Povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama

Bulog, Sanja

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:481451

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek

zir.nsk.hr

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Diplomski studij psihologije

Sanja Bulog

POVEZANOST ODSTUPAJUĆIH NAVIKA HRANJENJA, PERCEPCIJE RODITELJA I TJELESNOG SRAMA

Diplomski rad

Mentorica: Izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2016.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Diplomski studij psihologije

Sanja Bulog

POVEZANOST ODSTUPAJUĆIH NAVIKA HRANJENJA, PERCEPCIJE RODITELJA I TJELESNOG SRAMA

Diplomski rad

Znanstveno područje: Društvene znanosti

Znanstveno polje: Psihologija

Grana: Zdravstvena i klinička psihologija

Mentorica: Izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2016.

Sadržaj

1.1. Poremećaji hranjenja 1
1.1.1. Anoreksija nervoza 2
1.1.2. Bulimija nervoza 6
1.2. Percepcija roditelja 10
1.3. Tjelesni sram 13
2. Cilj, problem istraživanja i hipoteze 14
3. Metoda 15
3.1. Sudionici 15
3.2. Instrumenti 15
3.3. Postupak 16
4. Rezultati 17
4.1.Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka 17
4.2.Deskriptivna analiza 18
4.3.Povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama 20
4.4.Doprinos tjelesnog srama i percepcije roditelja odstupajućim navikama hranjenja 21
5. Rasprava 23
7. Implikacije i smjernice za buduća istraživanja 28
8. Zaključak 29
Literatura 30

Naslov: Povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama

Sažetak: Cilj je istraživanja bio ispitati povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama te provjeriti mogućnost predviđanja odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama. U istraživanju su sudjelovale 322 sudionice s područja Republike Hrvatske. Rezultati ukazuju na značajnu povezanost tjelesnog srama s percepcijom majke i odstupajućim obrascima hranjenja. Nije utvrđena povezanost odstupajućih obrazaca hranjenja s percepcijom roditelja. Multiplom regresijskom analizom te uključivanjem dodatnih varijabli obuhvaćenim istraživanjem utvrđeno je da su tjelesni sram i posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine značajni pozitivni prediktori odstupajućih obrazaca hranjenja. Istraživanjem je stavljen fokus na problematiku nedovoljne istraženosti tjelesnog srama te njegove povezanosti s obiteljskom dinamikom i odstupajućim obrascima hranjenja. Također, naglašena je važnost prevencije odstupajućih obrazaca hranjenja kao oblika zdravstveno rizičnog ponašanja.

Ključne riječi: odstupajući obrasci hranjenja, percepcija roditelja, tjelesni sram

Title: Relationship between disordered eating habits, parent perception and bodily shame

Abstract: The aim of this study was to examine the relationship between disordered eating habits, perceptions of parents and bodily shame and to examine the ability to predict disordered eating habits based on the perceptions of parents and bodily shame. The study included 322 participants from Croatia. The results indicate a significant correlation between bodily shame, perception of mother and disordered eating patterns. There was no correlation between disordered eating habits and the parents' perception. Multiple regression analysis and the inclusion of additional variables included in research revealed that body shame and dedication to diet to maintain body weight were significant positive predictors of disordered eating habits. The research placed the importance on the issue of insufficient research on bodily shame and its connection with the family dynamics and disordered eating patterns. In addition, it stressed the importance of preventing disordered eating patterns as a form of health risk behavior.

Key words: disordered eating habits, parent perception, bodily shame

1. Uvod

1.1. Poremećaji hranjenja

Poremećaje hranjenja obilježava pretjerana zabrinutost i usmjerenost pojedinca na kontrolu oblika i težine tijela, a popraćena je neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane (Hsu, 1990, prema Pokrajac – Bulian, 2000). Za dijagnozu poremećaja u prehrani koriste se Međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (Svjetska zdravstvena organizacija, 2008) te Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (Američka psihijatrijska udruga, 2013) **.**

Prema najnovijoj klasifikaciji Američke psihijatrijske udruge (DSM-V), tri su osnovna i najčešća oblika poremećaja hranjenja: anoreksija, bulimija i kompulzivno prejedanje (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Ono što je zajedničko svim poremećajima hranjenja jest isprepletenost stavova o tjelesnoj težini i kontroli hranjenja sa širim osobnim problemima kao što su nisko samopoštovanje i loša emocionalna kontrola (Palmer, 2003). Poremećaji u prehrani spadaju u skupinu ozbiljnih poremećaja koji imaju negativan utjecaj na psihološku i fiziološku dobrobit oboljele osobe. Stopa je smrtnosti povezana s poremećajima u prehrani visoka pa tako od svih psihijatrijskih poremećaja, anoreksija ima najvišu stopu smrtnosti. Pokušaji suicida također su česti. U istraživanju koje su proveli Damstedt i suradnici (2006), čak je 40 posto adolescentica imalo suicidalne tendencije (Welch i sur., 2015). Poremećaji u prehrani najčešće se pojave u dobi između 15 i 35 godina. Za bulimiju, prosječna dob pojavljivanja bolesti je između 15 i 18 godina, dok za anoreksiju prosječna dob iznosi 15 godina. Generalno se smatra da poremećaji u prehrani, kao i ostali psihički poremećaji, imaju podlogu u kombinaciji faktora, uključujući biološke, psihološke te socijalne, odnosno okolinske faktore. Njihova je učestalost oko deset puta veća kod žena nego kod muškaraca (Vidović, 1999). Novija istraživanja koja su rađena i na muškoj populaciji pokazuju kako se poremećaji hranjenja kod žena javljaju nešto ranije, dok kod muškaraca nastupaju u kasnijoj dobi. Ujedno, muškarci češće koriste kompenzatorne oblike ponašanja kao što su prejedanje, samoinducirano povraćanje te prekomjerno vježbanje. U istraživanju Furnham, Badmin i Sneade (2002) dobiveni rezultati također upućuju na spolnu razliku, odnosno muški ispitanici vježbaju kako bi bili mišićaviji jer žele biti teži, dok većina adolescentica svoju idealnu težinu percipira manjom od trenutne. U nastavku će biti prikazani dva najčešće spominjana poremećaja u prehrani, a to su anoreksija i bulimija.

1.1.1. Anoreksija nervoza

Riječ anoreksija dolazi iz starogrčkog jezika (an-bez, orexis-apetit; bez apetita). Predstavlja psihički poremećaj u kojem osoba pati zbog percepcije da ima prekomjernu tjelesnu težinu te se podvrgava strogom načinu prehrane s ciljem gubitka tjelesne težine (Marčinko, 2013). Najčešće se pojavljuje kratko nakon puberteta ili u kasnoj adolescenciji, ali ponekad se javlja i u dobi između osme i četrnaeste godine (Anton i Knežević, 1996).

U nastavku će biti opisani dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi. Prvi i najuočljiviji kriterij jest ograničenje unosa energije u odnosu na zahtjeve, što dovodi do značajno niske tjelesne težine s obzirom na dob, spol, fazu razvoja i tjelesno zdravlje. Kod osobe prevladavaju značajan strah od porasta tjelesne težine ili pretilosti i ustrajni postupci kojima se otežava povećanje tjelesne težine, čak i uz značajno nisku tjelesnu težinu. Također, osoba ima smetnje u načinu doživljavanja vlastite tjelesne težine ili oblika tijela, neosnovan utjecaj tjelesne težine na samovrednovanje ili trajno ne može shvatiti ozbiljnost niske tjelesne težine. Dva su oblika anoreksije nervoze. Prvi je restriktivni tip koji se manifestira odsustvom ponavljajućih epizoda prejedanja ili pražnjenja unazad tri mjeseca. Dakle, restriktivni tip anoreksije podrazumijeva gubitak tjelesne težine koji nastaje primarno pomoću dijete, posta i pretjeranog vježbanja. Drugi se tip anoreksije naziva prejedajući/purgativni tip, a manifestira se ponavljajućim epizodama prejedanja ili pražnjenja, poput samoizazvanog povraćanja ili zloupotrebe laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje. U usporedbi s pojedincima s restriktivnim tipom, osobe s prejedajućim/purgativnim tipom su impulzivnije te češće zloupotrebljavaju alkohol i droge. Kod osoba s dijabetesom melitusom manifestira se i povremenim propuštanjem terapije inzulinom u svrhu usporavanja metabolizma ugljikohidrata (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Prejedajući/ purgativni oblik smatra se opasnijim od restriktivnog oblika (Whitetaker i sur., 1989).

Najraniji medicinski izvještaji o anoreksiji pripisuju se Richardu Mortonu, a sežu u davnu 1689. godinu. Morton je ovo stanje nazvao nervoznim konzumiranjem, od čega i dolazi atribut *nervosa*. Njegovi su opisi *kostura prekrivenih kožom* vrlo dramatičan prikaz onoga s čime se i danas susrećemo. Medicinska literatura 18. i 19. stoljeća također sadrži opise samoizgladnjivanja do razine ekstremne mršavosti (Bruch, 1975). Važno je napomenuti da anoreksija nije, kako se često misli, bolest srednje klase, nego ona prelazi sve kulturalne i društvene granice. Od svih mentalnih bolesti, upravo anoreksija ima najvišu stopu smrtnosti (Treasure i Alexander, 2013; prema Burton, 2014). Psihoanalitička proučavanja poremećaja hranjenja teoretski su se temeljila na Freudovoj pretpostavci da je oštećenje u instinktu za

hranom povezano s nesposobnosti organizma za postizanjem seksualnog uzbuđenja. Takvo je pristrano naglašavanje oralne komponente, uz zanemarivanje ostalih važnih čimbenika dovelo do svojevrsne konfuzije s kojom smo i danas suočeni. Drugim riječima, klasična je psihoanaliza cijelu simptomatologiju poremećaja hranjenja vidjela kao simbolično izražavanje internaliziranog seksualnog konflikta. Ipak, moderna su psihoanalitička razmišljanja skrenula pažnju s dogmatskog klasičnog psihoanalitičkog pristupa i više se fokusirala na prirodu odnosa između roditelja i djeteta. Nemiah (1958; prema Bruch, 1975) je smatrao da su pretjerana ovisnost, neupitno pokoravanje te pasivnost koji su karakteristični za anoreksiju posljedica majčinog pretjerano zaštitnički nastrojenog ponašanja.

Ono što je karakteristično za mnoge osobe koje pate od anoreksije jest hiperaktivnost te poricanje umora. Uz pomoć pedometra, Stunkard i suradnici (prema Bruch, 1975) pokazali su da su žene koje pate od anoreksije zaista hiperaktivnije od prosjeka, što pokazuju podaci o prijeđenom putu od 6.8 milja po danu, usprkos izgladnjivanju, u usporedbi sa ženama normalne težine koje u prosjeku prehodaju 4 milje dnevno. Nagon za aktivnošću se nastavlja sve dok mršavost znatno ne uznapreduje. Subjektivan osjećaj da osoba nije umorna te želja da radi različite stvari u potpunosti su suprotni osjećaju umora i izbjegavanju bilo kakvog napora koji bi trebali biti prisutni kod deprivacije hrane.

Anoreksija je kod muškaraca puno rjeđa nego kod žena, a literatura vezana za njih je kontradiktorna. S jedne strane, određeni autori smatraju da se tipična anoreksija kod muškaraca uopće ne pojavljuje, dok s druge strane, neki autori smatraju da se ona ipak ne razlikuje od ženskog oblika anoreksije. Ukoliko bi se amenoreja smatrala glavnim kriterijem za anoreksiju, tada bi muškarci *ipso facto* bili isključeni. Ipak, kao analogija amenoreji može se promatrati zastoj u razvoju za vrijeme puberteta. Kao i kod žena, neizmjerna želja za vitkošću je izražen motiv u anoreksiji kod muškaraca. Ta je želja zapravo napor za ostvarivanjem osjećaja kontrole i identiteta (Bruch, 1975).

Kad govorimo o etiologiji anoreksije, u obzir je potrebno uzeti nekoliko čimbenika. To je, naime, poremećaj u prehrani koji nije uzrokovan isključivo jednim faktorom nego na njega utječu biološki, psihološki i socijalni faktori (tzv. biopsihosocijalni model).

Brojna istraživanja koja ispituju biološku podlogu anoreksije nisu dala jednoznačne odgovore, odnosno, nisu mogla povezati anoreksiju s jedinstvenom varijantom nukleotida. Podložnost anoreksiji mogla bi biti determinirana većim brojem gena, što zasigurno otežava zasebnu identifikaciju istih. Istraživanja provedena među članovima obitelji pokazuju kako je učestalost anoreksije među sestrama šest puta veća od najveće stope koja se javlja kod opće

populacije (Vidović, 1999). Jednu od ključnih uloga u regulaciji raspoloženja i apetita ima neurotransmiter serotonin. Nekoliko je istraživanja pokazalo da su promjene u razini serotonina povezane s anksioznosti, perfekcionizmom i opsesivnim ponašanjem nakon oporavka od anoreksije (Sheldon, 2010). Također, osim o utjecaju serotonina, istraživanja neurotransmitera povezanih s anoreksijom govore i o utjecaju noradrenalina i dopamina. Pretpostavlja se da su najznačajnije promjene u noradrenergičkoj transmisiji, odnosno uzrok se nalazi u smanjenoj koncentraciji i aktivnosti noradrenalina (Begić, 2011; prema Sadock i Sadock, 2003). Begić (2011) navodi da su od hormonalnih promjena prisutni hipokortizolemija te izostanak supresije kortizola u deksametazonskom testu. To je slično nalazima depresivnih bolesnika, što se povezuje s pojavom depresije i anoreksije u komorbiditetu, ali i činjenicom da su u obitelji djevojaka koje pate od anoreksije češći depresivni poremećaji. Ovu pretpostavku potvrđuju i mnoga istraživanja koja su proučavala korelate depresije i anoreksije pa tako istraživanje Strobera i Katza (1997) pokazuje da čak 91% žena koje boluju od anoreksije boluje i od depresivnog poremećaja (Strober i Katz, 1997). Genetička se tehnologija brzo razvija pa su nedavna istraživanja identificirala važnost utjecaja gena receptora-B, kao i skup rijetkih, ali zajedničkih varijanti u genu epoksid-hidrolaza 2 (Scott-Van Zeeland i sur., 2014). Genetska varijacija u TPH2 genu povezana s impulzivnošću mogla bi predisponirati pacijentice koje pate od anoreksije na induciranje povraćanja (Slof-Op't Landt i sur., 2013).

Osobe koje boluju od anoreksije pate od osjećaja neučinkovitosti, manjka autonomije, slabih socijalnih vještina, ovisnosti i perfekcionizma. Njihova je česta karakteristika tendencija izbjegavanja sukoba, osjećaj odvratnosti prema samoj sebi, prisutnost suicidalnih misli i sl. (Pokrajac-Bulian, Mohović i Đurović, 2007; prema Drakulić Mindoljević, 2015). Često je prisutna snažna socijalna fobija praćena intenzivnim strahom od hranjenja pred drugim osobama (Augestad, Saether i Gotestam, 1999). Budući da su nesigurne u odnosima, osobe koje boluju od anoreksije postaju vrlo zahtjevne i sumnjičave. Kritične su prema drugim ljudima te sklone povlačenju i gubljenju kontakata. Samopoštovanje takvih osoba jako ovisi o njihovu doživljaju vlastita tijela i njegove težine. Gubitak tjelesne težine često smatraju velikim uspjehom te znakom iznimne samodiscipline, dok povećanje tjelesne težine doživljavaju kao neprihvatljiv neuspjeh u samokontroli (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Zanimljivi su rezultati istraživanja provedenog na otoku Fidži, gdje se ispitivala prevalencija pretilosti te slika o tijelu kod žena tijekom perioda brzog tehnološkog napretka, modernizacije i posljedično, povećanog medijskog utjecaja. Prevalencija pretilosti u uzorku stanovnica otoka Fidži među najvišima je u svijetu i u ranijim je istraživanjima utvrđena brojka

od 84%. Ipak, prevalencija se dramatično smanjila tijekom perioda od devet i pol godina tijekom početka utjecaja modernizacije. Utjecajem medija, na Pacifiku je došlo i do promjene u percepciji idealnog tjelesnog izgleda. U usporedbi s ranijom tradicionalnim preferencijom većeg i oblijeg tijela, nakon nekoliko godina izlaganja televiziji dokumentiran je pomak prema preferenciji za manje veličine tijela (Becker i sur., 2005). Međutim, iako se anoreksija nervoza pojavljuje u kulturalno i društveno različitim populacijama, ipak je najčešća u postindustijskim, bogatim zemljama. Pokazivanje snažnog straha od porasta tjelesne težine (tzv. fobija od debljine) uobičajeno je u Aziji, gdje se razlozi za restriktivnu ishranu objašnjavaju kulturalno prihvatljivim pritužbama poput gastrointestinalnih smetnji. Geografske razlike u prevalenciji anoreksije nervoze govore o njezinoj povezanosti s kulturom u kojoj se mršavost jako cijeni. Odabir zanimanja koji potiče mršavost, poput manekenstva ili nekih sportova, također je povezano s povećanim rizikom (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Društveno nametnuta očekivanja od žene da balansira između brige o obitelji i profesionalnih aktivnosti, ali i da veliki dio svog vremena posveti osobnom izgledu doveo je do porasta narcizma kod žene. Zahtjevi suvremene mode diktiraju nezdravo mršavi ideal ljepote, a ženski časopisi nude brojne recepte sa svrhom borbe za što vitkiju liniju. Sve je to rezultiralo posljedicom da idealna slika žene postaje sve udaljenija od realnosti. Prema istraživanjima provedenima u SAD-u šezdesetih godina, manekenke su težile osam posto manje od prosječne Amerikanke, dok je 25 godina kasnije prosječna težina modela bila čak 23 posto niža od prosjeka, sa stalnom tendencijom daljnjeg smanjenja tjelesne težine (Vidović, 1998)

Posljedice su anoreksije brojne. Čak i uz uspješno liječenje i oporavak, pacijentima mogu ostati dugotrajni zdravstveni problemi, poput osteoporoze, neplodnosti i depresije (Nunn, 2013, prema Burton, 2014). Anoreksija za posljedice može imati sužavanje srčanog mišića, zatajenje bubrega, nepovratno oštećenje mozga te gubitak koštane mase (Vasta, 2005). Neprepoznati poremećaji u prehrani koji se nastavljaju u odrasloj dobi postaju puno otporniji na tretman. U meta-analizi koja je proučavala fatalne posljedice anoreksije, a rađena je 1990-ih, rezultati su pokazali da anoreksija od svih mentalnih bolesti ima najvišu stopu smrtnosti. Smrt obično uzrokuju zdravstvene komplikacije povezane sa samim poremećajem ili pak samoubojstvo (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Budući da je ograničenje kalorijskog unosa tipičan simptom anoreksije, postoje beskrajne rasprave o tome pate li pacijenti zaista od gubitka apetita, odbijaju li jesti, potiskuju li osjećaj gladi ili neefikasno reagiraju na osjećaj gladi. Zanimljiva činjenica vezana uz anoreksiju jest to da, u svakom slučaju, osoba odbija hranu dok je istovremeno preokupirana hranjenjem. Osobe koje pate od anoreksije žale se na osjećaj punoće nakon samo nekoliko zalogaja ili čak sasvim malo tekućine (Bruch, 1975).

Neishranjenost kod takvih osoba izaziva bljedilo kože, krhke i bezbojne nokte, tamnu dlaku po cijelom tijelu, posebno po leđima (tzv. lanugo) te krajnju osjetljivost na hladnoću (Vasta, 2005). Gladovanje uzrokuje smanjenje masnog tkiva u tijelu te koncentracije luteinizirajućeg, folikul stimulirajućeg i gonadotropin oslobađajućeg hormona što posljedično dovodi do amenoreje ili odgađanja menarhe (Begić, 2011). Prisutne su i funkcionalne posljedice koje se kod nekih pojedinaca manifestiraju povlačenjem u sebe ili neuspjehom u ostvarivanju vlastitih poslovnih ili akademskih mogućnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Vidović (1998) navodi da anoreksične osobe pate od gubitka kose, lako dobivaju hematome, a često imaju točkasta krvarenja koja potječu od niske razine trombocita u krvi. Slabo podnose hladnoću te često pate od vrtoglavica i bradikardije.

Tretman anoreksije popravio se u drugoj polovici 20. stoljeća, od striktno medicinskog pristupa koji se oslanjao na neuroleptike u 50-ima i 60-ima do snažnog naglašavanja individualne psihoterapije, uzimajući u obzir i razvojni i biološki koncept te potrebu za multidimenzionalnim pristupom. Kasnije su u tretmane dodane bihevioralne i kognitivne intervencije. Kod mlađih se pacijenata od 1970-ih godina preferirala obiteljska terapija. Krajem 20. stoljeća, lijekovi su igrali značajnu ulogu u tretmanu nekih pacijenata s anoreksijom, ali su vrlo rijetko korišteni kao jedini način terapije. Činjenica da postoji potreba za hospitalizacijom teško je prihvatljiva za pacijente, budući da oni shvaćaju što je cilj liječenja i u toj se fazi opiru svakoj pomisli o dobivanju na težini (Vidović, 1998). Zato osobu na liječenje često dovode članovi obitelji i to najčešće nakon jako vidljivog gubitka tjelesne težine (Steinhausen, 2002). Neke se osobe s anoreksijom nervozom u potpunosti oporave nakon jedne epizode, druge imaju oscilacije u nestajanju i vraćanju simptoma, dok treće imaju kroničan višegodišnji tijek poremećaja. U nekim je slučajevima pacijenta nužno smjestiti u bolnicu u svrhu povećanja tjelesne težine te ublažavanja zdravstvenih komplikacija. Kod pacijenata koji su bili smješteni u bolnicu ukupna je stopa remisije obično manja (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

1.1.2. Bulimija nervoza

Riječ bulimija dolazi od grčkih riječi *bous* (govedo) i *limos* (glad), što se u slobodnom prijevodu može prevesti kao osjećaj neopisive gladi i proždrljivosti (*gladan da bi mogao pojesti bika, bikovska glad).* To je poremećaj hranjenja karakteriziran brzim konzumiranjem izuzetno velike količine hrane u vrlo kratkom razdoblju (najčešće tijekom dva sata; Rikani i sur., 2013) te izazivanjem povraćanja i/ili upotrebom sredstava za pražnjenje crijeva (Begić, 2011). Prema Američkoj psihijatrijskoj udruzi (2015), kriteriji za bulimiju obuhvaćaju ponavljajuće epizode prejedanja, u određenom vremenskom razdoblju, količine hrane koja je značajno veća od one

koju bi većina osoba pojela u sličnom vremenskom razdoblju. Za vrijeme epizoda prejedanja, osoba ima osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem. Epizodama prejedanja slijede ponavljajući neprikladni kompenzacijski postupci s ciljem sprečavanja povećavanja tjelesne težine, a obuhvaćaju povraćanje, zloupotrebu laksativa, diuretika ili drugih lijekova, post ili prekomjerno vježbanje. Epizode prejedanja i neprikladni kompenzacijski postupci pojavljuju se barem jednom tjedno tijekom tri mjeseca. Kao i kod anoreksije, kod bulimije je karakteristična samoprocjena pod utjecajem oblika vlastitog tijela i tjelesne težine. Ipak, osobe s bulimijom nervozom najčešće su normalne tjelesne težine ili su čak pretile.

Bulimiju nervozu kao poremećaj u prehrani odvojen od anoreksije prvi je put ustanovio G. Russell 1979. godine, a nedugo zatim, 1980. godine dodana je u treće izdanje Dijagnostičko-statističkog priručnika za duševne poremećaje. Prije 1980. godine, termin *bulimija* u medicinskim je zapisima označavao simptome različitih stanja koja su se manifestirala prejedanjem. Istraživanja provedena u Rochesteru (Soundy i sur; prema Hoek, 2006) i Nizozemskoj (Hoek, 1995; prema Hoek, 2006) pokazuju godišnju incidenciju bulimije od 13.5 na 100 000 osoba tijekom razdoblja između 1980. i 1990. godine te 11.5% u Nizozemskoj u razdoblju između 1985 i 1989. godine. Bulimija se pojavljuje kod 0.5% adolescentnih dječaka i mladih odraslih muškaraca, a od ukupne populacije oboljele od bulimije, postotak muškaraca čini samo 10 do 15% (Rikani i sur., 2013). Vasta (2005; prema Klump, Kaye i Strober, 2001) također navodi kako bulimija zahvaća uglavnom djevojke, a skupine muškaraca koje su osjetljive jesu homoseksualni i biseksualni mladići.

Pacijenti koji pate od bulimije jedu potajno, brzo, hranu žvaču slabo te je brzo gutaju. Biraju hranu koja se može brzo pojesti te često jedu sami ili potajno (Begić, 2011). Obično se srame svojih problema s hranjenjem te nastoje prikriti svoje simptome. Prejedanje traje sve dok osobi nije neugodno ili je čak i bolno prepuna. Najčešći su prethodnik prejedanju neugodne emocije, a od ostalih se okidača navode interpersonalni stresori, dijeta, neugodni osjećaji povezani s tjelesnom težinom, oblikom tijela i hranom te dosada (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Kod jedne se trećine osoba koje pate od bulimije javlja sklonost uzimanju alkohola, stimulansa ili droga, dok druga trećina pacijenata pati od poremećaja ličnosti i to najčešće od graničnog poremećaja ličnosti. Karakteristični su depresivni simptomi ili poremećaji raspoloženja, a javljaju se najčešće zajedno s ostalim simptomima bulimije. Ponekad poste jedan dan ili pretjerano tjelesno vježbaju kako bi spriječili porast tjelesne težine. Šokantna je činjenica da oboljeli od bulimije ponekad idu do te mjere da uzimaju hormone štitnjače kako bi spriječili porast tjelesne težine (Američka psihijatrijska udruga, 2013). I kod bulimičnih, kao i kod anoreksičnih osoba česta je amenoreja, ali nije jasno javlja li se zbog

promjena u tjelesnoj težini, prehrambenog deficita ili emocionalnih teškoća i stresa. Prebacivanje bulimije nervoze u anoreksiju nervozu događa se u manjem broju slučajeva (oko 15%), a mogući su i višestruki prijelazi iz jedne simptomatologije u drugu.

Kao i kod anoreksije, vjeruje se da je za nastanak bulimije odgovorna interakcija nekoliko faktora, a precizan uzrok nije poznat. Od bioloških je čimbenika uočljiva genetska predispozicija pa tako u obitelji osoba koje pate od bulimije ima više depresivnih poremećaja, poremećaja hranjenja te pretilih osoba. Kod pacijenata koji pate od bulimije često je istraživana abnormalna aktivnost hipotalamusa te neravnoteža neurotransmitera poput serotonina i noradrenalina. Njihova je koncentracija smanjena, iako je primijećen porast razine adrenalina u plazmi nakon što bolesnik povrati. Veza između serotonina se može uočiti iz činjenice da u stanju sitosti njegova koncentracija raste. Isto tako, pokazalo se da su antidepresivni lijekovi, konkretno serotoninergički, dobro učinkoviti za ovaj poremećaj (Begić, 2011). Neka su istraživanja pokazala da se u hipotalamusu osoba koje pate od bulimije ne može izazvati osjećaj sitosti, odnosno, takve osobe i nakon ogromnih količina hrane i dalje osjećaju glad (Pichika i sur., 2012).

Za nastanak bulimije važan je i socijalni faktor. Ona se javlja u industrijskim zemljama Zapada i Dalekog istoka. U Americi najviše zahvaća bijelu rasu, a gotovo 90 posto osoba koje pate od bulimije čine žene. Žene putem informacijsko-socijalnog utjecaja uče od okoline i medija kako treba izgledati privlačno tijelo te se automatski uspoređuju sa spomenutim idealom (Aronson, Wilson i Akert, 2005). Istraživanja pokazuju da izloženost masovnim medijima kod žena narušava sliku o sebi, što posljedično dovodi do neuobičajenih obrazaca u ishrani (Grabe i Ward, 2008). Žene su se sklone doživljavati težima i debljima nego što zaista jesu, a taj je učinak pojačan ukoliko su neposredno prije ili u tom trenutku bile izložene medijskim prikazima mršavih žena (O'Riordan i Zamboanga, 2008). Djevojke koje pate od bulimije svoje roditelje doživljavaju kao neuključene i emocionalno nedostupne. Obitelji pacijenata koji pate od bulimije manje su bliske i emocionalno tople, a više zahtjevne, naporne i sukobljavajuće u odnosu na obitelji bolesnika s anoreksijom. Bolesnici s bulimijom svoje roditelje opisuju kao zanemarujuće, zapostavljajuće i odbijajuće. Sukladno tome, Artie i Brooks (1996) pretpostavljaju da se radi o kompenzatornom mehanizmu okretanja hrani kako bi se nadoknadio osjećaj praznine koji se pojavljuje uslijed nedostatka roditeljskog angažmana (Vasta, 2005). Osobe s bulimijom se po osobinama ličnosti razlikuju od osoba s anoreksijom. One često pate od osjećaja gubitka kontrole i emocionalne nestabilnosti te su osjetljive na odbacivanje i socijalni neuspjeh. One su rastrgane između dviju suprotnih želja: osloboditi se svih ograničenja i jesti koliko žele te, s druge strane, biti vitke i izrazito atraktivne (Mindoljević-Drakulić, 2015).

Za razliku od osoba koje pate od anoreksije, osobe koje pate od bulimije su impulzivnije, otvorenije k novim iskustvima te češće imaju problema sa zloporabom droga i alkohola. Mortalitet povezan s bulimijom značajno je manji nego kod anoreksije (Quadflieg i sur; prema Hoek, 2006), ali je isto tako slabije istraživan. Ipak, reperkusije koje bulimija ostavlja bolesnicama nisu zanemarive. Epizode prejedanja i pražnjenja ostavljaju vidne posljedice na tjelesnoj razini. Kompulzivna ponašanja povraćanja uzrokuju oticanje žlijezda slinovnica, upale grla i ždrijela, slabljenje jednjaka te uništavanje zubne cakline. Često dolazi i do nutritivnih deficita: hipokalemije, niske razine natrija i klora u krvi, a gubitak želučane kiseline uslijed čestog povraćanja može izazvati metaboličnu alkalozu (Vidović, 1998). Zbog čestog izazivanja povraćanja rukom, u kontaktu sa zubima nastaju oštećenja kože na dorzalnoj strani šaka i na zglobovima prstiju na rukama (tzv. Russellov znak bulimije) (Begić, 2011). U kasnijim stadijima bolesti povraćanje postaje gotovo refleksno pa se ovaj tip oštećenja više ne primjećuje (Vidović, 1998). Osim toga, povraćanje dovodi do dehidracije, smanjene razine kalija te elektrolita, što može biti opasno po život u vidu zastoja rada srca te iznenadne smrti (Davidson i Neale, 1999). Postoji mnogo tehnika tretiranja bulimije nervoze. Ono što bulimiju čini lakšom za liječenje od anoreksije jest činjenica što djevojke često znaju i same zatražiti pomoć. One se uglavnom osjećaju potišteno i krivo zbog odstupajućih navika u hranjenju te žele pomoć (Vasta, 2005), što zasigurno olakšava proces izlječenja. Jednom od najuspješnijih terapija pokazala se kognitivno-bihevioralna terapija koja je usmjerena na razumijevanje uzroka prejedanja, radu na kognitivnim distorzijama te otkrivanjem uzroka odstupajućih ponašanja vezanih uz ishranu. Proces liječenja pomoću kognitivno-bihevioralne terapije podijeljen je u tri stadija. U prvom se stadiju radi na uspostavljanju pozitivnog terapijskog odnosa te uvođenju reda i rasporeda u načinu ishrane te korištenja laksativa i samoinduciranog povraćanja. U drugom se stadiju uspostavljaju sheme redovitih obroka te se radi na smanjenju kalorijskih restrikcija. Osim toga, u drugom se stadiju radi na utvrđivanju faktora koji dovode do prejedanja te načinu njihova nadilaženja. Konačno, u trećem stadiju pacijent i terapeut usmjeravaju svoje resurse na održavanje trenutnog postignutog stanja te sprječavanje eventualnog pogoršanja (Fairburn, 1984; prema Vidović, 1999). Osim kognitivno-bihevioralne terapije, u tretmanu bulimije koriste se i psihodinamska te interpersonalna terapija. Također, vrlo se uspješnom pokazala i obiteljska terapija. Osim terapija, na liječenje bulimije povoljno djeluju i antidepresivi, ali su učinkoviti u manjoj mjeri nego kognitivno-bihevioralna terapija (Peterson i Mitchell, 1999). Kombinacija psihoterapije i antidepresiva pokazala se najefikasnijom metodom liječenja (Milano i sur., 2013).

1.2. Percepcija roditelja

Roditelji su primarne i najvažnije osobe u životu svakog čovjeka. Brojne su teorije koje opisuju važnost roditelja u životu djeteta, od Freudovih psihoanalitičkih teorija, preko Eriksonovih stadija gdje se u razvoju pojedinca fokus stavlja na ulogu roditelja, sve do Ainsworthičinih teorija privrženosti i brojnih drugih.

Djetetova privrženost skrbniku može se jasno opaziti u dobi od šest do osam mjeseci (Vasta, 2005). Najranija iskustva u interakciji između majke i djeteta u prvim tjednima života predstavljaju osnovu za doživljaj vlastitog tijela kao dobrog ili lošeg. U najranijem djetinjstvu, kad dijete ne može razlikovati svoje od majčinog tijela, ono doživljava svoje tijelo kao dobro ili loše ovisno o iskustvima s majkom. Svaka bol, neugoda ili neispunjavanje potrebe za dijete znači loše iskustvo koje dijete unosi u sebe kao glavnu značajku majke. Prva su iskustva veoma važna jer se sva kasnija negativna iskustva doživljavaju kao samo ponavljana rana iskustva (Vidović, 1998). Mnogi teoretičari razvojne psihologije smatraju da majčina osjetljivost u odnosu na dijete ima glavni utjecaj na kvalitetu privrženosti. Majke koje su osjetljivije na potrebe svoje djece razvijaju siguran privržen odnos (Ainsworth, 1983; prema Vasta, 2005)

Za razvoj djeteta od posebnog su značaja dvije dimenzije roditeljstva. Prva je roditeljska toplina, odnosno količina podrške, ljubavi i ohrabrivanja koje roditelji pružaju, a druga je roditeljski nadzor koji označava stupanj u kojem je dijete nadzirano i disciplinirano nasuprot tome da je ostavljeno uglavnom nenadzirano. Kombinacijom navedenih dimenzija dolazi se do četiri opća stila roditeljstva za koja je utvrđeno da dovode do različitih ishoda kod djece (Baumrind, 1971., 1989, Dornbush i sur.,1985., MacDonald, 1992; prema Vasta, 2005). Autoritativni roditelji su oni koji su visoko na dimenziji topline i nadzora. Takvi su roditelji nježni prema svojoj djeci te im pružaju podršku, ali istovremeno postavljaju jasne granice i održavaju okolinu predvidivom. Autoritativni stil zasigurno ima najpozitivnije reperkusije na rani socijalni razvoj djeteta. Djeca su takvih roditelja nezavisna, znatiželjna, akademski uspješna i samouvjerena. Kombiniranjem niske razine topline i visoke dimenzije nadzora dolazi se do autoritarnog stila roditeljstva koje karakterizira zahtjevnost roditelja, uspostavljanje stroge kontrole nad ponašanjem djece i prisiljavanje na ispunjavanje zahtjeva prijetnjama i kažnjavanjem. Autoritarno roditeljstvo rezultira lakim uzrujavanjem kod djece, ćudljivosti, agresivnošću te problemima u ponašanju. Popustljivi roditelji su oni koji su visoko na dimenziji topline, ali nisko na dimenziji nadzora. Oni su puni ljubavi i pažnje, ali pružaju malu razinu ograničenja i strukture svojoj djeci. Djeca takvih roditelja u mnogočemu su slična djeci

autoritarnih roditelja: često su impulzivna, nezrela i bez kontrole. Oni roditelji koji su nisko na dimenziji topline i dimenziji kontrole nazivaju se ravnodušnim roditeljima. Svojoj djeci postavljaju malo ograničenja, ali im isto tako pružaju malo pažnje, zanimanja i emocionalne podrške. Djeca ravnodušnih roditelja su zahtjevna, neposlušna te ne sudjeluju primjereno u igri i socijalnim interakcijama.

Osim roditeljskih odgojnih stilova, za ishod kod djece važne su i tri dimenzije roditeljskog ponašanja. Prva je dimenzija prihvaćanje nasuprot odbacivanju. Kad roditelji prihvaćaju svoje dijete, razumiju ga te mu daju podršku, tada se može reći da roditelji pokazuju toplinu prema djetetu. Druga se dimenzija naziva kontrola nasuprot autonomiji, a obuhvaća ograničenja koja roditelji postavljaju svojoj djeci u različitim aspektima njihova funkcioniranja, poput urednosti, poslušnosti i sl. Izrazito ograničavajuće roditeljsko ponašanje sprečava razvoj neovisnosti kod djeteta (Bronstein, 1992; prema Vizek Vidović i sur., 2003). Treća se dimenzija naziva dosljednost nasuprot nedosljednosti, a podrazumijeva kontinuitet u određenom roditeljskom ponašanju te primjeni disciplinskih postupaka. Ukoliko roditelj nedosljedno primjenjuje disciplinske postupke, djetetova okolina nije predvidiva, što rezultira nesigurnošću, agresivnošću i problemima u ponašanju.

Negativna okruženja puna konflikata, s niskom razinom kohezivnosti te mogućnosti ekspresije česte su karakteristike obitelji adolescenata sa simptomima poremećaja u prehrani. U longitudinalnom istraživanju Johnsona i suradnika (2002) rezultati su pokazali da su niska razina očinske ljubavi, brige i suosjećanja, visoka očinska kontrola, neprijateljstvo, pretjerano zaštitničko ponašanje povezani s razvojem poremećaja u prehrani. Ponavljana kritiziranja od strane članova obitelji, a vezana za oblik tijela, težinu ili povećani apetit češća su kod purgativnih podtipova anoreksije (Karwautz i sur., 2001.)

Minuchin i njegovi suradnici postavili su model četiriju karakteristika obitelji koje su tipične za anoreksične, psihosomatske obitelji (Minuchin, Rosman i Baker, 1978; prema Aragona i sur., 2011). Prva je isprepletenost, definirana kao pretjerano uključivanje obitelji koje je rezultat slabih granica u obitelji, a manifestira se pretjeranim zajedništvom, nedostatkom privatnosti, tendencijom članova obitelji da govore jedni umjesto drugih i slično. Istodobno, djevojčica vrlo pažljivo prati sve znakove iz okoline te oprezno promatra roditeljske postupke, što u njoj rađa neodlučnost prema svakoj vlastitoj akciji i ovisnost o odobravanju roditelja (Vidović, 1998) Druga je karakteristika ovakvih obitelji pretjerano zaštitnički nastrojeno ponašanje. Treća je karakteristika rigidnost u obrascima interakcije. Rigidne su obitelji izrazito sklone održavanju statusa *quo* te izbjegavanju promjena. Četvrta je karakteristika takvih obitelji

izbjegavanje konflikta: članovi obitelji ne toleriraju konflikte, stoga se izbjegava svaka rasprava koja bi imalo mogla dovesti do razlika u mišljenju. Kao posljedica, problemi koji nisu raspravljeni ostaju neriješeni. Iako Minuchinova istraživanja obitelji nemaju empirijsku vrijednost u pravom smislu riječi, model poremećaja u prehrani psihosomatske obitelji često je citiran kao glavni faktor u patogenezi. Također, obiteljska je terapija često usmjerena na modificiranje ovih obrazaca u odnosu.

Brakovi roditelja djevojaka s anoreksijom izvana se čine stabilnima, a većina roditelja naglašava stabilnost i sreću unutar svog doma. Ipak, kod takvih je roditelja manjkalo ohrabrivanja samoiskazivanja kod djeteta. Posljedično, dijete se nije moglo osloniti na vlastite resurse, ideje ili samostalne odluke jer su ostali nerazvijeni (Bruch, 1975). Vasta (2005) navodi da često majke takvih djevojaka imaju visoka očekivanja za tjelesni izgled, društvenu prihvaćenost i postignuće te se ponašaju pretjerano zaštitnički i kontrolirajuće. S druge strane, očevi su uglavnom emocionalno distancirani.

Vidović (1998) navodi da u takvim obiteljima postoji mnogo prikrivene agresije koja se prazni u sukobima s relativno beznačajnim povodom, a najveći konflikt postoji između roditelja. U obitelji dominantnu ulogu ima majka dok je otac sporedna figura čije se značenje često jasno umanjuje zajedničkim naporom svih članova. Majka na prvi pogled djeluje podčinjeno i priviknuto na ulogu sporednog značenja, ali je zapravo često u ulozi žrtve. Da bi majka djevojke koja pati od anoreksije zaista mogla biti žrtva, otac mora biti u emocionalnom, a ponekad i fizičkom smislu daleko od nje i obitelji. Majke su vrlo zahtjevne prema svojoj, posebno ženskoj djeci, očekujući samo odlične ocjene te neizostavan uspjeh. Pretjerano i savjesno se bave kćerima, ali kao da u tome mnogo ne uživaju. Promatrajući obiteljsku etiologiju, anoreksija i bulimija imaju zajedničku crtu – neodgovarajuće ponašanje oca koji ne može pomoći djevojci razviti manje ovisnu vezu s majkom. Dakle, može se reći da je anoreksija u svojem najvećem dijelu bitka između kćeri i majke. To postaje očiglednije kad se uzme u obzir da je od samog djetetovog rođenja majka najizravnije odgovorna za djetetovu prehranu pa anoreksija kao odbijanje djevojke da se hrani implicira kako ona odbija sve ono što je uvijek simboliziralo majku. Zanimljivo je za primijetiti da su anoreksični i bulimični pacijenti izrazito osjetljivi na sve što se zbiva u njihovoj okolini: na potrebe, raspoloženja i reakcije drugih osoba. To je naslijeđe prošlosti jer je okolina bila opasna do te mjere da se samo uz konstantan oprez moglo preživjeti.

1.3. Tjelesni sram

Sram je indirektan znak konflikta između uma i tijela (Lombardi, 2007). To je emocija koja se pojavljuje svaki put kad se pojedinac procjenjuje u odnosu na internalizirane kulturalne ideale i ne uspijeva udovoljiti navedenim kriterijima. Dakle, može se reći da je sram određen odnosom ega prema ego idealu, pri čemu ego ne udovoljava standardima ideala. Pritom je bitno razlikovati sram od krivnje jer sram nastaje iz pojedinčeve negativne evaluacije cijelog selfa, dok krivnja nastaje iz negativne evaluacije vlastitog ponašanja.

Moguće je razlikovati unutrašnji i vanjski sram. Unutrašnji sram donosi osjećaj pogrešnosti, neadekvatnosti, bezvrijednosti i neprivlačnosti selfa. Često je povezan s intenzivnom samokritikom ili mržnjom usmjerenom prema sebi. Vanjski se sram temelji na uvjerenju da nas drugi negativno percipiraju, pri čemu se pojavljuje izrazit strah od izlaganja uslijed uvjerenja da će pojedinac izgubiti društveni status, vrijednost i posljedično biti odbačen. Sram je povezan s pokušajima izbjegavanja, prikrivanja ili pokoravanja. Cilj je takvoga ponašanja prekidanje teškog odnosa radi zaštite selfa i očuvanja identiteta. Patološki odnosi, uz sve ostale loše posljedice kod osoba koje pate od poremećaja u prehrani, konstantno potiču i održavaju sram (Marčinko i sur., 2013). U suvremenom društvu, ego ideali diktiraju ženama izrazito mršavo tijelo koje je u potpunosti nemoguće imati. Stoga ne iznenađuje činjenica da mnoge žene osjećaju diskrepanciju između svojih tijela i (internalizirane) percepcije idealnog tijela. Često se sram opisuje kao moralna emocija koja se koristi za internalizaciju važnih društvenih standarda (Lewis, 1971; prema Noll i Fredrickson, 1998). U suvremenom se društvu osobe s povećanom tjelesnom težinom često percipiraju da imaju nedostatak discipline i samokontrole (Crandall, 1994; prema Noll i Fredrickson, 1998). Žene često o sebi govore da su „loše“ ili da su „zgriješile“ ukoliko jedu hranu bogatu kalorijama, dok je, s druge strane, provođenje dijete postalo metaforom za bivanje dobrom osobom (Silberstein i sur., 1987; prema Noll i Fredrickson, 1998). Teoretičari emocija smatraju da sram motivira i energizira osobu na ponašanje usmjereno na mijenjanje onih aspekata selfa koji ne uspijevaju zadovoljiti internalizirane ideale (Lewis, 1971; prema Noll i Fredrickson, 1998). Budući da je sram uzrokovan nezadovoljstvom tjelesnim izgledom, čini se da provođenje dijeta u svrhu smanjenja tjelesne težine djeluje obećavajuće za žene. Fodor (1996; prema Burney i Irwin, 2000) smatra da žene koje pate od poremećaja u prehrani osjećaju sram zbog njihove želje za hranom, osjećaju sram kad se percipiraju neprihvaćenom od strane sebe i drugih ili kad koriste povraćanje kako bi ostale mršave. Pacijentice koje pate od bulimije doživljavaju visoke razine

srama i krivnje tijekom epizoda prejedanja. Sanftner i suradnici (1995) su na nekliničkom uzorku pronašli pozitivnu povezanost između srama i različitih smetnji vezanih uz hranjenje. Tjelesni sram doprinosi i ciklusu gladovanja i prejedanja kod osoba koje pate od bulimije. Naime, budući da se osoba percipira nedovoljno dobrom da udovolji internaliziranim društvenim standardima, kreće s izrazito restriktivnom ishranom koja nakon nekog vremena dovodi do epizode prejedanja, koja posljedično izaziva sram i krivnju te ponovno dovodi do restriktivne ishrane (Noll i Fredrickson, 1998). Kod mnogih oboljelih od poremećaja u prehrani identitet je neizgrađen i u konstantnoj fluktuaciji, stoga je strogi i kritizirajući superego najtrajniji oslonac identiteta.

Tretman srama kao doživljaja odvija se unutar tretmana nekog šireg poremećaja, poput depresije, vulnerabilnog narcizma ili, u ovom slučaju, poremećaja u prehrani. Bavljenje sramom i s njime povezanim sniženim samopoštovanjem bitna je sastavnica psihoterapije. Kod oboljelih od poremećaja hranjenja često su prisutni poremećaji selfa pa se tome prilagođava i terapijski pristup. Zbog preosjetljivosti na sram, bolesnice su vrlo vulnerabilne na terapeutovo stvarno ili zamišljeno negativno prosuđivanje njihova tjelesnog izgleda, stoga je potreban veliki oprez kako se ne bi izazvale nepoželjne reakcije oboljelih. Ponekad sram utječe negativno na terapiju u smislu da utječe na submisivnost oboljelih, što dovodi do lažnog dojma da prihvaćaju terapeutske intervencije. Pod utjecajem srama bolesnica ima tendenciju izoliranja i povlačenja iz terapijskog odnosa. Za terapijski je odnos bitno da bolesnica doživljava kako terapeut prihvaća njezino tijelo, što smanjuje negativan doživljaj tijela i sram u vezi s njim (Marčinko i sur., 2013).

2. Cilj, problem istraživanja i hipoteze

2.1. Cilj

Cilj je ovog istraživanja ispitati odnos odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama te ispitati mogućnost predviđanja odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama.

2.2. Problemi

1. Ispitati postoji li povezanost te koji je smjer povezanosti odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama.

2. Ispitati mogućnost predviđanja pojave odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama.

2.3. Hipoteze

H1 Postoji statistički značajna, negativna povezanost odstupajućih navika hranjenja s pozitivnom percepcijom majke i oca

H2 Postoji statistički značajna, pozitivna povezanost tjelesnog srama i odstupajućih navika hranjenja

H3 Očekuje se da će tjelesni sram biti značajni pozitivni prediktor odstupajućih navika hranjenja, a pozitivna percepcija roditelja značajni negativni prediktor odstupajućih navika hranjenja.

3. Metoda

3.1. Sudionici

Budući da se odstupajući obrasci hranjenja uglavnom javljaju kod žena te zbog specifičnosti mjernih instrumenata koji su nerijetko spolno pristrani po sadržaju čestica, istraživanje je provedeno na osobama ženskog spola. U istraživanju su sudjelovale ukupno 322 sudionice u dobi od 18 do 25 godina prosječne dobi *M*=21.72 (*SD*=1.82). Sudionice su bile djevojke iz različitih dijelova Hrvatske: Zagreba (4%), Splita (2.8%), Osijeka (25.2%), ostalih manjih gradova (57.1%) i sela (10.9%). Većinu su uzorka činile studentice (88.5%), dok su manji dio uzorka činile zaposlene (4.7%) i udane (3.1%) žene.

3.2. Instrumenti

Upitnik sociodemografskih obilježja

Za prikupljanje određenih relevantnih informacija o ispitanicima korišten je sociodemografski upitnik sastavljen za potrebe ovog istraživanja. Pitanjima su zahvaćene informacije poput dobi, tjelesne visine i težine te informacije vezane za određena ponašanja vezana uz ishranu. Kao primjer čestica mogu se navesti pitanja *Vodite li računa o vlastitim prehrambenim navikama u svrhu održavanja ili postizanja željene tjelesne težine?*, *Jeste li ikada bili na nekoj dijeti s ciljem gubitka kilograma?* i *Uobičajeni broj obroka koje imate dnevno?*.

Upitnik stavova prema hranjenju (Garner i sur., 1982)

Za ispitivanje odstupajućih navika hranjenja korišten je Upitnik stavova prema hranjenju (EAT-26, Garner, Olmsted, Bohr i Garfinkel, 1982) koji je najpoznatiji upitnik za ispitivanje odstupajućih obrazaca hranjenja, a temelji se na samoprocjeni simptoma povezanih

s poremećajima hranjenja. Sastoji se od triju subskala: 1. restrikcija (oralna kontrola), 2.bulimija i zaokupljenost, 3. dijeta, što čini ukupno 26 čestica. Ukupan se rezultat formira kao zbroj odgovora na subskalama, gdje veći rezultat znači veću izraženost simptoma poremećaja hranjenja. Procjene se vrše na skali Likertova tipa od 1 do 6, gdje vrijednost 1 podrazumijeva nikad, a 6 uvijek. U upitniku je potrebno rekodirati jednu česticu. Primjeri čestica su: *Volim kad mi je želudac prazan* i *Zaokupljen/a sam željom da budem mršaviji/mršavija.* Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije cijelog upitnika u ovom istraživanju iznosi α=0.85.

Upitnik percepcije roditelja (Grolnick, Ryan i Deci, 1991)

Upitnik percepcije roditelja (Grolnick, Ryan i Deci, 1991) mjeri stupanj u kojem roditelji djeci pružaju optimalan roditeljski kontekst, a oslanja se na procjene ispitanika o svojim roditeljima. Sastoji se od šest subskala, a to su majčina angažiranost, majčino podržavanje autonomije, majčina toplina, očeva angažiranost, očevo podržavanje autonomije te očeva toplina. Ukupan se rezultat formira kao suma odgovora na subskalama, gdje, nakon rekodiranja određenih čestica, veći rezultat podrazumijeva veću zastupljenost određenog percipiranog roditeljskog ponašanja. Ova je verzija upitnika namijenjena studentima i odraslima, a sastoji se od ukupno 42 čestice. Budući da je u istraživanju korišten ukupni rezultat na cijelom upitniku, izračunata je mjera pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije (Cronbachov alpha) za cijeli upitnik percepcije roditelja, pri čemu pouzdanost cijelog upitnika iznosi α=0.95.

Subskala Tjelesni sram (McKinley i Hyde, 1996)

Za ispitivanje tjelesnog srama korištena je subskala Tjelesni sram koja je dio Upitnika svjesnosti o objektifikaciji tijela (Objectified Body Consciousness Scale, McKinley i Hyde, 1996). Subskala se sastoji od osam čestica pomoću kojih se ispituje razina tjelesnog srama. Primjeri čestica su *Sramim se kad se ne potrudim izgledati najbolje što mogu* i *Sramim se kada mi ne odgovara konfekcijski broj za koji smatram da bi mi trebao odgovarati*. Ukupan se rezultat, nakon rekodiranja čestica, formira kao suma odgovora, gdje veći rezultat govori o višoj razini tjelesnog srama. Procjene se vrše na skali Likertova tipa od 1 do 6. Pouzdanost subskale korištene u ovom istraživanju iznosi α=0.79.

3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno *online* putem metode snježne grude. Na početku internetskog obrasca nalazila se obavijest u kojoj je stajalo da je istraživanje anonimno i dobrovoljno te da sudionice u bilo kojem trenutku mogu odustati od sudjelovanja. Sudionicama je bilo naznačeno i to da su se istraživači dužni pridržavati Etičkog kodeksa, da su obvezni zaštititi tajnost

podataka te da će se dobiveni podaci koristiti isključivo u istraživačke svrhe. Označavanjem kvadratića u kojem potvrđuje da je pročitan gornji tekst, sudionice bi dale pristanak na sudjelovanje u istraživanju. Zatim bi redom ispunjavale sociodemografski upitnik, upitnik EAT-26, subskalu tjelesnog srama i na kraju upitnik percepcije roditelja. Sudionice nisu davale svoje osobne podatke, poput imena i prezimena ili adrese, a sudjelovanje u istraživanju trajalo je do 15 minuta.

4. Rezultati

4.1.Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka

Prije odabira adekvatnih statističkih postupaka za obradu podataka ispitano je jesu li zadovoljeni preduvjeti za korištenje parametrijskih testova. Za provjeru preduvjeta za korištenje parametrijskih testova korišteno je nekoliko tehnika, a prva od njih bio je Kolmogorov-Smirnovljev test. Prema vrijednostima navedenog testa utvrđeno je da sve distribucije statistički značajno odstupaju od normalne. Vrijednosti za Kolmogorov-Smirnovljev test te indekse asimetričnosti i spljoštenosti prikazane su u Tablici 1.

Tablica 1. Vrijednosti Kolmogorov – Smirnovljeva testa te indeksi asimetričnosti i spljoštenosti upitnika i njihovih subskala.

Varijabla	K-S test	p	Indeks asimetričnosti	Indeks spljoštenosti
EAT-26	.13	.000	1.33	1.85
Bulimija	.27	.000	2.29	6.05
Restrikcija	.18	.000	1.33	1.85
Dijeta	.16	.000	1.19	1.09
Percepcija majke	.14	.000	-1.15	.96
Majčina angažiranost	.13	.000	-.88	-.08
Majčino podržavanje autonomije	.14	.000	-1.07	.97
Majčina toplina	.17	.000	-1.57	2.64
Percepcija oca	.09	.000	-.48	-.64
Očeva angažiranost	.07	.000	-.44	-.51
Očevo podržavanje autonomije	.11	.000	-.41	-.73
Očeva toplina	.13	.000	-.93	.25
Tjelesni sram	.09	.000	.52	-.55

Vizualnom inspekcijom histograma uočeno je kako svi upitnici i njihove subskale te subskala tjelesnog srama odstupaju od normalne distribucije.

S obzirom na to da velik broj autora Kolmogorov – Smirnovljev test smatra strogom i zastarjelom tehnikom provjere normalnosti distribucije (Field, 2009), u obzir su uzeti i koeficijenti asimetričnosti i spljoštenosti. Ukoliko se koeficijent asimetričnosti kreće u rasponu od +/-3, a koeficijent spljoštenosti u intervalu od +/-10, korištenje parametrijskih postupaka je dopušteno (Kline, 2005). Budući da su vrijednosti koeficijenata spljoštenosti i asimetričnosti u predviđenim rasponima, ovaj se preduvjet smatra zadovoljenim te je opravdano koristiti parametrijske postupke prilikom obrade dobivenih rezultata.

Singh (2006) u svom priručniku za provođenje istraživanja i obradu podataka navodi da su osnovne pretpostavke za provođenje parametrijskih testova nezavisna mjerenja, zatim poznata priroda distribucija, poznat omjer vrijednosti varijanci populacije te konačno, mjerene su varijable izražene na intervalnoj ili omjernoj skali. S obzirom na sve do sada navedene argumente, korištenje parametrijskih postupaka smatra se opravdanim.

4.2.Deskriptivna analiza

Za obradu podataka u svrhu provjere hipoteza i odgovaranja na problem korišten je statistički paket SPSS 21.0. U Tablici 1. prikazani su deskriptivni podaci za upitnik EAT-26 i njegove subskale koji ukazuju da sudionici u ovom istraživanju na upitniku postižu niže rezultate, odnosno u prosjeku ne pokazuju simptomatologiju odstupajućih obrazaca hranjenja. Ipak, na subskali dijeta postižu rezultate koji tendiraju k višima. Rezultat iznad 20 je kritičan, a u ovom ga uzorku postižu 34 sudionice, odnosno 10.6%. S obzirom na to da su odgovori na 1, 2 i 3 transformirani u 0, na temelju priručnika o bodovanju upitnika, najveća frekvencija odgovora spada upravo u kategoriju nule.

Tablica 2. Osnovni deskriptivno-statistički pokazatelji upitnika EAT-26 i njegovih subskala

	N	*M*	*SD*	*C*	*D*	*Minimum*	*Maksimum*	*Teorijski raspon*
EAT-26	322	9.40	7.53	8	9	0	41	0-78
Restrikcija	322	2.62	2.95	2	0	0	15	0-21
Bulimija	322	1.10	1.75	0	0	0	10	0-18
Dijeta	322	5.67	5.61	4	0	0	25	0-39

U Tablici 3 prikazani su osnovni deskriptivno-statistički pokazatelji upitnika percepcije roditelja te njegovih subskala. Na prvi se pogled može uočiti razlika između broja odgovora

ispitanika uslijed preskakanja odgovora. Naime, uzevši u obzir činjenicu da neki ispitanici imaju jednog roditelja, u internetskom je obrascu omogućeno odgovaranje za samo jednog roditelja, što je uzrokovalo neujednačenost u broju odgovora. Iz prikazanih se rezultata može vidjeti da ispitanici percipiraju majke nešto pozitivnije u odnosu na oca. Vizualnom inspekcijom subskala može se primijetiti da sudionici u ovom istraživanju najveće vrijednosti postižu na subskalama majčino podržavanje autonomije te očevo podržavanje autonomije.

Tablica 3. Osnovni deskriptivno-statistički pokazatelji upitnika percepcije roditelja i njegovih subskala te subskale tjelesni sram

	N	*M*	*SD*	*C*	*D*	*Minimum*	*Maksimum*	*TR*
PM	305	118.38	19.52	123	136	39	146	21-147
MA	315	34.49	6.48	36	42	15	42	6-42
MPA	310	47.28	8.63	50	53	15	63	9-63
MT	319	35.54	6.77	38	42	6	42	6-42
PO	278	107.19	27.68	111.5	132	30	147	21-147
OA	288	28.05	9.41	29	42	6	42	6-42
OPA	288	46.07	11.89	47	57	14	63	9-63
OT	288	32.59	8.22	35	42	6	42	6-42
TS	322	21.84	9.04	20	20	8	48	8-48

PM – percepcija majke, MT – majčina toplina, MPA – majčino podržavanje autonomije, MA – majčina angažiranost, PO – percepcija oca, OT – očeva toplina, OPA – očevo podržavanje autonomije, OA – očeva angažiranost, TS – tjelesni sram, TR – teorijski raspon

U Tablici 3 prikazani su i osnovni deskriptivno-statistički podaci subskale tjelesnog srama. S obzirom na to da je teoretski raspon rezultata na subskali između 8 i 48, uvidom u rezultate može se reći da sudionici u ovom istraživanju postižu prosječne rezultate koji tendiraju prema nižima. Osim ukupnih rezultata na upitnicima i subskalama, analizirani su i odgovori na sociodemografskom upitniku. Pitanja su se odnosila na ponašanja vezana uz ishranu čiji je cilj očuvanje poželjnog tjelesnog izgleda. Rezultati pokazuju da najveći broj ispitanica (37%) umjereno vodi računa o vlastitim prehrambenim navikama u svrhu postizanja željene tjelesne težine. Nadalje, 55.6% ispitanica je barem jednom u životu bilo na nekoj dijeti s ciljem gubitka kilograma. Od njih, najveći je broj ispitanica (20.5%) iz prehrane izbacilo određene namirnice s ciljem gubitka kilograma. Pripravke za smanjenje tjelesne težine koristi 11.2% ispitanica, a od njih je najveći postotak ispitanica koje koriste proteine (3.1%) i različite biljne čajeve s učinkom smanjenja tjelesne težine (2.8%). Ispitana je i učestalost tjelesne aktivnosti u svrhu gubitka kilograma pa tako gotovo polovica ispitanica (49.4%) izjavljuje da je posjećivalo

teretanu. Kako su uz mršavljenje vezani i broj i raspodjela obroka, česticom koja ispituje uobičajeni broj obroka po danu ispitana je frekvencija hranjenja. Rezultati pokazuju da najveći broj ispitanica (44.1%) ima tri obroka dnevno, dok najmanji broj ispitanica (0.9%) dnevni kalorijski unos raspoređuje na šest dnevnih obroka. Ispitanice su dale samoiskaz o tjelesnoj visini i težini temeljem čega je izračunat indeks tjelesne mase. Prosječni indeks tjelesne mase iznosi *M*=22.06, *SD*=3.388, pri čemu je najniži indeks tjelesne mase iznosio 16, a najviši 39.

4.3.Povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama

Cilj prvog problema u istraživanju bio je odgovoriti na pitanje povezanosti te smjera povezanosti odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama.

Kako bi se odgovorilo na prvi problem istraživanja te provjerile prve dvije istraživačke hipoteze, izračunata je povezanost upitnika EAT-26, upitnika percepcije roditelja i njegovih subskala te subskale tjelesni sram. Također, izračunata je povezanost navedenih varijabli s varijablama koje su dodatno obuhvaćene istraživanjem. Rezultati interkorelacija upitnika prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4. Interkorelacije mjerenih varijabli

	EAT-26	PM	MT	MPA	MA	PO	OT	OPA	OA	TS	ITM	PP	Dob
EAT-26	1	-.07	-.07	-.06	-.08	-.11	-.13*	-.12*	-.099	.54**	.18**	.23**	.01
PM		1	.94**	.95**	.93**	.46**	.44**	.44**	.43**	.24**	-.10	-.06	.05
MT			1	.84**		.41**	.41**	.38**	.42**	-.20**	-.11*	-.06	.08
MPA				1	.82**	.39**	.36**	.40**	.35**	-.22*	-.08	-.08	.05
MA					1	.46**	.43**	.43**	.46**	-.20**	-.09	-.01	.08
PO						1	.95**	.96**	.93**	-.16	-.02	-.09	.09
OT							1	.88**	.83**	-.17**	-.04	-.11	.08
OPA								1	.82**	-.17**	-.03	-.07	.12*
OA									1	-.12*	.01	-.07	.11*
TS										1	.39**	.16**	-.05
ITM											1	.02	.09
PP												1	.16**
Dob													1

Napomena: ** p < .01; * p < .05

PM – percepcija majke, MT – majčina toplina, MPA – majčino podržavanje autonomije, MA – majčina angažiranost, PO – percepcija oca, OT – očeva toplina, OPA – očevo podržavanje autonomije, OA – očeva angažiranost, TS – tjelesni sram, ITM – indeks tjelesne mase, PP – posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine

Iz Tablice 4 može se primijetiti značajna međusobna povezanost varijabli koje ispituju percepciju majke i percepcije oca. Također, gotovo su sve varijable statistički značajno povezane sa subskalom tjelesni sram. S druge strane, upitnik EAT-26 statistički značajno korelira samo s dvjema subskalama koje ispituju percepciju oca, odnosno sa subskalom očeva toplina i očevo podržavanje autonomije te također korelira sa subskalom tjelesni sram. S obzirom na utvrđenu pozitivnu povezanost subskale tjelesnog srama i upitnika koji provjerava odstupajuće obrasce hranjenja, može se reći da one sudionice koje postižu viši rezultat na subskali tjelesnog srama imaju tendenciju postizanja viših rezultata na upitniku EAT-26. Ta će pretpostavka biti provjerena u sklopu drugog istraživačkog problema. Vezano za povezanost upitnika percepcije roditelja i tjelesnog srama, može se reći da sudionice koje pozitivnije percipiraju svoje majke imaju manju razinu tjelesnog srama.

Budući da nije utvrđena statistički značajna povezanost percepcije oca i majke s odstupajućim navikama hranjenja, može se reći da je prva istraživačka hipoteza odbijena. S druge strane, utvrđena je značajna i pozitivna povezanost varijable tjelesnog srama s odstupajućim navikama hranjenja, stoga je druga istraživačka hipoteza potvrđena. Uvidom u prirodu i smjer povezanosti između korištenih varijabli ujedno je odgovoreno i na prvi istraživački problem. Dakle, nije utvrđena statistički značajna povezanost percepcije roditelja s odstupajućim navikama hranjenja. S druge strane, utvrđena je statistički značajna povezanost subskale tjelesni sram s upitnikom EAT-26, percepcijom majke, majčinom toplinom, majčinim podržavanjem autonomije, majčinom angažiranošću, očevom toplinom, očevim podržavanjem autonomije i očevom angažiranošću.

4.4.Doprinos tjelesnog srama i percepcije roditelja odstupajućim navikama hranjenja

Drugim se istraživačkim problemom htjela ispitati mogućnost predviđanja pojave odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama. S obzirom na to da nije utvrđena značajna povezanost između odstupajućih navika hranjenja i varijabli koje ispituju percepciju majke i oca, postojalo je nedovoljno podataka za provođenje regresijske analize, stoga će se u nastavku pažnja posvetiti dodatnim varijablama koje su obuhvaćene ovim istraživanjem, a prikazane su u Tablici 4.

U Tablici 4 može se primijetiti značajna povezanost upitnika EAT-26 s varijablom tjelesni sram, indeksom tjelesne mase i posvećenosti prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine. Nadalje, utvrđena je značajna povezanost tjelesnog srama s posvećenosti prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine te značajna povezanost indeksa tjelesne mase s upitnikom EAT-26 i

varijablom tjelesni sram. Također, nije utvrđena značajna povezanost dobi s upitnikom EAT-26, tjelesnim sramom i indeksom tjelesne mase, ali navedena varijabla značajno korelira s varijablom posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine. Ono što je zanimljivo za primijetiti jest utvrđena značajna povezanost između varijable posvećenosti prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine s upitnikom EAT-26 i varijablom tjelesni sram, ali ne i s indeksom tjelesne mase. Drugim riječima, u ovom istraživanju indeks tjelesne mase kao varijabla kod ispitanica nije povezan s posvećivanjem prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine, dok rezultat na upitniku EAT-26 te subjektivan osjećaj tjelesnog srama jesu.

Kako bi se odgovorilo na dodatna pitanja koja su se pojavila tijekom provođenja istraživanja, provedena je multipla regresijska analiza u kojoj se nastojala provjeriti prediktivnost tjelesnog srama, indeksa tjelesne mase i posvećenosti prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine za kriterij odstupajući obrasci hranjenja. Prije provedbe analize ispitane su uvjeti za regresiju te korelacije između prediktora i kriterija koje su prikazane u Tablici 5. Provjerom modela utvrđeno je da nema multikolinearnosti, odnosno VIF vrijednosti kretale su se u rasponu od 1.03 do 1.21, a vrijednosti Tolerance u rasponu od 0.83 do 0.98). Iznos Durbin-Watsonova testa u ovom je modelu 2.01, stoga se može pretpostaviti kako su reziduali nezavisni. Modelom je objašnjeno ukupno 31% varijance kriterija. Na temelju utvrđenih rezultata može se reći da oni sudionici ovog istraživanja koji osjećaju višu razinu tjelesnog srama te su više posvećeni prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine ujedno imaju i veće predispozicije za postizanje viših rezultata na upitniku poremećaja hranjenja.

Tablica 5. Rezultati multiple regresijske analize za kriterij odstupajući obrasci hranjenja

Varijabla	β	*t*	*p*
Tjelesni sram	0.51	9.84	0.000
Indeks tjelesne mase	- 0.02	- 0.44	0.658
Posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine	0.16	3.38	0.001
	R^2 = 0.31	ΔR^2 =0.31	F =45.28**

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

Kriterij: odstupajući obrasci hranjenja

5. Rasprava

Cilj je ovog istraživanja bio ispitati povezanost odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama te provjeriti mogućnost predviđanja odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama.

U istraživanju su sudjelovale 322 sudionice raspona dobi od 18 do 25 godina, prosječnog indeksa tjelesne mase 22, pri čemu je distribucija indeksa tjelesne mase negativno asimetrična. Najveći broj sudionica (84.2%) spada u kategoriju normalne tjelesne težine. U kategoriju prekomjerne tjelesne težine pripada 12.7% sudionica, dok 3.1% sudionica po indeksu tjelesne mase pripada kategoriji pretilosti. S druge strane, rezultati pokazuju da 7.8% ispitanica spada u kategoriju pothranjenosti, odnosno indeksa tjelesne mase ispod 18.5. Ukoliko se usporede ispitanice tjelesne težine veće od preporučene s ispitanicama tjelesne težine manjom od preporučene, brojke idu u korist ispitanica s prekomjernom tjelesnom težinom, odnosno, 15.8% sudionica spada u kategorije prekomjerne tjelesne težine i pretilosti u usporedbi sa 7.8% koje su pothranjene. Istraživanje koje je 2003. godine provedeno u Hrvatskoj na odrasloj populaciji pokazuje kako prevalencija pretilosti kod žena iznosi 20.6% (Fišter i sur., 2009). S obzirom na to da pretilost ostavlja brojne zdravstvene posljedice, poput nastanka bolesti kardiovaskularnog, lokomotornog, endokrinog, gastro-intestinalnog sustava i drugih (Medanić i Pucarin-Cvetković, 2012), potrebno je u javnosti posvetiti više pozornosti ovom fenomenu. Kako je već spomenuto, 7.8% ispitanica pripada kategoriji ispodprosječne tjelesne težine, što nije zanemarivo, budući da se kod određenog broja sudionica nazire mogući problem tendencije k mršavosti. Podaci pokazuju i to da je 55.6% ispitanica barem jednom u životu bilo na nekoj dijeti s ciljem gubitka kilograma. Od njih, najveći je broj ispitanica (20.5%) iz prehrane izbacilo određene namirnice s ciljem gubitka kilograma. Pripravke za smanjenje tjelesne težine koristi 11.2% ispitanica, a od njih je najveći postotak ispitanica koje koriste proteine (3.1%) i različite biljne čajeve s učinkom smanjenja tjelesne težine (2.8%). Dobiveni su rezultati donekle u skladu s rezultatima istraživanja Fielda i suradnika (2005) koji pokazuju da 8% djevojaka koristi neki oblik pripravaka za ubrzanje mršavljenja. Ispitana je i učestalost tjelesne aktivnosti u svrhu gubitka kilograma pa tako gotovo polovica ispitanica (49,4%) izjavljuje da je posjećivalo teretanu. Kako je već spomenuto u uvodu, mnoge djevojke dolaze pod utjecaj medijskih prikaza idealnog oblika tijela, što utječe na njihovu percepciju tijela te prakticiranje različitih, najčešće restriktivnih obrazaca ishrane. Umjerena je tjelesna aktivnost važno oruđe, ne samo za održavanje poželjne tjelesne težine kod obje skupine (pothranjene i prekomjerne

tjelesne težine) nego i za prevenciju kroničnih bolesti u starosti, stoga treba naglasiti njezin blagotvoran utjecaj na tjelesno i mentalno zdravlje. Pozornost treba posvetiti i pravilnoj, zdravoj ishrani, kako bi se tijelu osigurali svi bitni mikronutrijenti potrebni za njegovo funkcioniranje.

U istraživanju je korištena subskala tjelesnog srama. Rezultati pokazuju da sudionice u ovom istraživanju na subskali tjelesnog srama u prosjeku postižu umjerene rezultate koji tendiraju prema nižima. Provjerom povezanosti tjelesnog srama s ostalim varijablama korištenim u istraživanju, rezultati ukazuju na značajnu povezanost tjelesnog srama s indeksom tjelesne mase. Drugim riječima, sudionice koje imaju viši indeks tjelesne mase, manje su zadovoljne svojim tijelom, odnosno osjećaju veću razinu tjelesnog srama. Rezultati istraživanja koje su proveli Mustapić i suradnici (2015) na uzorku hrvatskih adolescentica idu u prilog dobivenim rezultatima, odnosno, također pokazuju značajnu povezanost indeksa tjelesne mase s tjelesnim sramom. U istraživanju na studentima preddiplomskih studija koje su proveli John i Ebbeck (2008) rezultati na subskali tjelesnog srama kod žena bili su nešto viši nego u ovom istraživanju, odnosno prosječan rezultat koje su sudionice postizale na navedenoj subskali iznosio je oko 24, u usporedbi sa sudionicama u ovom istraživanju koje su u prosjeku postizale rezultat 21.

Kako su roditelji važne figure u razvoju slike o sebi te razvoju samopoštovanja, sigurno je da putem svojih odgojnih stilova i ponašanja prema djetetu utječu na njegovu samopercepciju. Lian i Han (2010; prema Malik i Rafique, 2013) navode da je od mnogobrojnih odnosa formiranih tijekom životnog vijeka, upravo odnos između roditelja i djeteta najvažniji. Rezultati ovog istraživanja ukazuju na značajnu negativnu povezanost tjelesnog srama s percepcijom majke te percepcijom oca, odnosno, one sudionice koje su negativnije percipirale svoje roditelje, ujedno su pokazivale i veće razine tjelesnog srama. Kernis, Brown i Brody (2001) provode istraživanje u kojem su uspoređivali djecu sa stabilnim i nestabilnim samopoštovanjem. Rezultati pokazuju da djeca s niskim samopoštovanjem percipiraju roditelje kao više kritične i kontrolirajuće, a manje sklone pokazivanju odobravanja i potvrđivanja. Iz navedenih je razloga važno raditi na edukaciji roditelja u podržavanju djeteta, njegove autonomije te podržavanju razvoja pozitivne slike o sebi kod djeteta.

Analizom povezanosti između odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama nastojalo se odgovoriti na prvi problem ovog istraživanja. Rezultati ukazuju na značajnu povezanost tjelesnog srama s percepcijom roditelja i odstupajućim obrascima hranjenja. S druge strane, nije utvrđena povezanost između percepcije roditelja i odstupajućih obrazaca hranjenja. S obzirom na dobivene rezultate, prva je istraživačka hipoteza odbijena.

Može se reći da ovo istraživanje na neki način potvrđuje dosadašnja istraživanja koja su se bavila odnosom roditeljskih odgojnih stilova s odstupajućim ponašanjima u prehrani. Naime, iako prva istraživačka hipoteza nije potvrđena, rezultati istraživanja ukazuju na to da ispitanici pozitivno percipiraju svoje roditelje i istovremeno u globalu ne pokazuju simptome poremećaja u prehrani. Primjerice, u istraživanju koje su proveli Lobera i suradnici (2011) rezultati pokazuju značajnu povezanost zanemarujućeg roditeljskog stila s poremećajima u prehrani. Nadalje, u istraživanju koje su proveli Kremers i suradnici (2003) pokazana je važnost autoritativnog roditeljskog stila u nastanku i održavanju zdravih navika kod djece pa se tako djeca autoritativnih roditelja hrane značajno zdravije u odnosu na djecu roditelja ostalih odgojnih stilova. Rhee i suradnici (2006) provode istraživanje sa sličnom tematikom, a rezultati pokazuju da su djeca autoritativnih roditelja imala najnižu prevalenciju pretilosti, dok su djeca autoritarnih obitelji imala povećan rizik od prekomjerne tjelesne težine. Ipak, s obzirom da su konstrukti vezani uz roditeljski odgoj, obiteljsku dinamiku te percepciju roditelja različito operacionalizirani, treba biti oprezan pri uspoređivanju rezultata. Konkretno, u ovom je istraživanju korišten upitnik Ryana, Grolnicka i Decija (1991) koji je konstruiran u okviru teorije samodeterminacije te se zapravo češće koristio za istraživanja motivacije, samodeterminacije i školskog uspjeha kod djece. Međutim, kako za potrebe ovog istraživanja nije pronađen prikladniji upitnik, korišten je spomenuti. Nadalje, neutvrđena značajna povezanost upitnika koji mjeri odstupajuće obrasce ishrane s upitnikom percepcije roditelja nije iznenađujuća ni zbog činjenice da je izabran neklinički uzorak. Iako postoji određena vjerojatnost da se unutar uzorka pronađu osobe sa simptomima poremećaja hranjenja, Garner (1982), sam autor upitnika EAT-26, navodi da je jedan od nedostataka upitnika vrlo često disimulacija simptoma, stoga svaka inteligentna osoba može vrlo lako prozreti pitanja i prikriti simptome poremećaja u prehrani (Garner, Olmsted, Bohr i Garfinkel, 1982). Zbog toga treba uzeti u obzir i iskrenost sudionika prilikom odgovaranja na pitanja.

Analizom podataka u svrhu provjere druge istraživačke hipoteze, rezultati su pokazali statistički značajnu, pozitivnu povezanost tjelesnog srama s odstupajućim navikama hranjenja. Drugim riječima, djevojke koje su osjećale veće razine tjelesnog srama postizale su veći rezultat na upitniku koji ispituje odstupajuće obrasce hranjenja. Dobivenim je rezultatima druga istraživačka hipoteza potvrđena. Dosad se mali broj istraživanja bavio ovom problematikom, međutim, ista potvrđuju navedenu hipotezu. Primjerice, u istraživanju koje su proveli Mustapić i suradnici (2015) pokazala se značajna povezanost upitnika EAT-26 i subskale tjelesnog srama.

Cilj drugog istraživačkog problema bio je ispitati mogućnost predviđanja odstupajućih navika hranjenja na temelju upitnika percepcije roditelja te subskale tjelesnog srama. S obzirom na to da nije utvrđena značajna povezanost percepcije roditelja s odstupajućim obrascima hranjenja, navedena je varijabla isključena iz daljnje obrade, a pažnja je posvećena dodatnim varijablama koje su obuhvaćene istraživanjem. Provedena je multipla regresijska analiza s tjelesnim sramom, indeksom tjelesne mase, posvećenosti prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine i dobi kao prediktorima te odstupajućim obrascima hranjenja kao kriterijskom varijablom. Rezultati multiple regresijske analize pokazuju da su tjelesni sram te varijabla koja ispituje posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine značajni i pozitivni prediktori odstupajućih obrazaca hranjenja. Neka od dosadašnjih istraživanja potvrđuju ovaj nalaz. Primjerice, u istraživanju koje provodi Troop (2016) rezultati pokazuju da one ispitanice koje trenutno osjećaju sram unose više kalorija, dok one koje anticipiraju tjelesni sram unose manje kalorija. Dakle, može se reći da je tjelesni sram značajno utjecao kod ispitanica na ponašanja vezana uz ishranu. Troop i Redshaw (2012) provode istraživanje odnosa tjelesnog srama i poremećaja u prehrani čiji rezultati ukazuju na to da je tjelesni sram značajan prediktor simptoma anoreksije. Osim toga, anticipirani se tjelesni sram pokazao i značajnim prediktorom straha od dobivanja na težini. Istraživanja koja se bave tretmanom tjelesnog srama te smanjenjem njegova utjecaja na težinu simptoma poremećaja u prehrani također potvrđuju dosadašnja istraživanja. Naime, u istraživanju koje su proveli Kelly i suradnici (2013) rezultati pokazuju da su pacijenti s većim napretkom u tretmanu smanjenja tjelesnog srama pokazali značajno slabije simptome poremećaja hranjenja. U skladu s navedenim, može se reći da je dobiveni nalaz očekivan. Rezultati istraživanja koje su proveli Patton i suradnici (1999) pokazuju da su sudionice koje su prakticirale rigoroznu dijetu imale 18 puta veću vjerojatnost za razvijanje poremećaja u prehrani u odnosu na one koje nisu bile na dijeti. One ispitanice koje su bile na umjerenoj dijeti imale su pet puta veću vjerojatnost nastanka poremećaja u prehrani, u usporedbi sa sudionicama koje nisu prakticirale nikakvu dijetu. Rezultati longitudinalnih istraživanja pokazuju da određen broj djevojaka na dijeti djelomično razvija skup simptoma poremećaja u prehrani, dok određen broj djevojaka u potpunosti razvija poremećaj u prehrani (Herzog i sur., 1993, King, 1989; prema Halvarsson, 2000). Patton i suradnici (1990; prema Halvarsson, 2000) su u istraživanju provedenom na petnaestogodišnjim djevojkama pokazali da su provođenje dijete, abnormalne navike vezane uz ishranu te generalizirana mjera psihopatologije prediktori razvoja poremećaja u prehrani.

6. Doprinos i ograničenja rada

Tjelesni sram kao varijabla koja značajno doprinosi nastanku i održavanju odstupajućih obrazaca hranjenja u Hrvatskoj gotovo je neistražena, stoga se kao najveći doprinos ovog istraživanja može navesti posvećivanje pozornosti toj temi te rasvjetljavanje odnosa između istraživanih varijabli. Također, u ovom se istraživanju pokazala značajna povezanost tjelesnog srama sa simptomima poremećaja u prehrani, stoga bi ovo istraživanje te njemu slična mogla poslužiti kao temelj za provođenje različitih intervencija i psihoedukativnih radionica sa svrhom smanjenja tjelesnog srama kod djevojaka i posljedično na simptome odstupajućih navika hranjenja. Istraživanja koja se bave odnosom ranih obiteljskih iskustava te obiteljske dinamike s incidencijom određenih psihopatoloških varijabli od velike su važnosti jer stavljaju fokus na važnost roditeljske motivacije, pažnje i topline u odnosu prema vlastitom djetetu. Kako su roditelji primarne i najvažnije osobe u životu djeteta te svojim ponašanjem ostavljaju posljedice na dijete i u njegovoj odrasloj dobi, putem adekvatne edukacije roditelja i stavljanjem naglaska na važnost pravilnog odgoja zasigurno se mogu prevenirati nepoželjne posljedice u kasnijoj dobi. Ono što se uvijek treba posebno naglasiti jest važnost utjecaja životnog stila na prevenciju kroničnih bolesti u kasnijoj životnoj dobi. Ovim je istraživanjem pružen uvid, osim u varijable koje ispituju odstupajuće obrasce hranjenja, percepciju roditelja te tjelesni sram, također i u varijable koje ispituju svakodnevne navike vezane za ishranu kod sudionica. Ovakva istraživanja mogu poslužiti i kao screening metode kako bi se utvrdila prevalencija poremećaja u prehrani u određenom uzorku te, posljedično, također putem različitih psihoedukativnih radionica i angažiranjem medija, radilo na prevenciji odstupajućih ponašanja vezanih uz ishranu, koja sama po sebi predstavljaju oblik zdravstveno rizičnih ponašanja.

Iako je ovo istraživanje doprinijelo razumijevanju odnosa tjelesnog srama i odstupajućih obrazaca hranjenja, potrebno je naglasiti određene metodološke nedostatke. Kao ograničenje rada prije svega treba navesti strukturu uzorka, odnosno činjenicu da je za ispitivanje odstupajućih obrazaca hranjenja odabran neklinički uzorak. Naime, budući da su rezultate iznad graničnih postigle 34 sudionice (10.56%), uzorkom nije obuhvaćen dovoljan broj jedinica iz ciljane grupe. Stoga se dobiveni rezultati zasigurno ne mogu generalizirati na populaciju osoba s poremećajima u prehrani. Međutim, neklinički je uzorak ujedno i prednost jer se istraživanjem dobiva uvid u prehrambene navike i odnose ispitivanih varijabli u zdravoj, općoj populaciji djevojaka. Nadalje, u istraživanju su korišteni upitnici samoiskaza čiji je najveći nedostatak poricanje, odnosno disimulacija simptoma, stoga niski rezultati ne moraju značiti da klinički značajni simptomi nisu prisutni. Main i suradnici (1984) navode da su istraživanja

privrženosti vezana za poremećaje u prehrani često kritizirana zbog činjenica da su zasnovana na mjerama samoiskaza te zbog korištenja upitnika privrženosti na odraslim osobama. Budući da je uzorak obuhvaćao žene starosti od 18 do 25 godina, što je dob u kojoj se pretpostavlja da je barem donekle uspostavljena emocionalna nezavisnost od strane roditelja te kada se pretpostavlja da ispitanice već imaju donekle stabilan odnos s roditeljima, logično je za očekivati da će distribucija upitnika percepcije roditelja ići u pozitivno asimetričnom smjeru. U dosadašnjim je istraživanjima odnosa s roditeljima na zdravim populacijama također pokazana uglavnom pozitivna percepcija roditelja (npr. Phares i Renk, 1998; Ripoll-Núñez i Carrillo, 2016), što za sljedeća istraživanja sugerira provođenje istraživanja na kliničkom uzorku. Isto tako, neke od čestica na upitniku, iako su, prema navodima autora, prilagođene za odraslu populaciju, nisu bile relevantne i valjane za korištenje u istraživanju na spomenutoj populaciji. Kao primjer takve, može se navesti čestica *Moja majka mi dopušta da odlučujem samostalno.* Naime, kako su u istraživanju sudjelovale odrasle sudionice, logično je da će na nekim od odgovora biti povišeni rezultati, što na neki način dovodi do umjetnog povećanja rezultata. Osim toga, moguće je da su sudionice ovog istraživanja imale tendenciju davanja socijalno poželjnih odgovora tijekom odgovaranja na upitnik, budući da se radi o roditeljima, a poznato je da je poštivanje roditelja kulturološki i religijski internalizirano. Iako je na početku istraživanja izričito naglašeno da je upitnik u potpunosti anoniman, a podaci će se koristiti isključivo u istraživačke svrhe, moguće je da su neke sudionice i dalje bile zabrinute za anonimnost svojih podataka. Tome u prilog svjedoči anegdota da su neke od sudionica nakon sudjelovanja u istraživanju svojim komentarima dovodile u pitanje anonimnost upitnika, stoga je moguće da je ova činjenica kod njih utjecala na iskrenost prilikom odgovaranja.

7. Implikacije i smjernice za buduća istraživanja

S obzirom na spomenute nedostatke upitnika percepcije roditelja, prijedlog za rješenje ovog problema jest korištenje upitnika koji se bazira na retrospektivnim pitanjima o djetinjstvu, odnosu majke i oca prema djetetu za vrijeme ispitanikovog djetinjstva, karakteristikama njihova roditeljskog odgojnog stila, načina uspostavljanja privrženosti i slično. Također, bilo bi dobro provesti istraživanje i na roditeljima ispitanika, kako bi se provjerila povezanost između čestica kod jedne i druge skupine ispitanika. Rezultati nekih istraživanja pokazuju da žene imaju pozitivniji odnos s roditeljima (Ripoll-Núñez i Carrillo, 2016), stoga je prijedlog za sljedeća istraživanja uključiti i sudionike muškog spola. Kako je korišten upitnik koji ispituje poremećaje u prehrani, odnosno odstupajuće obrasce u hranjenju, u sljedećim bi istraživanjima

bilo dobro koristiti i neke od skala stavova prema tijelu. Kao prijedlog za buduća istraživanja, osim korištenja različitog upitnika za ispitivanje obiteljskih odnosa, sugerira se korištenje dodatnih psiholoških varijabli, poput upitnika ličnosti te upitnika vulnerabilnog narcizma, budući da neka istraživanja sugeriraju pozitivnu povezanost narcizma i tjelesnog srama (npr. Steiger i sur., 1997).

8. Zaključak

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos odstupajućih navika hranjenja, percepcije roditelja i tjelesnog srama te ispitati mogućnost predviđanja odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama. Ovim istraživanjem nije utvrđena povezanost percepcije roditelja s odstupajućim navikama hranjenja, čime je prva hipoteza odbačena. S druge strane, utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost tjelesnog srama s odstupajućim navikama hranjenja, čime je druga istraživačka hipoteza potvrđena. U okviru drugog problema nastojala se ispitati mogućnost predviđanja pojave odstupajućih navika hranjenja na temelju percepcije roditelja i tjelesnog srama. Očekivalo se da će tjelesni sram biti značajni pozitivni, a pozitivna percepcija roditelja značajni negativni prediktor odstupajućim navikama hranjenja. Kako nije utvrđena povezanost percepcije roditeljima s odstupajućim navikama hranjenja, varijabla percepcija roditelja je isključena iz analize, a u obradu je uključena varijabla posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine. Rezultati provedene multiple regresijske analize pokazuju da su tjelesni sram i posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine značajni i pozitivni prediktori odstupajućih obrazaca hranjenja. Dobiveni rezultati pokazuju da varijabla tjelesni sram zajedno s varijablom posvećenost prehrani u svrhu održavanja tjelesne težine statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance kriterija, čime je treća hipoteza djelomično potvrđena.

Literatura

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

Aragona, M., Catapano, R., Loriedo, C., Alliani, D. (2011). The "psychosomatic" family system: are families with Eating Disorders more enmeshed and rigid than normal controls? *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences, 4(1),* 10-15.

Aronson, E., Wilson, T.D. i Akert, R.M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: Mate.

Augested, L.B., Seather, B. i Gatestam, K.G. (1999). The relationship between eating disorders and personality in physically active women. *Scandinavian Jouranl of Medicine and Science in Sport, 9(5),* 305-309.

Anton, S. i Knežević, M. Z. (1996). Anorexia nervosa. *Socijalna psihijatrija, 24(4),* 155–161.

Becker, A.E., Gilman, S.E., Burwell, R.A. (2005). Changes in Prevalence of Overweight and in Body Image among Fijian Women between 1989 and 1998. *Obesity Society, 13(1),* 110-117.

Begić, D. (2011). Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada.

Burton, M. (2014). Understanding eating disorders in young people. Practice Nursing, 25, 606-610.

Davidson G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja.* Jastrebarsko: Naklada Slap.

Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (third edition). London: Sage Publications.

Field, A. P., Austin, S. B., Camargo, C. A., Barr Taylor, C., Striegel-Moore, R. H., Loud, K. J. i Colditz, G. A. (2005). Exposure to the Mass Media, Body Shape Concerns, and Use of Supplements to Improve Weight and Shape Among Male and Female Adolescents. *Pediatrics, 116 (2),* 214 – 220.

Fišter, K,. Kolčić, I,. Musić Milanović, S., Kern, J. (2009). The Prevalence of Overweight, Obesity and Central Obesity in Six Regions of Croatia: Results from the Croatian Adult Health Survey. *Coll Antropol 2009; 33(1),* 25-29.

Furnham, A., Badmin, N., Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology, 136(6),* 581–596.

Garner, D.M. (1989). Eating Attitudes Test (EAT-26): Scoring and Interpretation. *Neobjavljeni rad.*

Grabe, S., Ward, L.M. (2008). The Role of the Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies. *Psychological Bulletin, 134(3)*, 460-476.

Grolnick, W. S., Ryan, R. M., Deci, E. L. (1991). The inner resources for school performance: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology, 83*, 508-517.

Halvarsson, K. (2000). Dieting and Eating Attitudes in Girls: Development and Prediction. Doktorska disertacija. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.

Hoek, H.W.(2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 19(4)*, 389-394.

John, D.H., Ebbeck, V. (2008). Gender-Differentiated Associations among Objectified Body Consciousness, Self-Conceptions and Physical Activity. *Sex Roles, 59*, 623-632.

Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D.A., Treasure, J.L. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine, 31(2)*, 317-329.

Kline, R.B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Lombardi, R. (2007). Shame in Relation to the Body, Sex, and Death: A Clinical Exploration of the Psychotic Levels of Shame. *Psychoanalytic Dialogues, 17(3)*, 385-399.

Main, M. (1999). Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications,* 845-888. New York: Guilford Press.

Marčinko, D. (2013). Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada.

Medanić, D., Pucarin-Cvetković, J. (2012). Pretilost – javnozdravstveni problem i izazov. *Acta Medica Croatica, 66*, 347-355.

Milano, W., De Rosa, M., Milano, L., Riccio, A., Sanseverino, B. i Capasso, A.(2013). The Pharmacological Options in the Treatment of Eating Disorders. *International Scholarly Research Notices Pharmacology,* 1-5.

Mindoljević Drakulić, A. (2015). Primijenjena razvojna psihologija (skripta). Zagreb: Učiteljski fakultet.

Mustapić, J., Marčinko, D., Vargek, D. (2015). Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders, 20*, 329-335.

Noll, S.M., Fredrickson, B.L. (1998). A Mediational Model Linking Self-Objectification, Body Shame, and Disordered Eating. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 623-636.

O'Riordan, S.S., i Zamboanga, B.L. (2008). Aspects of the media and their relevance to bulimic attitudes and tendencies among female college students. *Eating Behaviours, 9(2),* 247-250.

Palmer, B. (2003). *Concepts of Eating Disorders.* U: J.Treasure, U. Schmidt, i E. Furth, (Ur.), Handbook of eating disorders (str.1-11). Chichester: John Wiley & Sons.

Peterson, B.C. i Mitchell, J.E. (1999). Psychosocial and Pharmacological Treatment of Eating Disorders: A Review od Rresearch Findings. *Journal of Clinical Psychology: In Session: Psychoterapy in Practice, 55(6),* 685-697.

Phares, V., Renk, K. (1998). Perceptions of Parents: A Measure of Adolescents' Feelings About Their Parents. *Journal of Marriage and the Family, 60,* 646-659.

Pichika, R. Buchsbaum, M.S, Bailer, U., Hoh, C., Decastro, A., Buchsbaum, B.R., Kaye, W. (2012). Serotonin transporter binding after recovery from bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 45(3),* 345-352.

Pokrajac – Bulian, A. (2000). Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.

Pokrajac- Bulian, A., Mohorić, T. i Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijeta kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme, 16,* 27- 46.

Rhee K., Lumeng, J.C., Appugliese, D.P. i sur. (2006) Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics, 117,* 2047– 2054.

Rikani, A.A., Choudhry, Z., Choudhry, M.A., Ikram, H., Asghar, W.M., Kajal, D., Waheed, A. i Mobassarah, N. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of Neuroscience, 20(4),* 157-161.

Ripoll-Núñez, K., Carrillo, S. (2016). Mother and Father Figures in Biological and Stepfamilies: Youths' Perceptions of Parent-Child Relationship Quality and Parental Involvement. *Journal of Latino/Latin-American Studies, 8(2),* 30-46.

Singh, Y.K. (2006). Fundamental of Research, Methodology and Statistics. New Delhi: New Age International.

Slof-Op 't Landt, M.C., van Furth, E.F., Meulenbelt, I., Bartels, M., Hottenga, J.J., Slagboom, P.E., Boomsma, D.I., Steinhausen, H. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1284-1293.

Strober M. i Katz, J.L (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders, 6,* 171–180.

Steiger, H., Jabalpurwala, S., Champagnee, J., Stotland, S. (1997). A controlled study of trait narcissism in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 173-178.

Troop, N.A., Redshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: a 2.5-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review, 20(5)*, 373-378.

Troop, N.A. (2016). The effect of current and anticipated body pride and shame on dietary restraint and caloric intake. *Appetite, 96*, 375-382.

Vasta, R., Haith, M.M., Miller, S.A. (2005). Dječja psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Vidović, V. (1998). Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica. Zagreb: Biblioteka časopisa Psiha.

Welch, E., Ghaderi, A., Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry,* 1-7.

Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, T. i Kalikov, K. (1989). The struggle to be thin: a survey of anorexic and bulimic symptoms in a non- refferred adolescent population. *Psychological Medicine, 19*, 143- 163.