, stresom i odstupajućim navikama hranjenja, te značajna negativna povezanost sa sigurnom privrženosti.

H2c: Očekuje se značajna negativna statistička povezanost sigurne privrženosti s depresijom, anksioznosti, stresom i odstupajućim navikama hranjenja.

H2d: Očekuje se značajna statistička pozitivna povezanost depresije s anksioznosti, stresom i odstupajućim navikama hranjenja.

H2e: Očekuje se značajna statistička pozitivna povezanost anksioznosti sa stresom i odstupajućim navikama hranjenja.

H2f: Očekuje se značajna pozitivna statistička povezanost stresa i odstupajućih navika hranjenja.

3. METODA

3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 60 žena. Najmlađe sudionice su imale 18 godina, a najstarija 64 godine. Prosjek godina cijelog uzorka je $M=34,22$ ($SD=12,63$), dok kod sudionica s poremećajem hranjenja $M=32,7$ ($SD=11,86$), a kod sudionica bez poremećaja $M=35,67$ ($SD=13,40$). 28,30 % sudionica je u emocionalnoj vezi (u uzorku bez dijagnoze 20 %, a kod sudionica s dijagnozom 36,70 %), 26,70 % nije u emocionalnoj vezi (u uzorku bez dijagnoze 26,70 % isti je postotak i kod sudionica s dijagnozom), 38,3 % udanih (u uzorku bez dijagnoze 46,70 % i 33,30 % sudionica s dijagnozom) i 5 % rastavljenih (u uzorku bez dijagnoze 6,70 % i 3,30 % s dijagnozom).

30 sudionica ima dijagnosticiran neki od poremećaja hranjenja. Poremećaji koji su obuhvaćeni jesu anoreksija nervoza (23,30 %), bulimija (13,30 %), atipična bulimija nervoza (6,70 %), povraćanje s drugim psihičkim smetnjama (6,70 %), pretjerano jedenje s drugim psihičkim smetnjama (30 %) i drugi poremećaji hranjenja (20 %). 76,70 %, sudionica s poremećajem prehrane odlazi u zdravstvenu ustanovu radi liječenja navedenog poremećaja, a isti postotak odlazi kod psihijatra ili psihologa radi problema povezanih s poremećajem. Samo

jedna osoba je prvi put dobila dijagnozu prije 2000. godine, odnosno 1998. 7 sudionica je prvi put dobilo dijagnozu između 2015. i 2019. godine, a 22 sudionice nakon 2020. godine.

3.2. Mjerni instrumenti

Sudionice su uz validirane instrumente koji su navedeni u daljnjem tekstu odgovorile i na nekoliko sociodemografskih pitanja. Sociodemografska pitanja koja su uključena se odnose na dob sudionica, vrsta emocionalne veze. Nadalje, sudionice su odgovorile i na pitanje o tome imaju li ili ne neki od poremećaja prehrane, ako je odgovor na to pitanje bio potvrđan, u sljedećem pitanju su trebale zaokružiti o kojem se poremećaju prehrane radi. Posljednje, liječe li se od navedenog poremećaja prehrane te odlaze li psihijatru ili psihologu radi problema povezanih s poremećajem prehrane.

Burnsova skala perfekcionizma (Burns, 1980) mjeri perfekcionizam kao jednodimenzionalni konstrukt. Preuzeta je iz Zbirke psihologijskih skala i upitnika, svezak 2 (Proroković i sur., 2002). Perfekcionizam se mjeri kao proces postavljanja previsokih očekivanja samom sebi, odnosno dimenzija sebi-usmjerenog perfekcionizma. Sastoji se od 10 čestica. Zadatak sudionika je da na skali od 1 do 5 označe kakvo je njihovo doživljavanje sebe. Pri čemu 1 označava “u potpunosti se ne slažem”, 2 “djelomično se ne slažem”, 3 “niti se slažem niti se ne slažem”, 4 “djelomično se slažem” i 5 “u potpunosti se slažem”. Originalna verzija je imala skalu od -2 do +2, no za hrvatsku populaciju je to promijenjeno. Sudionici odgovaraju na tvrdnje tipa “*Prosječno postignuće me čini nezadovoljnim.*”, “*Neuspjeh u nečemu važnom me čini slabijom osobom.*” ... Ukupni rezultat se računa kao linearna kombinacija, veći rezultat ukazuje na veću izraženost perfekcionizma. Teorijski raspon skale je od 10 do 50. Faktorskom analizom skale dobije se jednofaktorsko rješenje. Pouzdanost unutarne konzistencije na hrvatskom uzorku studenata je 0.62, a na ovom uzorku je 0,811.

Skala privrženosti kao stanja (eng., *State Adult Attachment Measure - SAAM*) mjeri misaone, bihevioralne i afektivne elemente vezane uz trenutni osjećaj emocionalne bliskosti s drugom osobom. Upitnik se nalazi u Zadarskoj zbirki psihologijskih skala i upitnika u sedmom svesku (Ćubela Adorić i sur., 2014). Sadrži 21 česticu. Sudionici čitanjem tvrdnji procjenjuju svoje trenutne osjećaje te odabiru brojeve od 1 do 7, ovisno o tome koliko se slažu s određenom tvrdnjom. Broj 1 označava “u potpunosti se ne slažem”, 4 “niti se slažem niti se ne slažem” i 7 “u potpunosti se slažem”. U originalu, a i na hrvatskom uzorku je dobivena trofaktorska struktura, a ta tri faktora su: izbjegavanje, traženje blizine i sigurnost. Faktor pod nazivom

“izbjegavanje” obuhvaća čestice koje glase: “*Ne bi mi bilo ugodno da imam nekog (prijatelja, partnera) tko bi mi bio blizak.*”, faktor “traženje blizine” uključuje trenutnu želju za blizinu figure privrženosti. jedna od čestica koja se nalazi u tom faktoru je “*Volio/la bih kada bi mi netko rekao da me doista voli.*” On se u hrvatskoj verziji zove i “anksioznost”. Posljednji faktor “sigurnost”, uključuje one čestice koje opisuju strategije temeljene na osjećaju sigurnosti, kao što ime faktora kaže (npr. “*Osjećam da imam nekog u koga se mogu pouzdati.*”). Ukupan rezultat se formira kao linearna kombinacija rezultata na pojedinim subskalama. Teorijski raspon na svim skalama je od 7 do 49, veći rezultat upućuje na veću izraženost pojedinog tipa privrženosti. Cronbach α za subskalnu “sigurnosti” iznosi 0,84, “traženja blizine” i “izbjegavanja” 0,82. Svi podaci su dobiveni prilikom druge primjene upitnika na zadarskim studentima. U ovom istraživanju Cronbach α za subskalnu “sigurnosti” iznosi 0,918, “traženja blizine” 0,863 i “izbjegavanja” 0,724.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) mjeri simptome depresivnosti (poput beznađa, apatije i dr.), anksioznosti (situacijsku i tjelesnu pobuđenost) i stresa (poput uznemirenosti, nestrpljenja, poteškoća u opuštanju i dr.). Hrvatska verzija upitnika i metrijske karakteristike na hrvatskom uzorku se nalaze u Zbirci psihologijskih skala i upitnika, 6 svezak (Proroković i sur., 2012). Sastoji se od 42 čestice i tri subskale (skala depresivnosti, skala anksioznosti i skala stresa) od kojih svaka obuhvaća 14 čestica. Sudionici čitaju tvrdnje i označuju od 0 do 3 koliko se ta tvrdnja odnosi na njih. 0 označava “*uopće se ne odnosi na mene*”, a 3 “*potpuno se odnosi na mene*”. Ukupan rezultat se formira kao linearna kombinacija čestica na pojedinim subskalama. Teorijski raspon rezultata na pojedinim subskalama se kreće od 0 do 42. Primjeri čestice subskale depresivnosti je “*Čini mi se da ne mogu osjetiti ništa pozitivno.*”, anksioznosti “*Imam osjećaj da mi drhte noge.*” i stresa “*Teško se umirim kada me nešto uzruja.*” Koeficijenti pouzdanosti za subskalnu depresivnosti iznosi 0,71, anksioznosti 0,79 i stresa 0,81. Dok su na hrvatskom uzorku te vrijednosti nešto veće. za skalu depresivnosti je Cronbach α 0,93, anksioznost 0,81 i stres 0,89. Na uzorku žena uključenih u naše istraživanje koeficijenti pouzdanosti su za skalu depresivnosti 0,969, anksioznosti 0,922 i stresa 0,968.

Upitnik navika hranjenja (eng. Eating attitudes test (EAT-26) (Garner i sur., 1982) je skraćena verzija EAT-40 dobivena nakon faktorske analize i uklonjenih čestica. Mjeri simptome vezane uz poremećaje hranjenja. Sadrži 26 čestica u kojima je zadatak sudionika označiti koliko se određene tvrdnje odnose na njih. Odgovori su uvijek, često, vrlo često, ponekad, rijetko i nikada. Odgovori ponekad, rijetko i nikada iznose 0 bodova, osim u slučaju

čestice “*Volim isprobavati nova, pomno spravljena jela.*”, kod koje nikada nosi 3 boda, rijetko 2 i ponekad 1 bod. Kod ostalih čestica “*uvijek*” nosi 3 boda, “*vrlo često*” 2 i često 1 bod. Sastoji se od tri skale: provođenje dijete, bulimija i preokupacija hranom, te oralna kontrola. Okupiranost hranom i izbjegavanje hrane koje je patološko spada u prvi faktor, odnosno provođenje dijete. Razmišljanja o hrani i ponašanja koja uključuju povraćanje i “čišćenje” spadaju pod bulimiju. I posljednje oralna kontrola obuhvaća ponašanja poput percepcije pritiska oko izgleda i mršavosti te samokontrolu vezanu uz hranu (Ambrosi- Randić, 2005). Zbog niskog koeficijenta pouzdanosti pojedinih subskala, ali i zbog postojeće dijagnoze, odlučili smo u našem istraživanju koristiti jedino ukupni rezultat na ovom upitniku. Ukupni rezultat se formira kao linearna kombinacija odgovora. Raspon rezultat koji se naziva teorijski raspon skale se kreće od 0 do 78. Pri čemu viši rezultat ukazuje na više simptoma poremećaja hranjenja, pri čemu rezultat iznad 20 predstavlja zabrinjavajuće navike hranjenja. Te se preporučuje da osobe s tim rezultatom potraže stručnu pomoć. Cronbach α na hrvatskom uzorku studentica iznosi 0,86, a na našem uzorku je 0,936.

3.3. Postupak

Prije početka provedbe istraživanja tražene su dozvole etičkog povjerenstva Odsjeka za psihologiju Fakulteta hrvatskih studija i Dnevne bolnice za poremećaje prehrane H(RANA), koja se nalazi u Klinici za psihijatriju Sveti Ivan u Zagrebu. Istraživanje je provedeno u papir-olovka formi, u kombinaciji prigodnog uzorkovanja i tehnike snježne grude. Kontaktirana je ustanova koja se bavi poremećajima hranjenja, istraživači su u dva navrata odlazili u ustanovu kako bi proveli istraživanje. Naime, sudionice su zamoljene da uključe i svoje poznanice, koje također imaju poremećaj hranjenja. Ostatak sudionica je prikupljen kontaktiranjem raznih ustanova i drugih osoba. Te sudionice su također zamoljene da uključe svoje poznanice, s ili bez poremećajem hranjenja. Svaka od sudionica je potpisala suglasnost kojom pristaje na sudjelovanje u istraživanju.

Na početku je svim sudionicima bilo rečeno da je sudjelovanje anonimno i dobrovoljno te da mogu odustati u bilo kojem trenutku, te je rečeno vrijeme trajanja istraživanja. Na prvoj stranici su pisale i sve ostale relevantne informacije (ime i prezime studentice, mentorice, naziv fakulteta, naslov istraživanja, svrha i dr.) te je ponovno naglašena anonimnost i mogućnost odustajanja u bilo kojem trenutku bez ikakvih posljedica. Tijekom ispunjavanja, sudionice su imale mogućnost tražiti pomoć istraživača u slučaju nerazumijevanja ili nejasnoća glede čestica ili uputa. Niti u jednom dijelu upitnika nisu bili traženi osobni podaci na temelju kojih je

moгуće odrediti identitet osobe. Nakon početnih općih podataka su slijedile skale prema sljedećem rasporedu: Burnsova skala perfekcionizma, Skala privrženosti kao stanja, Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa i Upitnik navika hranjenja.

Zbog nedovoljnog broja sudionica s dijagnosticiranim poremećajem hranjenja i jedenja kontaktirana je još jedna udruga u Istri, Udruga Snaga u meni. Zbog velike geografske udaljenosti te udruge, sudionice su imale priliku ispuniti upitnike online. Nakon svakog ispunjavanja sudionice su imale priliku postaviti pitanja relevantna za istraživanje. U slučaju nekih nejasnoća dana im je mogućnost da se jave istraživaču na danu e-mail adresu. Podaci su prikupljeni u periodu od 29. travnja do 7. lipnja, 2024. godine.

Kako bi se sačuvala povjerljivost i integritet podataka, fizički ispunjeni upitnici će se čuvati u zaštićenim ormarićima ograničenog pristupa. Online verzija upitnika će biti pohranjene na poslužiteljima s kontrolnim zaštitama i lozinkama.

4. REZULTATI

Sukladno postavljenim ciljevima i problemima provedena je analiza deskriptivnih podataka, t-test, Mann-Whitney u test te Spearmanov koeficijent korelacije za utvrđivanje povezanosti među varijablama. Obrada prikupljenih podataka je izvršena u *IBM SPSS Statistics* programu. Prilikom obrade podataka valja uzeti u obzir veličinu uzorka i sve rezultate interpretirati u tom kontekstu.

Tablica 1. *Deskriptivni podaci, ovisno o prisustvu dijagnoze poremećaja hranjenja i jedenja*

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn (C)</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maksimum</i>
Perfekcionizam						
S dijagnozom	30	33,033	7,876	34,500	18,000	50,000
Bez dijagnoze	30	29,867	7,366	29,500	11,000	44,000
Sigurna privrženost						
S dijagnozom	30	34,267	11,335	35,500	7,000	49,000
Bez dijagnoze	30	44,467	3,910	45,000	35,000	49,000
Nesigurna privrženost:						
Traženje blizine						
S dijagnozom	30	37,400	10,002	40,500	8,000	49,000
Bez dijagnoze	30	44,467	10,414	36,000	7,000	49,000
Nesigurna privrženost:						
Izbjegavanje						
S dijagnozom	30	24,200	8,656	24,500	7,000	46,000
Bez dijagnoze	30	44,467	6,825	15,000	7,000	31,000
Depresija						
S dijagnozom	30	17,367	12,522	12,000	0,000	42,000
Bez dijagnoze	30	4,133	7,624	2,000	0,000	36,000
Anksioznost						
S dijagnozom	30	16,500	9,954	17,000	0,000	34,000
Bez dijagnoze	30	6,700	7,226	3,000	1,000	35,000
Stres						
S dijagnozom	30	23,900	12,044	28,000	0,000	42,000
Bez dijagnoze	30	11,133	9,420	8,500	1,000	36,000
Navike hranjenja						
S dijagnozom	30	22,333	17,515	17,000	1,000	63,000
Bez dijagnoze	30	4,100	3,294	3,000	0,000	11,000

Iz tablice 1 se mogu iščitati deskriptivni podaci za obje skupine sudionica. U nekim varijablama je vidljivo da postoje razlike u mjerama centralne tendencije i u rasponu rezultata između te dvije skupine sudionica (npr. sigurna privrženost, navike hranjenja i dr.). Kako bi se omogućila daljnja statistička analiza, procijenjena je normalnost raspodjela korištenjem Shapiro-Wilkovog testa, kao i simetričnost raspodjela, putem omjera koeficijenta asimetričnosti i pripadajuće standardne pogreške.

Tablica 2. Prikaz asimetričnosti i normalnosti varijabli, ovisno o prisustvu dijagnoze poremećaja hranjenja i jedenja

	<i>Asimetričnost</i>	<i>Std. pogreška asimetrije</i>	<i>Shapiro-Wilk</i>
Perfekcionizam			
S dijagnozom	-0,195	0,427	0,971*
Bez dijagnoze	-0,239	0,427	0,965*
Sigurna privrženost			
S dijagnozom	-0,841	0,427	0,920
Bez dijagnoze	-1,118	0,427	0,879
Nesigurna privrženost: Traženje blizine			
S dijagnozom	-1,544	0,427	0,855
Bez dijagnoze	-0,908	0,427	0,933*
Nesigurna privrženost: Izbjegavanje			
S dijagnozom	0,195	0,427	0,987*
Bez dijagnoze	-0,908	0,427	0,917
Depresija			
S dijagnozom	0,648	0,427	0,902
Bez dijagnoze	3,225	0,427	0,562
Anksioznost			
S dijagnozom	-0,092	0,427	0,944*
Bez dijagnoze	2,323	0,427	0,748
Stres			
S dijagnozom	-0,487	0,427	0,948*
Bez dijagnoze	0,968	0,427	0,890
Navike hranjenja			
S dijagnozom	0,865	0,427	0,912
Bez dijagnoze	0,767	0,427	0,896

* $p < 0,05$

Asimetričnost distribucija je dobivena omjerom koeficijenta asimetrije i pripadajuće standardne pogreške. Rezultati pokazuju da su u uzorku sudionica s dijagnozom varijable sigurne privrženosti, nesigurne privrženosti: traženja blizine i prehrambenih navika asimetrične, dok su sve ostale varijable simetrične. Pri razini značajnosti od 0,05, Shapiro-Wilkovi koeficijenti su značajni za varijable anksioznosti, stresa, nesigurne privrženosti: izbjegavanja i perfekcionizma, što ukazuje na normalnu distribuciju tih varijabli ($df=30$). U uzorku sudionica bez dijagnoze, varijable perfekcionizma, nesigurne privrženosti: izbjegavanja i prehrambenih navika su simetrične, dok su sve ostale varijable asimetrične. Jedine varijable koje ne odstupaju od normalne raspodjele su perfekcionizam i nesigurna privrženost: traženje blizine ($df=30$). Uzimajući u obzir ove rezultate proveden je t-test za varijablu perfekcionizma,

te Mann-Whitney test za sve ostale varijable, kako bi se utvrdila razlika u rezultatima između dvije skupine sudionica. Sukladno rezultatima ($F=0,221$, $p>0,05$) pretpostavka o homogenosti varijanci varijable perfekcionizma je potvrđena. Provedeni t-test ($t=1,608$, $df=58$, $p>0,05$) upućuje na nepostojanje značajne statističke razlike u rezultatima na upitniku perfekcionizma između sudionica sa i bez dijagnoze poremećaja hranjenja. Što upućuje na podjednake vrijednosti rezultata u te dvije skupine sudionica.

Tablica 3. Rangovne vrijednosti varijabli

Imate li dijagnozu poremećaja hranjenja?	<i>N</i>	<i>Prosječni</i>		
		<i>rang</i>	<i>Zbroj rangova</i>	
Sigurna privrženost	Da	30	21,40	642,00
	Ne	30	39,60	1188,00
	Ukupno	60		
Nesigurna privrženost: Traženje blizine	Da	30	32,78	983,50
	Ne	30	28,22	846,50
	Ukupno	60		
Nesigurna privrženost: Izbjegavanje	Da	30	37,60	1128,00
	Ne	30	23,40	702,00
	Ukupno	60		
Depresija	Da	30	41,68	1250,50
	Ne	30	19,32	579,50
	Ukupno	60		
Anksioznost	Da	30	39,00	1170,00
	Ne	30	22,00	660,00
	Ukupno	60		
Stres	Da	30	39,22	1176,50
	Ne	30	21,78	653,50
	Ukupno	60		
Navike hranjenja	Da	30	41,80	1254,00
	Ne	30	19,20	576,00
	Ukupno	60		

Tablica 4. Rezultati Mann-Whitney U testa

	Sigurna privrženost	Nesigurna privrženost: Traženje blizine	Nesigurna privrženost: Izbjegavanje	Depresija	Anksioznost	Stres	Navike hranjenja
Mann-Whitney U	177,000*	381,500	237,000*	114,500*	195,000*	188,500*	111,000*
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,000	0,310	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000

* $p<0,05$

U tablici 4 su vidljivi koeficijenti Mann-Whitney U testa i pripadajuća značajnost rezultata. Iz tablice je vidljivo da postoji značajna statistička razlika u rezultatima između sudionica sa i bez dijagnoze u svim uključenim varijablama, osim u slučaju varijable nesigurne privrženosti: traženje blizine. Osvrćući se na tablicu 3 i uzimajući u obzir da je prvi rang dodijeljen najmanjoj vrijednosti, može se interpretirati smjer dobivenih razlika. Uzorak sudionica bez dijagnoze ima veći prosječni rang varijable sigurne privrženosti, od uzorka sudionica sa dijagnozom. Naime, sudionice bez dijagnoze su u prosjeku imale više rezultata na subskali sigurne privrženosti koji su bročano veći. Situacije je inverzna ako se gledaju rezultati na subskali nesigurne privrženosti: izbjegavanja, na kojoj je veći prosječni rang imaju sudionice sa dijagnozom, odnosno u prosjeku postižu više rezultate na subskali izbjegavanja. Nadalje, veći prosječni rang kod sudionica s dijagnozom zabilježen je i za sve ostale analizirane varijable (depresiju, anksioznost, stres i navike hranjenja). Ovi rezultati upućuju na to da su u uzorku sudionica s dijagnozom prisutne veće vrijednosti za navedene varijable. Sudionice sa dijagnozom su bile više depresivne, anksiozne i pod stresom. Uzimajući u obzir da jedan uzorak ima dijagnostičan poremećaj hranjenja, te sudionice, u skladu s logikom, imaju i rizičnije navike hranjenja i više simptoma poremećaja hranjenja. Kako bi detaljnije opisali poremećaje prehrane i odnos uključenih varijabli istražene su i korelacije među varijablama kod sudionica s poremećajem prehrane.

Tablica 5. Odnos perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti, stresa i navika hranjenja kod sudionica s poremećajem prehrane (N=30)

	Sigurna privrženost	Nesigurna privrženost: Traženje blizine	Nesigurna privrženost: Izbjegavanje	Depresija	Anksioznost	Stres	Navike hranjenja
Perfekcionizam	-0,191	0,511**	0,211	0,277*	0,295*	0,291*	0,283*
Sigurna privrženost		0,257*	-0,510**	-0,708**	-0,676**	-	-0,501**
Nesigurna privrženost: Traženje blizine			-0,167	-0,032	-0,023	0,042	0,111
Nesigurna privrženost: Izbjegavanje				0,465**	0,470**	0,462**	0,393**
Depresija					0,872**	0,886**	0,595**
Anksioznost						0,915**	0,562**
Stres							0,571**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

U tablici 5 su prikazane korelacije među varijablama i pripadajuća značajnost korelacija. Prilikom interpretacije podataka treba naglasiti da su rezultati dobiveni na malom uzorku ($N=30$), te da je korištena Spearmanov koeficijent korelacije, zbog odstupanja pojedinih varijabli od normalne raspodjele. Također potrebno je uzeti u obzir i preciznost mjerenja, statističku snagu testa te mogućnost generalizacije kod malih uzoraka. Iz tablice je vidljivo da je perfekcionizam značajno pozitivno statistički povezan s traženjem blizine kao oblikom nesigurne privrženosti, depresijom, anksioznošću, stresom i odstupajućim prehrabnim navikama. Veličine koeficijenata korelacije ukazuju na nisku do srednju povezanost, što znači da porast perfekcionizma dovodi do povećanja rezultata na svim navedenim varijablama. Sigurna privrženost kod sudionica pokazuje značajnu pozitivnu povezanost s traženjem blizine kao oblikom nesigurne privrženosti, dok je značajno negativno povezana s depresijom, anksioznošću i stresom. Veličine koeficijenata korelacije upućuju na srednje visoku povezanost. Porast izbjegavanja kao oblika nesigurne privrženosti povezano je s povećanjem rezultata na subskali stresa, pri čemu je povezanost srednje jačine. Depresija je, osim prethodno opisanih korelacija, također povezana s anksioznošću i stresom, što znači da osobe s višim stupnjem depresije imaju tendenciju biti više anksiozne i pod većim stresom. Simptomi poremećaja hranjenja su više izraženi što je osoba depresivnija, anksioznija ili pod većim stresom. Podaci upućuju na to da osobe koje su pod većim stresom imaju višu razinu anksioznosti i više simptoma koji ukazuju na poremećaje prehrane.

5. RASPRAVA

Osnovni cilj istraživanja je ispitati odnos perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa u objašnjenju poremećaja hranjenja kod punoljetnih žena koje imaju dijagnosticiran poremećaj hranjenja. Kako bi bolje objasnili konstrukte od interesa, uključene su i punoljetne žene bez poremećaja hranjenja te su uspoređivani rezultati na korištenim skalama. Iako su suvremena istraživanja došla do mnogih spoznaja glede ovih varijabli i njihovih odnosa, situacija i dalje nije u potpunosti jasna. Ovim istraživanjem se htjelo doprinijeti boljem razumijevanju ovih konstrukata u Hrvatskoj. Sukladno dobivenim rezultatima i postavljenim hipotezama možemo usporediti te spoznaje sa prethodno dobivenim.

Prvi postavljeni problem se odnosi na ispitivanje razlike među uključenim varijablama između žena sa i bez dijagnoze. Suprotno očekivanjima dio postavljene hipoteze (H1) nije potvrđen, dok za većinu odnosa varijabli jest. Razlike u sigurnoj privrženosti, izbjegavanju kao

obliku nesigurne privrženosti, depresiji, anksioznosti, stresu i naravno navikama u hranjenju su potvrđene i statistički su značajne. Sudionice s poremećajem prehrane su u skladu s očekivanjima imale niže rezultate na subskali sigurne privrženosti, a više rezultate na preostalim upitnicima i subskalama u odnosu na sudionice bez dijagnoze.

Prva značajan razlika u rezultatima je dobivena u rezultatima na podljestvice sigurne privrženosti. Razlika u rezultatima na podljestvici sigurne privrženosti kao trenutnog stanja, upućuje na manju zastupljenost sigurne privrženosti kod žena s poremećajem prehrane. Pod pojmom sigurne privrženosti se misli na uspostavljanje bliskih emocionalnih veza s drugim osobama. Ti bliski odnosi su se pokazali kao značajni faktori u održavanju nečijeg mentalnog zdravlja (Zachrisson i Skarderud, 2010). Usprkos tome što se većina istraživanja bavi nesigurnom privrženosti i razlikama (Illing i sur., 2019; Tascia i sur., 2018), važnost istraživanja sigurne privrženosti je neizostavna u procesu predviđanja ishoda tretmana, nastanka poremećaja prehrane i dr. (Forsen Mantilla i sur., 2019). U skladu s očekivanjima koja su bazirana na prethodnim istraživanjima, važnost sigurne privrženosti u kontekstu roditeljstva ili odnosa s drugim ljudima je izuzetno bitna u nastanku i liječenju poremećaja hranjenja i jedenja. Bliski emocionalni odnosi s drugim ljudima su bitni za stvaranje pozitivne slike o sebi te za izgradnju samopoštovanja (von Soest i sur., 2017). Nadalje prisni odnosi sa značajnim drugima doprinose uspješnijim načinima suočavanja sa stresom i to može potaknuti uspješniju regulaciju emocija (Goodall, 2015), koja je bitan faktor u poremećaju prehrane, s naglaskom na kompulzivno prejedanje. Iako je u rezultatima vidljiva razlika u razinama sigurne privrženosti između dvije skupine sudionica, nije moguće zaključiti da je nedostatak bliskih odnosa s drugim ljudima doveo do poteškoća u uspostavi odnosa s hranom i percepciji vlastitog tijela. Poremećaji hranjenja i jedenja su složeni konstrukti koje nije moguće objasniti uz pomoć jednog konstrukta.

Osim razlike u sigurnoj privrženosti u trenutnim odnosima, dobivena je statistički značajna razlika i u izbjegavanju kao obliku nesigurne privrženosti. Iz tablice 3 je vidljivo da su žene s dijagnosticiranim poremećajem prehrane imale više rezultate na toj subskali što upućuje na strah od stvaranja bliskih emocionalnih veza s drugim ljudima, nedostatak povjerenja u iste, stvaranje površnih odnosa i druge karakteristike koje su općenito vezane uz nesigurnu privrženost. Izbjegavanje kao oblik nesigurne privrženosti se značajno razlikovao između pojedinaca s poremećajem prehrane i skupine u općoj populaciji koje ga nemaju, te su osobe s izbjegavajućom privrženosti češće posezali za neadaptivnim načinima konzumacije hrane (Faber i sur., 2018), koji su alarmantni za nastanak poremećaja hranjenja. U istraživanju u kojem se uspoređivala skupina s poremećajem hranjenja i ona bez njega, odnosno kontrolna

skupina, dobivene su razlike u anksioznoj i izbjegavajućoj privrženosti, pri čemu su osobe s poremećajem prehrane imali više rezultate na tim upitnicima. Navedeno upućuje na to da te osobe nemaju povjerenja u druge ljude, što je osnova nesigurne privrženosti (Illing i sur., 2010). U našem istraživanju nisu dobivene razlike u anksioznoj privrženosti između dvije skupine sudionika, no o tome će biti riječ u daljnjem tekstu.

Najčešće ispitivane varijable u odnosu s poremećajem prehrane jesu depresija i anksioznost. Kao što je napisano u H1, očekivala se značajna statistička razlika u tim varijablama što je i potvrđeno rezultatima. Već se iz distribucije rezultata djelomično moglo zaključiti o razlikama između tih varijabli. Dok je u uzorku s poremećajem prehrane distribucija rezultata u obje varijable bila simetrična s većim brojem rezultata oko viših vrijednosti, u uzorku bez poremećaja prehrane je bila pozitivno asimetrična. Odnosno rezultati u uzorku bez poremećaja prehrane su većinom bili centrirani na nižim vrijednostima. Ako se uspoređuju simptomi indikativni za poremećaj prehrane ona skupina koja je imala komorbiditet sa depresijom i anksioznosti je imala teže simptome poremećaja prehrane nego skupina koja nije imala komorbiditet. U istom istraživanju je razina anksioznosti i depresije bila više kod sudionika s poremećajem hranjenja nego kod onih koji tu dijagnozu nemaju (Elran-Barak i Goldschmidt, 2021). Kao i u dosadašnjim istraživanjima nije poznato što se pojavilo prvo, depresija i anksioznost ili poremećaj hranjenja, što ovakav način istraživanja onemogućava zaključiti, a od iznimne je važnosti za razumijevanje i tretman ovih pojava. Ako se uz depresiju i anksioznost uzme i regulacija emocija, dva uzorka žena sa i bez poremećaja prehrane se također značajno statistički razlikuju u rezultatima, pri čemu one osobe s poremećajem prehrane ispoljavaju više depresivnih i anksioznih simptoma, te pokazuju poteškoće u regulaciji neugodnih i ugodnih emocija (Danner i sur., 2014). Regulacija emocija se često spominje uz načine reagiranja na stres, privrženost, ali i uz depresiju i anksioznost, te je to razlog zbog kojeg je ovdje spomenuta. Iako u našem istraživanju nije korišten konstrukt regulacije emocija, kao što je vidljivo, u mnogim drugim istraživanjima je to nezaobilazna varijabla, ključna u razumijevanju poremećaja prehrane. S obzirom na to da u procesu nastanka bilo kojeg od poremećaja hranjenja, nezaobilazno je uključiti središnji živčani sustav. Jimerson i suradnici (1990) u svom preglednom radu navode da je lučenje serotonina, moguća poveznica depresije i poremećaja hranjenja. Drugim riječima, kod osoba s poremećajem prehrane, a i kod depresivnih osoba, lučenje serotonina je manje u odnosu na kontrolnu skupinu, te je prijenos tog neurotransmitera smanjen (Jimerson i sur., 1990). Važnost uključivanja rada središnjeg živčanog sustava je bitno u procesu farmakološke obrade i razumijevanja pojava. U slučaju da je osoba s poremećajem prehrane ujedno i depresivna i/ili anksiozna, simptomi poremećaja

prehrane su ozbiljniji, prolongirano je trajanje, te su ishodi liječenja nepovoljniji (Sander i sur., 2021), u ovim nalazima je vidljiva važnost detektiranje depresivnih i anksioznih simptoma kod osoba s poremećajem prehrane kako bi se na povoljan način moglo pristupiti problemu. Korišteni tip istraživanja onemogućava zaključivanje o uzročno posljedičnim vezama, te zbog toga nije moguće odrediti je li postojeća depresija dovela do nastanka poremećaja hranjenja ili obratno. Naime, ono što je poznato je to da komorbiditet ovih poremećaja dovodi do komplikacija u liječenju, bilo kojih od ovih poremećaja. Na svu sreću, one sudionice koje su sudjelovale u istraživanju, su u procesu liječenja te su zbrinute od strane tima stručnjaka.

Percepcija stresnih događaja u vezi sa poremećajem prehrane predstavlja bitan čimbenik u pogledu nošenja sa svakodnevnim situacijama. Žene s poremećajem prehrane su izjavljivale da su pod većim stresom od žena koja nemaju poremećaj hranjenja. Viša razina stresa može biti povezana s osobnim faktorima, iznenadnim vanjskim događajima ili vezano uz tretman i liječenje poremećaja prehrane. U usporedbi s kontrolnom skupinom, u metaanalizi Monteleonea i suradnika (2018) osobe s poremećajem prehrane su se značajno razlikovale u rezultatima na upitniku stresa, pri čemu su osobe s poremećajem prehrane izjavljivale da su pod većim stresom. U tom radu se još spominju i razlike u tjelesnim reakcijama, kao što je otkucaj srca, negativni afekti, osjetljivost na vanjske prijetnje i dr. Razlike idu u smjeru, kao što se može pretpostaviti u kojem osobe s poremećajem imaju niže otkucaje srca u stresnim situacijama, zbog smanjene aktivnosti simpatikusa te imaju više neugodnih afekata i percipiraju vanjske prijetnje opasnijima nego što jesu (Monteleone i sur., 2018).

U stresnim situacijama se mijenja i način prehrane. Količina konzumirane hrane se razlikuje ovisno o tome je li situacije manje ili više stresna. U istraživanju, u kojem su sudjelovali studenti, pokazalo se da tijekom stresnih situacija, osobe konzumiraju manje hrane, u odnosu na manje stresne situacije (Cheng i Kamil, 2021). Manji unos hrane i restrikcija određenih tipova hrane, su ponašanja koja mogu dovesti do poremećaja prehrane. A u situacijama visokog stresa se to još i povećava. U našem istraživanju su prema rezultatima na DASS-u, sudionice s poremećajem hranjenja bile pod većim stresom nego sudionice bez dijagnoze. Nadalje, postavlja se pitanje hoće li te stresne situacije otežati njihov postupak liječenja i dovesti do pogoršanja simptoma poremećaja prehrane.

S obzirom na to da su u istraživanju sudjelovale sudionice sa i bez dijagnoze dobivena je i posljednja razlika u rezultatima na Upitniku navika hranjenja, što je u skladu s očekivanjima i postavljenom hipotezom. Navedeni upitnik je korišten kako bi se unatoč podacima o dijagnozi mogla vidjeti ozbiljnost i težina simptoma poremećaja prehrane u

uzorcima. U tablici 1 u kojoj su prikazani deskriptivni podaci se može vidjeti da je maksimum u skupini sa dijagnozom jednak 63, a u skupini bez dijagnoze jednak 11. Na temelju tih rezultata i rezultata Mann-Whitney U testa (tablica 4), a i logičkim zaključivanjem, je vidljivo da se te dvije skupine razlikuju. Sudionice sa dijagnozom poremećaja hranjenja imaju visoke rezultate na ovom upitniku, pri čemu je važno istaknuti da su one i dalje u procesu liječenja i da je za potpuno ili djelomično smanjenja simptoma potrebno vremena. Također nije poznato koliko dugo su sudionice u tretmanu. U uzorak sudionica bez dijagnoze su uistinu uključene žene koje ne pokazuju nikakve simptome poremećaja hranjenja, što je izuzetno pozitivno u kontekstu interpretacije razlika u drugim uključenim varijablama. Naime, da se te dvije skupine nisu značajno razlikovale u ovoj varijabli, vrijednost ostalih dobivenih spoznaja bi bila upitna. Iako je većina hipoteza postavljena očekujući više rezultate u uzorku sudionica sa dijagnozom, neke od njih našim istraživanjem nisu potvrđene. U sljedećih nekoliko paragrafa će biti objašnjeni potencijalni razlozi i mogućnosti zbog kojih je došlo do takvih rezultata.

Naime, hipoteza o postojanju značajne statističke razlike u rezultatima na skali perfekcionizma između žena sa i bez poremećaja nije potvrđena. Rezultati su pokazali da dvije skupine žena imaju podjednake rezultate na toj skali. U kontekstu prethodnih istraživanja nisu zabilježene razlike koje su uočili Cockell i suradnici (2004). Njihovo istraživanje je potvrdilo statistički značajno više razine sebi-usmjerenog perfekcionizma kod skupine žena s poremećajem prehrane u odnosu na kontrolnu skupinu. Važno je napomenuti da Burnsova skala mjeri perfekcionizam kao sebi-usmjereni konstrukt, pružajući jednofaktorsko rješenje. S druge strane, neka istraživanja razmatraju perfekcionizam kao višedimenzionalni konstrukt, uključujući dimenzije usmjerene na postignuće ili na druge osobe (Bardone-Cone i sur., 2007). Drugim riječima, prilikom formiranja hipoteza u obzir su uzeta istraživanja koja uključuju perfekcionizam kao višedimenzionalni konstrukt, te su se na temelju toga donosili zaključci o jednodimenzionalnom konstrukt, što se pokazalo kao pogrešno. Još jednom valja naglasiti, da je u naše istraživanje uključen mali uzorak od samo 30 žena u svakoj od skupina, te su žene u skupini sa dijagnozama poremećaja prehrane većim dijelom iz iste ustanove, što je posljedično moglo djelovati na statističku snagu istraživanja i rezultate. U obzir treba uzeti i činjenicu da je odnos perfekcionizma i poremećaja prehrane jasniji u slučaju anoreksije nego ostalih poremećaja prehrane. Naime, u našem istraživanju je uključeno više tipova poremećaja prehrane, kao što je bulimija, poremećaj kompulzivnog prejedanja, anoreksija nervoza, ostali poremećaji hranjenja i dr. Teorijski raspon skale perfekcionizma se kreće od 10 do 50, a osvrćući se na mjere centralne tendencije može se vidjeti da je u skupini bez dijagnoze $M=29,867$ ($SD=7,366$), a u skupini sa dijagnozom $M=33,033$ ($SD=7,876$), iz čega se može vidjeti

da su rezultati i kod skupine bez dijagnoze razine perfekcionizma relativno visoke. Ako razmotrimo prethodna istraživanja kojima se došlo do sličnih spoznaja, treba spomenuti da u istraživanju Pratta i suradnika (2001), također nije pronađena razlika u rezultatima sebi-usmjerenog perfekcionizma između tri skupine sudionika, onih koji imaju bulimiju, poremećaj kompulzivnog prejedanja i onih koji nemaju poremećaj prehrane. No treba naglasiti da su u to istraživanje uključene tri vrste perfekcionizma, te je razlika u razinama perfekcionizma, dobivena samo u društveno propisanom perfekcionizmu. Rezultati navedenog istraživanja su djelomično u skladu s podacima dobivenim u našem istraživanju. Razlika u rezultatima na upitniku perfekcionizma nije jedina koja nije dobivena u našem istraživanju.

Razlika nije dobivena ni u traženju blizine kao nesigurnog oblika privrženosti, odnosno anksiozne privrženosti. Illing i suradnici (2010) su dobili značajnu razliku u rezultatima na svim oblicima nesigurne privrženosti, između kontrolne skupine i skupine s poremećajem prehrane, što nije u skladu s našim rezultatima o anksioznoj privrženosti. Opet se naglašava da veličina uzorka i korišteni mjerni instrument mogu biti značajni faktori koji su djelovali na dobivene rezultate. Nadalje traženje blizine kao oblik nesigurne privrženosti obuhvaća čestice kao što su *“Zaista trebam nečiju emocionalnu potporu.”*, *“Želim razgovarati s nekim kome je stalo do stvari koje me zabrinjavaju.”*, što se mogu percipirati kao poželjna ponašanje u kontekstu privrženosti kao trenutnog stanja. Situacijski čimbenici koji su mogli dovesti do ovakvih rezultata nisu poznati te bi ih bilo poželjno istražiti u budućim istraživanjima. U sociodemografskom dijelu istraživanja sudionice su označile u kojem obliku emocionalne veze se nalaze. 26,70 % sudionica u obje skupine nisu u emocionalnoj vezi, te manji postotak njih je rastavljeno. Budući da je upitnik za mjerenje privrženosti osmišljen tako da procjenjuje trenutno stanje sudionica, moguće je pretpostaviti da ovi odgovori odražavaju njihove trenutne želje i osjećaje u pogledu emocionalnih veza.

Kako bi detaljnije opisali odnos između uključenih varijabli istražena je korelacija među njima u uzorku sudionica s dijagnozom poremećaja prehrane. Kako bi mogli interpretirati dobivene rezultate i povezati ih s prethodno dobivenim spoznajama, redom ćemo se osvrnuti na sve postavljene hipoteze. U tablici 5. su prikazani koeficijenti korelacije i pripadajuća značajnost tih rezultata.

Počevši od perfekcionizma, H2a je djelomično potvrđena. Dobivena je statistički značajna povezanost perfekcionizma s traženjem blizine kao oblikom nesigurne privrženosti, depresijom, anksioznosti, stresom i navikama hranjenja. Odnosno s porastom perfekcionizma dolazi do porasta u ponašanjima koja su vezana uz anksioznu privrženost ($r=0,511$, $p<0,01$), te je visina korelacije srednja. Dobivena povezanost je slična onoj u istraživanju Dakanalisa i

suradnika (2014) koji su dobili korelaciju od 0,48 ($p < 0,01$). Ostale su korelacije niske i kreću se u rasponu od $r = 0,277$ za depresiju do $r = 0,295$ za anksioznost ($p < 0,05$). Perfekcionizam kao konstrukt se očituje u postavljanju prevelikih očekivanja glede svog ponašanja, izgleda, uspjeha i dr., što dovodi do učestalih stresnih reakcija i anksioznosti ako se ti ciljevi ne dosegnu. Za razliku od Dakanalisa i suradnika (2014), u ovom istraživanju nije dobivena značajna pozitivna povezanost perfekcionizma i svih nesigurnih stilova privrženosti. Moguće objašnjenja odnosa među spomenutim varijablama, je da one osobe koje si postavljaju više standarde i ne mogu ih dostići, doživljavaju više stresa, pri tome traže bliske odnose s drugim ljudima i manifestiraju anksioznu nesigurnu privrženost, anksiozni su glede svih tih faktora, a samim time i depresivni. Potencijalno, kako bi nadomjestili tu disonancu postavljenih i postignutih ciljeva posežu za "rizičnim" navikama hranjenja kao obrambenim mehanizmom ili mehanizmom suočavanja sa svime spomenutim.

Sljedeća hipoteza se odnosila na povezanost sigurne privrženosti s preostalim varijablama, očekivalo se da će ona biti negativno korelirana, no u slučaju odnosa anksiozne privrženosti i sigurne privrženosti tomu nije tako. Pokazalo se da s povećanjem ponašanja koja su vezana uz sigurnu privrženost dolazi do povećanja ponašanja koja su vezana uz traženje blizine drugih osoba. Traženje blizine drugih osoba može biti odraz potrebe za emocionalnom podrškom u trenucima visokog stresa, što je moguće s obzirom na to da se osobe nose s poremećajem prehrane i pri tome se od istog liječe. Nije uobičajeno da s porastom sigurne privrženosti, dolazi do porasta bilo koje vrste nesigurne privrženosti. Nije pronađeno mnogo istraživanja u kojima bi sigurna i anksiozna privrženost bile pozitivno povezane. No, na zadarskom uzorku studenata je također dobivena pozitivna povezanost, neznčajna no iznosila je 0,24 (Adorić i sur., 2014).. Objašnjenje takvog nalaza može biti i da subskala traženje blizine, ima čestice koje bi faktorskom analizom, mogle biti svrstane pod sigurnu privrženost.

Ako se osvrnemo na motivaciju u podlozi jedne i druge vrste privrženosti, može biti da je kod sudionica u podlozi želja za intimnosti ili u slučaju anksiozne privrženosti strah od napuštanja ili odbijanja, stoga se ponašanja karakteristična za sigurnu privrženost i anksioznu privrženost, i čestice koje to odražavaju, mogu interpretirati u kontekstu želje za takvim odnosima. Drugim riječima, iako postoji razlika u motivaciji manifestiraju se jednaka ponašanja, kojima je cilj uspostaviti značajne odnose s drugim pripadnicima društva ili odabranim osobama. Nadalje sigurna privrženost je srednje negativno povezana s izbjegavanjem kao oblikom nesigurne privrženosti, anksioznosti, stresom i navikama hranjenja. Korelacije se kreću oko -0,5, što je vidljivo u tablici 5. Ovi rezultati upućuju na pojavu u kojoj one osobe koje su sigurno privržene, a imaju poremećaja hranjenja, su ujedno i manje

anksiozne, manje su pod stresom i imaju manje rizične navike hranjenja, odnosno simptome poremećaja hranjenja. Uz sve navedeno ispoljavaju i manje ponašanja koja su vezana uz izbjegavanje uspostave odnosa s drugima. Ovim nalazi upućuju na važnost istraživanja privrženosti u razumijevanju poremećaja prehrane, također na važnost privrženosti u kontekstu stvaranja socijalnih odnosa. Nadalje topli odnosi sa značajnim drugima su zaštitni faktori u nastanku poremećaja prehrane, ali su jedni od najbitnijih čimbenika u procesu liječenja poremećaja prehrane, ali i drugih poremećaja (Forsen Mantilla i sur., 2019; Tasca i sur., 2019). Iz ovih rezultata se još jednom može naglasiti da je sigurna privrženost zaštitni čimbenik u procesu nastajanja i trajanja poremećaja prehrane.

Visoka povezanost od $r=-0,708$ je dobivena između sigurne privrženosti i depresije, u čemu je još jednom vidljivo da one osobe koje su sigurno privržene i imaju povjerenja u druge ljude, imaju manju šansu od razvoja komorbiditetu s depresijom, te se još jednom naglašava zaštitno djelovanje ovog konstrukta. Sigurna privrženost kako u djetinjstvu, tako i u odrasloj dobi, djeluje kao inhibitor rada dijela središnjeg sustava zaslužnog za obradu informacija vezanih uz depresiju i stres, te na taj način te osobe imaju manju predispoziciju za razvoj depresije od osoba koje su nesigurno privržene (Beatson i Taryan, 2003).

U situacijama kada osoba ispoljava nesigurnu privrženost i pritom izbjegava bliske odnose s drugim ljudima dolazi do porasta depresivnih simptoma, anksioznosti i osoba doživljava da je pod većim stresom, te uz sve to ima i rizičnija navike hranjenja, odnosno više simptoma koji upućuju na poremećaj hranjenja. Tasca i suradnici (2009) također istražuju ove varijable te su dobiveni slični rezultati. Što je osoba bila više izbjegavajuće privržena to je bila i više depresivna ($r=0,42$, $p<0,01$) i imala je više simptoma poremećaja hranjenja ($r=0,40$, $p<0,01$). Iako su korelacije na latentnim varijablama srednje visine, ovi istraživači su ukazali na medijacijski efekt afektivne regulacije na vezu anksiozne privrženosti i depresivnih simptoma, te na vezu izbjegavajuće privrženosti i depresivnih simptoma (Tasca i sur., 2009). Te se još jednom spominje regulacija emocija u kontekstu poremećaja prehrane. Suprotno očekivanjima i prethodnim istraživanjima, ovim istraživanjem nije dobivena značajna korelacija anksiozne privrženosti ni s jednom drugom varijablom, osim sa sigurnom privrženosti što je već spomenuto.

Kako rezultati na skali izbjegavajuće privrženosti rastu, tako se povećavaju i razine anksioznosti i stresa kod sudionika i obratno. Nezadovoljavajući odnosi i strah od upuštanja u iste mogu biti izrazito stresni pogotovo ako osoba želi stupiti u takve odnose no zbog čimbenika koji su van njihove kontrole, ne može. Isto tako s obzirom na to da je mjerena izbjegavajuća privrženost kao trenutno stanje, postoji mogućnost da se to promjeni u budućnosti te da ujedno

i smanji anksioznost glede toga. One osobe koje su visoko izbjegavajuće privržene drugim osobama sporije se oporavljaju od stresa, te kod te skupine dolazi do proizvodnje više kortizola (Moteleone i sur., 2019). Ono što se želi istaknuti ovime jest to da one osobe koje nesigurno privržene, odnosno imaju izbjegavajuću privrženost, su više pod stresom te je i njihovo tijelo pod većim stresom, zbog povećanja proizvodnje kortizola. Posebno, povišeni rezultati na skali izbjegavajuće privrženosti pokazali su se povezani s većim razinama anksioznosti i stresa, sugerirajući da emocionalna distanca i poteškoće u regulaciji emocija mogu dodatno pogoršati psihološko stanje osoba s poremećajima hranjenja. Važnost konzumacije visokonutritivnih namirnica je vidljiva u održavanju tjelesnog, ali i mentalnog zdravlja. Unosom kvalitetnih namirnica i dovoljne količine prehrambenih tvari, poboljšava se rad kognitivnih i afektivnih procesa koji mogu doprinijeti boljem usvajaju znanja stečenog tijekom tretmana ili preventivnih programa (Canetti i sur., 2002). Osobe s poremećajem prehrane imaju poteškoća u uspostavljanju adekvatnih obrazaca hranjenja, samopercepcija im je promijenjena te se to odražava na središnji živčani sustav, a samim time i na ponašanje, mišljenje, motivaciju pa čak i ličnost osobe (Bizuel i sur., 2002; Farstad i sur., 2016; Guarda i sur., 2015; Klatzkin i sur., 2018; Pranić i sur., 2023).

Sniženo raspoloženje, problemi sa spavanjem, negativna uvjerenja, gubitak apetita su samo neki od simptoma depresije. Instrument kojim smo mi mjerili depresiju ujedno mjeri i anksioznost i stres te su sve te varijable međusobno visoko pozitivno korelirane. Što je osoba bila više depresivna to je bila i više pod stresom i anksiozna, i obratno. Te što je više pod stresom to je anksioznija. S porastom sve tri potonje varijable povećava se i kvantiteta simptoma poremećaja hranjenja i navike jedenja postaju rizičnije. Naime, povezanost između anksioznosti i stresa je veća od 0,9 stoga se postavlja pitanje, je li u na ovom uzorku, DASS upitnik uistinu adekvatno diferencira anksioznost i stres. Ovi rezultati nisu iznenađujući, pogotovo veza između anksioznosti i stresa, te anksioznosti i depresije. Potonje, se većinom zajedno istražuju kada se detaljnije pokušava opisati poremećaj prehrane (Elran-Barak i Goldsmith, 2021; Garcia i sur., 2020; Hughes i sur., 2013; Sander i sur., 2021; Swinbourne i sur., 2012). Osobe s poremećajem hranjenja ne uživaju u hrani, već im ona dominira životom. Uobičajena ponašanja poput konzumacije hrane kod njih predstavlja stres i dovodi do straha od debljanja ili naginje na purgativne ili druge oblike ponašanja (Hughes i sur., 2013). Ova veza između anksioznosti, depresije i poremećaja hranjenja je prethodno već potvrđena, one osobe koje su imale teže simptome poremećaja hranjenja su bile anksioznije i depresivnije (Sander i sur., 2021). Depresija je čest komorbiditet kod osoba s poremećajima hranjenja (Bizuel i sur., 2003; Hughes i sur., 2013). Depresivni simptomi kao što su nisko samopoštovanje, osjećaj

beznađa i bespomoćnosti mogu potaknuti poremećaje hranjenja kao sredstvo samoregulacije ili izbjegavanja neugodnih emocija (Sander i sur., 2021). Poremećaji hranjenja mogu pogoršati depresivne simptome, stvarajući negativan ciklus u kojem se oba poremećaja, međusobno pojačavaju (Sander i sur., 2021). Anksioznost, kao osjećaj neodređenog straha je također česta među osobama s poremećajima hranjenja (Hughes i sur., 2013; Swinbourne i sur., 2012). Povišena razina anksioznosti može dovesti do opsesivnog razmišljanja o hrani, težini i tijelu te do kompulzivnog ponašanja vezanog uz prehranu (Elran-Barak i Goldsmith, 2021). Kontrola vezana uz prehranu i tjelesnu težinu mogu osobama služiti kao način smanjenja unutarnje napetosti, koja ima nepoznati uzrok, ali kao i način ponovnog stjecanja pozitivne slike o svom tijelu (Monteleone i sur., 2017). Nezamislivo je da osoba većinu dana razmišlja o hrani, ima iskrivljenu sliku o svome tijelu, a da pri tome nema straha od posljedica tih ponašanja (Ambrosi-Randić, 2004). Također kao što je rečeno veza između središnjeg živčanog i probavnog sustava je bitna u regulaciji raspoloženja (Holtmann i Talley, 2014). Unos hrane je povezan s emocionalnim stanjima, pogotovo s neugodnim emocijama, koje djeluju na proces konzumacije hrane (Canetti i sur., 2002).

Suprotno očekivanjima i postavljenim hipotezama, neki rezultati su se pokazali drugačijima od postavljenih hipoteza. No, iako su se određeni konstrukti pokazali kao neznčajni ili da ne postoji razlika među sudionicima, svejedno su vrijedne spoznaje u kontekstu poremećaja prehrane. Valja naglasiti, da su poremećaji prehrane složeni konstrukti koje je nemoguće objasniti samo s varijablama koje su uključene u naše istraživanje. Poremećaji prehrane imaju visoku stopu mortaliteta (Iwajomo i sur., 2021) te su kao takvi izrazito opasni i potrebno ih je dalje proučavati. Uz sve više korištenje medijskih sadržaja i mijenjanje standarda ljepote i tjelesnog izgleda povećava se prevalencija ovog poremećaja među ženama, te se povećava potreba za osvješćivanjem javnosti i normalizacijom nedoumica i nesigurnosti glede svog izgleda (Derenne i Beresin, 2018). Također uključeni konstrukti (perfekcionizam, privrženost, depresija, anksioznost i stres) mogu doprinijeti razvoju intervencija, programa i drugih aktivnosti kako bi se spriječio nastanak ovog poremećaja. Kao i u svakom radu, postoje određene snage i ograničenja istraživanja. Unatoč tome, istraživanja se provode kako bi dobili nove spoznaje o temama od interesa, no i da bi mogli unaprijediti aktivnosti koje se koriste u praktičnom radu.

5.1. Prednosti i ograničenja istraživanja

Prilikom osmišljavanja istraživanja u obzir se uzimaju razni faktori koji bi mogli djelovati na rezultate ili tijek istraživanja, no kao i uvijek postoje određeni nepredviđeni čimbenici koji mogu promijeniti tijek ili način provođenja istraživanja.

Uključivanjem perfekcionizma, privrženosti kao trenutnog stanja, depresije, anksioznosti i stresa u objašnjenju poremećaja hranjenja se nastojalo holistički pristupiti problemu. Poremećaji prehrane su kompleksne pojave koje je nemoguće objasniti samo jednim konstruktom, stoga se na ovaj način pokušalo bolje objasniti ovu pojavu.

Uzorak žena koji uistinu ima dijagnosticiran poremećaj prehrane omogućava potpunije istraživanje ove pojave, jer su dijagnoze postavljene objektivno i na temelju kriterija koji su nastali po dogovoru više stručnjaka u ovom području. U okviru dobivenih rezultata i preduvjeta korišteni su neparametrijski testovi koji omogućuju statističke analize na podacima koji su asimetrično distribuirani, odstupaju od normalne raspodjele te su pogodni za male uzorke, kao što je to slučaj u našem istraživanju. Podaci su prikupljeni anonimno te je to smanjilo vjerojatnost davanja socijalno poželjnih odgovora te se potencijalno povećala istinitost danih odgovora. Korišteni instrumenti omogućuju zaključivanje o trenutnim stanjima sudionica, te ne postoje ograničenja kao kod retrospektivnog istraživanja. Još jedna prednost istraživanje je ta što je provedeno u papir-olovka formatu, te su istraživači bili uz sudionike dok su ispunjavali upitnike, što je omogućilo sudionicima postavljanje pitanja oko nejasnoća ili poteškoća u razumijevanju čestica, što se uistinu i primijenilo. Vrijeme trajanja ispunjavanja upitnika nije bilo duže od 15 minuta, te se koncentracija sudionica održala tijekom ispunjavanja. Kao što je već rečeno, poremećaji hranjenja i jedenja su istraživane pojave, te su odnosi među ovim konstruktima već istraženi, no do sada nisu bili povezani u jedan rad, kao što je to slučaj s ovim istraživanjem. Iako nisu potvrđene sve hipoteze, došli smo do vrijednih spoznaja u objašnjenju poremećaja hranjenja i jedenja.

U ovom radu je u više navrata spomenuta veličina uzorka, pogotovo u kontekstu interpretacije rezultata. Veličina uzorka od 60 ljudi, odnosno 30 u svakoj skupini, se u statistici smatra malim uzorkom. Problemi koji se javljaju, ako je u istraživanje uključen mali uzorak, jesu smanjena mogućnost generalizacije rezultata. Uz to, smanjena je i statistička snaga dobivenih rezultata, što može dovesti do nemogućnosti uočavanja stvarnih odnosa među varijablama.

Štoviše, još jedan ključni elementi koji spada u ograničenja jest način dolaska do sudionika i selektivnost uzorka. Naime, metoda uzorkovanja je pogodno uzorkovanje i tehnika snježne grude, koja imaju svoja ograničenja. Uzorak sudionica s dijagnozom poremećaja hranjenja i jedenja većinom dolazi iz iste ustanove, što dovodi do smanjene reprezentativnosti

i velike unutargrupne sličnosti sudionica. Vrijeme prikupljanja podataka je nešto duže od mjesec dana, što je također faktor koji je potrebno uzeti u obzir, s obzirom na to da se neki od konstrukata gledaju kao trenutna stanja. Uz sve prethodno spomenuto u istraživanju su korišteni neparametrijski testovi.

Nedostatak neparametrijskih testova leži u tome što oni ne uzimaju stvarnu vrijednost već samo rangovne vrijednosti varijabli, što dovodi do odbacivanja vrijednih dijelova mjerenih konstrukata. Mogućnost primjene na manje uzorke, odstupanje od normalnosti distribucije, homogenosti i drugih pretpostavki dovodi do smanjene preciznosti dobivenih rezultata.

U ograničenja se svrstavaju i korišteni upitnici. Za mjerenje perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa bilo bi poželjno koristiti opsežnije upitnike, usprkos relativno visokom koeficijentu pouzdanosti korištenih upitnika, kako bi dobili detaljnije podatke o spomenutim pojavama. Korišten je korelacijski pristup istraživanja varijabli, koji onemogućava uzročno-posljedične zaključke o odnosima između varijabli, što je jedan od ograničenja ovog istraživanja.

Ukratko snaga ovog istraživanja je vidljiva u uzorku koji ima već dijagnosticirane poremećaje, uključene su žene (kod kojih je ovaj poremećaj i najzastupljeniji), konstrukti su mjereni kao trenutna stanja, te je uključeno više konstrukata i njihovi odnosi u jedan rad.

Ograničenja ovog istraživanja se odnose na način uzorkovanja, veličina uzorka, vrijeme prikupljanja podataka, instrumentarij i korištenja neparametrijskih testova. Unatoč ovim ograničenjima, rezultati pružaju vrijedan uvid u kompleksne odnose psiholoških faktora u poremećajima hranjenja.

5.2. Praktične implikacije i prijedlozi za buduća istraživanja

Budući da su poremećaji hranjenja često u komorbiditetu s drugim poremećajima, kao što je to slučaj s depresijom, važno je prilikom dijagnosticiranja uzeti u obzir i te ostale poremećaje, jer postoji vjerojatnost da su možda oni prethodili razvoju poremećaja prehrane. Nadalje, dobiveni su rezultati da se osobe s poremećajem značajno razlikuju od osoba bez poremećaja prehrane u svim uključenim varijablama osim u perfekcionizmu i anksioznoj privrženosti, što može biti korisno u kontekstu planiranja prevencije.

Naime, iako se pokazalo da su primarne prevencije učinkovite i uistinu smanjuju vjerojatnost nastanka poremećaja prehrane (Pokrajac-Bulian i Žičević-Beričević, 2004), sekundarne prevencije su također neizostavne. Može se pretpostaviti da bi na temelju

uključenih varijabli, mogli odrediti “rizične” osobe za razvoj poremećaja hranjenja te prevencije usmjeriti konkretno na njih.

Nadalje, za vrijeme tretmana liječenja, odrediti koje su okolinski faktori koji dovode do viših razina stresa kod tih osoba, što im stvara anksioznost i jesu li oni i prije imali te simptome, kako bi potencijalno mogli djelovati na one elemente koji su nastali prvi. Potrebno je i pažnju usmjeriti na emocionalne odnose s drugim ljudima, koji su osnova privrženosti. Kao što je vidljivo iz rezultata sigurna privrženost, koja se očituje u postojanju povjerenja i izostanku straha od zbližavanja s drugima, može poslužiti kao početni korak u liječenju i prevenciji. S povećanjem svijesti o važnosti održavanja odnosa s drugim ljudima, smanjuju se depresivni, anksiozni simptomi i simptomi poremećaja hranjenja, ali i doživljavanje stresa. Iz tih istih rezultata je važno uključiti i značajne druge, kako bi oporavak bio potpun. Nadalje, važno je naglasiti da je oporavak dugotrajan i da je to proces u kojega je potrebno uložiti puno truda.

Prema istraživanjima u drugim zemljama, pokazalo se da se ovisno o vrsti poremećaja hranjenja veliki postotak uspjeva potpuno izliječiti. U slučaju anoreksije taj postotak se kreće od 30 %, do 40 %, bulimije oko 50 %, a kompulzivnog prejedanja od 52 % do 82 % (Costin, 2010). Ovi nalazi idu u prilog uvjerenjima da se mogu izliječiti ovi poremećaji, uključivanjem i varijabli iz našeg istraživanja i holističkog pristupa navedenom poremećaju ovi postotci potencijalno mogu još i rasti.

Neke od preporuka za buduća istraživanja, ponajprije uključuju obuhvaćanje većeg uzorka sudionika. Ali da naglasak ne bude samo na kvantiteti, potrebno je uključiti i muške sudionike, jer ako se u obzir uzme da je njihov razvoj drugačiji od razvoja žena, postoji vjerojatnost da se odnosi između ovih varijabli kod njih razlikuju. Nadalje, kako je već poznato neki odnosi su jasniji u slučaju anoreksije, nego u slučaju bulimije (Ward i sur., 2000) i drugih poremećaja hranjenja, stoga je preporučljivo proučavati svaki od ovih poremećaja zasebno. Longitudinalnim istraživanjima bi se mogao steći bolji uvid u proces nastanka poremećaja prehrane i drugih konstrukata koji su uz njih vezani, te bi bilo preporučljivo i njih koristiti.

Ovim istraživanjem došlo se do vrijednih spoznaja koje mogu biti od velike važnosti u razvoju preventivnih programa kao i u terapijskom procesu. Iako je poznato da stručnjaci u ovom području već koriste holistički pristup, važno je kontinuirano se prilagođavati evoluirajućim standardima ljepote i novim izazovima koje oni predstavljaju. Ovo naglašava nužnost korištenja različitih metodologija u proučavanju ovih konstrukata kako bi se osiguralo sveobuhvatno razumijevanje i učinkovita intervencija.

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja je bio ispitati odnos perfekcionizma, privrženosti, depresije, anksioznosti i stresa u objašnjenju poremećaja prehrane kod punoljetnih žena. Korišteni su parametrijski i neparametrijski statistički postupci kako bi došli do rezultata. Uz proučavanje razlike u rezultatima na korištenim upitnicima, ispitane su i korelacije među varijablama kod skupine žena s poremećajem prehrane. U istraživanje su uključene žene koje nemaju poremećaj prehrane i one koje imaju dijagnosticiran poremećaj, te su u procesu liječenja od istog. U prosjeku su to žene rane i srednje odrasle dobi.

Rezultati uistinu ukazuju na razliku u navikama hranjenja između žena sa i bez poremećaja prehrane. Na način da one žene s poremećajem prehrane imaju rizičnije navike hranjenja, koje se očituju u izraženijim simptomima poremećaja prehrane. Osim, postojanja razlike u simptomima poremećaja prehrane, one žene s dijagnozom bilo kojeg od poremećaja prehrane su više depresivne, anksiozne i više su pod stresom. Ako se osvrnemo na privrženost, manje su sigurno privržene i više izbjegavajuće privržene u odnosu na žene bez dijagnoze poremećaja prehrane. Drugim riječima, žene s dijagnozom poremećaja prehrane se razlikuju u skoro svim varijablama od žena bez poremećaja prehrane. Razlika u perfekcionizmu i anksioznoj privrženosti, između dvije skupine žena, nije dobivena. Kako bi se bolje objasnio odnos među uključenim varijablama istražene su i korelacije među konstruktima u uzorku sudionica s dijagnozom.

Počevši od perfekcionizma, što osoba postavlja više ciljeve usmjerene prema sebi, to je više pod stresom, depresivnija je i anksioznija. Ako se u obzir uzmu i druge osobe i trenutni osjećaji, to više traži blizinu drugih ljudi i ima više simptoma poremećaja prehrane. Korelacije poprimaju niske do srednje vrijednosti.

Sigurna privrženost, odnosno postojanje povjerenja u druge ljude i postojanje iskrenih i bliskih odnosa s drugim ljudima se smatra važnim elementom u prevenciji i liječenju ovog poremećaja. S porastom sigurne privrženosti kod sudionica dolazi do pada simptoma poremećaja prehrane, sudionice su manje depresivne i anksiozne te su pod manjim stresom. Suprotno očekivanjima i prethodnim istraživanjima, anksiozna privrženost je pozitivno korelirana sa sigurnom privrženosti. Drugačije rečeno, one osobe koje su bile sigurno privržene su u većoj mjeri tražile bliske odnose s drugim ljudima.

Uz sigurnu i anksioznu privrženost, uključena je i izbjegavajuća privrženost. S porastom te vrste privrženosti dolazi do porasta depresivnih simptoma, anksioznosti i percepcije stresa te se pojavljuje i više simptoma poremećaja prehrane.

Depresija, anksioznost i stres su visoko pozitivno korelirane sa simptomima poremećaja hranjenja. Uz to su i međusobno visoko pozitivno korelirane. Ako želimo objasniti tu korelaciju reći ćemo da su osobe koje su depresivnije ujedno i više anksiozne, pod stresom i imaju više simptoma poremećaja hranjenja. Ista situacija je i u slučaju kada je osoba više pod stresom to je i više anksiozna.

Iako postoji velik broj istraživanja koji se bavi poremećajima prehrane, našim istraživanjem smo povezali više konstrukata u jedan rad te su uključene sudionice s područja Republike Hrvatske, što je novost u ovom području. Glavno ograničenje istraživanju su mali uzorci. Unatoč tome, dobivene rezultate je moguće primijeniti u programima intervencije i liječenja navedenih poremećaja. S promjenama u načinu razmišljanja i viđenja svoga tijela, potrebno je i mijenjati načine i metode istraživanja ovih pojava, stoga se ostavlja prostor za unapređenje ovakvih istraživanja u budućnosti.

LITERATURA:

- Ambrosi-Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja prehrane*. 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-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10, 76-82. <https://doi.org/10.1007/BF03327495>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 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(3), 384-405. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Bardone-Cone, A. M., Sturm, K., Lawson, M. A., Robinson, D. P., i Smith, R. (2010). Perfectionism across stages of recovery from eating disorders. *International journal of eating disorders*, 43(2), 139-148. <https://doi.org/10.1002/eat.20674>
- Beatson, J., i Taryan, S. (2003). Predisposition to depression: the role of attachment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(2), 219-225. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01126.x>
- Derenne, J., i Beresin, E. (2018). Body image, media, and eating disorders—a 10-year update. *Academic Psychiatry*, 42, 129-134. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0832-z>
- Bizeul, C., Brun, J. M., i Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry*, 18(3), 119-123. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00033-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00033-6)
- Boone, L., Soenens, B., Vansteenkiste, M., i Braet, C. (2012). Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms. *Appetite*, 59(2), 531-540. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.06.015>
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and brain sciences*, 2(4), 637-638.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34–51.
- Canetti, L., Bachar, E., i Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural processes*, 60(2), 157-164. [https://doi.org/10.1016/S0376-6357\(02\)00082-7](https://doi.org/10.1016/S0376-6357(02)00082-7)
- Chami, R., Monteleone, A. M., Treasure, J., i Monteleone, P. (2019). Stress hormones and eating disorders. *Molecular and cellular endocrinology*, 497, 110-130. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2018.12.009>

- Cheng, S. H., i Kamil, M. K. M. (2020). Stress and food intake among university students-Is there a relationship. *Sains Malaysiana*, 49(1), 121-128. <http://dx.doi.org/10.17576/jsm-2020-4901-14>
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., i Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 745-758. <https://doi.org/10.1023/A:1021237416366>
- Costarelli, V., i Patsai, A. (2012). Academic examination stress increases disordered eating symptomatology in female university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17, 164-169. <https://doi.org/10.1007/BF03325343>
- Ćubela Adorić, V., Penezić, Z., Proroković, A. i Tucak Junaković, I. (2014). Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 7. Sveučilište u Zadru.
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., ... i Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research*, 215(1), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.039>
- Danner, U. N., Sternheim, L., i Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub) types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry research*, 215(3), 727-732. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.005>
- Elran-Barak, R., i Goldschmidt, A. B. (2021). Differences in severity of eating disorder symptoms between adults with depression and adults with anxiety. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26, 1409-1416. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00947-y>
- Faber, A., Dube, L., i Knaeuper, B. (2018). Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population. *Appetite*, 123, 410-438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.043>
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., i von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91-105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- Fichter, M. M., i Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Fischer, S., Breithaupt, L., Wonderlich, J., Westwater, M. L., Crosby, R. D., Engel, S. G., ... i Wonderlich, S. (2017). Impact of the neural correlates of stress and cue reactivity on stress related binge eating in the natural environment. *Journal of Psychiatric Research*, 92, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.017>
- Fitzsimmons, E. E., i Bardone-Cone, A. M. (2010). Differences in coping across stages of recovery from an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43(8), 689-693. <https://doi.org/10.1002/eat.20781>

- Forsén Mantilla, E., Clinton, D., i Birgegård, A. (2019). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 379-393. <https://doi.org/10.1111/papt.12184>
- Frederick, D., Forbes, M., Jenkins, B., Reynolds, T., i Walters, T. (2015). Beauty standards. *The international encyclopedia of human sexuality*, 1, 113-196.
- Garcia, S. C., Mikhail, M. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M. C., Boker, S., i Klump, K. L. (2020). Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(11), 1844-1854. <https://doi.org/10.1002/eat.23366>
- 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(4), 871-878.
- Gonçalves, S., Moreira, C., Gonçalves, M., Vieira, A. I., i Machado, B. C. (2020). The role of the perception of family environment in relation to body dissatisfaction, disordered eating and difficulties in close relationships. *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 205-213. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0551-9>
- Goodall, K. (2015). Individual differences in the regulation of positive emotion: The role of attachment and self esteem. *Personality and individual differences*, 74, 208-213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.10.033>
- Greblo, Z. (2012). Što se skriva iza pojma "perfekcionizam"? Povijest proučavanja i pregled različitih konceptualizacija perfekcionizma. *Psihologijske teme*, 21(1), 195-212. <https://hrcak.srce.hr/clanak/121682%3F>
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A., Zannarini, M.C., Yen, S. i Skodol, A. E. (2012). Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: Six-year prospective outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 185-192. <https://doi.org/10.1002/eat.20909>
- Guarda, A. S., Schreyer, C. C., Boersma, G. J., Tamashiro, K. L., i Moran, T. H. (2015). Anorexia nervosa as a motivated behavior: Relevance of anxiety, stress, fear and learning. *Physiology & behavior*, 152, 466-472. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.04.007>
- Hay, P., i Williams, S. E. (2013). Exploring relationships over time between psychological distress, perceived stress, life events and immature defense style on disordered eating pathology. *BMC psychology*, 1, 1-8. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-27>
- Hinney, A., i Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current psychiatry reports*, 15, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0423-y>
- Holtmann, G., i Talley, N. J. (2014). The stomach-brain axis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 28(6), 967-979. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2014.10.001>
- Hughes, E. K., Goldschmidt, A. B., Labuschagne, Z., Loeb, K. L., Sawyer, S. M., i Grange, D. L. (2013). Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: similarities and

differences in a clinical sample of children and adolescents. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 386-394. <https://doi.org/10.1002/erv.2234>

Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L., i Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(9), 653-659. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ef34b2>

Institut za mjerenje i evaluaciju zdravlja (IHME) (2024). *Globalno opterećenje bolestima- s glavnom obradom od strane World in Data*. <https://ourworldindata.org/grapher/eating-disorders-prevalence>

Iwajomo, T., Bondy, S. J., de Oliveira, C., Colton, P., Trottier, K., i Kurdyak, P. (2021). Excess mortality associated with eating disorders: population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 219(3), 487-493. doi:10.1192/bjp.2020.197

Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H., Hegg, A. P., i Brewerton, T. D. (1990). Eating disorders and depression: is there a serotonin connection?. *Biological psychiatry*, 28(5), 443-454. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(90\)90412-U](https://doi.org/10.1016/0006-3223(90)90412-U)

Klatzkin, R. R., Gaffney, S., Cyrus, K., Bigus, E., i Brownley, K. A. (2018). Stress-induced eating in women with binge-eating disorder and obesity. *Biological psychology*, 131, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.11.002>

Lena, S. M., Fiocco, A. J., i Leyenaar, J. K. (2004). The role of cognitive deficits in the development of eating disorders. *Neuropsychology Review*, 14, 99-113. <https://doi.org/10.1023/B:NERV.0000028081.40907.de>

Magallares, A. (2013). Social risk factors related to eating disorders in women. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(1), 147-154. pristupljeno 20.06.2024. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342013000100011&lng=en&nrm=iso>

Meštrović, A. (2014). Poremećaji hranjenja: Vodič za otkrivanje, razumijevanje i traženje pomoći. *Zagreb, Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar*.

Monteleone, A. M., Castellini, G., Ricca, V., Volpe, U., De Riso, F., Nigro, M., Zamponi, F., Mancini, M., Stangellini, G., Monteleone, P., Treasure, J. i Maj, M. (2017). Embodiment mediates the relationship between avoidant attachment and eating disorder psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 25(6), 461-468. <https://doi.org/10.1002/erv.2536>

Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Cascino, G., Del Giorno, C., Monteleone, P. i Maj, M. (2019). The vulnerability to interpersonal stress in eating disorders: The role of insecure attachment in the emotional and cortisol responses to the trier social stress test. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 278-285. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.12.232>

Monteleone, A. M., Treasure, J., Kan, C., i Cardi, V. (2018). Reactivity to interpersonal stress in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis of studies using an

- experimental paradigm. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 87, 133-150. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.02.002>
- Pokrajac-Buliac, A., Živčić-Bećirević, I., Vukmanović, S., i Forbes, G. (2005). Nezaovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, 14(1.), 57-70. <https://hrcak.srce.hr/clanak/7869>
- Pokrajac-Bulian, A., i Živčić-Bećirević, I. (2004). Prevencija poremećaja u hranjenju u ranoj adolescenciji. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 10(52), 67-68. <https://hrcak.srce.hr/file/31743>
- Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L., i Ambrosi-Randić, N. (2004). Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme*, 13(1.), 91-104.
- Pranić, N., Žigić Forić, A., Pokec, I., i Puharić, Z. (2023). Poremećaji prehrane. *Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku*, 12(2), 84-89. <https://hrcak.srce.hr/314495>
- Pratt, E. M., Telch, C. F., Labouvie, E. W., Wilson, G. T., i Agras, W. S. (2001). Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200103\)29:2%3C177::AID-EAT1007%3E3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200103)29:2%3C177::AID-EAT1007%3E3.0.CO;2-X)
- Proroković, A., Čubela Adorić, V., Penezić, Z., i Tucak Junaković, I. (2012). Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 6. Sveučilište u Zadru.
- Proroković, A., Lacković-Grgin, K., Čubela Adorić, V. i Penezić, Z. (ur.). (2004). Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 2. Sveučilište u Zadru.
- Ruggiero, G. M., Levi, D., Ciuna, A., i Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 34(2), 220-226. <https://doi.org/10.1002/eat.10191>
- Sambol, K., i Cikač, T. (2015). Anoreksija i bulimija nervoza—rano otkrivanje i liječenje u obiteljskoj medicini. *Medicus*, 24(2 ASK niske doze), 165-171. <https://hrcak.srce.hr/148323>
- Sander, J., Moessner, M., i Bauer, S. (2021). Depression, anxiety and eating disorder-related impairment: moderators in female adolescents and young adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2779-2791. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>
- Sassaroli, S., i Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International journal of eating disorders*, 37(2), 135-141. <https://doi.org/10.1002/eat.20079>
- Schmalbach, I., Herhaus, B., Pässler, S., Runst, S., Berth, H., Wolff-Stephan, S. i Petrowski, K. (2020). Cortisol reactivity in patients with anorexia nervosa after stress induction. *Translational Psychiatry*, 10(1), 275. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00955-7>

- Schmidt, U., Wade, T. D., i Treasure, J. (2014). The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): development, key features, and preliminary evidence. *Journal of cognitive psychotherapy*, 28(1), 48-62. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.28.1.48>
- Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., i Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(4), 629-638. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.75.4.629>
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., i Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., i Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131. <https://doi.org/10.1177/0004867411432071>
- Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology*, 25, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.03.003>
- Tasca, G. A., i Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L., ... i Bissada, H. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 926-933. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004>
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Kryanski, V., Balfour, L. i Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and individual differences*, 47(6), 662-667. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.006>
- Ulrich-Lai, Y. M., i Ryan, K. K. (2014). Neuroendocrine circuits governing energy balance and stress regulation: functional overlap and therapeutic implications. *Cell metabolism*, 19(6), 910-925. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2014.01.020>
- van Hoeken, D., i Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Verschuere, M., Luyckx, K., Kaufman, E. A., Vansteenkiste, M., Moons, P., Sleuwaegen, E., Berens, A., Schoevaerts, K i Claes, L. (2017). Identity processes and statuses in patients with and without eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(1), 26-35. <https://doi.org/10.1002/erv.2487>

- Vicent, M., González, C., Quiles, M. J., i Sanchez-Meca, J. (2023). Perfectionism and binge eating association: a systematic review and meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 11(1), 101-121. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00817-9>
- von Soest, T., Wagner, J., Hansen, T., i Gerstorff, D. (2018). Self-esteem across the second half of life: The role of socioeconomic status, physical health, social relationships, and personality factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(6), 945-960. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000123>
- Wade, T. D., O'Shea, A., i Shafran, R. (2016). Perfectionism and eating disorders. *Perfectionism, health, and well-being*, 205-222. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_9
- Ward, A., Ramsay, R., i Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 35-51. <https://doi.org/10.1348/000711200160282>
- Zachrisson, H. D., i Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 97-106. <https://doi.org/10.1002/erv.999>