

Odnos depresivnosti, anksioznosti i konzumacije hrane

Tudor, Eila

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:747794>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Preddiplomski sveučilišni studij psihologije (jednopedmetni)



Eila Tudor

**Odnos depresivnosti, anksioznosti i konzumacije
hrane**

Završni rad

Zadar, 2019.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Preddiplomski sveučilišni studij psihologije (jednopedmetni)

Završni rad

Odnos depresivnosti, anksioznosti i konzumacije
hrane

Studentica:

Eila Tudor

Mentorica:

Izv. prof. dr. sc. Marina Nekić

Zadar, 2019.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, Eila Tudor, ovime izjavljujem da je moj završni rad pod naslovom **Odnos depresivnosti, anksioznosti i konzumacije hrane** rezultat mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mogega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

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

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

Zadar, 30. rujna 2019.

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	1
SUMMARY	2
1.UVOD	3
1.1 PREHRAMBENO PONAŠANJE	3
1.1.1. Teorije odnosa emocija i prehrambenog ponašanja	4
1.1.2 Psihosomatske teorije	4
1.1.3. "Internalna / eksternalna" teorija pretilosti	5
1.1.4. Hipoteza suzdržavanja	7
1.1.5 Rodne razlike u kognitivnom suzdržavanju, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju	8
1.2 DEPRESIJA	9
1.2.2. Simptomi depresije	10
1.3 ANKSIOZNOST	11
1.3.1. Simptomi anksioznosti	11
1.4 TRIPARTITNI MODEL DEPRESIVNOSTI I ANKSIOZNOSTI	12
2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE	13
3. METODA	13
3.1. Sudionici	13
3.2 Mjerni instrumenti	14
3.2.1. Trofaktorski upitnik obrasca hranjenja (TFEQ-R18) (Three Factor Eating Questionnaire, Karlsson i sur., 2000)	14
3.2.2. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) (Lovibond i Lovibond, 1995; Reić Ercegovac i Penezić, 2012)	15
3.3 Postupak	15
4. REZULTATI	15
5. RASPRAVA	19
6. ZAKLJUČCI	23
7. LITERATURA	23

SAŽETAK

Depresija i anksioznost imaju veliki utjecaj na pojedinca i njegovo svakodnevno funkcioniranje. Depresiju karakteriziraju tuga, gubitak interesa ili zadovoljstva, osjećaj krivnje ili niske vrijednosti, poremećen san ili apetit, umor i loša koncentracija. Anksiozni poremećaji odnose se na skupinu mentalnih poremećaja koje karakteriziraju osjećaji tjeskobe i straha. Pri prehranbenom ponašanju, pod utjecajem vlastitih emocija: izbor hrane, količina i učestalost obroka ovise o mnogim varijablama koje nisu nužno povezane s njihovim fiziološkim potrebama. Stoga je cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos anksioznosti i depresivnosti s obrascima prehrane, te je dodatni cilj ovog istraživanja utvrditi postoji li razlika između muškaraca i žena u obrascima prehrane. Obrasci prehrane su se operacionalizirali kroz tri faktora, kognitivno suzdržavanje (svjesno ograničenje unosa hrane radi kontrole tjelesne težine ili radi promicanja gubitka tjelesne težine), nekontrolirano jedenje (sklonost jesti više nego inače zbog gubitka kontrole nad unosom praćenim subjektivnim osjećajem gladi) i emocionalno jedenje (nemogućnost odupiranja emocionalnim znacima). Obrasci prehrane ispitani su Trofaktorskim upitnikom obrazaca hranjenja (TFEQ-R18) (Karlsson i sur., 2010), dok su anksioznost i depresivnost ispitani Skalom depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) (Lovibond i Lovibond, 1995). U istraživanju sudjelovalo je 34 studenta i 128 studentica (N=162). Ustanovljena je statistički značajna povezanost između depresivnosti i anksioznosti s emocionalnim jedenjem, no nije ustanovljena povezanost depresivnosti i anksioznosti s kognitivnim suzdržavanjem i nekontroliranim jedenjem. Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u kognitivnom suzdržavanju pri unosu hrane, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju.

Ključne riječi: depresivnost, anksioznost, emocionalno jedenje, kognitivna restrikcija, nekontrolirano jedenje

The relationship between depression, anxiety and food consumption

SUMMARY

Depression and anxiety have a great impact on the individual and their daily functioning. Depression is characterized by sadness, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low value, disturbed sleep or appetite, fatigue and poor concentration. Anxiety disorders refers to a group of mental disorders characterized by feelings of anxiety and fear. In eating behavior, influenced by one's emotions: food choices, quantities and frequency of meals depend on many variables that are not necessarily related to their physiological needs Therefore, the aim of this study was to determine the relationship between anxiety and depression with eating patterns, and the additional goal of this study was to determine if there was a difference between men and women in eating patterns. Eating patterns were operationalized through three factors, cognitive restraint (conscious restriction of food intake to control weight or to promote weight loss), uncontrolled eating (the propensity to eat more than usual due to loss of control over intake accompanied by subjective hunger), and emotional eating (inability to resist emotional cues). Eating patterns were examined using the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R18) (Karlsson et al., 2010), while anxiety and depression were examined by the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) (Lovibond and Lovibond, 1995) 34 male students and 128 female students (N = 162) participated in the study. A statistically significant association was found between depression and anxiety with emotional eating, but no association was found between depression and anxiety with cognitive restraint and uncontrolled eating. No statistically significant difference was found between men and women in cognitive restraint on food intake, uncontrolled eating, and emotional eating.

Keywords: depression, anxiety, emotional eating, cognitive restriction, uncontrollable eating

1. UVOD

1.1 PREHRAMBENO PONAŠANJE

Prehrambeno ponašanje moglo bi se najjednostavnije definirati kao radnje koje uključuju zadovoljavanje osnovne potrebe gladi unosom hrane. No ipak prehrambeno ponašanje nije tako jednostavno definirati. Naime, na prehrambeno ponašanje često utječu i vanjski činitelji kao što su socioekonomski status, obiteljske i kulturne varijable, osobni stavovi o etičnosti određene hrane, zdravstvena i nutricionistička osviještenost, te sama dostupnost, kvaliteta i cijena hrane. Pri prehrambenom ponašanju, ljudi su često pod utjecajem vlastitih emocija: izbor hrane, količina i učestalost obroka ovise o mnogim varijablama koje nisu nužno povezane s njihovim fiziološkim potrebama. Sve veća rasprostranjenost poremećaja prehrane i pretilost u zapadnim društvima pokrenula je mnoga pitanja o ulozi koju emocije igraju u etiologiji ovih problema. Zbog toga što su se te promjene dogodile relativno naglo i brzo, sugerira se da je uzrok tim promjenama više okolina i psihološki faktori, a ne metabolički ili genetski uzroci. (Canetti, Bachar i Berry, 2002) Općenito je prihvaćeno da se prehrambeno ponašanje kod ljudi mijenja u skladu s njihovim emocionalnim stanjem (anksioznost, bijes, radost, depresija, tuga i druge emocije). Odnos između određene emocije i prehrambenog ponašanja bi trebali biti jači osobito ako se ta emocija pojavljuje češće tijekom prehrambenih navika u odnosu na ostale emocije (Macht i Simons, 2000). Tako je Mehrabian (1980) istraživao odnos između različitih emocija i količine unosa hrane. Otkrio je da je zabilježena veća konzumacija hrane tijekom dosade, depresije i umora, a manji unos hrane zabilježen je tijekom straha, napetosti i boli. Lyman (1982) je pokazao veću sklonost konzumiranju zdrave hrane tijekom ugodnih emocija i veću sklonost konzumiranju nezdrave hrane tijekom neugodnih emocija. Patel i Schlundt (2001) su otkrili da osobe konzumiraju više hrane u situacijama kada osjećaju pozitivno ili negativno raspoloženje u odnosu na situacije kada im je raspoloženje neutralno, te da pozitivno raspoloženje ima jači utjecaj na unos hrane od negativnog raspoloženja. Macht (1999) je proučavao ulogu bijesa, straha, tuge i radosti na konzumaciju hrane. Sudionici su izvijestili da doživljavaju veću razinu gladi za vrijeme ljutnje i radosti nego za vrijeme straha i tuge. Također su izvijestili da je za vrijeme bijesa došlo do porasta impulzivne prehrane (brzo, neredovito i bezbrižno jedenje usmjereno na bilo koju dostupnu vrstu hrane) te da je tijekom radosti došlo do porasta hedonističke prehrane (sklonost prema jedenju zbog ugodnog ukusa ili zato što se smatra da je konzumirana hrana zdrava). Stoga je Machtova studija pokazala da je jači utjecaj

bijesa i radosti na unos hrane nego tuge i straha. Ovaj autor daje objašnjenje da ljutnja i radost imaju veći utjecaj jer se te emocije općenito češće doživljavaju od tuge i straha.

No utjecaj emocija na hranu nije jednosmjernan. Tako je istraživanje Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen i Tylor (1950, prema Canetti, Bachar i Berry, 2002) pokazala da gubitak tjelesne težine, čak i kod muškaraca s normalnom tjelesnom težinom, može dovesti do fizioloških i psiholoških promjena raspoloženja, od kojih su neke bile prilično slične onima koje nalazimo kod osoba koje boluju od anoreksije. Muškarci su se žalili na apatiju, depresiju, razdražljivost i ćudljivost; također su postali preokupirani hranom.. Oni su skupljali recepte, ljutili se na bacanje hrane i igrali se svojim obrocima, ponekad je bilo potrebno i 2 sata da dovrše jelo. Canetti, Bachar i Berry (2002) navode kako značajan gubitak težine može biti popraćen ustrajnim fizičkim i bihevioralnim simptomima. Tu se ubrajaju promjene raspoloženja i depresija, netolerancija hladnoće, gubitak kose i karotenemije i ideje slične onima koje se nalaze u osoba koje boluju od anoreksije nervose, praćena pitanjima kontrole, discipliniranosti, kompulzivnog vježbanja i preokupacije hranom i slikom tijela, čak iako su osobe možda još uvijek po indeksu tjelesne mase pretile. Pri ispitivanju uloge emocija i raspoloženja na prehrambeno ponašanje uglavnom se ispituju obrasci prehrambenog ponašanja kao što su emocionalno jedenje, kognitivno suzdržavanje i nekontrolirano jedenje. Emocionalnim jedenjem se smatra jedenje kao odgovor na neugodne emocije, odnosno osobe kako bi ublažile osjećaj neugodnog afekta počinjju jesti. Nekontroliranim jedenjem smatra se ponašanje prekomjernog unosa hrane zbog subjektivnog osjećaja gladi (de Luzon i sur., 2004). Dolazi do osjećaja gubitka kontrole nad konzumacijom hrane. Kod kognitivnog suzdržavanja dolazi do povećane kontrole nad unosom hrane odnosno osobe često koriste kognitivno suzdržavanje kada žele izgubiti na težini. No treba naglasiti kako je kognitivno suzdržavanje različito od dijete (Angle i Engbloom, 2009), naime kod suzdržavanja osoba jede manje nego što bi željela što ne mora značiti i da unosi manju količinu hrane ili hranu niske energetske vrijednosti.

1.1.1. Teorije odnosa emocija i prehrambenog ponašanja

O odnosu emocija i raspoloženja razvile su se mnoge teorije. U početku teorijski pristupi su se više usmjerili na objašnjenje pretilosti. Najpoznatije teorije su psihosomatske teorije, "internalna / eksternalna" teorija i hipoteza ograničavanja.

1.1.2 Psihosomatske teorije

Prvu psihosomatsku teoriju iznijeli su Kaplan i Kaplan (1957, prema Canetti, Bachar i Berry, 2002). Oni su predložili da se pretile osobe prejedaju kada se osjećaju anksiozno, a unos hrane

smanjuje osjećaj anksioznosti. Mehanizam kojim prehrana smanjuje anksioznost nije u potpunosti razumljiv, ali može uključivati različite učinke unosa proteina i ugljikohidrata koji utječu na sintezu moždanih neurotransmitera, posebno serotonina. Vjerojatno su uključeni i faktori učenja, npr. ranija povezanost ugodnih, opuštenih situacija s hranjenjem. Međutim, ovi su autori smatrali da učinke jedenja koji smanjuju anksioznost ne mogu objasniti samo na temelju naučenih navika. Pretpostavili su da postoji određeni stupanj fiziološke nespojivosti između čina jedenja i intenzivnog straha ili tjeskobe i da dok jedu te emocije privremeno nestaju. Pretili pojedinci nisu u stanju razlikovati glad i tjeskobu jer su naučili jesti kao odgovor na anksioznost. Stoga su autori zaključili da jedenje u cilju smanjenja anksioznosti može dovesti do kompulzivnog prejedanja i pretilosti. Još jedna od psihosomatskih teorija je Bruchova teorija. Naime, Bruch (1973) je prejedanje povezo s neispravnom sviješću o gladi. Ova teorija sugerira da iskustvo "gladi" nije urođeno, nego je učenje potrebno za njegovu organizaciju u prepoznatljive obrasce. Kod pretilih ljudi nešto je pošlo po zlu u iskustvenom i međuljudskom procesu oko zadovoljavanja prehrambenih i drugih tjelesnih potreba. Pogrešna i zbunjujuća rana iskustva ometala su njihovu sposobnost prepoznavanja gladi i sitosti. Ta rana iskustva također su ometala sposobnost razlikovanja gladi (nagon da se jede) od drugih signala nelagode koji nemaju nikakve veze s nedostatkom hrane, poput stanja emocionalne napetosti izazvanog velikim brojem sukoba i problema. Takvi pojedinci ne prepoznaju kada su gladni ili siti, niti razlikuju potrebu za hranom od drugih neugodnih osjeta i osjećaja. Oni prate vanjske signale kako bi znali kada i koliko jesti, zbog toga što nisu svjesni fizioloških procesa u tijelu koji im signaliziraju glad (Bruch, 1973). Dakle, prema ovoj teoriji, osoba će se prejesti kao odgovor na 'emocionalnu napetost' i 'neugodne senzacije i osjećaje'. Obe psihosomatske teorije pretpostavljaju isto, da će se pretili pojedinci više prejedati kao odgovor na neugodna emocionalna stanja.

1.1.3. "Internalna / eksternalna" teorija pretilosti

Naime, "internalna / eksternalna" teorija (Schachter, Goldman i Gordon, 1968) nudi drugačija objašnjenja pretilosti u odnosu na ranije opisane psihosomatske teorije. Prema ovoj teoriji bi fiziološke posljedice straha i tjeskobe dovele do toga da ljudi umjerene težine smanjuju konzumaciju, ali ne utječu na konzumaciju hrane pretilih ljudi zbog njihove neosjetljivosti na unutarnje znakove. Schachter je pretpostavljao da je prepoznavanje skupa fizioloških znakova, uključujući želučane kontrakcije, kao 'glad' naučena pojava i da su ljudi normalne težine naučili pravilno označavati želučane kontrakcije kao glad, dok ljudi s prekomjernom težinom nisu. Kako se tijekom stresa smanjuju želučane kontrakcije, osobe s normalnom tjelesnom masom

će smanjiti unos hrane kada su pod stresom, ali takav pad ne bi imao utjecaja na unos hrane pretilih. Kao posljedica lošeg razumijevanja unutarnjih fizioloških znakova, pretili ljudi će se mnogo više oslanjati na vanjske znakove kada će započeti i prestati jesti. Dok psihosomatske teorije predviđaju da će pretili ljudi povećati svoje obroke kad su pod stresom, kako bi umanjili anksioznost, Schachterova teorija predviđa da ljudi s normalnom težinom mogu ili smanjiti ili povećati svoju unos hrane kada su pod stresom, dok pretili ljudi neće smanjiti ni povećati unos hrane. Prvom studijom koju su proveli Schachter, Goldman i Gordon (1968) potvrdili su to predviđanje. Utvrdili su da je za osobe s normalnom težinom stres smanjio unos hrane kod onih koji su bili gladni i nije imao utjecaja na one koji nisu bili gladni, dok su ispitanici s prekomjernom težinom pojeli istu količinu hrane bez obzira na njihovo fiziološko stanje. Međutim, kasnija istraživanja nisu potvrdila ove prethodne nalaze (Lowe i Fisher, 1983; Pine, 1985; Reznick i Balch, 1977; Ruderman, 1983; Slochower i sur., 1981), a samo je jedno istraživanje (McKenna, 1972) potvrdilo Schachterovo predviđanje, ali samo u slučaju ponuđene ukusne hrane. Pitanje utječu li emocije na prehrambeno ponašanje temeljito je proučeno u pretiloj populaciji. Otkrića ovih studija bliža su psihosomatskim teorijama nego Schachterovoj teoriji, ali unatoč tome jasno je da je prehrambeno ponašanje pretilih ljudi složen proces i ne se ne može svesti na pojednostavljena objašnjenja. Ganley (1989) je pregledom radova zaključio da je emocionalno jedenje vrlo česta pojava kod masovno pretilih koji su se javili na liječenje. Većina studija je izvijestila o snažnoj vezi između prehrane i neugodnih emocija i stresnih životnih događaja. Emocionalno jedenje događa se epizodno, a ne redovito; radi se potajno, povezuje se s različitim osjećajima kod različitih pojedinaca, a karakterizira ga upotreba visokokalorične ili visoko ugljikohidratne hrane (Ganley, 1989). Utvrđeno je da se emocionalno jedenje najčešće odvija kada su ljudi sami, kada je obrok večera ili međuobrok i kada se obrok jede kod kuće u usporedbi sa situacijom izvan kuće (Baumeister i sur., 1994). Emocionalno jedenje je obrazac prehrambenog ponašanja na koji se može naići u svim društvenim slojevima, dobnim skupinama i jednako među muškarcima i ženama. Studije dosljedno navode da je emocionalno jedenje najčešće potaknuto neugodnim emocijama kao što su ljutnja, depresija, dosada, anksioznost i usamljenost i često ima epizodan odnos prema stresnim razdobljima života (Ganley, 1989). Utjecaj pozitivnog raspoloženja na unos hrane nije tako dobro istražen kao što je utjecaj negativnog raspoloženja. Studije koje su proučavale takve odnose daju ne jednoznačne rezultate. Primjerice, Schmitz (1996) i Davis i sur. (1985) nisu pronašli povezanost između unosa hrane i pozitivnog raspoloženja. Međutim, Schlundt i sur. (1988) utvrdili su da je pozitivno raspoloženje povezano s prejedanjem u društvenim situacijama. Istraživanje Patela i Schlundta (2001) pokazalo je da je unos hrane veći i za pozitivno i za negativno raspoloženje

u usporedbi s neutralnim raspoloženjem. Ovi autori predlažu da efekti raspoloženja, bilo pozitivni ili negativni, uključuju dezinhibiciju kontrole prehrane. Oni također sugeriraju da pozitivno raspoloženje može povećati unos hrane putem asocijativnog mehanizma učenja gdje je sreća bila povezana s jedenjem više hrane. Ovi nalazi mogu biti u skladu s Bruchovom hipotezom da pretili ljudi ne razlikuju potrebu za hranom od stanja emocionalne napetosti - u ovom slučaju emocionalna napetost je ugodna. Zaključak da se kod pretelih ljudi češće pojavljuje emocionalno jedenje u usporedbi s osobama normalne težine čini se prilično čvrstim i pruža potporu psihosomatskim teorijama. Međutim, ovaj zaključak kritiziraju Allison i Heshka (1993), koji tvrde da možda pretile osobe priznaju više emocionalnog jedenja nego nepretile jer je to ponašanje u skladu s očekivanjima okoline, a to da pretili su skloniji emocionalnom jedenju.

1.1.4. Hipoteza suzdržavanja

Hipoteza suzdržavanja daje drugačiji okvir objašnjenja prehrambenih navika pretelih pojedinaca. Hipotezu suzdržavanja prvotno su razvili Herman i Mack (1975), a dalje su je razradili Herman i Polivy (1980). Prema tim istraživačima, ravnoteža između želje za hranom i napora da se odupre toj želji utječe na ponašanje u prehrani, a suzdržanost je kognitivni napor da se odupirete toj želji. Naime, predstavnici ovog teorijskog pristupa su utvrdili da da pretile osobe gotovo uvijek pokušavaju obuzdati unos hrane. Suzdržane osobe neprestano brinu o tome što jedu i kronično ograničavaju unos hrane kako ne bi dobili na težini. Na drugom kraju su osobe koje se ne suzdržavaju koje slobodno jedu i ne brinu o svom unosu hrane ili posljedicama. Ovi su autori dodatno proširili model suzdržavanja postavljajući i „hipotezu o dezinhibiciji“ prema kojoj se samokontrola suzdržanih osoba može privremeno smanjiti ometajućim događajima ili „dezinhibitorima“ koji uključuju specifične „spoznaje“ (percepciju prejedanja), alkohol ili jaka emocionalna stanja (poput anksioznosti i depresije). Pregledom literature (Ruderman, 1986) utvrđeno je da pretpostavke ovog teorijskog pristupa imaju empirijsko uporište. Najviše se pozornosti usredotočilo na pretpostavku da percepcija prejednosti trenutno smanjuje suzdržanost osoba koje se inače suzdržavaju u prehrani. Studije pokazuju da percepcija konzumiranja visoko kaloričnog obroka kasnije dovodi do prejedanja kod kronično suzdržanih osoba, koji imaju tendenciju razmišljanja u nepromjenjivom, sve ili ništa smjeru. Herman i Polivy (1984) su pretpostavili da snažne emocije zahtijevaju napor od osoba koje se suzdržavaju, pri čemu im privremeno smanjuju motivaciju za dijetom i omogućavaju im prejedanje. Iako hipoteza o suzdržavanju predviđa da bi bilo koja snažna emocija mogla dezinhibirati osobe koje se suzdržavaju, istraživanje se uglavnom usredotočilo na učinke

anksioznosti i depresije na prehranu (Ruderman, 1986). U svojoj prvoj studiji Herman i Polivy (1975) su otkrili, kako se i očekivalo, da su osobe koje se ne suzdržavaju jele znatno manje u stanju jake anksioznosti nego što su jele u stanju slabe anksioznosti. Polivy i Herman (1976) otkrili su među klinički depresivnim pacijentima da osobe koje se ne suzdržavaju prijavljuju značajan gubitak težine dok osobe koje se suzdržavaju prijavljuju značajni porast tjelesne težine nakon početka depresije. Ruderman (1986) dovodi do zaključka da negativna afektivna stanja općenito povećavaju unos hrane osoba koje se inače suzdržavaju, ali njihov utjecaj na osobe koje se ne suzdržavaju nije jasan: negativni afekt je smanjio konzumaciju hrane u studijama Hermana i Polivya (1975) i Baucoma i Aikena (1981) i nisu značajno utjecali u Rudermanovoj studiji (1985). Studija (Schotte, Cools i McNally, 1990) o negativnim afektima izazvanim gledanjem zastrašujućih filmova ponovila je otkriće da oni pokreću prejedanje kod suzdržanih subjekata. Opet, kod osoba koje se ne suzdržavaju, negativan afekt nije značajno utjecao na unos hrane. Cools, Schotte i McNally (1992) pokazali su da izloženost zabavnom sadržaju filma dezinhibira unos hrane osoba koje se suzdržavaju. Sheppard-Sawyer, McNaly i Fischer (2000) testirali su da li je tuga izazvana gledanjem filma (stanje karakterizirano visokom negativnom valencijom, ali niskom uzbuđenošću) povećala unos hrane kod osoba koje se suzdržavaju. Otkrili su da je izloženost segmentima tužnog filma znatno smanjila unos hrane kod nesuzdržanih osoba, ali samo je neznatno povećala osobe koje se suzdržavaju. Autori su hipotetizirali da kod suzdržanih sudionika ne dolazi do dezinhibiranog jedenja kada su izloženi promjenama raspoloženja koje ne prijete njihovom samopoštovanju. Prema hipotezi o suzdržavanju, osobe koje su često na dijeti ograničavaju unos hrane sve dok dezinhibitor ne uzrokuje privremeni prekid u režimu prehrane prejedanjem. Ova pretpostavka koja se odnosi na razvoj prejedanja potvrđena je opažanjem da se u većini slučajeva bulimija razvija nekoliko mjeseci nakon početka dijete (Boskind-Lodahl, 1976; Boskind-Lodahl i Sirlin, 1977; Garfinkel, Moldofsky i Garner, 1980; Pyle, Mitchell i Eckert, 1981), i činjenicom da osobe koje boluju od bulimije često imaju epizode prejedanja nakon negativnih emocionalnih stanja. Negativne emocije su temeljito proučavane i dobro je utvrđeno da povećavaju unos hrane. Pozitivne emocije također povećavaju unos hrane, ali o tome je teže zaključiti.

1.1.5 Rodne razlike u kognitivnom suzdržavanju, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju

Općenito, u prehrambenom ponašanju postoje razlike između muškaraca i žena. Rolls, Fedoroff i Guthrie (1991) navode kako postoje i razlike u samom stilu jedenja, odnosno oni govore o maskulinom i femininom stilu. Ovi stilovi se razlikuju po količini hrane koja se pojede tijekom

obroka, vrsti odabrane hrane, kao i veličini zalogaja i brzini jedenja. Muškarci općenito imaju veće zalogaje, brže jedu dok žene sporije jedu i imaju veći broj manjih zalogaja (Rolls i sur., 1991). Razlogom različitih stilovima jedenja smatra se različita socijalizacija i socijalne uloge muškaraca i žena. Fredrickson, Roberts, Noll i Twenge (1998) navode kako je češća seksualna objektivizacija žena nego muškaraca. Objektivizacija se događa kada su tjelesni izgled i dijelovi tijela ili seksualne funkcije odvojeni od njihovog identiteta, svedeni na status pukih instrumenata. Drugim riječima, kada su objektivizirani, pojedinci se tretiraju kao tijela i, posebno, kao tijela koja postoje za upotrebu i zadovoljstvo drugih. Do objektivizacije dolazi i u interakcijama ali i u medijima. Pri slikama muškaraca uglavnom se stavlja naglasak na glavu ili lice dok je kod žena često naglašena cijela figura. Takvim prikazima dolazi do nezadovoljstva vlastitim izgledom kod žena, te se one češće počinju suzdržavati od prehrane za razliku od muškaraca. Mlade djevojke uglavnom uvijek žele izgubiti na težini, dok mladići u većini slučajeva žele dobiti na težini i povećati mišićnu masu (Davy, Benes i Driskell, 2006). Larsen, van Strien, Eisinga i Engels (2006) navode kako se često izvještava o spolnim razlikama u emocionalnom prilagođavanju i emocionalnom jedenju, pri čemu žene pokazuju više depresivnih simptoma, više iskazuju emocije, koriste više strategija regulacije emocija i kod njih češće dolazi do emocionalnog jedenja u odnosu na muškarce. De Luzon i sur. (2004) su u svom istraživanju dobili razliku u emocionalnom jedenju između muškaraca i žena, žene su bile sklonije emocionalnom jedenju, no Nguyen- Rodriguez, Unger i Sprujit – Metz (2009) nisu ustanovili razlike među spolovima. Što se tiče nekontroliranog jedenja, Dunn i Ondercin (1981; prema Moretić, 2016) navode kako su mu sklonije žene koje su sumnjičavije i napetije, te koje imaju vanjski lokus kontrole, nisku emocionalnu stabilnost te su sklone traženju odobrenja od okoline. De Luzon i sur. (2009) su dobili su razliku između adolescenata u nekontroliranom jedenju, naime kod dječaka je češće dolazilo do nekontroliranog jedenja nego kod djevojčica. Navedeni razlozi su što dječaci mogu biti osjetljiviji na glad zbog visoke energetske potrošnje tijekom adolescencije. No u odrasloj dobi razlika među spolovima u nekontroliranom jedenju nije ustanovljena.

1.2 DEPRESIJA

U modernom svijetu depresija postaje sve veći problem. Naime, svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organisation, WHO) navodi kako je depresija trenutno jedna od najučestalijih oboljenja u svijetu i da od nje pati više od 300 milijuna osoba. U razdoblju između 2005. do 2015. ukupan broj ljudi koji imaju depresiju narastao je za 18,4%. Depresija se uglavnom pojavljuje u ranijoj dobi. Bayram i Bilgel (2008) navode kako je razdoblje prelaska

u odraslu dob period visokog rizika za razvijanje depresije zbog novih društvenih i intelektualnih izazova koji mogu uzrokovati emocionalni pritisak koji može dovesti do povećanog rizika pojave depresije i anksioznosti. Depresivnost se često razvija kod studenata zbog prilagodbe na studij, te je često jedan od glavnih uzroka odustajanja od studija. Mnogi studenti pri odlasku na studij razmišljaju samo o pozitivnim aspektima studiranja, kao veća samostalnost, individualni i socijalni razvoj, ali često ne razmišljaju o mogućim negativnim posljedicama jer smatraju kako će se lako nositi sa promjenama kao što su promjena mjesta boravka, potpuno novo društvo, nove obaveze. Istraživanjem je dobiveno da čak 17% studenata simptome depresije koji im smanjuju kvalitetu života (Vulić-Prtorić i Marinović, 2010 prema Vulić-Prtorić, 2012). Depresiju karakteriziraju tuga, gubitak interesa ili zadovoljstva, osjećaj krivnje ili niske vrijednosti, poremećen san ili apetit, umor i loša koncentracija. Osobe s depresijom mogu imati i više fizičkih tegoba bez očitog fizičkog uzroka. Depresija može biti dugotrajna ili ponavljajuća, može značajno oslabiti sposobnost ljudi da obavljaju obaveze na poslu ili u školi i da se nose sa svakodnevnim životom. U najtežem obliku depresija može biti uzrok suicidalnih misli, pa čak i samoubojstva.

1.2.2. Simptomi depresije

Wisner, Parry i Piontek (2002) navode da treba biti prisutno barem 5 simptoma od kojih jedan obavezno mora biti depresivno raspoloženje ili izuzetak zadovoljstva kako bi se ustanovilo da osoba pati od depresije. Nije dovoljna samo prisutnost simptoma već oni trebaju biti prisutni tijekom vremenskog razdoblja od najmanje dva tjedna, te trebaju biti prisutni većinu dana skoro svakog dana. Wisner i sur. (2002) navode da su simptomi, osim već navedenih, poremećaj apetita gdje dolazi do uglavnom smanjenja, u ponekim slučajevima i povećanja apetita. Nadalje, može se javiti se i poremećaj spavanja, nesanica ili produženo spavanje. Još jedan od simptoma je fizička uznemirenost, a ponekad i psihomotorno usporavanje. Također, jedan od simptoma je neopravdani i pretjerani osjećaj krivnje te je moguć i osjećaj bezvrijednosti. Tijekom depresije može doći do smetnja u koncentraciji i smanjenja mogućnosti donošenja odluka. Ovisno o intenzitetu simptoma depresija može biti okarakterizirana kao blaga, umjerena i ozbiljna. Postoji još jedan poremećaj koji također spada pod depresivne poremećaje, a to je distimija. Naime, distimija se definira kao trajni ili kronični oblik blage depresije. Simptomi distimije su stoga slični kao i kod depresije, ali njihove specifičnosti su što su manje intenzivne, ali traju kroz vremenski duži period.

1.3 ANKSIOZNOST

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, broj oboljelih od anksioznog poremećaja je narastao za 14,9 % u razdoblju od 2005. godine do 2015. Razlog tome je veći broj stanovnika i starenje stanovništva. Kao što je slučaj i kod depresije, anksiozni poremećaj više pogađa osobe ženskog spola. McClean i Anderson (2009) navode kako je stupanj heritabilnosti anksioznosti veći kod žena, također žene češće koriste strategije suočavanja usmjerene na emocije koje nisu baš efikasne pri anksioznim poremećajima, također žene češće procjenjuju situacije opasnijima nego što jesu, to su samo neki od mogućih objašnjenja zašto su anksiozni poremećaji češći kod žena. Anksiozni poremećaji odnose se na skupinu mentalnih poremećaja koje karakteriziraju osjećaji tjeskobe i straha, uključujući generalizirani anksiozni poremećaj (GAP), panični poremećaj, fobije, socijalni anksiozni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj (OCD) i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP). Kao i kod depresije, simptomi mogu biti u rasponu od blage do teške. Trajanje simptoma koje ljudi s anksioznim poremećajima obično imaju čini ga više kroničnim nego epizodnim poremećajem. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP) karakterizira pretjerana i neprimjerena zabrinutost koja je trajna i nije ograničena na posebne okolnosti. Poremećaj je učestao i onesposobljavajući; a povezano funkcionalno oštećenje slično je onome kao kod depresije (Lader, 2015). U znanstvenom radu, Beck, Laude i Bohnert (1974) pokazali su da anksiozni klijenti izvještavaju o karakterističnim obrascima razmišljanja, tako da porast anksioznosti popraćen mislima i slikama društvene ili fizičke povrede ili oboje. Rezultati ovog ranog izvještaja pokazali su se podudarnim s novonastalim tijekom samoizvještaja i laboratorijskih eksperimentalnih nalaza o kognitivnoj psihopatologiji anksioznih poremećaja.

1.3.1. Simptomi anksioznosti

Neki od tjelesnih simptoma anksioznosti su tahikardija i drhtanje, znojenje, crvenjenje, želučana nervoza, proljev, često mokrenje, osjećaj hladnoće, dlanovi kod anksioznih osoba mogu biti hladni i znojni, suhoća u ustima, osjećaj knedle u grlu te kratkoća daha. Ovakvi simptomi često su pokazatelji hiperaktivnosti autonomnog živčanog sustava. Može doći i do tjelesnih senzacija kao što su mišićne napetosti i bolovima u mišićima, najčešće u mišićima vrata i ramena, može doći i do trzanja vjeđa i drugih dijelova tijela. Također jedan od simptoma je ako se osoba lagano umara i pokazuje nesposobnost opuštanja. Što se tiče kognitivnih simptoma, osoba je često zabrinuta, zamišlja prijeteću katastrofu, kao što je gubitak samokontrole, pojava srčanog infarkta ili pak umiranje (Ladouceur, 1999) . Anksioznost je

često popraćena i raznim emocionalnim simptomima kao što su razdražljivost, nestrpljivost, distraktibilnost.

1.4 TRIPARTITNI MODEL DEPRESIVNOSTI I ANKSIOZNOSTI

Postoje mnogi modeli depresivnosti i anksioznosti, od psihoanalitičkih do kognitivnih i bihevioralnih, no u ovom radu biti će razrađen tripartitni model depresivnosti i anksioznosti od Clarke i Watson (1991). Zbog visokih korelacija anksioznosti i depresivnosti koje se dobiju na mjerama samoprocjene, Watson i Clark (Watson, Wiese, Vaidya i Tellegen, 1999) su htjeli istražiti postoji li kakav zajednički konstrukt u pozadini ova dva poremećaja, odnosno je su li anksioznost i depresivnost dva različita poremećaja ili one spadaju pod isti poremećaj koji ima dva različita pojavna stanja. Kako bi objasnili visoku povezanost i omogućili lakšu diferencijaciju između depresivnosti i anksioznosti uvode dva generalna faktora: pozitivni i negativni afektivitet. Watson i Clark (1988) navode kako su ova dva faktora ortogonalna, odnosno nema korelacija između njih. Oba faktora mogu se mjeriti kao stanje (prolazne fluktuacije raspoloženja) ili kao osobine (stabilne individualne razlike u općem afektivnom tonu). Negativni afektivitet je opći faktor subjektivne neugode i obuhvaća širok raspon stanja negativnog raspoloženja, uključujući strah, tjeskobu, neprijateljstvo, prezir i gađenje. Na razini osobine, negativni afektivitet je široka i raširena predispozicija za doživljavanje negativnih emocija koje dodatno utječu na kogniciju, samo-spoznavu i pogled na svijet (Watson i Clark, 1984). Pozitivni afektivitet se sastoji od izraza koji odražavaju nečiji entuzijazam, energetska razinu, mentalnu budnost, zanimanje, radost i odlučnost, dok se nizak pozitivni afekt najbolje iskazuje kroz deskriptore koji odražavaju letargiju i umor. S obzirom na negativni i pozitivni afektivitet anksioznost je stanje visokog negativnog afektiviteta i nema značajni odnos s pozitivnim afektivitetom, dok je depresija stanje visokog negativnog afektiviteta i niskog pozitivnog afektiviteta. Watson i Clark (1988) stoga predlažu da se u diferencijaciji anksioznosti i depresije treba voditi računa o pozitivnom afektivitetu. Daljnjim razvojem modela Watson i Clark postuliraju kako je za depresiju karakterizirana anhedonijom, odnosno stanjem niskog pozitivnog afektiviteta dok kod anksioznosti dolazi do fiziološke pobuđenosti, a zajednički im je već navedeni generalni faktor negativnog afektiviteta.

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) autora Lovibonda i Lovibonda (1995) je mjerni instrument koji se sastoji od tri skale i ispituje slične komponente kao i kod tripartitnog modela. Lovibond i Lovibond smatraju da je depresivnost označavaju simptomi kao što su

beznadnost, nedostatak interesa i nizak pozitivni afekt što je kod tripartitnog modela smatra anhedonijom. Nadalje, anksioznost kod autora DASS skale se odnosi na pobuđenost autonomnog sustava i situacijsku anksioznost što je slično specifičnoj fiziološkoj pobuđenosti u tripartitnom modelu, dok je stres obuhvaća simptome kao što su poteškoće opuštanja, nestrpljenje i uznemirenost koji su pokazatelji negativnog afektiviteta u tripartitnom modelu.

2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE

S obzirom na sve navedeno cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos anksioznosti i depresivnosti s kognitivnom restrikcijom, nekontroliranim jedenjem i emocionalnim jedenjem. Također trebalo je ustanoviti postoji li razlika između muškaraca i žena u kognitivnoj restrikciji unosa hrane, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju.

1. Ispitati postoji li povezanost depresivnosti i anksioznosti s kognitivnim suzdržavanjem, nekontroliranim jedenjem i emocionalnim jedenjem.

H1: S obzirom ranije rezultate istraživanja možemo očekivati pozitivnu povezanost depresivnosti i anksioznosti s konzumacijom hrane, odnosno sa kognitivnim suzdržavanjem, nekontroliranim jedenjem i emocionalnim jedenjem. Dakle, očekuje se da će osobe koje se osjećaju depresivno i anksiozno imati slabiju kognitivnu restrikciju, te češće nekontrolirano i emocionalno jedenje.

2. Ispitati postoji li razlika u kognitivnom suzdržavanju, nekontroliranom jedenju i emocionalno jedenju između muškaraca i žena.

H2: S obzirom na prijašnja istraživanja možemo očekivati razlike između muškaraca i žena u emocionalnom jedenju, kognitivnoj restrikciji i nekontroliranom jedenju. Žene će biti sklonije neadaptivnim obrascima hranjenja.

3. METODA

3.1. Sudionici

U ovom istraživanju sudjelovalo je 162 sudionika, specifičnije 128 žena i 34 muškarca. Svi sudionici su bili studenti, različitih smjerova sa više hrvatskih sveučilišta

Sudionici istraživanja su se nalazili unutar raspona dobi od 18 do 45 godina. Prosječna dob iznosila je 22,85 ($M=22,85$, $SD= 4,28$). Prosječna dob muških ispitanika je 22,11 ($M=22,11$,

SD=2,13), dok je prosječna dob ispitanica bila 23,05 (M=23,05 SD=4,68). Na preddiplomskom studiju su 105 sudionika, na diplomskom je 45 sudionika, dok integrirani studij pohađa 12 sudionika.

3.2 Mjerni instrumenti

Sudionicima su prvo postavljena pitanja o sociodemografskim podacima te pitanja o vrsti, godini i smjeru studija. Postavljena su i pitanja o promjeni prebivališta zbog odlaska na studij te pitanja o visini i težini kako bi se mogao izmjeriti BMI (engl. Body mass index) i imaju li određenu vrstu prehrane kao vegetarijanac, vegan itd.

3.2.1. Trofaktorski upitnik obrasca hranjenja (TFEQ-R18) (Three Factor Eating Questionnaire, Karlsson i sur., 2000)

TFEQ-R18 je skraćena verzija upitnika koji se sastoji od 18 čestica. Razvijen je na temelju faktorske analize izvornog TFEQ-a s 51 česticom (Stunkard i Messick, 1985) na velikom uzorku pretilih ispitanika (Karlsson i sur., 2000), a također je empirijski utvrđeno da se može primjenjivati i na općoj populaciji (De Lauzon i sur., 2004). Upitnik se odnosi na trenutnu prehrambenu praksu i mjeri 3 različita aspekta ponašanja u prehrani: kognitivno suzdržavanje (svjesno ograničenje unosa hrane radi kontrole tjelesne težine ili radi promicanja gubitka tjelesne težine), nekontrolirano jedenje (sklonost jesti više nego inače zbog gubitka kontrole nad unosom praćenim subjektivnim osjećajem gladi) i emocionalne prehrane (nemogućnost odupiranja emocionalnim znacima). Skala emocionalnog jedenja sastoji se od tri tvrdnje ili čestice, npr. „Kada se osjećam tužno, često se prejedam“ i skalu kognitivnog suzdržavanja koja uključuje šest čestica, npr., „Namjerno uzimam male porcije hrane kako bih kontrolirao/la vlastitu težinu“. Treća skala mjeri nekontrolirano jedenje i sastoji se od 9 čestica, a jedna od čestica glasi „Ponekad kada krenem jesti, ne mogu prestati.“ Sve osim jedne čestice procjenjuju se na skali od četiri stupnja (od (1) u potpunosti točno do (4) u potpunosti netočno). Samo jedna čestica ima 8 stupnjeva, ali oni se kodiraju na način 1 i 2 kao 1, 3 i 4 kao 2, 5 i 6 kao 3 i 7 i 8 kao 4. Odgovori se zbrajaju posebno za svaku skalu. Rezultat svake skale se transformira da bude u rasponu od 0 do 100 na način da se prvo od dobivenog rezultata na skali oduzme najmanji mogući rezultat koji bi se mogao dobiti. Sljedeći korak je da se ta razlika podijeli sa mogućim rasponom skale, te se dobiveni količnik pomnoži sa 100 $(((\text{rezultat} - \text{minimalni rezultat}) / \text{maksimalni rezultat}) \times 100)$. Viši rezultati na odgovarajućim skalama ukazuju na veće kognitivno suzdržavanje, nekontrolirano jedenje ili emocionalno jedenje. Upitnik je preveden s engleskog jezika kako bi se mogao koristiti u svrhu ovog istraživanja. Koeficijent pouzdanosti

Cronbach alfa za skalu nekontroliranog jedenja iznosio je 0,85, za skalu kognitivnog suzdržavanja 0,82, a za skalu emocionalnog jedenja 0,84. U prethodnim istraživanjima (de Luzon i sur., 2004; Karlsson i sur., 2000) koeficijenti pouzdanosti za sve tri skale su bile u rasponu od 0,77 do 0,87, specifičnije de Luzon i suradnici (2004) navode koeficijente 0,84 za kognitivno suzdržavanje, 0,83 za nekontrolirano jedenje i 0,87 za emocionalno jedenje.

3.2.2. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS) (Lovibond i Lovibond, 1995; Reić Ercegovac i Penezić, 2012)

Skala je razvijena na uzorku koji se sastojao od odraslih ljudi i adolescenata. Kao što piše i u samom nazivu skale, konstruirana je tako da ispituje tri faktora, depresivnost, anksioznost i stres. Skala se sastoji od 42 čestice, odnosno svaki faktor se ispituje sa 14 čestica. Čestice se procjenjuju na skali od 4 stupnja, gdje 0 predstavlja „uopće se ne odnosi na mene“, a 3 „u potpunosti se odnosi na mene“. Neke od čestica subskale depresivnosti glase „Čini mi se da ne mogu osjetiti ništa pozitivno“ i „Ne mogu se u ništa uživjeti“. Skala anksioznosti sadrži tvrdnje kao „Teško gutam“ i „Osjećam se užasno“, dok su neke od čestica skale stresa „Pretjerano reagiram u nekim situacijama“ i „Lako se uznemirim“. Koeficijenti unutarnje pouzdanosti Cronbach alfa u ovom istraživanju iznosili su za depresivnost 0,94, a za skalu anksioznosti 0,86, u radu na hrvatskim studentima dobiveni su koeficijenti. Slične vrijednosti pouzdanosti su dobivene i u prijašnjem istraživanju na hrvatskim studentima (Mamić, 2016), konkretnije dobiven je koeficijent od 0,89 za skalu depresivnosti i 0,84 za skalu anksioznosti. Za potrebe ovog istraživanja primijenjene su samo subskale depresivnosti i anksioznosti.

3.3 Postupak

Ispitanici su popunjavali upitnik putem interneta. Anketa je formirana putem internetske aplikacije Google Forms. On-line anketa je potom bila objavljena u raznim Facebook grupama čiji su članovi većinom studenti. Prije početka ispunjavanja sudionicima je ukratko objašnjena svrha upitnika, osigurana im je anonimnost te im je potvrđeno da je ispunjavanje upitnika neobavezno te da mogu odustati u bilo kojem trenutku tokom ispunjavanja.

4. REZULTATI

Prije same obrade podataka u svrhu odgovora na probleme, provedene su analize kako bi se ustanovila normalnost distribucije i ustanovilo mogu li se podatci obrađivati parametrijskim postupcima.

Tablica 1. Prikaz rezultata Kolmogorov – Smirnov (K-S) testa koji ispituje normalitet distribucije, indeksa asimetričnosti i indeksa spljoštenosti na dimenzijama kognitivnog suzdržavanja, nekontroliranog jedenja i emocionalnog jedenja te na subskalama depresivnosti i anksioznosti.

Varijable	Kolmogorov -Smirnovljev test	p	Indeks asimetričnosti	Indeks spljoštenosti
Kognitivno suzdržavanje	0,09	0.20	0,08	-0,64
Nekontrolirano jedenje	0,11	0.05*	0,29	-0,43
Emocionalno jedenje	0.17	0.01*	0,77	-0,32
Depresivnost	0.21	0.01*	1,86	1,26
Anksioznost	0.17	0.01*	1,33	3,33

* $p < 0.05$

Rezultati Kolmogorov – Smirnov testa pokazuju da su distribucije dimenzija depresivnosti, anksioznosti i emocionalnog jedenja pozitivno asimetrične. Pozitivna asimetričnost ukazuje na to da se rezultati više grupiraju prema nižim vrijednostima navedenih skala. Kao provjera normalnosti distribucije dodatno su izračunati indeksi asimetričnosti i spljoštenosti koji su zadovoljavajući. Naime, Kline (2011) navodi da distribucija odstupa od normalne ako indeks asimetričnosti iznosi više od 3, a indeks spljoštenosti više od 8. Indeksi niti jedne dimenzije nisu prelazile navedene vrijednosti, što se može vidjeti i iz tablica (Tablica 1. i 2.) stoga će se daljnja obrada podataka vršiti parametrijskim analizama. Shodno tome biti će prikazani deskriptivni parametri za varijable anksioznosti, depresivnosti, kognitivnog suzdržavanja, nekontroliranog jedenja i emocionalnog jedenja

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih parametara, aritmetičke sredine (M), standardne devijacije (Sd) i raspona za varijable kognitivnog suzdržavanja, nekontroliranog jedenja i emocionalnog jedenja te depresivnosti i anksioznosti.

Varijable	M (N=34)		Ž(N=128)		Utvrđeni Raspon	Teorijski raspon
	M	Sd	M	Sd		
Kognitivno suzdržavanje	43,79	20,55	41,66	23,80	0-100	0-100
Nekontrolirano jedenje	39,10	17,52	41,96	21,23	0-93	0-100
Emocionalno jedenje	23,53	19,10	30,73	28,11	0-100	0-100
Depresivnost	6,41	8,89	6,94	8,01	0-39	0-56
Anksioznost	7,55	5,85	8,07	7,13	0-30	0-56

Prosječne vrijednosti dobivene za kognitivno suzdržavanje i nekontrolirano jedenje su malo više od onih dobivenih u istraživanju de Luzon i sur. (2004), ali vrijednosti emocionalnog jedenja kod ispitanica su bile niže od vrijednosti dobivenih kod de Luzon i sur (2004) dok su kod ispitanika bile slične. Lovibond i Lovibond (1995) navode okvire pri kojima se može smatrati da osobe imaju blagi umjereni ili ozbiljni problem s depresijom i anksioznosti. Naime, kada rezultati na skali depresivnosti prelaze broj od 9 može se smatrati da je došlo do blage depresije. Iščitavajući prosječne vrijednosti za depresivnost možemo ustanoviti da uzorak nije klinički. Nadalje, postojanje blage anksioznosti smatra se ako rezultati na skali anksioznosti prelaze 8. Dobivene prosječne vrijednosti depresivnosti i anksioznosti su malo povišene u odnosu na vrijednosti dobivene u istraživanju od Jovanović, Žuljević i Brdarić (2011), ali su niže od vrijednosti dobivenih na turskim studentima (Bayram i Bilgel, 2008).

Sljedećom analizom, odnosno izračunom Pearsonovih koeficijenata korelacije provjeravao se prvi istraživački problem.

Tablica 3. Prikaz Pearsonovih koeficijenata korelacije između depresivnosti i anksioznosti sa dimenzijama kognitivnog obuzdavanja, nekontrolirano jedenje i emocionalno jedenje. (N=162)

Varijable	Kognitivno obuzdavanje	Nekontrolirano jedenje	Emocionalno jedenje
Depresivnost	0,04	0,15	0,30*
Anksioznost	-0,00	0,12	0,25*

* $p < 0,05$

Utvrđena je statistički značajna niska pozitivna povezanost između depresivnosti i emocionalnog jedenja, no nije ustanovljena statistički značajna povezanost između depresivnosti i kognitivnog obuzdavanja i nekontroliranog jedenja. Što se tiče anksioznosti, povezanost nije ustanovljena između anksioznosti i kognitivnog obuzdavanja i nekontroliranog jedenja, no ustanovljena je statistički značajna niska povezanost anksioznosti i emocionalnog jedenja što je vidljivo i u tablici (Tablica 3.).

Sljedećim analizama provjeravao se drugi istraživački problem.

Tablica 4. Prikaz rezultata t-testa provedenog kako bise ustanovilo postoji li značajna razlika između muškaraca i žena u konzumaciji hrane, odnosno u kognitivnom suzdržavanju, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju (N=162).

	M (N=34)		Ž(N=128)		t	Df	Levene	p-Levene
	M	Sd	M	Sd				
Kognitivno suzdržavanje	43,79	20,55	41,67	23,79	-0,47	160	0,93	0,34
Nekontrolirano jedenje	39,10	17,52	41,95	21,23	0,71	160	3,26	0,07
Emocionalno jedenje	23,53	19,10	30,73	28,11	-	-	10,63*	0,00

*p<0,05

Zbog statističke značajnosti Levenovog testa za emocionalno jedenje, proveden je i Welchov test.

Tablica 5. Prikaz rezultata Welchovog testa provedenog kako bi se ustanovilo postoji li razlika u emocionalnom jedenju između muškaraca i žena. (N=162)

	M (N=34)		Ž(N=128)		Welchov test
	M	Sd	M	Sd	
Kognitivno suzdržavanje	43,79	20,55	41,67	23,79	-0,51
Nekontrolirano jedenje	39,10	17,52	41,95	21,23	0,80
Emocionalno jedenje	23,53	19,10	30,73	28,11	1,75

*p<0,05

Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u konzumiranju hrane, specifičnije u kognitivnom suzdržavanju, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju što se može vidjeti i u tablici (Tablica 4 i 5).

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos anksioznosti i depresivnosti s obrascima prehrane koji su definirani kroz tri faktora: kognitivna restrikcija, nekontrolirano jedenje i emocionalno jedenje. Također jedan od problema bio je ustanoviti postoji li razlika između muškaraca i žena u kognitivnoj restrikciji unosa hrane, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju.

Obradom podataka utvrđeno je kako postoji povezanost depresivnosti sa emocionalnim jedenjem, no nije ustanovljena povezanost depresivnosti s kognitivnom restrikcijom i nekontroliranim jedenjem. Očekivano je kako će biti utvrđena povezanost depresije sa sve tri navedene vrste konzumacije hrane (Frost, Goolkasian, Ely i Blachard, 1982; Keränen, Rasinaho, Hakko, Savolainen i Linerman, 2010), no to se nije u potpunosti takvim pokazalo. Povezanost depresivnosti i emocionalnog jedenja u svojim istraživanjima dobili su i Ouwens, van Strien i Leeuwe (2009), Konttinen, Männistö, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen, i Haukkala (2010) i Clum, Johnson i Webber (2013). Ouwens i sur. (2009) objašnjavaju dobivenu povezanost pozivajući se na teoriju regulacije/izbjegavanja afekta koja nalaže da emocionalno jedenje smanjuje svijest od neugodnom osjećaju blokadom ili disocijacijom ili smanjuje svijest o neugodnom osjećaju. Nekoliko provedenih istraživanja općenito su otkrila da su depresivni simptomi povezani s manje zdravom prehranom. Rezultati istraživanja su otkrili da je prisutnost većih razina afektivnih / depresivnih simptoma povezana s manjom vjerojatnošću da se osobe pridržavaju prehrambenih preporuka (Sarlio-Lähteenkorva, Lahelma i Roos, 2004) i da dolazi do smanjene konzumacije zdravijih namirnica poput morskih plodova (Tanskanen i sur., 2001). Osim toga, kod žena su veći psihički problemi povezani s konzumiranjem manje voća i povrća (Cohen, Kristal, Neumark-Sztain, Rock, i Neuhaus, 2002) te je više depresivnih simptoma povezano s konzumiranjem više slatke hrane i manje nemasne i nisko energetske hrane (Jeffery i sur., 2009). Konttinen i suradnici (2010) su pretpostavili da je jedan od mogućih uzroka konzumaciji nezdrave hrane u prisutnosti depresivnih simptoma baš emocionalno jedenje, te su čak i ustanovili povezanost emocionalnog jedenja i povećanog unosa slatke visokokalorične hrane. Kao što je već navedeno, emocionalno jedenje podrazumijeva tendenciju unosa hrane kao odgovor na negativne emocije. Prema psihosomatskoj teoriji, emocionalno jedenje je posljedica nemogućnosti razlikovanja fiziološkog osjećaja gladi od ostalih averzivnih unutarnjih stanja ili upotreba hrane za smanjenje negativnih emocionalnih afekta, do koje vjerojatno dolazi zbog ranog krivog učenja, odnosno averzivna unutarnja stanja se interpretiraju kao glad koja će prestati unosom hrane. Osim povezanosti depresivnosti sa emocionalnim jedenjem, očekivala se i povezanost depresivnosti sa kognitivnom restrikcijom no ta povezanost

nije statistički značajna. Kognitivna restrikcija odnosno suzdržavanje odnosi na tendenciju da osoba stalno i svjesno ograničava vlastiti unos hrane umjesto korištenja fizioloških znakova, gladi i sitosti, kao regulatora unosa hrane. Međutim, važno je naglasiti kako suzdržana prehrana nije isto što i dijeta. Naime, osobe koje se suzdržavaju konzumiraju manje hrane nego što bi željeli jesti - ali ne nužno i manje nego što im je potrebno za održavanje energetske ravnoteže (Angle i sur., 2009). Osobe koje se suzdržavaju uglavnom se oslanjaju na kognitivne procese kako bi održale kontrolu nad unosom hrane no, već je dokazano da depresija ima utjecaja na sposobnost samokontrole kod pojedinca, odnosno da je smanjuje (Rehm, 1977). Zbog toga se mogla očekivati negativna povezanost depresivnosti i kognitivnog suzdržavanja. Moguć razlog zašto povezanost nije dobivena je što ovo nije bio klinički uzorak, rezultati ispitanika na skali depresivnosti pokazuju da depresivnost nije bila toliko razvijena da bi djelovala na kontrolu, odnosno ispitanici ne boluju od ozbiljnog depresivnog poremećaja, te prisutni simptomi depresivnosti nemaju utjecaja na njihovu samokontrolu, pa samim time ni na kognitivnu restrikciju hrane. Ovo objašnjenje može služiti i pri tumačenju nepostojanja povezanosti depresivnosti i nekontroliranog jedenja. Očekivano je da će depresivnost biti pozitivno povezana sa nekontroliranim jedenjem, odnosno što je depresivnost veća da će biti i češća pojava nekontroliranog jedenja, što nije u ovom istraživanju dobiveno i nije u skladu s istraživanjem Keränen, Rasinaho, Hakko, Savolainen i Linerman (2010). Budući da je dobivena povezanost depresije i emocionalnog jedenja, ali ne i nekontroliranog jedenja i kognitivnog suzdržavanja moguće je da se emocionalno jedenje pojavljuje i kod ne depresivnih osoba, odnosno emocionalno jedenje se može pojavljivati i u ne kliničkoj populaciji koja nema problema sa depresijom. Budući da je nekontrolirano jedenje sklonost povećanom unosu hrane zbog gubitka kontrole moguće da kod njega dolazi i pri jakim emocionalnim stanjima, no iako je utvrđena povezanost depresivnosti i emocionalnog jedenja, povezanost nekontroliranog jedenja s depresivnosti je neznčajna. Možda do pojave povezanosti nekontroliranog jedenja i smanjene kognitivne suzdržanosti dolazi samo kada su simptomi depresije i sam poremećaj znatno ozbiljniji nego što je bio slučaj u ovom uzorku.

Dobivena je značajna povezanost anksioznosti s emocionalnim jedenjem što je u skladu s istraživanjima (Goossens, Braet, Van Vlierberghe i Mels, 2009), ali povezanost anksioznosti s kognitivnim suzdržavanjem i nekontroliranim jedenjem nije bila značajna. Kao što smo već ustanovili emocionalno jedenje predstavlja sklonost jedenju kao odgovoru na negativne emocije. Budući da anksioznost, kao i depresivnost, sa sobom donosi niz simptoma koji dovode do toga da osoba bude u negativnom afektivnom stanju povezanost anksioznosti i

emocionalnog jedenja je potpuno očekivana. Ifland i sur. (2009) navode da su osobe izvještavale kako često jedu kada se osjećaju tjeskobno. Goossens, Braet, Van Vlierberghe i Mels (2009) pretpostavljaju da je kod anksioznih mladih emocionalno jedenje sredstvo suočavanja s hiperpobudenošću, dok kod depresivnih mladih emocionalno jedenje može biti način za stjecanje više pozitivnih emocija. Dakle, anksioznost i depresija se trebaju smatrati dvama različitim emocionalnim stanjima, pri čemu svaki ima svoj doprinos u neadaptivnoj prehrani. Hsu (1990) navodi kako su ispitanici izjavljivali o smanjenom osjećaju anksioznosti tijekom odvijanja epizode nekontroliranog jedenja, no u ovom radu nije ustanovljena povezanost anksioznosti i nekontroliranog jedenja. Nekontrolirano jedenje se definira kao prejedanje s osjećajem gubitka kontrole, taj osjećaj gubitka kontrole može povećavati anksioznost koju osoba osjeća, te stvoriti još veću potrebu za jedenjem i prejedanjem (Davenport, Houston i Griffiths, 2011). Zbog ponašanja koje aktivno smanjuje osjećaje anksioznosti, teoretičari ponašanja predlažu da se pojedinci potencijalno uvjetuju da češće ponavljaju ponašanje jer su svjesni da će se tjeskoba smanjiti. Takvo ponavljanje može uzrokovati da ponašanje postane u središtu njihove anksioznosti, što može stvarati dodatne osjećaje tjeskobe kada im hrana nije trenutno dostupna (Marlatt, Baer, Donovan i Kivlahan, 1988). U ovom istraživanju odnos između anksioznosti i nekontroliranog jedenja nije ustanovljen što nije u skladu s očekivanjima ni prijašnjim istraživanjima. Postignute niske vrijednosti na skali anksioznosti su moguć razlog neznačajnosti ovog odnosa. Budući da ispitanici nisu općenito skloni anksioznosti, no možda u slučajevima kada se osjećaju tjeskobno koriste hranu kao umirujuće sredstvo, ali je ne konzumiraju u neograničenim količinama i ne dolazi do epizode prejedanja. Drugo moguće objašnjenje je da se koriste nekim drugim ponašanjem kako bi smanjili osjećaje tjeskobe, kao što je npr. kompulzivno kupovanje (Davenport, Houston i Griffiths, 2011). Nadalje, očekivana je povezanost anksioznosti i kognitivne restrikcije zbog mogućih efekta koje bi anksioznost mogla imati na uspješnost kognitivne restrikcije kod pojedinca no to nije potvrđeno statističkom obradom. Mnogi istraživači došli su do istih rezultata (Goldfield i Legg, 2006; Haynes, Lee, i Yeomens, 2003). No, ranije se uvijek smatralo kako anksioznost dovodi do razvitka hiperfagije, no kasnija istraživanja su dokazala kako nije uvijek tako. Pojedinci koji se kognitivno ne suzdržavaju ili samo malo mogu se zaštititi od hiperfagije izazvane anksioznošću zbog toga što oni u situacijama visoke anksioznosti jedu manje (Goldfield i Legg, 2006). Razlog manjoj konzumaciji hrane je što im hrana gubi vrijednost nagrade pri takvim situacijama. Stoga oni mogu biti skloni gubitku težine pri razvitku anksioznosti. To nije slučaj kod osoba koje se kognitivno suzdržavaju, kod njih često dolazi do porasta unosa hrane pri anksioznim

epizodama, odnosno pri bilo kojim jakim emocionalnim stanjima (Canetti, Bachar i Berry, 2002). Razlog zašto nije dobivena povezanost anksioznosti i kognitivnog suzdržavanja možda leži u tome da su u uzorku bili visoko i nisko suzdržavajući pojedinci te zbog toga se taj efekt poništio budući da djeluju u potpunosti drukčije na unos hrane u anksioznim stanjima. Budući da je u ovom istraživanju dobivena značajna povezanost i depresivnosti i anksioznosti samo sa emocionalnim jedenjem treba obratiti pozornost i na sam sadržaj čestica emocionalnog jedenja u upitniku. Naime, čestice kao „Kada se osjećam anksiozno (nelagodno, napeto), jedem“ mogu navoditi sudionika da potvrdi takvo ponašanje što je moglo utjecati na dobivenu povezanost.

Kako bi se odgovorilo na drugi problem proveden je t-test na nezavisnim uzorcima. Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u kognitivnom suzdržavanju, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju. Dobiveni rezultati nisu u skladu s pretpostavkom da će se žene češće upuštati neadekvatna prehrabena ponašanja. Nguyen-Rodriguez, Unger i Sprujit – Metz (2009) također nisu dobili razlike između muškaraca i žena u emocionalnom jedenju. Jedenje kako bi se smanjila emocionalna neugodnost uglavnom se pripisivala ženama, no muškarci također koriste hranu kao utjehu u prisutnosti negativnih emocija. Razlog generalnom mišljenju da je emocionalno jedenje češće kod žena je taj što će žene prije priznati emocionalno jedenje. Međutim, manje je vjerojatno da će muškarci ili uspostaviti vezu između prehrane i emocija ili prijaviti da jedu kao rezultat emocionalnih iskustava (Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch i Brownell, 1997). Razlog tome je što se žene još i od djetinjstva ohrabruje i motivira da izraze i identificiraju svoje emocije, što nije slučaj kod i dječaka. Što se tiče kognitivnog suzdržavanja, uglavnom se smatra kako je restrikcija češća kod žena zbog toga što žene kada žele izgubiti višak kilograma češće mijenjaju svoje prehrabene navike, dok muškarci češće počinju vježbati. Kako je u današnje vrijeme poprilično proširena svijest o tome da kako bi se skinuo višak kilograma nužna je promjena nezdravih prehrabnih navika i uvođenje redovite tjelovježbe što je moguće objašnjenje ne postojanja razlika između muškaraca i žena u kognitivnoj restrikciji. Nadalje nije ustanovljena statistički značajna razlika između spolova u nekontroliranom jedenju što je u skladu s istraživanjima (Presnell, Pells, Stout, i Musante, 2008; Mazzeo, Saunders, i Mitchell, 2006; Striegel-Moore i Franko, 2003). Iako nema razlika u samom nekontroliranom jedenju, postoje razlike među muškarcima i ženama u učestalosti nekontroliranog jedenja i distimije nakon epizode prejedanja što je češće kod žena, no kod muškaraca je dodatni psihopatološki poremećaj prisutan iskustava (Tanofsky i sur. , 1997).

Nadalje, treba i obratiti pozornost na neke od nedostataka ovog istraživanja i buduće smjernice. Zbog toga što su podaci prikupljeni upitnicima uvijek postoji mogućnost da su ispitanici davali socijalno poželjne odgovore. Budući da se upitnici baziraju na retrospekciji i samoizvještaju, pri budućim ispitivanjima bi se mogla koristiti i objektivnija mjera unosa hrane kao što je dnevnik. Također bilo bi poželjno da se koristio veći uzorak, te da je broj ispitanika bio jednak po spolu.

Pri sljedećim istraživanjima trebalo bi obratiti pozornost i na to kako pozitivne emocije utječu na prehrambeno ponašanje budući da takvih istraživanja ima manje. Mogla bi se proučavati i nutritivna vrijednost namirnica koje se konzumiraju u emocionalnim stanjima, kako Konttinen i suradnici (2010) navode da se tijekom emocionalnog jedenja i muškarci i žene više konzumiraju slatke visoko kalorične namirnice.

6. ZAKLJUČCI

- 1.) Utvrđena je statistički značajna povezanost između depresivnosti i anksioznosti i emocionalnog jedenja, no nije ustanovljena povezanost depresivnosti i anksioznosti s kognitivnim suzdržavanjem i nekontroliranim jedenjem.
- 2.) Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u kognitivnom suzdržavanju pri unosu hrane, nekontroliranom jedenju i emocionalnom jedenju.

7. LITERATURA

- Allison, D.B., i Heshka, S., (1993). Emotion and eating in obesity? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 289 – 295.
- Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M.-T., Lindfors, P., Lehtinen, M., Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 41-48.
- Baucom, D.H. i Aiken, P.A., (1981). Effect of depressed mood on eating among nonobese dieting and nondieting persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 577-585.
- Bayram, N. i Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety, and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672.
- Beck, A.T., Laude, R. i Bohnert, M. (1974). Ideational Components of Anxiety Neurosis. *Archives of general psychiatry*, 31, 319-325.

- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 2, 324 - 356.
- Boskind-Lodahl, M., Sirlin, J., (1977). The gorging-purging syndrome. *Psychology Today*, 3, 50-52.
- Canetti, L., Bachar, E., i Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157–164
- Clark, D.A i Beck, A.T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418 – 424.
- Clark, L. A., i Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336.
- Clark, L. A., Watson, D., i Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103–116.
- Clum, G. A., Rice, J. C., Broussard, M., Johnson, C. C., i Webber, L. S. (2013). Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 577–586.
- Compton, A. (1972). *A Study of the Psychoanalytic Theory of Anxiety. I. The Development of Freud's Theory of Anxiety*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20(1), 3–44.
- Cools, J., Schotte, D.E., i McNally, R.J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 348-351.
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., i Zinbarg, R. E. (2011). What Is an Anxiety Disorder?, *FOCUS*, 9(3), 369–388.
- Davenport, K., Houston, J. E. i Griffiths, M. D. (2011). Excessive Eating and Compulsive Buying Behaviours in Women: An Empirical Pilot Study Examining Reward Sensitivity, Anxiety, Impulsivity, Self-Esteem and Social Desirability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(4), 474–489.
- Davidson, G.C. i Neale, J.M (1999). *Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- de Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V., Lafay, L., Borys, J. M., i Karlsson, J. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *The Journal of Nutrition*, 134, 2372–2380.
- De Lauzon-Guillain, B., Romon, M., Musher-Eizenman, D., Heude, B., Basdevant, A., i Charles, M. A. (2009). Cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating: correlations between parent and adolescent. *Maternal & Child Nutrition*, 5(2), 171–178.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T.-A., Noll, S. M., Quinn, D. M. i Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 269–284.

- Frost, R. O., Goolkasian, G. A., Ely, R. J., i Blanchard, F. A. (1982). Depression, restraint and eating behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 20(2), 113–121.
- Ganley, R.M. (1989). Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.
- Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., i Garner, D.M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.
- Goldfield, G. S., i Legg, C. (2006). Dietary restraint, anxiety, and the relative reinforcing value of snack food in non-obese women. *Eating Behaviors*, 7(4), 323–332.
- Golubić, V. (2001). Automatske misli pri učenju, uspješnost studiranja i lokus kontrole. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., i Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: The role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68–78.
- Gregurek, R. (2004). Psihoterapija depresija. *Medicus*, 1(13), 95-100.
- Haynes, C., Lee, M. D. i Yeomans, M. R. (2003). Interactive effects of stress, dietary restraint, and disinhibition on appetite. *Eating Behaviors*, 4(4), 369– 383.
- Heaven, P. C. L., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 161–166.
- Herman, C. P., i Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43(4), 647–660.
- Hsu, L. K. G. (1990). Experiential aspects of bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 14, 50–65.
- Ifland, J. R., Preuss, H. G., Marcus, M. T., Rourke, K. M., Taylor, W. C., Burau, K., Jacobs, W.S., Kadish, W., i Manso, G. (2009). Refined food addiction: A classic substance use disorder. *Medical Hypotheses*, 72, 518–526.
- Jeffery, R. W., Linde, J. A., Simon, G. E., Ludman, E. J., Rohde, P., Ichikawa, L. E., i Finch, E. A. (2009). Reported food choices in older women in relation to body mass index and depressive symptoms. *Appetite*, 52(1), 238–240.
- Jovanović, V., Žuljavič, D. i Brdarić, D. (2011). Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (dass-21) - struktura negativnog afekta kod adolescenata. *Engrami*, 2(33), 19-28.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjostrom, L., i Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity*, 24, 1715–1725.
- Kaplan, H.I. i Kaplan, H.S., (1957). The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125 (2), 181-201.

- Keränen, A.-M., Rasinaho, E., Hakko, H., Savolainen, M., i Lindeman, S. (2010). Eating behavior in obese and overweight persons with and without anhedonia. *Appetite*, 55(3), 726–729.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling, Third edition*. New York: The Guilford Press.
- Kocijan Hercigonja, D. i Hercigonja Novković, V. (2004). Depresija kod djece. *Medicus*, 13 (1), 89-93
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., i Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479.
- Lader M. (2015) Generalized Anxiety Disorder. U Stolerman I.P., Price L.H. (ur.) *Encyclopedia of Psychopharmacology*. (str. 697-713). Springer, Berlin, Heidelberg
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M. Gagnon, F. i Thibodeau, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30(2), 191–207.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., i Engels, R. C. M. E. (2006). Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 237–243.
- Lovibond, S. H. i Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales, Second Edition*. Sydney: Psychology Foundation
- Lowe, M.R. i Fisher, E.B., (1983). Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: a naturalistic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 135-149.
- Lyman, B., (1982). The nutritional values and food group characteristics of food preferred during various emotions. *Journal of Psychology*, 112, 121-127.
- Macht, M., (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M. i Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71.
- Mamić, S. (2016). *Neki korelati anksioznosti i depresivnosti kod studenata* (Diplomski rad). Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:085019>
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., i Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviours: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223–252.
- Mazzeo, S. E., Saunders, R., i Mitchell, K. S. (2006). Gender and binge eating among bariatric surgery candidates. *Eating Behaviors*, 7(1), 47–52.
- McKenna, R.J., (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating behavior of obese and normal subjects: a comparison of the Schachterian and psychosomatic conceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 311-319.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496–505.

- Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B., i Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological Determinants of Emotional Eating in Adolescence. *Eating Disorders*, 17(3), 211–224.
- Patel, K.A., i Schlundt, D.G. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36, 111-118.
- Presnell, K., Pells, J., Stout, A., i Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviors*, 9(2), 170–180.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787–804.
- Reznick, H. i Balch, P., (1977). The effects of anxiety and response cost manipulations on the eating behavior of obese and normal weight subjects. *Addictive Behaviors*, 2, 219- 225.
- Schachter, S., (1971). Some extraordinary facts about obese humans and rats. *American Psychologist*, 26, 129-144.
- Schachter, S., Goldman, R., i Gordon, A., (1968). Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 90-97.
- Schotte, D. E., Cools, J., i McNally, R. J. (1990). *Film-induced negative affect triggers overeating in restrained eaters. Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 317–320.
- Striegel-Moore, R. H., i Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 19–29.
- Stunkard, A. J., i Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71–83.
- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., i Brownell, K. D. (1997). *Comparison of men and women with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 49–54.
- Tanskanen, A, Hibbeln, J. R., Tuomilehto, J., Uutela, A., Haukkala, A., Viinamaki, H., Lehtonen, J i Vartiainen, E. (2001). Fish consumption and depressive symptoms in the general population in Finland. *Psychiatric Services*, 52, 529–531.
- Van Strien, T., Schippers, G. M., & Cox, W. M. (1995). On the relationship between emotional and external eating behavior. *Addictive Behaviors*, 20(5), 585–594.
- Vulić-Prtorić, A. (2012). Depresivnost. U Jokić-Begić, N (ur.), *Psihosocijalne potrebe studenata* (str. 107-128). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
- Wisner, K.L., Parry, B.L. i Piontek C.M. (2002). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194-199.