

Psihološka prilagodba i sociokulturni stavovi u adolescentica s anoreksijom nervozom

Batista, Maja

Doctoral thesis / Disertacija

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:117899>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Maja Batista

**Psihološka prilagodba i sociokulturni
stavovi u adolescentica s anoreksijom
nervozom**

DISERTACIJA



Zagreb, 2019.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Maja Batista

**Psihološka prilagodba i sociokulturni
stavovi u adolescentica s anoreksijom
nervozom**

DISERTACIJA

Zagreb, 2018.

Disertacija je izrađena na Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra *Sestre milosrdnice* u Zagrebu.

Voditelj rada: doc. dr. sc. Ivan Begovac, dr. med., subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije

Zahvaljujem svome mentoru, doc. dr. sc. Ivanu Begovcu na pomoći u organizaciji istraživanja i poticajnim savjetima tijekom izrade disertacije. Hvala prof. dr. sc. Miroslavu Harjačeku i doc. dr. sc. Orjeni Žaja, prim. dr. sc. Branki Marušić Della Marina, dr. sc. Trpimiru Jakovini, Vladimiru Plečku, Ivici Marinoviću te članovima tima „Dijagnostika 2000“ na podršci pri izradi disertacije. Zahvaljujem se BEA Centru, Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju KBC Zagreb, osnovnim školama Bartola Kašića i Ksavera Šandora Đalskog, Hotelijersko turističkoj školi Zagreb i gimnaziji Lucijana Vranjanina na pomoći pri skupljanju ispitanica. Posebna zahvala ide mojoj obitelji i mojoj mentorici mr.sc. Branki Divčić.

Disertaciju posvećujem svome sinu Ivanu.

SADRŽAJ

1	UVOD I SVRHA RADA	1
1.1	Poremećaji hranjenja i jedenja	1
1.2	Anoreksija nervoza	2
1.3	Epidemiologija	3
1.4	Dijagnostička obilježja	3
1.5	Komorbiditet	5
1.6	Tijek bolesti i liječenje	6
1.7	Etiologija	7
1.7.1	Biološki čimbenici	8
1.7.2	Psihološki čimbenici	9
1.7.3	Sociokulturalni čimbenici	20
1.8	Adolescencija	23
1.8.1	Anoreksija nervoza kod djece i adolescenata	25
1.8.2	Anoreksija nervoza i podfaze adolescentne dobi	28
2	HIPOTEZA.....	31
3	CILJEVI RADA.....	32
4	MATERIJALI I METODE.....	33
4.1	Opis istraživanja	33
4.2	Ispitanice	33
4.3	Instrumenti	39
4.3.1	Upitnik općih i zdravstvenih podataka	40
4.3.2	Inventar poremećaja hranjenja - 3 – EDI-3.....	40
4.3.3	Upitnik o teškoćama u emocionalnoj regulaciji (DERS)	41
4.3.4	Upitnik o empatiji (BES)	42
4.3.5	Upitnik o iskustvu u bliskim odnosima – revidirana verzija (ECR-R)	42
4.3.6	Upitnik o sociokulturalnim stavovima prema tjelesnom izgledu-3 (SATAQ-3).	43
4.4	Etička pitanja.....	44

4.5	Statistička obrada rezultata	45
5	REZULTATI.....	47
5.1	Provjera normalnosti distribucije.....	47
5.2	Usporedba skupine s anoreksijom nervozom i kontrolne skupine	49
5.3	Povezanost opće psihološke prilagodbe, emocionalne regulacije, empatije, stila privrženosti i sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu s rizikom za razvoj poremećaja hranjenja i dijagnozom anoreksije nervoze	55
5.4	Prediktori rizika za razvoj poremećaja hranjenja	58
5.5	Usporedba mlađih (< 14 godina) i starijih (> 14 godina) adolescentica s anoreksijom nervozom	63
6	RASPRAVA.....	69
7	ZAKLJUČAK	85
8	KRATKI SADRŽAJ NA HRVATSKOM JEZIKU	86
9	KRATKI SADRŽAJ NA ENGLESKOM JEZIKU	88
10	LITERATURA.....	90
11	BIOGRAFIJA	107

POPIS OZNAKA I KRATICA

AN – Anoreksija nervoza

AN-R – Anoreksija nervoza-restriktivni tip

AN-P – Anoreksija nervoza-purgativni tip

BES – Upitnik o empatiji (*engl.* „Basic Empathy Scale“)

DERS – Upitnik Teškoće u emocionalnoj regulaciji (*engl.* „Difficulties in Emotion Regulation Scale“)

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje

ECR-R – Upitnik Iskustvo u bliskim odnosima (*engl.* „Experience in Close Relationship-Revised“)

EDI-3 – Upitnik simptomatologije poremećaja hranjenja (*engl.* „Eating Disorder Inventory-3“)

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing

ITM – Indeks tjelesne mase

ITM_centil – postotak indeksa tjelesne mase obzirom na dob i spol

ITM_sd – standardna devijacija indeksa tjelesne mase

MKB-10 - 10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema

N – broj ispitanica

SATAQ-3 – Upitnik Sociokulturni stavovi o tjelesnom izgledu-3 (*engl.* „Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3“)

ToM – teorija uma (*engl.* „Theory of mind“)

1 UVOD I SVRHA RADA

1.1 POREMEĆAJI HRANJENJA I JEDENJA

Poremećaji hranjenja (F50.0) prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) ili prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-5) poremećaji hranjenja i jedenja (*engl.* „feeding and eating disorders“) stoljećima su poznati entiteti koji su vremenom mijenjali nazive (1-3). Možemo ih definirati kao psihijatrijske poremećaje koje karakterizira trajno narušavanje obrazaca hranjenja ili ponašanja kako bi se kontrolirala tjelesna težina, koje značajno utječe na fizičko zdravlje i psihološko funkcioniranje (4). Oni sadrže otklone u kognitivnom funkcioniranju, sposobnosti rasuđivanja i u emocionalnoj stabilnosti, te su među psihijatrijskim poremećajima s visokom stopom smrtnosti (5). Ambrosi-Randić (6) ističe kako se termini „problem hranjenja“ i „poremećaj hranjenja“ koriste naizmjenično, kao sinonimi, ne vodeći računa o različitosti značenja.

Povećan javni i zdravstveni interes tijekom prošlog desetljeća može dati privid da su poremećaji hranjenja fenomen tipičan za zemlje Zapadne kulture. Međutim, poremećaji hranjenja i pojam gladovanja su pratili čovječanstvo tijekom povijesti (7). Ritualni i pravila ponašanja koja se odnose na hranu potječu još iz starog vijeka. U staroegipatskoj medicini preporučivalo se povraćanje, jer se vjerovalo da ono poboljšava zdravlje. U starom su Rimu postojale posebne prostorije (vomitoriji) u kojima se prejedalo, povraćalo te ponovno uživalo u hrani i piću (8). Pojam anoreksija, koji literarno znači gubitak apetita, je skovan 1874. godine od strane Sir Williama Gulla, no medicinsko stanje je opisano još krajem 17. stoljeća od strane Richarda Mortona. Iako su opisi prejedanja i povraćanja prezentirani u medicinskim arhivama još od 19. stoljeća, termin bulimija nervoza nije upotrijebljen prije 1979. godine (9). Razumijevanje poremećaja hranjenja je raslo tijekom druge polovice 20. stoljeća. Za velik dio produkcije znanja o poremećajima hranjenja zaslužna je Hilde Bruch, čiji je pogled na poremećaje hranjenja fokusiran na pacijentovu borbu za autonomijom, kontrolom, s nedostatkom samopouzdanja, te poremećenom slikom tijela (10-11).

Ovi su poremećaji danas sve češći. Od 0,5 do 1% osoba u općoj populaciji ima zadovoljene kriterije za dijagnozu nekog poremećaja hranjenja (3). Najčešće obolijevaju žene u adolescentnoj dobi. Čak do 4% adolescentica pokazuje neki poremećaj hranjenja. Uočeno je kako odgoj, odnosi u obitelji i sredina utječe na pojavu ovih poremećaja. Važnu ulogu u njihovom nastanku (kao ni u jednih drugih) imaju mediji. Mediji promiču stereotip mršavog i vitkog kao

lijepog, zdravog i poželjnog. U tome se nerijetko pretjeruje, pa je ideal kojem mlade djevojke teže pothranjena manekenka, balerina ili „You tube influencerica“. Oblikovanje takve slike idealne ljepote nije glavni uzrok poremećajima hranjenja, ali je važan podržavajući čimbenik. Najznačajniji poremećaji hranjenja su anoreksija nervoza, bulimija nervoza i poremećaj prejedanja te pika. DSM-5 uključuje i poremećaj ruminacije te izbjegavanje unosa hrane.

1.2 ANOREKSIJA NERVOZA

Glavna obilježja anoreksije nervoze prema MKB-10 (F50.0) jesu namjerno gubitak tjelesne težine, mršavljenje, odbijanje ili smanjeni unos hrane, osobiti način postupanja s hranom, strah od dobivanja na težini, poremećaj slike tijela te u žena amenoreja (izostanak menstruacije). Prvi opis ovog poremećaja seže još u 13. stoljeće, a od organskih poremećaja kao posebni entitet odvojila ga je 50-ih godina prošlog stoljeća Hilde Bruch (12). Kriteriji za dijagnozu poremećaja hranjenja nalaze se u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, peto izdanje (DSM-5), koji je objavilo Američko psihijatrijsko društvo (2013), te u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), koji je objavila Svjetska zdravstvena organizacija (2007).

Dijagnostički kriteriji za anoreksiju nervozu (DSM-5, 2014)

- A. Trajno ograničavanje kalorijskog unosa koje dovodi do značajnog smanjenja tjelesne težine (u kontekstu minimalne očekivane težine za dob, spol, razvojnu fazu i tjelesno zdravlje)
- B. Postojanje snažnog straha od dobivanja na težini ili postajanja debelim/debelom ili trajno ponašanje koje ometa dobivanje na težini (unatoč značajno niskoj težini)
- C. Iskrivljeno doživljavanje svoje težine ili oblika tijela, pretjeran utjecaj oblika tijela i težine na samopoimanje ili trajni nedostatak prepoznavanja ozbiljnosti trenutne niske tjelesne težine.

Podtipovi anoreksije:

- a) Restriktivni tip anoreksije: tijekom epizoda anoreksije nema redovitog prejedanja ili čišćenja
- b) Tip anoreksije s prejedanjem/čišćenjem: tijekom epizoda anoreksije javlja se redovito prejedanje ili čišćenje (namjerno povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika ili klistira).

Osim gubitka tjelesne težine koji si osoba sama nameće, bolest karakterizira i amenoreja (izostanak redovitih menstruacija). Amenoreja se može pojaviti, kod određenog broja žena s anoreksijom, prije značajnog gubitka tjelesne težine, a kod djevojčica u pretpubertetu, menarha (pojava prve menstruacije) može biti odgođena zbog razvoja bolesti (13). Ostale fiziološke promjene koje prate anoreksiju su: suha koža koja lako popuca, nježne polegnute dlačice na vratu i licu, krhki i lomljivi nokti prstiju, žućkasti ton kože, usporeno srčano bilo, opstipacija, snižena tjelesna temperatura, te mišićna slabost (14).

1.3 EPIDEMIOLOGIJA

Anoreksija je jedan od češćih poremećaja hranjenja, a osobito je značajan porast oboljelih u zadnjih nekoliko desetljeća. Pojavljuje se u 0,5 do 1% adolescentnih djevojaka (15). Prema DSM-5, prevalencija anoreksije nervoze kod mladih žena tijekom 12 mjeseci je otprilike 0,4%. Anoreksija nervoza je treća najčešća kronična bolest u adolescentnih djevojaka u Sjedinjenim američkim državama (16). Bolest se mnogo češće javlja u žena, obično u dobi puberteta i adolescencije. Može se javiti i prije puberteta, te u srednjoj odrasloj dobi. U muškaraca se obično javlja u razdoblju adolescencije. U kliničkim populacijama omjer žena i muškaraca je najčešće 10:1. Neka istraživanja navode da su 5 do 15% osoba s anoreksijom muškarci (17). Češće se javlja kod vrlo uspješnih učenica srednjih škola (18). I premda je najčešća među adolescenticama iz srednjih i viših slojeva, može se naći u svim socijalnim slojevima, kao i među različitim kulturama i rasama (3). 4% adolescentica pokazuje neki poremećaj hranjenja (3). Ne postoje epidemiološke studije za hrvatsku populaciju, no smatra se da u Hrvatskoj oko 40.000 osoba boluje od poremećaja hranjenja (19).

1.4 DIJAGNOSTIČKA OBILJEŽJA

Anoreksija nervoza je voljno ograničavanje unosa hrane i aktivna težnja za mršavošću, uz ponos na kontrolu nad uzimanjem hrane. Kao posljedica toga nastaje gubitak od najmanje 15% tjelesne težine, bez organskog uzroka. Osobe s anoreksijom nervozom imaju normalan osjećaj gladi, ali se užasavaju popuštanja porivu za jedenjem. Također postoje dokazi da je njihova percepcija sitosti izmijenjena jer navode da se nakon uzimanja manjih količina hrane osjećaju naduto ili mučno (20). Najdojmljivije je obilježje da, za razliku od uobičajenog držanja djeteta, osoba gladije do opasnog stanja fizičke i psihičke iscrpljenosti, a sve s ciljem postizanja idealne slike mršavosti. Kako stanje napreduje, djeteta postaju sve više ograničavajuće, uz sve rigidnije ponašanje te uz sve restriktivnije obrasce hranjenja. Anoreksija nervoza je jedan od

rijetkih psihopatoloških fenomena koji mogu dovesti do smrti. Istraživanja su potvrdila da se stope smrtnosti kreću između 3 i 21% (17).

Istraživanja o osobama s anoreksijom kompliciraju se činjenicom da gladovanje samo za sebe u značajnoj mjeri utječe na ponašanje, izaziva depresivne simptome, razdražljivost, socijalnu izolaciju, smanjuje seksualni interes, te izaziva amenoreju. Gladovanje također može značajno promijeniti interakcije među članovima obitelji budući da su članovi bespomoćni u pokušajima promjene tog modela uzimanja hrane koji dovodi do izrazite iscrpljenosti i koji može na kraju dovesti i do smrti. Problem razlikovanja uzroka od posljedica nije jednostavan.

Većina autora slaže se da je jedan od glavnih kriterija za dijagnosticiranje anoreksije želja za mršavošću. Mršavost označava stanje prema kojemu se za osobu može reći da je ispodprosječne težine i da teži manje od 85% normalne težine za svoju dob i visinu. Iako većina osoba s anoreksijom nervozom tvrdi da je povod za pretjerano izglednjivanje bila prekomjerna tjelesna težina, istraživanja pokazuju da je 20% pacijentica prije nastupa anoreksije imalo tjelesnu težinu nižu od prosjeka, 50% imalo je normalnu, a tek 30% prekomjernu tjelesnu težinu (21).

Među kompenzacijskim tehnikama, prekomjerno vježbanje je jedan od najčešćih. Katkad je intenzitet aktivnosti prikriven svojom socijalno prihvatljivom stranom, kao što je sudjelovanje u sportskim aktivnostima ili da tijelo bude „fit“, no aktivnost kao što je trčanje uz i niz autoput do iznemoglosti ili hodanje ukруг, po svojoj je prirodi devijantno (18).

Osobe s anoreksijom nervozom obično se snažno boje povećanja tjelesne težine ili pretilosti. Spomenuti strah od pretilosti obično ne slabi gubitkom tjelesne težine. Dapače, zabrinutost zbog porasta tjelesne težine može se čak i pojačavati, čak i kad tjelesna težina pada. Oni često ne žele priznati svoj strah od dobivanja na tjelesnoj težini. Stoga kliničari u dijagnostici i tretmanu mogu donijeti zaključak o strahu od porasta tjelesne težine ili o ustrajnim postupcima kojima se porast tjelesne težine sprečava (1). Mustapić, Marčinko i Vargek (22) naglašavaju medijski ulogu srama od tjelesnog izgleda na odnos nezadovoljstva tijelom i poremećenog jedenja.

Osobe s anoreksijom nervozom imaju promijenjen doživljaj dimenzija vlastitog tijela, a istovremeno, tjelesnoj težini i obliku tijela pridaju veliku važnost. Stoga se stalno važu, misle da su pretile ili da im je dio tijela neproporcionalno pretio i ružan. Prema Vidović (21), kad potpuno smršave, svjesne su sveopće mršavosti, ali i dalje vjeruju da im je problematičan dio

tijela pretio. Kako im je tjelesna težina najvažniji čimbenik samovrednovanja, osobe s anoreksijom pate od niskog samopoštovanja. Stoga, gubitak tjelesne težine nije samo cilj kojemu se teži, već i način iskazivanja i provjeravanja vlastite samodiscipline, tako da predstavlja dostignuće koje jača samopoštovanje (21). Iako neki pojedinci s tim poremećajem katkada priznaju da su mršavi, često ne shvaćaju ili nisu osvijestili ozbiljne posljedice svoje pothranjenosti.

1.5 KOMORBIDITET

U kliničkoj praksi poremećaji hranjenja rijetko dolaze zasebno i s jasnim granicama što postavlja izazov prilikom dijagnosticiranja. Postoje podaci koji navode da 50% osoba s AN razvije i bulimiju nervozu, a sličan postotak osoba s bulimijom nervozom je probao i sa samo izgladnjivanjem, ali ne do te točke da bi ih se smatralo da postoji poremećaj (23). Anoreksija se pojavljuje u komorbiditetu s depresijom, socijalnom fobijom, opsesivno-kompulzivnim ponašanjem, poremećajima ličnosti, bipolarnim poremećajem, te drugim poremećajima hranjenja.

U mentalizacijskom pristupu poremećaji hranjenja također su shvaćeni kao poremećaji *selfa* i regulacije emocija. Karakteristike ličnosti imaju važnu ulogu u početku, kliničkoj slici kao i razvoju i odgovoru na terapiju u poremećaju hranjenja (24). Uloga ličnosti je također vrlo bitna u izraženosti pojedinih simptoma. Ozbiljno se razmatra hipoteza da se kod nekih teških poremećaja hranjenja zapravo radi o specifičnom fenotipu poremećaja ličnosti (25).

Depresija je prisutna i kod osoba s anoreksijom nervozom, i u njihovim obiteljima. Istraživanja potvrđuju povezanost depresije i poremećaja hranjenja, a visok komorbiditet doveo je do pretpostavke da poremećaji hranjenja i depresija imaju zajedničku etiologiju. No, kasnije istraživanja upućuju kako su to dva odvojena entiteta, premda se javljaju istodobno: primjerice, poboljšanje u anoreksiji nervozni ne dovodi neizostavno i do poboljšanja u depresivnoj simptomatologiji. Također, važno je razlikovati depresiju kao psihopatološki fenomen, od depresivnog raspoloženja koje prati svaki oblik gladovanja.

I premda postoje izvještaji o visokoj incidenciji ranijeg seksualnog zlostavljanja, velik broj ovih istraživanja je metodološki loše proveden. Ovaj međusobni odnos može biti posljedica činjenice da seksualno zlostavljanje u dječjoj dobi i poremećaji hranjenja imaju visoku učestalost u kliničkoj populaciji žena (26).

Mnogi oboljeli od anoreksije nervoze i prije pojave poremećaja hranjenja opisuju neke simptome ili poremećaj anksioznosti. Opsesivno-kompulzivni poremećaj pojavljuje se kod nekih pojedinaca s AN, osobito kod onih s restriktivnim tipom. Poremećaj uzimanja alkohola i poremećaji uzimanja drugih psihoaktivnih tvari također može biti u komorbiditetu s AN, osobito kod onih s prejedajućim/purgativnim tipom.

1.6 TIJEK BOLESTI I LIJEČENJE

Ishod bolesti je različit te ovisi o više čimbenika. Kod nekih osoba, anoreksija nervozna je jedina, razmjerno blaga smetnja, dok je kod drugih početak poremećaja koji će trajati cijeli život. Istraživanja su pokazala da se 40% osoba sa anoreksijom nervozom oporavi u potpunosti, a kod 30% stanje se poboljša u značajnoj mjeri. No, za 20% se ne popravljaju ili se značajno pogoršava depresijom, socijalnim fobijama ili opetovanim simptomima. Rani početak (tj. prije 16. godine života) povezan je s boljom prognozom, dok su kroničnost, izrazite obiteljske teškoće i niže obrazovanje povezani s lošim ishodom (27). I premda se ispočetka smatralo kako osobe s bulimijom nervozom imaju lošiju prognozu od osoba s anoreksijom, danas nam se čini da ne postoje značajnije razlike što se tiče prognoze, osim što osobe s bulimijom imaju više poremećaja vezanih za zlorabu tvari od osoba s anoreksijom (28).

Kod mnogih pojedinaca pojavljuju se razdoblja s promjenama u ponašanjima povezanim s jedenjem prije nego što budu zadovoljeni svi kriteriji za dijagnozu samog poremećaja. Isto tako, potvrđuje se kako mnoge osobe oboljele od anoreksije mogu tijekom bolesti razviti više podtipova anoreksije. Konkretno, osoba s restriktivnim tipom anoreksije s vremenom može razviti purgativni oblik anoreksije ili obrnuto. Neke osobe potpuno se oporave nakon jedne epizode, druge imaju promjenjiv obrazac dobivanja na tjelesnoj težini, dok treće imaju kroničan višegodišnji tijek poremećaja. Katkada je nužno smještanje u bolnicu radi povećanja tjelesne težine i radi liječenja mogućih zdravstvenih komplikacija. Većina osoba s anoreksijom nervozom dožive remisiju pet godina nakon dolaska stručnjaku. Među osobama koje su bile bolnički liječene ukupna stopa onih s remisijom je manja. Opća stopa smrtnosti za anoreksiju nervozu približno je 5% u jednom desetljeću (12 na 100.000 godišnje), prema DSM-5. Smrt obično uzrokuju tjelesne komplikacije (poremećaj rada srca, poremećaj elektrolita) ili samoubojstvo.

1.7 ETIOLOGIJA

Uzrok anoreksije nervoze je do danas nepoznat. Pretpostavlja se da je uzrok multidimenzionalan, odnosno da je kombinacija bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika odgovornih za njezino nastajanje. Uz kulturološki pritisak, koji je snažan predisponirajući faktor, tipičan početak poremećaja te klinička slika sugeriraju mogućnost biološke komponente kao podloge za razvoj poremećaja, premda su važna i psihodinamska obilježja (29), koja ovaj poremećaj ubrajaju u psihosomatska oboljenja (30).

Davison i Neale (14) dali su kratak pregled najpoznatijih teorija nastanka poremećaja hranjenja. Prema psihološkim objašnjenjima koja se temelje na Freudovu shvaćanju, uzimanje hrane može biti nadomjestak za izražavanje spolnih poriva. Stoga, odbijanje hrane kod osoba s anoreksijom bi bio pokazatelj straha od sve veće spolne žudnje ili oralne impregnacije (31). Prema ostalim psihoanalitičkim teoretičarima, anoreksija je izraz sukoba između želje za postizanjem neovisnosti i samostalnosti u okviru obitelji s jedne strane i straha od odrastanja s druge strane. Međutim, moderna psihodinamska tumačenja poremećaja hranjenja polaze od teorije objektnih odnosa. Selvini – Palazoli smatra da se djevojke s anoreksijom boje svoga tijela koje zbog unosa hrane rastu na račun ega. To je zato jer se tijelo identificira s inkorporiranim objektom – majkom u negativnim aspektima, pa i samo tijelo postaje loš objekt (21). Teoretičari učenja smatraju da je anoreksija zapravo fobija od debljine (32), ili težnja da se dostigne izgled prelijepe vitke žene, toliko silno promican u našem društvu (33). Osnovna pretpostavka kognitivno – bihevioralnih modela je da u osnovi poremećaja hranjenja postoji iskrivljena slika ili pogrešna ideja o tjelesnoj težini i izgledu tijela. Vjerojatno vodeća fiziološka teorija nastanka poremećaja hranjenja kaže da je posrijedi abnormalno funkcioniranje onog dijela hipotalamusa odgovornog za kontroliranje uzimanja hrane, spolne aktivnosti i menstruacije; međutim, još nije poznato je li taj hipotalamički poremećaj uzrok anoreksije, posljedica gubitka tjelesne težine i ograničenog unosa kalorija, ili je pak posljedica emocionalnog stresa osobe s poremećajem hranjenja (34).

Etiopatološki modeli poremećaja hranjenja

Dvije osnovne dimenzije poremećaja hranjenja prvi su predložili Garner i sur. (35) razlikujući dva uzročna čimbenika: jedan koji se odnosi na specifične aspekte poremećaja, a drugi na općenitu psihopatologiju. Halmi i sur. (36) naglasili su da se poremećaj hranjenja, naročito BN, razvija nakon stresa kojeg uzrokuje dijeta (37), te da je iskustvo dijete pod

utjecajem prethodnih uvjeta koji uključuju genetske i fiziološke predispozicije, ali i društvene utjecaje (38). Fairburn i sur. (39-41) su proveli istraživanja u zajednici u kojoj su se uspoređivali sudionici s poremećajem hranjenja s zdravom kontrolnom skupinom, te s kontrolnom skupinom koju su činili sudionici s psihijatrijskom dijagnozom. Usporedba se vršila na tri "domene" čimbenika rizika: osobna osjetljivost, čimbenici okoline i osjetljivost djeteta. Potvrdilo se da što je veći stupanj izloženosti rizicima, to je veći rizik od razvoja poremećaja hranjenja (40). Thompson i sur. (42) uveli su model tripartitnog utjecaja, obuhvativši tri osnovna čimbenika socijalne okoline kao temelj za razvoj poremećene tjelesne slike i poremećenog hranjenja: vršnjaci, roditelji i mediji. Thompson i sur. (42) također pružaju potporu utjecaju zadirkivanja na razvoj slike o tijelu kao boljim prediktorom od utjecaja prekomjerne tjelesne težine i dokazali su da je odnos između slike tijela i bulimičnih simptoma posredovan ograničavanjem unosa hrane. Tripartitni model utjecaja poremećenog hranjenja dodatno su ispitali Van den Berg i sur. (43). Rezultati su potvrdili da uspoređivanje na osnovu tjelesnog izgleda posreduje u utjecajima obiteljskih čimbenika i medija na nezadovoljstvo tijelom, što je pak utjecalo na restriktivna i bulimična ponašanja. Stice i sur. (44) procjenjivali su teorijske komponente dvostupanjskog modela poremećaja hranjenja i utvrdili da su društveni pritisci da se bude mršav i internalizacija ideala mršavosti povezani s nezadovoljstvom tijela. Zauzvrat, nezadovoljstvo tijelom posredovalo je odnos poremećenog hranjenja, negativnih emocija i bulimičnih simptoma. Steiger (45,46) je stavio poseban naglasak na pogoršanje genetičkih ranjivosti s razvojnim iskustvima i trenutnim stresorima, kao i aktivaciju latentnih osjetljivosti djelovanjem pothranjenosti.

1.7.1 BIOLOŠKI ČIMBENICI

Pretpostavke da su uzročnici anoreksije i bulimije nervoze *genetskog podrijetla* nisu nove, međutim usprkos brojnim istraživanjima, još uvijek nisu točno poznati genetski mehanizmi u podlozi poremećaja hranjenja. Studije provedene među članovima obitelji, pokazale su da je učestalost anoreksije nervoze među sestrama od oboljelih od poremećaja hranjenja šest puta veća od najveće incidencije u općoj populaciji (21). Crisp pronalazi da postoje neke tjelesne osobine, kao npr. genetska predispozicija ka gojaznosti ili visokom rastu, koje mogu biti rizične za razvoj poremećaja hranjenja (47). Jednim istraživanjem, primjerice, nađeno je da je podudarnost kod dvojajčanih blizanaca 5%, a kod jednojajčanih 56% (48). Točan mehanizam prijenosa nije poznat, kao što je još uvijek nerazjašnjen i relativan doprinos okoline. Također su istraživani mnogobrojni biološki korelati anoreksije nervoze, no za većinu

se čini da su sekundarni na gubitak tjelesne težine i da su reverzibilni kad se ponovno uspostavi ranija tjelesna težina. 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 (49). Genetska varijacija u TPH2 genu povezana s impulzivnošću mogla bi predisponirati pacijentice koje pate od anoreksije na induciranje povraćanja (50).

Neurotransmiteri koji se povezuju s anoreksijom su noradrenalin, serotonin i dopamin. Pretpostavlja se da su najznačajnije promjene u noradrenergičkoj transmisiji. Riječ je o smanjenoj koncentraciji i aktivnosti noradrenalina (3). Također je u većine osoba s poremećajem hranjenja utvrđeno smanjenje njegova metabolita, MHPG-a (3-metoksi-4-hidroksifenilglikol) (15). I sustav endogenih opijata povezuje se s anoreksijom. Endogeni opijati otklanjaju osjećaj gladi, a primjena opijatnih antagonista dovodi do znatnog porasta tjelesne težine (51).

Od *hormonalnih* promjena, u anoreksiji koja dulje traje prisutna je hiperkortizolemija i izostanak supresije kortizola u deksametazonskom testu. Ovo je slično nalazima u depresivnih bolesnika, što se povezuje s pojavom depresije i anoreksije u komorbiditetu, ali i s činjenicom da su depresivni poremećaji češći u obitelji osoba s anoreksijom. Gladovanje dovodi do smanjenja koncentracije luteinizirajućeg folikul stimulirajućeg i gonadotropin oslobađajućeg hormona, a time i do amenoreje (3).

1.7.2 PSIHOLOŠKI ČIMBENICI

Psihološka prilagodba odnosi se na kakvoću psihološkog funkcioniranja, odnosno na samoprihvatanje, prihvaćanje od strane drugih i sposobnost ostvarenja ciljeva od osobne i društvene važnosti (52). U radu Batista i suradnika (53) potvrdilo se kako je opći nedostatak psihološke prilagodbe značajan prediktor anoreksije nervoze u adolescenciji. U ovom istraživanju usmjerit ćemo se na konstrukte emocionalne regulacije, empatije i stila privrženosti kao psiholoških čimbenika u nastanku i održavanju anoreksije nervoze.

Emocionalna regulacija

Emocionalna regulacija omogućava osobi uskladiti izražavanje vlastitih emocija sa zahtjevima okoline, zaštititi se od neugodnih emocija, obuzdati ih i usmjeriti tako da ne ometaju njezino funkcioniranje te zasigurno predstavlja važnu komponentu uspješne emocionalne prilagodbe. Iako se pojam emocionalne regulacije upotrebljava na različite načine, općenito se može reći da ona obuhvaća sposobnost odgovaranja na stresne zahtjeve i emocionalna iskustva

na društveno prihvatljiv, adaptivan i fleksibilan način (54,55). Emocionalna regulacija uključuje upravljanje negativnim emocijama i emocionalnim reakcijama, analizu uzroka emocije, izbor reakcije kao i sposobnost da se odgodi zadovoljenje neke želje ili potrebe, te stoga određuje vanjsko ponašanje pojedinca i unutarnje dobro osjećanje. Najveći se doprinos ovom području istraživanja može pripisati Grossu (56,57), koji definira emocionalnu regulaciju kao procese pomoću kojih pojedinci utječu na to koje će emocije doživjeti, kada će ih doživjeti i kako će ih izraziti. On smatra kako prepoznavanje i razumijevanje vlastitih emocionalnih iskustava čini osnovu za regulaciju koja uključuje i procese nadgledanja, procjenjivanja i modificiranja. Strategije reguliranja emocija variraju po svojoj prirodi, učinkovitosti i implikacijama za individualno psihosocijalno funkcioniranje. S obzirom da adekvatno reguliranje emocija ima važne implikacije za afektivno iskustvo i socijalno funkcioniranje, važan dio djetetova razvoja uključuje učenje kako upravljati emocijama na prikladne načine (58). Brojna se istraživanja u ovom području bave proučavanjem kako pojedinci reguliraju negativne emocije (posebice ljutnju, tugu i strah) mnogo češće nego pozitivne emocije, s posebnim naglaskom na reguliranje doživljajnih i ponašajnih, ali ne i fizioloških, aspekata emocija (59).

Prema Neumann (60), teškoće u emocionalnoj regulaciji (*engl.* „affective dysregulation“) se smatraju središnjim aspektom kod većine oblika psihopatologije (primjerice, Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon i Gomez, 2003; Bradley, 2000; Cicchetti, Ackerman i Izard, 1995; Cole i Deater-Deckard, 2009; Gratz i Roemer, 2004; Keenan, 2000), uključujući internalizacijske teškoće, kao što je anksioznost (Mennin, Heimberg, Turk i Fresco, 2002) i poremećaji raspoloženja (Gotlib, Joormann, Minor i Cooney, 2006), te uključujući i eksternalizacijske teškoće, kao što su poremećaji u ponašanju (Beauchaine, Gatzke-Kopp i Mead, 2007). Središnji aspekt emocionalne regulacije u konceptualizaciji psihopatologije se manifestira u trenutnim kriterijima za dijagnostiku mentalnih poremećaja, kao što je prikazano u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje – peto izdanje (1). Primjerice, kriterij za depresiju uključuje prolongiranu disforiju i/ili iritabilnost, kao i labilnost u raspoloženju, dok je kriterij za anksioznost opetovani strah ili pretjerana zabrinutost, nemogućnost za regulaciju takvih emocija, te visoka ljutnja i iritabilnost; dok su nedostatak krivnje i labilno raspoloženje kriterij za poremećaj ponašanja.

Procesni model emocionalne regulacije

Procesni model emocionalne regulacije predložio je James Gross (56,57). Ovaj model procesuiranja informacija temelji se na modalnom modelu emocija, koji pretpostavlja da se proces nastanka emocija odvija određenim redoslijedom. Proces započinje emocionalno relevantnom situacijom (stvarnom ili imaginarnom), na koju se usmjerava pažnja. Zatim dolazi do procjene tog emocionalnog stanja, na kojoj se temelji emocionalni odgovor (57).

Procesni model emocionalne regulacije ističe pet glavnih fokusnih točaka, a prema tome i strategija, koje se javljaju za vrijeme emocionalne regulacije: odabir situacije, modifikacija situacije, preusmjeravanje pažnje, kognitivna promjena i modulacija odgovora (57). Prve četiri strategije se aktiviraju prije emocionalnih reakcija, dok se peta strategija inicira kada je već došlo do emocionalnog odgovora (61).

Odabir situacije se odnosi na ponašanje prihvatanja ili izbjegavanja određene situacije, te predstavlja pokušaj da se poveća ili smanji mogućnost doživljavanja određene emocije. Ukoliko se odabir situacije koristi dugo ili nefleksibilno, može održavati psihopatologiju (npr. izbjegavajući poremećaj ličnosti). Kako bi ova strategija bila prilagodljiva različitim iskustvima i situacijama, potrebno je predvidjeti koju vrstu emocionalnog iskustva induciraju određene situacije. Primjerice, osobe s depresijom često podcjenjuju koliko će uživati u određenom događaju. Socijalno povlačenje u depresiji se koristi za izbjegavanje trenutnog osjećanja tuge ili dugotrajnijeg raspoloženja koji socijalni događaj može izazvati. No, dugoročni efekti povlačenja iz aktivnosti i odnosa vodi lošijem zdravlju i nižoj razini kvalitete života (62).

Modifikacija situacije se odnosi na pokušaje koje činimo da određenu situaciju promijenimo. Adaptivni način modifikacije situacije predstavljaju strategije srodne aktivnom suočavanju sa stresom. Neadaptivna upotreba modifikacije situacije će potpuno spriječiti izlaganje situaciji koja izaziva strah (63).

Preusmjeravanje pažnje se odnosi na fokusiranje pozornosti na onaj aspekt situacije koji nas manje uznemiruje, a s ciljem utjecaja na vlastite emocije. Usmjeravanje pažnje ne mijenja konfiguraciju osoba-okolina, za razliku od prve dvije strategije regulacije emocija (63). Vjerojatno najčešća forma preusmjeravanja pažnje jest distrakcija, pri čemu osoba preusmjerava pažnju na manje uznemirujuće aspekte situacije (63).

Kognitivna promjena se odnosi na kognitivno restrukturiranje odnosno na kognitivnu promjenu značenja događaja, a podrazumijeva stvaranje situacije koja izaziva određenu emociju na način da se njen emocionalni utjecaj na osobu promijeni.

Modulacija odgovora predstavlja utjecaj na emocionalnu reakciju. Potiskivanje izražavanja emocija, kao najčešći oblik modulacije odgovora, uključuje inhibiciju trenutnog emocionalno-ekspresivnog ponašanja. U pravilu, manje ekspresivne osobe imaju veću sklonost fiziološkim odgovorima od ekspresivnih osoba. Kognitivna promjena značenja događa se rano u procesu generiranja emocija i pretpostavlja se da je u stanju izmijeniti čitav niz emocionalnih iskustava prije nego što se emocionalni odgovori generiraju. Kognitivna promjena značenja može voditi redukciji iskustva negativnih emocija i redukciji ekspresije, zahtijeva relativno malo dodatnih kognitivnih resursa za svoje ispunjenje i rezultira socijalnim ponašanjem koje je adekvatno usmjereno na interakciju sa drugom osobom. Potiskivanje pak dolazi relativno kasno u procesu generiranja emocija i primarno mijenja ponašanje koje bi uslijedilo kao reakcija na emociju, pri tome ne smanjujući negativno emocionalno iskustvo (62). Potiskivanje čak može stvoriti osjećaj nejedinstva između unutrašnjeg iskustva i ekspresije, što može dovesti do osjećaja neautentičnosti i spriječiti razvoj emocionalno bliskih veza (64).

Emocionalna regulacija i anoreksija nervoza

Teškoće u regulaciji emocija utvrđene su kao temeljni deficit u anoreksiji nervozi. Međutim, malo je istraživanja koja procjenjuju da li je povećanje težine povezano s poboljšanom regulacijom emocija u osoba s anoreksijom nervozom te da li su poboljšanja u emocionalnoj regulaciji povezana sa smanjenjem psihopatologije poremećaja hranjenja. U svojim temeljnim radovima, Bruch (65,66) tvrdi da su problemi s regulacijom emocija, posebice teškoća u razlikovanju i opisivanju emocija, temeljni deficit anoreksije nervoze (AN). U novije vrijeme raste broj teorijskih i empirijskih istraživanja koji sugeriraju da teškoće u regulaciji emocija mogu igrati ključnu ulogu u razvoju i održavanju AN (67-71). Nekoliko autora tvrdi da je AN poremećaj emocionalne regulacije i da simptomi AN, kao što su poremećeno hranjenje, prekomjerna vježbanje i povraćanje, predstavljaju pokušaje reguliranja averzivnih emocionalnih stanja (72-74).

Članovi obitelji izvještavaju da pojedinci s AN izgube sposobnost reguliranja emocija i da su više razdražljivi, neraspoloženi i skloni tantrumima (75). Prema Harrison i sur. (68), Gilboa-Schechtman, Catanzaro i Mearns, 1990, te Salovey i sur., 1995, pronašli su slabiju

regulaciju emocija u skupini s poremećajem hranjenja u usporedbi s kontrolnim skupinama. Gratz i Roemer (76) razvili su multidimenzionalan pristup u procjeni regulacije emocija. Njihova Skala za procjenu teškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS) pokazala je osjetljivost na promjene nakon psihoterapije za grupu usmjerenu na emocije kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti (68).

U pilot-studiji Harrison i suradnici (77) su otkrili da su nedostaci u emocionalnom prepoznavanju kod žena s AN povezani s nedostatkom u regulaciji emocija. U nedavno objavljenom preglednom članku, Lavender i suradnici (78) provjerili su istraživačke dokaze za primjenu višedimenzionalnog modela emocionalne regulacije Gratz i Roemera u konceptualizaciji teškoća s regulacijom emocija u osoba s anoreksijom nervozom. Ovaj pregledni rad otkriva sljedeće rezultate: znatne dokaze koji podupiru primjenu ovog modela u AN, uključujući dokaze o nedostacima u sposobnostima reguliranja emocija u AN; neki dokazi o teškoćama u impulzivnosti i teškoćama u toleriranju stresa u AN; znatne dokaze o nedostatku svjesnosti o emocijama u AN; i neki dokazi o emocionalnom izbjegavanju u AN.

Racine i Wildes (79) u svom istraživanju su potvrdile da su simptomi anoreksije nervoze bili značajno povezani s višestrukim oblicima teškoća u kontroli emocija; međutim, samo je nedostatak svjesnosti o emocijama nezavisno povezan s tim simptomima. Nije pronađena značajna povezanost između regulacije emocija i indeksa tjelesne mase (ITM). Rezultati ukazuju na različite povezanosti između specifičnih teškoća u emocionalnoj regulaciji i bazičnih simptoma AN. Ovi rezultati upućuju da analiziranje konstrukta emocionalne regulacije, kao i fenotipa AN može pomoći u identificiranju specifičnih načina na koje simptomi poremećaja hranjenja mogu djelovati kao regulatori emocija.

Nedavno provedeno istraživanje Jakovine i sur. (80) potvrdilo je kako osobe s bulimijom nervozom imaju značajno više teškoća u emocionalnoj regulaciji u odnosu na kontrolnu skupinu. Također, potvrdio se medijacijski utjecaj emocionalne regulacije na povezanost između anksioznog stila privrženosti i bulimije nervoze.

Nedavno objavljeni pregledni rad Lavendera i sur. (81) koji se bavi proučavanjem emocionalne regulacije kod poremećaja hranjenja potvrđuje kako se pregledom radova pronašla značajna razlika između AN-R i AN-P tipa u impulzivnosti, na način da osobe s AN-R imaju značajno manje teškoća u impulzivnosti u odnosu na AN-P.

Uzimajući u obzir prethodna istraživanja koja potvrđuju kako se emocionalna regulacija povezuje s bulimičnim tipom poremećaja hranjenja radi impulzivnosti koja je snažno povezana s bulimijom, u radu Rowsell i sur. (74) nije se pronašla razlika u emocionalnoj regulaciji između restriktivnog i purgativnog tipa anoreksije. Konkretno, nije se pronašla značajna razlika između ovih dviju podskupina u nedostatku emocionalne jasnoće, teškoća u usmjeravanju ka cilju u stanju emocionalne pobuđenosti, te u nedostatku emocionalne jasnoće. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da simptomi poremećaja hranjenja služe kao funkcija regulacije emocija u AN. Naime, potvrdili su da je poboljšanje u regulaciji emocija tijekom liječenja povezano s poboljšanjem u psihopatologiji poremećaja hranjenja, te da poboljšanje u emocionalnoj regulaciji ima veći utjecaj na simptomatologiju AN nego li dobivanje na tjelesnoj težini. Stoga, razvijanje intervencija za poboljšanje regulacije emocija može biti važna komponenta za poboljšanje ishoda liječenja u AN.

Empatija

Prema Mayeru i Saloveyu (82), te Bethany i sur. (83), osnova emocionalne inteligencije je empatija. Smatra se osobinom bez koje nije moguće biti emocionalno inteligentna osoba. Empatija, kao temeljna ljudska sposobnost, iznimno je važna za uspostavljanje odnosa s okolinom, a njena prisutnost daje na važnosti pojedincu u njegovu socijalnom okruženju. Prva istraživanja konstrukta empatije javljaju se unazad 20 godina, kada je Eisenberg i Strayer (84) definiraju kao “emocionalni odgovor koji proizlazi iz emocionalnog stanja i uvjeta druge osobe i koji je istovjetan s emocionalnim stanjem ili situacijom drugih”. U novijoj literaturi empatijom se smatra “unošenje u emocionalno stanje druge osobe i razumijevanje njezina položaja na temelju percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi”. Može se reći da je empatija svjestan napor da se s nekim podijele njegovi doživljaji te da se razumije što osoba proživljava, kako se osjeća, o čemu razmišlja i što je prethodilo određenom emocionalnom stanju. Empatijom se smatra svjestan pokušaj razumijevanja i negativnih i pozitivnih iskustava drugih. Decety i Jackson (85) govore o dva osnovna dijela empatije: kognitivna i afektivna empatija. Kognitivna empatija uključuje svijest o tome kako nešto što se događa drugoj osobi može djelovati na nju, odnosno razumijevanje tuđeg emocionalnog stanja, dok afektivna uključuje dijeljenje emocija koje opažamo s drugima, odnosno emocionalni odgovor na afektivno stanje druge osobe (86). Oba procesa uključuju unošenje vlastitih emocija u stajalište druge osobe, te djeluju u interakciji u samom procesu empatije.

Panfile i Laible (87) u svom su istraživanju potvrdile medijacijsku ulogu emocionalne regulacije u odnosu stila privrženosti i dječje empatije. Potvrđena je pretpostavka da iako je stil privrženosti pozitivno povezan sa empatijom, taj odnos je pod utjecajem medijacije emocionalne regulacije i negativne emocionalnosti. Detaljnije, djeca koja su sigurno privržena objektu će imati bolju regulaciju emocija nego li djeca koja su nesigurno privržena te će posljedično tomu imati i više empatije (87, 88).

U psihoanalitičkoj teoriji koncept empatije je usko povezan s procesom mentalizacije. Fonagy i sur. 1989. godine razvijaju koncept mentalizacije, s ciljem razumijevanja brojnih mentalnih poremećaja. Mentalizaciju, ili mentaliziranje, definirali su kao proces kojim, implicitno ili eksplicitno, pridajemo značenje subjektivnim mentalnim stanjima i procesima drugih, kao i svojim vlastitim. Putem mentalizacije osoba prepoznaje da i drugi ljudi imaju svoja subjektivna vjerovanja, želje i namjere koje mogu biti različite od njezinih. Sposobnost mentalizacije održavana je neuralnim strukturama koje su Baron-Cohen i sur. nazvali mehanizmima „teorije uma“ i koje su, putem primjene funkcionalne PET, lokalizirali u frontalni režanj. Teorija mentalizacije je povezana s Bowlbyevom teorijom privrženosti (89). Mentalizacija je razvojno postignuće koje dijete uspješno razvije u sklopu sigurnog privrženog odnosa sa skrbnikom. Tijekom ranog psihičkog razvoja dijete treba proći kroz nekoliko načina psihičkog funkcioniranja: 1. „psihička jednakost“ u kojoj dijete poistovjećuje unutarnju i vanjsku stvarnost, 2. „pretvaranje“ u kojoj se dijete tijekom igre pretvara da su vanjska i unutarnja stvarnost u potpunosti odvojene i 3. integracija ova dva načina psihičkog funkcioniranja, tj. prepoznavanja da unutarnji i vanjski svijet nisu isti, ali su međusobno povezani. U zaigranosti skrbnik omogućuje da dijete, koje se „samo pretvara“, poveže svoje ideje i osjećaje sa stvarnosti tako što ukazuje na postojanje alternativnog gledišta koje se nalazi izvan djetetovog uma (89). Sharp i Fonagy (90) predlažu teorijski model koji se bazira na procesu mentalizacije u razvoju psihopatologije u djece i adolescenata, gdje navode kako je odnos stila privrženosti i dječje psihopatologije moderiran djetetovom mentalizacijom i emocionalnom regulacijom. Konkretno, nesigurni stil privrženosti kod djeteta uz slabiju roditeljsku mentalizaciju vodit će u razvoj dječje psihopatologije putem slabije sposobnosti mentalizacije i regulacije emocija kod djeteta (91).

Empatija i anoreksija nervoza

Unatoč tome što niti dijagnostički kriteriji niti izvješća o psihopatologiji AN ne opisuju promjene u empatiji u AN, klinička promatranja i neka istraživanja ukazuju da teškoće u empatiji mogu biti dio fenotipa AN (92). Fenomen koji se djelomično preklapa s empatijom jest teorija uma (ToM). ToM se sastoji od sposobnosti da se donesu zaključci o emocijama drugih (emotivna ToM) ili uvjerenja i motivacije (kognitivna ToM).

Za znanstvena istraživanja mentalizacija je operacionalizirana kao „reflektivna funkcija“. Pacijenti s poremećajima hranjenja zajedno s onima kojima je dijagnosticiran granični poremećaj ličnosti imali su najniže rezultate u testiranjima reflektivne funkcije (93). Vjerojatno najznačajniji doprinos teorije mentalizacije za razumijevanje anoreksije nervoze je način psihičke jednakosti u kojem su vanjski i unutarnji svijet jednaki. U osoba s ovim poremećajem to se primarno odnosi na tijelo tj. na „tjelesnost“ misli i osjećaja. Tjelesna zapažanja predstavljaju osjećajnu stvarnost. Pacijentice koje osjećaju nedostatak kontrole svog života također mogu imati osjećaj tjelesnog širenja, postajanja većima i debljima. Stoga je ovaj način psihičkog funkcioniranja važan za razumijevanje poremećene slike vlastitog tijela koja kontekstualno ovisi o afektivnom stanju. Najviše se ističe pri negativnom afektivnom uzbuđenju. Psihička bol pacijentice uzrokovana je osjećajem zatvorenosti u grubu tjelesnost ovdje i sada; pacijentica teško mentalizira kako njeno tijelo služi kao metaforičan izvor osjećajnog života i obrnuto (89).

U svom istraživanju Gillberg, Råstam i Gillberg (94) su potvrdili kako je AN povezana s odstupanjima u empatiji. Autori zastupaju mišljenje da osobe oboljele od AN imaju teškoće u kognitivnoj i afektivnoj empatiji, te da u kliničkoj slici odgovaraju osobama iz autističnog spektra. Novija istraživanja potvrdila su autistične osobine kao prediktivne (95) čimbenike u AN (96), a neki teoretičari razmatraju AN kao dio autističnog spektra (97). Ipak, istraživanja o teškoćama u empatiji u AN nisu dosljedna. Primjerice, u istraživanju koje se temeljilo na upitnicima samoprocjene nije se uspjela dokazati statistički značajna razlika između osoba s AN i kontrolne skupine (98). S druge strane, Tchanturia i sur. (68), prvi su istraživali kognitivnu ToM u žena s AN, otkrivajući jasne teškoće u empatiji, no dobivene razlike nisu uspjeli dokazati kao statistički značajne. Kasnija istraživanja pokazuju abnormalnosti u afektivnom i kognitivnom ToM (99) ili samo u emocionalnom ToM (100) ili bez relevantnih razlika između odraslih osoba s AN i kontrolne skupine u emocionalnom ToM (101). Nedavno provedeno

istraživanje koja je, među ostalim, procjenjivalo domenu socijalne percepcije kroz neuropsihološku bateriju dizajniranu posebno za djecu i adolescente, izvijestili su o nedostatku deficita u empatiji u osoba s AN-R (102, 103).

Calderoni, Fantozzi, Maestro i sur. (103), su potvrdili razlike između adolescenata s restriktivnom anoreksijom nervozom i kontrolne skupine obzirom na kognitivnu empatiju. Ovi rezultati, premda preliminarni, upućuju na to da teškoće u kognitivnoj empatiji mogu biti stabilna osobina AN-R koja treba uzeti u obzir ne samo za kliničku dijagnostiku, već i za preventivnu i terapijsku intervenciju. Također, Beadle, Paradiso, Salerno i sur. (104) su potvrdili da osobe sa AN imaju više odstupanja u aleksitimiji i osobnom distresu u odnosu na kontrolnu skupinu (domena afektivne empatije koja mjeri negativni odgovor na tuđi stres). Pokazalo se da je osobni distres pozitivno povezan s aleksitimijom te negativno povezan s kontrolom emocija.

Morris, Bramham i Smith (105) su u svom istraživanju uspoređivali žene u akutnoj fazi AN, žene koje su se izliječile od AN, te kontrolnu skupinu. Pronašli su da žene u akutnoj fazi AN imaju više teškoća u empatiji nego li žene koje su se oporavile, te od kontrolne skupine. Ovi rezultati sugeriraju da je niža razina empatije reducirana isključivo u fazi AN kada je osoba teško bolesna. Istraživanja o odnosu empatije i anoreksije nervoze ostaju nedosljedna. Do danas nije razjašnjeno da li je empatija konstrukt koji dovodi do anoreksije ili je deterioracija empatije posljedica bolesti i pothranjenosti.

Stilovi privrženosti

Privrženost je snažna emocionalna povezanost s objektom privrženosti, a svrha joj je održavanje blizine sa objektom privrženosti, osobito u stresnim uvjetima (106). Iako sva djeca razvijaju privrženost (čak i prema roditeljima koji ih zanemaruju ili zlostavljaju), nisu sva sigurno privržena. Postoje izrazite individualne razlike u kvaliteti privrženosti. Bowlby ih objašnjava unutarnjim radnim modelima ili reprezentacijama objekta privrženosti, sebe i okoline. Unutarnji radni modeli osnivaju se na iskustvu s objektom privrženosti i omogućuju djetetu da anticipira buduće događaje i bira određena privržena ponašanja u određenoj situaciji. Sigurna privrženost se razvija kad dijete ima unutarnji radni model objekta privrženosti koji je dostupan i osjetljiv na njegove potrebe, a kada dijete nema takav model objekta privrženost (majke) ono je nesigurno privrženo (107). Main, Kaplan i Cassidy (108) također smatraju da individualne razlike u stilovima privrženosti u pozadini imaju individualne razlike u mentalnim

reprezentacijama sebe u vezama privrženosti, te da se sigurni i razne vrste nesigurnih stilova privrženosti najbolje razumiju u terminima određenih tipova mentalnih modela veza, modela koji usmjeravaju ne samo emocije i ponašanje, nego i pažnju, pamćenje i mišljenje.

Prema teoriji privrženosti, adolescencija je prijelazni period u kojem adolescenti nastoje biti manje ovisni o primarnim objektima privrženosti tj. roditeljima, jer uviđaju da veze s vršnjacima mogu bolje zadovoljiti njihove sadašnje potrebe nego što to mogu njihovi roditelji. No, tijekom adolescencije i često i rane odrasle dobi, mladi ljudi će se još uvijek obraćati roditeljima u vremenima pojačanog stresa i koristiti ih kao objekte privrženosti.

U svojem modelu Bartholomew i Horowitz (106) navode kako anksiozno privrženi žele blisku vezu, ali bliskost im je neugodna jer strahujući od odbacivanja, teško vjeruju drugima i teško ovise o njima. Oni imaju negativan model i sebe i drugih. Odbijajuće (izbjegavajuće) privrženi osjećaju se dobro i bez bliske veze, i žele neovisnost. Oni imaju pozitivan model o sebi, ali negativan o drugima. Zaokupljeno privrženi su previše opterećeni bliskim odnosima, osobno zadovoljstvo ovisi o tome kako ih drugi prihvaćaju, podcjenjuju se. Oni imaju pozitivan model o drugima, ali negativan o sebi. Odbijajući i zaokupljeni stilovi su posebno zanimljivi zbog nepodudarnosti između modela o sebi i modela o drugima. Kada su izloženi negativnim socijalnim informacijama tj. odbijanju od drugih, odbijajuće privrženi tada umanjuju važnost tih drugih kako bi i dalje održali visoko samopoštovanje, dok zaokupljeno privrženi okrivljuju sebe kada ih drugi odbacuju kako bi sačuvali pozitivan model o drugima. I na kraju, sigurno privrženi odrasli cijene intimnost i održavaju bliske odnose bez gubitka osobne autonomije. Oni imaju pozitivan model i sebe i drugih. Svaki od ova četiri prototipa privrženosti okarakteriziran je specifičnim sklopom regulacije emocija i socijalnog ponašanja (62).

Stilovi privrženosti i anoreksija nervoza

Prema Vidović (21) u obiteljima osoba s poremećajem hranjenja 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 djetetovo hranjenje 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 pacijenti s anoreksijom i bulimijom 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. Osim toga, presudnu ulogu za razvitak anoreksije ima odnos oboljele osobe s majkom. Smatra se kako su majke djevojaka oboljelih od anoreksije iznimno kontrolirajuće te da imaju visoka očekivanjima. Očevi, s druge strane, emocionalno su distancirani (109).

Iz svega gore navedenog može se zaključiti kako na nastanak poremećaja hranjenja u značajnoj mjeri utječu i čimbenici koji potječu iz djetinjstva. Psihološki razvoj djeteta ovisan je o odnosu roditelja i djeteta od najranije dobi. O tom odnosu ovisit će razvoj kasnijih interpersonalnih veza, razvoj ličnosti, samopoštovanja i osjećaja sigurnosti, pripadnosti te povjerenja u ljude oko sebe (110). Na temelju tog odnosa dijete u sebi stvara modele ponašanja koje će se kasnije projicirati i na veze s drugim osobama. Utjecajem odnosa roditelja i djeteta na razvoj bavi se teorija privrženosti, koja je u fokusu interesa mnogih istraživača koji se bave poremećajima hranjenja. Teorija privrženosti integrira konstrukte koji su ujedno empirijski provjerljivi i klinički primjenjivi, uz psihodijagnostičke testove zadovoljavajućih psihometrijskih karakteristika. Temeljeći se na mogućnosti istraživanja i empirijskoj provjeri, danas postoje vrlo čvrsti empirijski dokazi koji povezuju kvalitetu privrženosti s problemima psihičkog zdravlja. Teorija privrženosti integrira ideje iz različitih psihoterapijskih tradicija, poput psihoanalize, kognitivnih terapija i obiteljske terapije, te pruža alat za razumijevanje interakcije karakteristika pojedinca i obitelji, koja je izuzetno bitna za klinički rad s pacijentima s poremećajima hranjenja (111). Nalazi istraživanja koji su do sada prikupljeni sugeriraju da su kod pacijentica koje boluju od poremećaja hranjenja najzastupljeniji nesigurni stilovi privrženosti (111).

Do sada se na ulogu privrženosti u razvoju poremećaja hranjenja promatralo iz nekoliko teorijskih perspektiva; (1) simptomi poremećaja hranjenja promatrani su kao direktne

ekspresije obrazaca privrženosti, (2) promatrani su kao oblik traženja bliskosti, (3) kao simptomi koji se prenose transgeneracijski, (4) kao latentni obiteljski procesi (62).

U nedavno provedenoj meta-analizi Tasca i Balfour (112) pokazalo se da, u usporedbi s kontrolnom skupinom, osobe s poremećajima hranjenja su u prosjeku bile više nesigurno privržene te sa slabijom psihološkom prilagodbom. Slabija psihološka prilagodba bila je specifično povezana s anoreksijom nervozom. Nesigurna privrženost bila je povezana sa stupnjem ozbiljnosti simptoma poremećaja hranjenja, a taj odnos je posredovan perfekcionizmom i emocionalnom regulacijom. Pokazalo se da nesigurna privrženost ima specifične negativne utjecaje na procese i ishode psihoterapije. Konkretno, oni sudionici s izbjegavajućim stilom privrženosti su češće odustajali od liječenja, a nesigurno privrženi su imali slabiji ishod liječenja. Nedavno provedeno istraživanje Jakovina i sur. (80) potvrdilo je da osobe s bulimijom nervozom imaju značajno više nesigurni stil privrženosti u odnosu na kontrolnu skupinu.

U provedenoj meta analizi Zachrisson i Skårderud (111) potvrdilo se kako je prevalencija sigurnog stila privrženosti niska kod osoba sa poremećajima hranjenja. Nesigurni stil privrženosti pronašao se kod osoba koje boluju od restriktivnog i purgativnog oblika anoreksije, te sa značajnom incidencijom izbjegavajućeg stila privrženosti u osoba s restriktivnim oblikom anoreksije.

Obzirom na navedena istraživanja, čini se kako su stilovi privrženosti u oboljelih s AN bitan čimbenik u razumijevanju nastanka, razvoja i održavanja tog psihičkog poremećaja.

1.7.3 SOCIOKULTURALNI ČIMBENICI

Prema sociokulturalnom modelu (113, 114) (ne)zadovoljstvo tjelesnim izgledom ovisi o tome koliko osoba doživljava sebe u skladu s društvenim idealom ljepote. Taj društveni ideal je specifičan za kulturu, prenosi se različitim sociokulturalnim kanalima, osobito putem medija (115), pojedinci ga internaliziraju i time postaje njihov osobni standard lijepoga tijela kojem teže. Raskorak između doživljaja vlastitoga tijela i internaliziranoga ideala tjelesnoga izgleda, predstavlja srž nezadovoljstva vlastitim tijelom i povezan je s brojnim nepoželjnim ishodima, kako mentalnog (116) tako i tjelesnoga zdravlja (117-119). Postoji više različitih sociokulturalnih modela, čiji predstavnici smatraju da sociokulturalni pritisci imaju centralnu ulogu u razvoju i održavanju nezadovoljstva vlastitim tijelom. Ti pritisci uključuju ideal mršavosti za žene zapadnih kultura, fokus na izgled u ženskoj rodnoj ulozi te važnost izgleda

za socijalni uspjeh žene. Sociokulturalni model pretpostavlja da je ženski ideal tjelesnoga izgleda vitko tijelo (120). Odmicanje od tog tjelesnog izgleda/ideala zbog povećanja ITM u adolescentica i mladih odraslih žena s jedne strane, i pritisci okoline na žene da budu vitke, s druge strane, važni su činitelji koji doprinose držanju dijeta i negativnim emocijama, pa i razvoju poremećaja hranjenja (114).

Noviji teorijski pristupi etiologiji poremećaja hranjenja i slike tijela, poput Tripartitnog modela Thompsona i sur. (121) sve se više usmjeravaju na multidimenzionalne modele. Model potvrđuje doprinos socijalnih čimbenika – medija, vršnjaka i roditelja u razvoju slike tijela i odstupajućih navika hranjenja. U radu Pokrajac i sur. (122) rezultati su pokazali da je internalizacija sociokulturnog ideala vitkoga izgleda značajan prediktor razvoju bulimičnih simptoma, ali i restriktivnoga ponašanja (želja za mršavim tijelom, strah od debljanja, provođenje dijete). Medijski utjecaj, perfekcionizam i rjeđe uspoređivanje vlastitog izgleda s izgledom drugih u odnosu na osobe s AN, pokazali su se značajnim prediktorima bulimičnih simptoma. Rezultati su pokazali da je nezadovoljstvo vlastitim tijelom u cjelini ili pojedinim dijelovima tijela značajnije u nastanku restriktivnog ponašanja – straha od debljanja i provođenja dijete, nego bulimičnih simptoma, poput kompulzivnog jedenja te korištenja kompenzacijskih ponašanja.

Osim obitelji, na internalizaciju ideala važnu ulogu imaju mediji i vršnjaci koji predstavljaju važne sociokulturalne čimbenike u razvoju poremećaja. Naime, smatra se da mediji potiču nerealnu sliku tijela kod djevojčica koja je nedostižna. Istraživanje Fielda i Colditz (123) pokazalo je da postoji pozitivna povezanost između izlaganja raznim časopisima ljepote s visokom razinom kontrole težine i neurednog hranjenja. To dovodi do sklonosti djevojčica da u većoj mjeri uspoređuju vlastita tijela s nerealnim i nezdravim oblikom tijela modela u medijima. Masovni mediji višestruko i prečesto prenose poruke o nezdravom načinu prehrane, atraktivnosti, idealnoj tjelesnoj težini i obliku tijela, samokontroli. Može se zaključiti da kod mladih djevojčica i dječaka te poruke dovode da oni smatraju kako: (1) je važno biti seksualno privlačan, (2) kako izgleda ideal ljepote, koji je stil najbolji i koji je obećavajući da će zauvijek ostati lijepi te da (3) su masovni mediji najvažniji vanjski izvor informacija, motivacije i prodaje proizvoda kako bi osoba bila atraktivna i moderna.

Brojna istraživanja provedena u zadnje tri dekade potvrđuju porast socijalne poželjnosti mršave ženske figure. Za mlade ljude masovni mediji, a pogotovo televizija i popularni časopisi, moguće su najmoćnije sredstvo prijenosa sociokulturalnih ideala. Zbog svoje

popularnosti, televizija i časopisi vrlo učinkovito propagiraju ideal vitkosti. Lakoff i Scherz (124) tvrde da je utjecaj TV-a i časopisa posebno negativan zato što se modeli u tim medijima shvaćaju kao realistične vizije stvarnih ljudi, a ne kao manipulirane i umjetno stvorene slike. Andersen, 1990, prema Matić (125) smatra da do držanja djeteta dolazi pod utjecajem sociokulturalnih normi koje promoviraju mršavost.

U meta-analizi Grabe i sur. (126) su potvrdili značajnu povezanost između sociokulturalnih čimbenika u nastanku i razvoju AN. Adolescencija je razdoblje života u kojem jača potreba za pripadanjem i prihvaćanjem (109). Upravo u tome razdoblju mladim osobama prijatelji postaju najvažniji izvor vrednovanja te zbog toga tjelesni izgled u tom razdoblju, posebice za djevojke, postaje važna odrednica ponašanja. Vršnjaci su najčešće skloni zadirkivanju i to težih djevojaka. Istraživanja pokazuju da vršnjačko zadirkivanje ima negativniji utjecaj na anksiozne djevojke pa one postaju svjesnije vlastitog tjelesnog izgleda (Levine i Smolak, 2002, prema 122). Zbog takvog socijalnog pritiska djevojke se najčešće odlučuju za odlazak na dijetu (127). Istovremeno, adolescenti vrše stalne usporedbe s pojedincima koje idealiziraju, te kroz socijalnu usporedbu procjenjuju sebe. To može dovesti do nezadovoljstva, te samim time utjecati na ponašanja pojedinca.

Štetan utjecaj na sliku tijela imaju i emisije preobrazbe tjelesnog izgleda. U eksperimentalnom istraživanju Ashikali, Dittmar i Ayers (128) pronalaze kako gledanje takvih emisija (*engl.* "makeover shows"), koje uključuju plastične operacije, dovode do većeg nezadovoljstva tjelesnom težinom i tjelesnim izgledom kod adolescentnih djevojaka.

U novijem istraživanju Šincek i sur. (114) potvrđeno je da pri objašnjenju nezadovoljstva tjelesnim izgledom, značajni prediktori su indeks tjelesne mase, opća internalizacija društvenoga standarda poželjnog izgleda, pritisak za ostvarivanje tog izgleda, kao i internalizacija sportskog ideala, te važnost koju studentice pridaju svom izgledu. Za odstupajuće navike hranjenja, značajnim prediktorima pokazali su se indeks tjelesne mase i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom.

Iako su mnoga istraživanja utjecaja medija na nezadovoljstvo tijelom eksperimentalna, uglavnom su usmjerena na ispitivanje tek kratkoročnih učinaka izloženosti slikama ili snimkama preuzetih iz medija zbog čega se čini kako nedostaju longitudinalni podaci koji bi omogućili uvid u dugoročne posljedice izloženosti utjecaju medija na nezadovoljstvo tijelom (129). Utjecaj medija samo je jedan od sociokulturalnih čimbenika koji pridonose zabrinutosti

zbog tjelesnog izgleda i nezadovoljstvu tijelom. Iako sam po sebi snažan, on djeluje u interakciji s drugim sociokulturalnim čimbenicima i može biti pojačan utjecajem obitelji i vršnjaka (prema Markey i Markey, 2011, 129).

1.8 ADOLESCENCIJA

Adolescencija je razvojna faza u životu pojedinca koja povezuje djetinjstvo i ranu odraslu dob te obuhvaća vremensko razdoblje približno između 10. i 22. godine života (130). Pojam adolescencija uključuje emocionalne, kognitivne, ponašajne i socijalne promjene u funkcioniranju osobe, dok naziv pubertet označava fizičke manifestacije seksualnog sazrijevanja. Početak adolescencije obilježavaju fiziološke i hormonske promjene koje se odražavaju na ostala područja funkcioniranja mlade osobe.

Podjela adolescentnog razvoja

U preadolescenciji (10-12 g.) ponovno oživljava interes prema anatomskim razlikama, seksualna znatiželja i masturbacija. Za preadolescenciju se može reći da je razdoblje u kojem kvantitativno povećanje nagona vodi do većeg ili manjeg povratka pregenitalnosti. Harley 1971.g. (131) i drugi analitičari smatraju da se i kod djevojčica u preadolescenciji događa slično regresivno ponovno oživljavanje pregenitalnih poriva, želja i fantazija tj. da i djevojčice koriste npr. "prljavi" jezik ili uriniraju s prijateljicom i slično. Ovo proizlazi iz potrebe da preziru dječake zbog njihove otvorene "prljavosti" i tako uspostave vlastitu nadmoć nad muškim spolom (Harley, 1971, 131). Prema drugim autorima (Deutsch, Blos, Ritvo) djevojčice preadolescencije sklonije su potiskivanju djetinje spolnosti, a ne njezinu regresivnu ponovnom oživljavanju i upravo to potiskivanje je važan preduvjet za normalni razvoj ženskosti (131).

Promjena u ranu adolescenciju (12-14 g.) je obilježena endokrinološkim i biološkim procesom puberteta. S mnogo većim intenzitetom, ovi procesi fokusiraju adolescentovu pažnju na zabrinutost o promjenama tijela (primarne i sekundarne spolne karakteristike, usporedba tijela s drugima), seksualne senzacije, genitalne senzacije s prisilnom potrebom za masturbacijom kao izvorom olakšanja, povećana svjesnost seksualno uzrokovanih i konfliktnih fantazija, koje precipitiraju potrebu za masturbacijom, kao i usporedna masturbacija, a sve to može povećati golemu količinu anksioznosti za adolescenta (Blos 1970, 131). Rana adolescencija je pristigla kada djeca počinju osjećati nove tjelesne senzacije, kada u zrcalu zamjećuju brojne fizičke promjene koje ukazuju na to da više nisu djeca i kada počinju misliti

i razumijevati svijet na način koji je drugačiji od onog u djetinjstvu. Ona je razdoblje najveće raznolikosti među adolescentima, te unutar samih adolescenata. Tjelesne i emocionalne promjene su rijetko sinkronizirane (132). Proces rane adolescencije u djevojaka počinje oko dvije godine ranije nego u dječaka. U njih u prosjeku počinje s 10,5 godina, a u dječaka s 12,5 godina. Djevojčice se moraju prilagoditi realitetu da postaju veće i zrelije u ranijoj dobi. Ovakvo stanje zna za njih predstavljati velik, a za neke i prevelik pritisak, koji može voditi psihopatološkim razrješenjima kao što su poremećaji jedenja, preuranjena seksualnost ili zloupotreba droga (Rudan, 2004).

U prvoj (srednjoj) adolescenciji (14-16 g.) maturacija se izravna, sve djevojke imaju menstruaciju, dječaci su sposobni za ejakulaciju, oba spola su stekla sekundarne spolne oznake. Fizička maturacija potencira konfliktnu prirodu incestnih fantazija koje se ponovno pojavljuju (131). Kompleksnost i teškoće u obiteljskim vezama nadalje stimuliraju i podržavaju adolescentove aktivnosti izvan kuće. Adolescent nalazi interes u intelektualnim, atletskim, muzičkim, političkim temama i ponekad u drogi, alkoholu, kriminalitetu. Prema Rudan (132), adolescenti ove dobi su jako svjesni onog što su ostavili iza sebe. Mnogi autori su pisali o procesu žalovanja karakterističnom za razdoblje srednje adolescencije. Zbog odvajanja od roditelja, unutarnjeg (dezinvestiranje mentalnih reprezentacija roditelja) i vanjskog (manjeg oslanjanja na roditeljsko vodstvo), srednji adolescent ostaje u stanju izoliranosti i usamljenosti. Mrzovolja tako karakteristična za srednju adolescenciju često potiče od procesa žalovanja. Adolescentu je potrebno izvjesno vrijeme da stvori nove odnose s roditeljima koji odgovaraju nastalim promjenama i značajne nove odnose s drugima.

U kasnoj adolescenciji (17-20+ g.) se zbiva uključanje u relativno stabilne veze vršnjaka, u akademske i izvan-nastavne aktivnosti i interese i postoji određeni stupanj financijske nagrade u poslu. Kasna adolescencija je primarno faza konsolidacije. Pod tim pojmom Blos 1962.g. (131) podrazumijeva: 1. Visoko osoban i stabilan aranžman funkcija i interesa ja; 2. Proširenje područja bez konflikta ja (sekundarna autonomija ja); 3. Nepovratna spolna pozicija (stalnost identiteta), izražena kao primat genitala; 4. Relativna stalnost investicije reprezentacije objekta i selfa i 5. Stabilizacija mentalnog aparata s automatskim čuvanjem integriteta psihičkog organizma (133).

U adolescentnoj dobi najuočljivije su promjene na tijelu. Tjelesne promjene su mnogo brže nego u bilo kojem drugom razvojnom razdoblju, osim u dojenačkoj dobi, a pokazuju se

hormonskim promjenama tijekom puberteta, te pojavom odrasle seksualnosti. Društvo slijedi ove promjene zahtijevajući od adolescenta da napusti ovisnost o obitelji i preuzme odgovornost za donošenje odluka u vezi s dva važna pitanja odrasle dobi – ljubavi i posla (48). Ovo razdoblje karakterizira novo razvijena kognitivna sposobnost koja omogućuje adolescentu da proširi spoznaju o sebi i pokuša odgovoriti na pitanje „Tko sam ja?“ odnosno javlja se potraga za identitetom. Identitet uključuje i unutarnji kontinuitet i međuosobnu uzajamnost. On označava dolazak do pitanja o sebi i pronalaženju svog mjesta u društvu. Adolescencija može biti obilježena krizom identiteta jer predstavlja „neophodnu, prijelomnu točku, važan trenutak“ (134), u kojem adolescent mora svladati tripartitnu zadaću pronalaženja zvanja, seksualne uloge i ideologije ili će se naći u stagnaciji i regresiji. Inicijativa gura osobu prema odraslosti, a kontrola omogućuje eksperimentiranje s novim iskustvima uz izbjegavanje ekstremnih oblika inhibicije i impulzivnosti. Zbog fizioloških promjena slika tijela sada je istaknutija nego je bila u ranijim godinama. Kod nepopustljivog nastojanja adolescenata s anoreksijom nervozom da bude mršav slika tijela postaje destruktivnim tiraninom, a autodestruktivna potreba za autonomijom podsjetnik je na suprotstavljачko ponašanje iz doba ranog djetinjstva (48).

1.8.1 ANOREKSIJA NERVOZA KOD DJECE I ADOLESCENATA

Pregledom istraživanja o starijim adolescentima i odraslim osobama sugerira se da AN ima tendenciju kronične bolesti s općenito lošom prognozom. Važno je, međutim, biti oprezan s generaliziranjem rezultata na mlađu populaciju. Anoreksija nervozna ne može se smatrati samo replikacijom iste bolesti u mlađoj dobnoj skupini. Kao što će se prikazati u sljedećim odjeljcima, postoje dokazi koji upućuju na to da postoje obilježja bolesti koja su jedinstvena za rani početak AN (koji imaju >14 godina), odnosno za kasniji početak u srednjoj adolescenciji (koji imaju <14 godina).

Adolescencija predstavlja važan razvojni period za proučavanje povezanosti teškoća u emocionalnoj regulaciji i psihopatologije, te uloge odnosa roditelj-dijete iz nekoliko razloga. Glavni razvojni zadaci adolescenta su da postignu autonomiju od roditelja, da steknu dublji osjećaj identiteta, te da izgrade intimnije odnose sa vršnjacima. Kako bi to ostvarili, adolescenti se trebaju u povećanoj mjeri oslanjati na same sebe u regulaciji emocija i ponašanja. Da je to ponekad teško, osobito u adolescenciji, pokazuje povećano iskustvo negativnih emocija (135) i povećana varijabilnost emocija (136) u adolescenciji u odnosu na djetinjstvo i odraslu dob. U doba adolescencije se povećava stopa prevalencije internaliziranih teškoća (npr. tjeskoba, depresija) i eksternaliziranih problema (agresivno ponašanje i poremećaj ophođenja) (137), te

na koncu smanjenje kvalitete odnosa obzirom na dužinu trajanja interakcija adolescent-roditelj (60). Primjerice, adolescent koji teži autonomiji može dovoditi do povećanja konflikata sa roditeljima, te se istovremeno adolescent može osjećati kontrolirano od strane roditelja koji teže održavanju kontrole nad ponašanjem adolescenta. Istovremeno, osjećaji topline, povjerenja i podrške se smanjuju u odnosu između roditelja i adolescenta (138). Unatoč činjenici da adolescencija predstavlja vrijeme važnih promjena u emocionalnom iskustvu i regulaciji, povećanju psihopatologije, te promjenama u socijalnim odnosima, uspoređujući sa istraživanjima emocija u djece i odraslih, istraživanja o emocionalnom razvoju, te o njegovim uzorcima i posljedicama tijekom adolescencije su relativno rijetka (60).

Poremećaji hranjenja predstavljaju poremećaje tipične za adolescente, iako se neki već javljaju u djetinjstvu, odnosno, prije 11. godine života. Najčešći poremećaj hranjenja u dječjoj dobi je anoreksija nervoza, dok se prvi sindrom bulimije nervoze vrlo rijetko viđa prije 14. godine. Istraživanja koja su uključivala i mušku i žensku djecu, pokazala su da već u osnovnoj školi djeca žele biti mršavija nego što jesu (6). Oko 45% djece želi biti mršavije, 37% djece pokušava smanjiti svoju težinu, a 6.9% na adaptiranoj verziji „Eating Attitude Testa“ postiže rezultat u rangu patološkog (47). Posljednjeg desetljeća pozornost privlači pojava AN u sve mlađim dobnim skupinama, u ranoj adolescenciji, prije pojave menarhe, ili prije početka puberteta. Analiza koju je nedavno provela Agencija za zdravstvena istraživanja i kvalitetu u SAD-u, pokazala je kako je od 1999. do 2006., broj hospitalizacija zbog poremećaja hranjenja naglo porastao (119%) za djecu mlađu od 12 godina (139). Neishranjenost u AN i njene posljedice ovisne su o trajanju, broju i težini pojedinih epizoda samoizgladnjivanja, ali i o vremenskom odnosu prema fiziološkim razdobljima rasta i spolnog razvoja. Stoga posljedice gladovanja i pothranjenosti i njene komplikacije treba razmatrati u odnosu na normalna razdoblja sazrijevanja i u tom svijetlu analizirati sličnosti i eventualne razlike u odnosu na odrasle (140). Kvantitativne i kvalitativne razlike dobnog su ovisne, neke su prolazne prirode, a neke opet, zbog specifične povezanosti s adolescentnim razdobljem, mogu biti ireverzibilne. To se ponajprije odnosi na smetnje rasta, odgodu ili zaustavljanje normalnog obrasca pubertetskog razvoja, te osteopeniju i osteoporozu (140).

Kako su djevojčice najranjivije za nastanak poremećaja hranjenja u adolescenciji, srednjoškolska dob je najrizičniji period. Poremećaji hranjenja koji se javljaju u tom periodu najčešće se kreću od nezadovoljstva vlastitim tijelom preko nepatološkog držanja dijete pa sve do čistih poremećaja hranjenja – anoreksije i bulimije. Određeni psihopatološki fenomeni

pokazuju brz uspon u adolescenciji: suicid i pokušaj suicida, alkoholizam, zloraba tvari, shizofrenija, anoreksija nervoza i depresija. Premda se ukupna stopa svih psihopatoloških fenomena povećava tek u manjoj mjeri, jer su druge smetnje iz razdoblja djetinjstva u padu, nove smetnje mnogo su ozbiljnije od onih koje su postojale ranije. Ipak, anoreksija nervoza ostaje relativno rijetka sa životnom prevalencijom od približno 1% (141).

Uz menarhu i razvoj grudi kod djevojčica tijekom puberteta dolazi i do „bujanja masti“ tj. do nakupljanja veće količine masti u potkožnom tkivu, koja prosječno iznosi oko 12kg. Postoji razlika između fiziološkog tijela i psihološke reprezentacije tijela, odnosno slike tijela. Postoje dokazi da je u zdravoj populaciji djevojaka držanje dijete povezano s ranije navedenim pubertetskim promjenama, a ne s dobi. Važno je napomenuti da ove promjene vrše na adolescenticu pritisak da iz temelja reorganizira svoju sliku tijela, što - uz njezinu sve veću sposobnost razmišljanja o sebi - može dovesti do zaokupljenosti svojom shemom tijela i reakcijama drugih na njega. Takav nesklad u poimanju vlastitog tijela loš je za mlade djevojke, koje su u pubertetu vrlo osjetljive na mišljenje o sebi. Normalne tjelesne promjene do kojih dolazi u pubertetu, primjerice razvoj sekundarnih spolnih oznaka, mogu izazvati zabrinutost tjelesnim izgledom (13). Do toga može doći u slučaju negativnih povratnih informacija iz okoline, upućenih mladoj osobi u razvoju. Osobe s anoreksijom nervozom imaju vrlo nerealnu percepciju sheme vlastitog tijela, smatrajući ga pretjerano krupnim i zaokruženim, debelim ili neproporcionalnih dimenzija, posebno nekih dijelova tijela. Adolescentice koje sebe doživljavaju kao pothranjene najzadovoljnije su svojom slikom tijela, nakon njih slijede one koje misle da su prosječne uhranjenosti. Slika tijela je bolji prediktor držanja dijete nego stanje zrelosti i tjelesna težina. Bruchina hipoteza (1973) u vezi sa iskrivljenom percepcijom sheme tijela tijekom vremena je ispitivana i provjeravana. Brown, Cash i Lewis 1989.g. (13), koji su uspoređivali 114 osoba s anoreksijom i zdravih adolescentica odgovarajuće dobi, visine i težine, utvrdili su da je prva skupina iskrivljavala sliku tijela i doživljavala ga kao teže od kontrolne skupine, bez obzira na stvarnu tjelesnu težinu. Također postoje dokazi da opetovano iskrivljavanje slike tijela predviđa lošiji odgovor na liječenje. S druge strane, istraživanja su pokazala da je pridavanje pretjeranog značenja veličini tijela kod zdravih žena povezano s nižim samopoštovanjem i da se pridavanje pretjeranog značenja pojačava što žena ima veću tjelesnu težinu.

1.8.2 ANOREKSIIJA NERVOZA I PODFAZE ADOLESCENTNE DOBI

Istraživanje AN u pedijatrijskoj populaciji ukazuje na važnost uloge razvoja u prezentaciji i ishodu bolesti. Posebno je zanimljivo istraživanje ishoda liječenja Steinhausena (142), koji je pokazao da adolescenti s AN imaju bolji ishod liječenja u odnosu na odrasle AN. Postavlja se pitanje je li AN isti konstrukt unutar pedijatrijske populacije s razlikama između adolescenata i djece.

Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom u srednjoškolskoj populaciji povezuje se s odstupajućim navikama hranjenja (122) te srednjoškolci navode da im je motiv za takve odstupajuće navike hranjenja (učestalo provođenje dijete, prejedanje i povraćanje) želja za poboljšanjem tjelesnoga izgleda. Longitudinalna studija (143) koja je pratila 1902 sudionika od rane adolescencije do mlade odrasle dobi (u tri točke mjerenja, deset godina), utvrdila je da dolazi do porasta i nezadovoljstva tjelesnim izgledom i indeksa tjelesne mase (ITM). Pokazalo se da je porast nezadovoljstva tjelesnim izgledom izraženiji u razdoblju od srednje adolescencije do mlade odrasle dobi, negoli je bio od rane do srednje adolescencije (114).

Dobna skupina s najvišom incidencijom AN je 15-19 godina (144), a incidencija AN u ovoj skupini se povećala tijekom vremena (145), što upućuje na to da je upravo to razdoblje srednje adolescencije posebno ranjivo razdoblje pogodno za razvoj AN (146). Etiološke teorije AN sugeriraju da problemi vezani uz razvoj i identitet doprinose razvoju bolesti (147) a razdoblje kasne adolescencije je razdoblje kada se mnogi bave takvim pitanjima.

Klump i sur. (148) sugeriraju da hormoni mogu igrati ulogu u povećanoj incidenciji poremećaja hranjenja tijekom puberteta, a raniji nastup menarhe identificiran je kao čimbenik rizika za razvoj poremećaja hranjenja (149). Unutar pedijatrijske populacije, djeca i rani adolescenti (mlađi od 14 godina) ne podliježu istim hormonskim utjecajima i razvojnim zadaćama oko identiteta s kojima se suočavaju stariji adolescenti (146). Ovo može dovesti do pretpostavke da mlađi adolescenti s AN (mlađi od 14 godina) imaju manje ozbiljne simptome i bolje ishode od onih s kasnijim pedijatrijskim AN. Potvrđivanje takve pretpostavke bi imalo važne kliničke implikacije kao što je rad na ranom otkrivanju i pravodobnom pristupu liječenju radi poboljšanja dugoročnog ishoda. Istraživanje Grewal (146) istražilo je ovu pretpostavku usporedbom rane adolescentne dobi AN (mlađi od 14 godina) i kasnije pedijatrijske dobi AN (stariji od 14 godina) u pogledu kliničkih simptoma i ishoda. Studija je sadržavala ukupno 207 slučajeva, veće od mnogih prethodnih studija u pedijatrijskoj AN. Istraživanje je pokazalo da su mlađi adolescenti odnosno oni u doba rane adolescencije imali veći ITM nego li stariji

adolescenti. Dob nije bila prediktor rasta tjelesne težine. Međutim, mlađi adolescenti su imali bolji ishod u liječenju bolesti.

U svom istraživanju Jarman (150) je dobio oprečne rezultate. Navodi da iako se za djevojke koje razvijaju AN u ranoj adolescenciji općenito misli da imaju povoljniju dugoročnu prognozu u odnosu na pojavu AN u srednjoj i kasnoj adolescenciji, zdravstveni stručnjaci moraju biti svjesni da ti pacijenti čine heterogenu grupu i mogu imati znatne fiziološke i psihičke poremećaje usprkos normalizaciji tjelesne mase. U njegovom longitudinalnom istraživanju dob kada se pojavila bolest, u rasponu dobi u uzorku 11-27 godina, nije prosječno prognozirala rezultat od anoreksije nervoze osam godina kasnije. Potvrdio se trend da kod osoba s AN koje obole nakon 19. godine života imaju lošiji tijek bolesti. Ovi rezultati se slažu s opažanjima Morgana i sur. (1983) i Hawley (1985) te potvrđuju zaključke koje je Swift (1982) zaključio u svojoj recenziji da je pojava AN u ranoj adolescenciji usporediva u ishodu s pojavom AN tijekom srednje i kasne adolescencije (146).

May i sur. (151) u svom istraživanju su pokušali utvrditi razvojni tijek konstrukta zabrinutosti za tjelesnu težinu (engl. „weight concerns“) kod adolescenata. Proučavajući zabrinutost za težinu kod adolescenata tijekom vremena, analize su otkrile različite obrasce promjena u zabrinutosti za težinu za djevojčice i dječake. U djevojčica zabrinutost za težinu povećala se tijekom vremena počevši od rane adolescencije, te je dosegla vrhunac u dobi od 16 godina, da bi tada počela padati s dobi. Krivulja je oblikovana obrnutim uzorkom promjene. Također, pokazalo se da se najveća razlika između djevojčica i dječaka po pitanju zabrinutosti za težinu potvrđuje upravo u doba srednje adolescencije, konkretno u dobi od 16 godina. Slični rezultati dobiveni su i na španjolskom uzorku adolescentica gdje se ispitivao trend promjena u nezadovoljstvu tijelom obzirom na dob. Potvrdilo se da doživljavanje nezadovoljstva tjelesnim izgledom raste u dobi od 10 do 15-16 godina kada doseže svoj vrhunac, nakon čega postignuto nezadovoljstvo ostaje stabilno (152).

Nadalje, Rosenberg 1979.g. (153) je pregledom rezultata dotadašnjih istraživanja o samopoštovanju iznio rezultate koji pokazuju da se samopoštovanje, koje je značajno povezano s poremećajem hranjenja, snižava u srednjoj adolescenciji a da se oporavlja, odnosno raste u razdoblju kasne adolescencije. Kao razlog za promjene u samopoštovanju kroz adolescenciju autori najčešće navode sliku tijela te druge probleme koji su povezani s pubertetom (154). Pad u samopoštovanju često se pripisuje maturacijskim promjenama povezanim s pubertetom te kognitivnim promjenama koje su povezane s pojavom formalnog operacionalnog razmišljanja

(Robins i sur., 2002, 155). Dakle, kod adolescenata se pojavljuje kapacitet da razmišljaju apstraktno o sebi i svojoj budućnosti, a tako mogu uočiti propuštene prilike i neispunjena očekivanja.

U suvremenom zapadnom društvu postoje dva suprotna kretanja u odnosu na tjelesnu težinu u adolescenciji. Prema Cole i sur., 2000, Konstanski i Gullone, 1998. i Levine i Smolak, 2002, sve je veća učestalost prekomjerne težine i pretile djece i, s druge strane, sve veći poriv za mršavosti i nezdrave preopterećenosti oblikom tijela i tjelesnom težinom (6). Ti kontradiktorni trendovi rezultiraju činjenicom da je sve veći broj adolescenata nezadovoljan stvarnom veličinom i oblikom tijela. Adolescenti, suočeni s važnim razvojnim zadaćama i istovremeno dolazeći u fazu promjena na vlastitom tijelu, mogu biti osobito osjetljivi na nepodudarnost između stvarne i idealne slike tijela (6). Posljedično nezadovoljstvo tijelom praćeno slabijom psihološkom prilagodbom i internalizacijom ideala mršavosti najčešći su predisponirajući čimbenici poremećaja hranjenja (156, 157). Upravo ti čimbenici predstavljaju glavno središte ove disertacije.

Pozivajući se na već ranije spomenuti teorijski model razvoja dječje psihopatologije Sharp i Fonagy (90) koji polazi od pretpostavke da je stil privrženosti djeteta povezan s dječjom psihopatologijom kroz moderirajuću ulogu empatije i emocionalne regulacije ovim istraživanjem nastojati ćemo provjeriti prirodu odnosa spomenutih čimbenika i u slučaju AN. Teorijski model proširiti ćemo sa uključivanjem sociokulturalnih čimbenika u objašnjenje AN.

2 HIPOTEZA

Adolescentice s anoreksijom nervozom će se razlikovati od kontrolne skupine u psihološkoj prilagodbi, emocionalnoj regulaciji, empatiji, stilu privrženosti i sociokulturalnim stavovima o tjelesnom izgledu te se očekuje da ova kombinacija prediktora dobro objašnjava simptome anoreksije nervoze; mlađe (>14 godina) i starije (<14 godina) adolescentice s anoreksijom nervozom će se statistički značajno razlikovati obzirom na psihološku prilagodbu, emocionalnu regulaciju, empatiju, stil privrženosti i sociokulturne stavove o tjelesnom izgledu.

3 CILJEVI RADA

Ciljevi istraživanja su sljedeći:

1. Ispitati i razlikovati psihološku prilagodbu, emocionalnu regulaciju, empatiju, stil privrženosti i sociokulturalne stavove o tjelesnom izgledu između adolescentica s anoreksijom nervozom u odnosu na kontrolnu skupinu
2. Ispitati međusobnu povezanost psihološke prilagodbe, emocionalne regulacije, empatije, stila privrženosti, sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu i rizika za razvoj poremećaja hranjenja sa simptomima anoreksije nervoze.
3. Ispitati doprinos psihološke prilagodbe, emocionalne regulacije, empatije, stila privrženosti, sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu i rizika za razvoj poremećaja hranjenja kao prediktora anoreksije nervoze, kao i njihov međusobni odnos.
4. Ispitati i razlikovati psihološku prilagodbu, rizik za razvoj poremećaja hranjenja, emocionalnu regulaciju, empatiju, stil privrženosti i sociokulturalne stavove o tjelesnom izgledu između mlađih i starijih adolescentica s anoreksijom nervozom te usporediti njihove rezultate.

4 MATERIJALI I METODE

4.1 OPIS ISTRAŽIVANJA

Istraživanje se provodilo u Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra "Sestre milosrdnice". Po prijemu na bolničko liječenje adolescentice koje boluju od anoreksije nervoze upućivane su gastroenterologu i psihijatru na pregled. Kako bi se umanjio utjecaj izgladnelosti na rezultate istraživanja te kako fizički ozbiljno ugrožene adolescentice ne bi opterećivali s istraživanjem, djevojkama s AN su upitnici dani na ispunjavanje minimalno nakon mjesec dana bolničkog liječenja. Psiholog je adolescentice i njihove roditelje ukratko upoznao s nacrtom i ciljem istraživanja, pismeno im je dao Obavijest o istraživanju za sudionike i roditelje, te im je ponudio da sudjeluju u istraživanju i potpišu informirani pristanak. Informirani pristanak potpisali su roditelji djevojaka s AN obzirom da se radi o maloljetnim osobama, te same djevojke s AN. Nakon toga su djevojke s AN ispunile sljedeće upitnike: Upitnik općih i zdravstvenih podataka o ispitanici, Upitnik o poremećaju hranjenja, Upitnik o iskustvu u bliskim odnosima, Upitnik o empatiji, te Upitnik o sociokulturalnim stavovima o tjelesnom izgledu. Djevojke s AN su ispunjavale upitnike jednokratno, u individualnoj testnoj situaciji, bez prisutnosti roditelja. Dio djevojaka testiran je u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, u Klinici za psihološku medicinu na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju za vrijeme bolničkog liječenja, njih ukupno 6. Također, dio djevojaka s AN je testiran u Centru BEA za poremećaje hranjenja, njih ukupno 5. Prethodno je svaku djevojku s AN pregledao psihijatar koji je postavio dijagnozu, te gastroenterolog radi procjene fizičkog statusa.

Kontrolnu skupinu činile su adolescentice osnovnih škola „Bartol Kašić“, te „Ksaver Šandor Đalski“, potom srednje strukovne škole (Hotelijersko turistička škola Zagreb), te gimnazije „Lucijan Vranjanin“ (opći smjer) iz Zagreba. Roditelji i adolescentice su bili upoznati s istraživanjem, objašnjen im je nacrt i cilj istraživanja, pismeno im je dana Obavijest o istraživanju za sudionika i roditelje nakon čega su potpisali Informirani pristanak. Potom su grupno ispunili upitnike u razredima.

Istraživanje je u cijelosti proveo doktorand Fakulteta.

4.2 ISPITANICE

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 122 ispitanica podijeljenih u tri skupine: dvije skupine adolescentica s verificiranom dijagnozom anoreksije nervoze restriktivnog tipa (AN-R=62) koje se liječe u Klinici za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice, te

na Zavodu za dječju i adolescentnu psihijatriju Klinike za psihološku medicinu Kliničkog bolničkog centra Zagreb (mlađe adolescentice 11-14 godina starosti, N=29, starije adolescentice 15-18 godina starosti, N=33) te kontrolna skupina ispitanica (N=60). U svim skupinama u istraživanje su uključene osobe ženskog spola, u dobi od 11 do 18 godina, a prosječna dob ispitanica bila je 14 godina.

Subspecijalist pedijatrijske gastroenterologije je procijenio fizičko stanje djevojaka s AN prema smjernicama Udruženja za adolescentnu medicinu, te prema smjernicama radne grupe za klasifikaciju poremećaja hranjenja u djece i adolescenata Bravender i sur. (158). U istraživanje nisu bili uključeni one pacijentice koje su, prema pregledu gastroenterologa, bile ozbiljno pothranjene i/ili životno ugrožene, pacijentice s ozbiljnim stanjem bradikardije, hipotermije, hipotenzije ili/i s ortostatskim promjenama u srčanom ritmu ili krvnom tlaku. Osobe s anoreksijom nervozom isključene su iz daljnjeg istraživanja ukoliko im je poremećaj trajao kraće od 6 mjeseci od postavljanja dijagnoze, odnosno ukoliko je trajao duže od tri godine od postavljanja dijagnoze.

Dijagnozu anoreksije nervoze prethodno je postavio specijalist psihijatrije na temelju Kliničkog dijagnostičkog intervjua koristeći Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (159), četvrto izdanje i na temelju 10. revizije Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10). Potom su dijagnoze uspoređivane i ujednačene prema kriterijima Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5), peto izdanje. Pratio se indeks tjelesne mase (ITM), postotak indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol (ITM_centil), te standardna devijacija indeksa tjelesne mase (ITM_sd).

U trećoj, kontrolnoj skupini sudjelovalo je 60 ispitanica. Te su ispitanice bile adolescentice redovnih škola u Zagrebu (osnovna škola, srednja strukovna škola i gimnazija). Kriterij isključenja u kontrolnoj skupini bila je dijagnoza anoreksije nervoze ili druga psihopatologija. Taj podatak provjeravali smo sa stručnom pedagoškom službom škole i roditeljima. Kontrolna skupina izjednačena je metodom uparivanja ispitanica sa skupinom djevojaka s AN po spolu, dobi, obrazovanju i socioekonomskom statusu roditelja (stručna sprema roditelja, bračni status roditelja, financijske prilike).

Obilježja ispitanica s anoreksijom nervozom

Tablica 1. Minimum (Min), maksimum (Maks), aritmetička sredina (M), standardna devijacija (sd) i totalni raspon (TR) kliničkih obilježja kod ispitanica s anoreksijom nervozom (AN) (N=62).

Klinička obilježja	M (sd)	TR (Min-Maks)
Najviša prethodna težina (NPT)	55,19 (10,089)	48 (36-84)
NPT prije koliko mjeseci	18,37 (13,920)	59 (1-60)
Trajanje NPT u mjesecima	5,56 (5,327)	23 (1-24)
Najniža težina u adolescenciji (NTA)	41,03 (7,129)	31 (29-60)
NTA prije koliko mjeseci	6,71 (10,431)	60 (0-60)
Trajanje NTA u mjesecima	2,14 (2,250)	12 (0-12)
Težina najduži period	49,56 (8,783)	44 (31-75)
Dob najdužeg perioda	13,04 (1,792)	8 (9-17)
Maksimalni broj namjerno izgubljenih kg	12,83 (6,042)	28 (2-30)
Težina koju su dostigli	41,47 (7,106)	31 (29-60)
Dob u kojoj su dostigli najnižu težinu	14,41 (1,828)	7 (11-18)
Težina da se svjesno ne kontrolira	54,10 (11,206)	63 (37-100)
Željena tjelesna težina	46,21 (6,805)	29 (29-58)
Dob javljanja problema	13,59 (1,913)	8 (10-18)

U tablici 1 prikazana su klinička obilježja kliničke skupine. Može se uvidjeti kako je u prosjeku najviša prethodna težina (prije nego što je nastupio poremećaj) iznosila 55kg, s iznimno velikim rasponom u tjelesnoj težini (36-84kg). Djevojke su u prosjeku održavale maksimalnu tjelesnu težinu 5 mjeseci iako su neke održavale svega 1 mjesec dok neke čak 24 mjeseca. Ispitanice s AN-R su imele najnižu tjelesnu težinu u adolescenciji 41kg s velikim rasponom najniže tjelesne težine (Min-Maks 29-60). Najniža tjelesna težina u adolescenciji je istovjetna onoj težini koju su djevojke namjerno dostigle izgledajući se (M=41,4kg). Dob u kojoj su dostigle najnižu težinu u prosjeku je 14,4 godina (Min-Maks 11-18 godina), što je istovjetno sa samoprocjenom dobi kada se počeo javljati poremećaj hranjenja (M=13,5). Prosječna težina koju navode da su imale najveći period vremena u životu je 49,5kg, te da su je

imale u dobi od prosječno 13 godina. Djevojke navode da su izgledajući se namjerno i maksimalno izgubile u prosjeku 12,8kg s visokim stupnjem varijacije (Min-Maks 2-30kg). Prosječna tjelesna težina koju ispitanice navode kao željenu tjelesnu težinu je 46,2 kg (+3kg od njihove prosječne trenutne tjelesne težine, tablica 1). Ispitanice s anoreksijom nervozom smatraju da bi, ukoliko ne bi svjesno kontrolirale težinu, njihova tjelesna težina iznosila u prosjeku 54,1kg (+11kg od njihove aktualne prosječne tjelesne težine, tablica 1).

Tablica 2. Aritmetičke sredine (M), standardne devijacije (sd) i totalni raspon (TR) visine, težine, indeksa tjelesna mase, postotka indeksa tjelesne mase obzirom na dob (ITM_centil) i standardne devijacije indeksa tjelesne mase (ITM_sd) u grupi ispitanica s AN-R i ispitanica u kontrolnoj grupi, te vrijednosti F-testa i razine značajnosti (p) između kliničke i kontrolne skupine.

		M (sd)	TR (min, max)	F	p
Visina	Kontrola (N=59)	166,82 (6,314)	28 (153-181)	2,921**	0,004
	AN-R (N=62)	163,65(5,623)	34 (145-179)		
Težina	Kontrola (N=59)	54,98 (9,385)	50,0 (40-90)	7,486**	0,000
	AN-R (N=62)	43,38 (7,603)	35,5 (30-65,5)		
ITM	Kontrola (N=59)	19,81 (2,811)	16,6 (14,5-31,1)	7,539**	0,000
	AN-R (N=62)	16,13 (2,549)	11,8 (11,3-23,1)		
ITM_centil	Kontrola (N=59)	47,49 (23,653)	3,80 (-1,85-1,95)	9,193**	0,000
	AN-R (N=62)	13,01 (16,859)	8,94 (-8,36-0,58)		
ITM_sd	Kontrola (N=59)	-0,07 (0,731)	94,3 (3,2-94,3)	7,873**	0,000
	AN-R (N=62)	-2,16 (1,951)	71,80 (0,0-71,8)		

*p < 0,05; **p < 0,01; različit broj ispitanica (N) se može pripisati nepoznatim odgovorima na upitnicima

F-testom za nezavisne uzorke ispitane su moguće statistički značajne razlike između kontrolne i kliničke skupine na nekim tjelesnim i kliničkim obilježjima (Tablica 2). Na varijabli

visine pronađena je statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine ($p < 0,01$) na način da su ispitanice u kontrolnoj skupini bile u prosjeku značajno više ($M=166,82$) od ispitanica u kliničkoj skupini ($M=163,65$). Statistički značajno su se razlikovale naše ispitanice i na varijablama težine, ITM, ITM_centila i ITM_sd ($p < 0,01$). Detaljnije, sve navedene mjere bile su statistički značajno niže kod ispitanica u kliničkoj skupini ($M_{tež}=43,38$, $M_{ITM}=16,13$, $M_{perc}=13,01$, $M_{sd}=-2,16$) u usporedbi sa ispitanicama u kontrolnoj skupini ($M_{tež}=54,98$, $M_{ITM}=19,81$, $M_{perc}=47,49$, $M_{sd}=-0,07$).

U tablicama 3 i 4 prikazana su obilježja ispitanica i njihovih obitelji kod kliničke i kontrolne skupine. Može se uvidjeti da su dvije skupine vrlo slične po obilježjima koja su odabrana kao kriteriji formiranja ekvivalentnih parova. T-testovima (t) se potvrdilo kako ne postoje statistički značajne razlike u ovim obilježjima između kliničke i kontrolne skupine ($p > 0,05$) (tablica 3-4).

Tablica 3. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (SD) dobi u skupini ispitanica s AN-R i ispitanica u kontrolnoj skupini, distribucija ispitanica prema stupnju trenutnog obrazovanja u postocima i frekvencijama u kontrolnoj skupini i u skupini s AN-R, te vrijednost t-testa (t) i hi kvadrata testa (χ^2), te njihovih značajnosti (p) između kliničke i kontrolne skupine.

		M (SD)	t	p		
Dob	AN-R (N=62)	14,53 (1,892)	0,961	0,338		
	Kontrola (N=60)	14,84 (1,599)				
		OŠ	SSS	Gimnazija	χ^2	p
Obrazovanje	AN-R (N=62)	28 (45,2%)	10 (16,1%)	24 (38,7%)	1,437	0,488
	Kontrola (N=56)	23 (38,3%)	14 (23,3%)	19 (31,7%)		

*p < 0,05; **p < 0,01; različit broj ispitanica (N) se može pripisati nepoznatim odgovorima na upitnicima

U tablici 3 prikazani su podaci deskriptivne statistike i t-testa za varijablu dob. Kao što je već spomenuto, jedan od kriterija raspodjele u skupine bila je i dob, odnosno, pokušalo se ujednačiti skupine po varijabli dobi što se t-testom i potvrdilo. Drugim riječima, ne postoji statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine s obzirom na dob ($p>0,05$). Prosječna dob ispitanica bila je 14 godina. Također, prikazani su podaci o trenutnom obrazovanju ispitanica u našem istraživanju. Vidljivo je kako 28 ispitanica (45,2%) u kliničkoj skupini trenutno pohađa osnovnu školu, dok ih 34 trenutno pohađa srednju školu. U kontrolnoj skupini također 38% ispitanica pohađa osnovnu školu ($N=23$), nešto ih je manji broj u gimnaziji ($N=19$, 31,7%) ili drugoj srednjoj školi osim gimnazije (23,3%). Ne postoji statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine s obzirom na obrazovanje ($p>0,05$).

Tablica 4. Distribucija ispitanica prema stupnju obrazovanja, bračnom statusu i financijskim primanjima roditelja u postocima i frekvencijama u kontrolnoj skupini i u skupini s AN-R, te vrijednost hi-kvadrat testa (χ^2) i njihovih značajnosti (p) između kliničke i kontrolne skupine.

Stručna sprema roditelja				
	Kontrola	AN-R	Kontrola	AN-R
	Majka (N=54)	Majka (N=62)	Otac (N=53)	Otac (N=60)
OŠ	2 (3,3%)	1 (1,6%)	1 (1,7%)	1 (1,6%)
SSS	19 (31,7%)	25 (40,3%)	19 (31,7%)	32 (51,6%)
Viša	9 (15,0%)	7 (11,3%)	10 (16,7%)	4 (6,5%)
Visoka	18 (30,0%)	19 (30,6%)	19 (31,7%)	14 (22,6%)
Mr.sc./Dr.sc.	6 (10,0%)	10 (16,1%)	4 (6,7%)	9 (14,5%)
χ^2	1,886 p=0,757		8,164 p=0,086	

Bračni status roditelja	Kontrolna (N=55)	AN-R (N=62)
U braku	44 (73,3%)	47 (75,8%)
U procesu rastave	1 (1,7%)	3 (4,8%)
Razvedeni	7 (11,7%)	11 (17,7%)
Ne žive zajedno, ali nisu razvedeni	3 (5,0%)	0 (0%)
Žive u vanbračnoj zajednici	0 (0%)	1 (1,6%)
χ^2	5,589 p=0,232	

Financijska situacija roditelja	Kontrolna (N=56)	AN-R (N=61)
Niska	1 (1,7%)	0 (0,0%)
Ispodprosječna	5 (8,3%)	5 (8,1%)
Prosječna	42 (70,0%)	47 (75,8%)
Iznadprosječna	4 (6,7%)	7 (11,3%)
Visoka	4 (6,7%)	2 (3,2%)
χ^2	2,557	p=0,635

*p < 0,05; **p < 0,01; različit broj ispitanica (N) se može pripisati nepoznatim odgovorima na upitnicima

Najviši završeni stupanj formalnog obrazovanja, odnosno, stručna sprema roditelja prikazana je posebno za majku te posebno za oca u tablici 4 vidljivo je kako je postotak visokoobrazovanih roditelja, bilo majki bilo očeva, relativno visok u cijelom uzorku. Detaljnije, u kontrolnoj skupini 44,4% majki te 43,3% očeva imalo je završen fakultet ili poslijediplomski studij, a sličan je udio i u kliničkoj skupini – 46,7% majki te 38,3% očeva. U kliničkoj skupini natpolovična većina očeva imala je završeno srednjoškolsko obrazovanje (53,3%), dok je postotak očeva sa SSS u kontrolnoj skupini bliži jednoj trećini uzorka (35,8%), a tek nešto je niži udio majki sa srednjom stručnom spremom u kontrolnoj skupini (35,2%). Ne postoji statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine s obzirom na stručnu spremu roditelja (p>0,05).

Uvidom u tablicu 4 uočava se kako više od tri četvrtine naših ispitanica u obje skupine imaju roditelje koji su u braku, dok je razvedenih roditelja u kliničkoj skupini 17,7%, a u kontrolnoj 11,7%. Ne postoji statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine s obzirom na bračni status roditelja (p>0,05).

Financijsku situaciju u svojoj obitelji većina ispitanica u kliničkoj skupini opisuje kao prosječnu (77,0%), dok je tek nešto niži postotak zabilježen kod ispitanica u kontrolnoj skupini (75,0%). Ne postoji statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine s obzirom na financijska obilježja (p>0,05) (tablica 4).

4.3 INSTRUMENTI

U provedenom istraživanju korišteni su sljedeći instrumenti:

4.3.1 UPITNIK OPĆIH I ZDRAVSTVENIH PODATAKA

Upitnik je prigodno konstruiran za potrebe ovog istraživanja koji se sastoji od pitanja vezanih za opće informacije o ispitanicama: dob, obrazovanje, socioekonomski status obitelji, bračni status roditelja, obiteljsku strukturu, te podaci o fizičkom zdravstvenom stanju. Psiholog je također ispunio upitnik kako bi se osigurala pouzdanost dobivenih podataka od maloljetne ispitanice. Psiholog je ispunio upitnik pomoću medicinske dokumentacije te uz intervju s roditeljima ispitanica.

4.3.2 INVENTAR POREMEĆAJA HRANJENJA - 3 – EDI-3

EDI-3 upitnik se sastoji od ukupno 91 tvrdnje s kojim se ispituju psihološke dimenzije specifične za osobe s poremećajem hranjenja. Autor je Garner D.M. (160). Ispitanice boduju odgovore na Likertovoj skali od 1 (nikad) do 6 (uvijek). Nakon transformacije bodova, bodovi za pojedine subskele su 0-4. Veći broj bodova ukazuje na veći stupanj psihopatologije. Korištena je validirana izvorna američka verzija upitnika koja se prevela za potrebe ovog istraživanja. Prevođenje se provodilo po principu „povratnog prevođenja“ (*engl.* „back translation“). Upitnik se sastoji od 12 subskala: Želja za mršavošću, Bulimija, Nezadovoljstvo tijelom, Nisko samopoštovanje, Osobno otuđenje, Interpersonalna nesigurnost, Interpersonalno otuđenje, Interoceptivne teškoće, Teškoće u emocionalnoj regulaciji, Perfekcionizam, Asketizam, Strah od odrastanja. Zbroj određenih subskala obuhvaća 6 kompozita: Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (sastoji se od zbroja subskala Želja za mršavošću, Bulimija i Nezadovoljstvo tijelom), Neučinkovitost (sastoji se od zbroja subskala Nisko samopoštovanje i Osobno otuđenje), Interpersonalne teškoće (sastoji se od zbroja subskala Socijalna nesigurnost i Socijalno otuđenje), Afektivne teškoće (sastoji se od zbroja subskala Interoceptivne teškoće i Emocionalna disregulacija), Prekomjerna kontrola (sastoji se od zbroja subskala Perfekcionizam i Asketizam), te konačno kompozit Opći manjak psihološke prilagodbe koji se sastoji od zbroja svih 9 psiholoških subskala. Prijašnja istraživanja potvrđuju izvrsnu pouzdanost i valjanost upitnika EDI-3. Cronbachov koeficijent pouzdanosti dobiven u ovom istraživanju je za većinu subskala visok ili vrlo visok što ukazuje na izvrsnu unutarnju pouzdanost, odnosno prihvatljiv je za subskele koje mjere strah od odrastanja, perfekcionizam, teškoće u emocionalnoj regulaciji, te za subskalu koja mjeri socijalno otuđenje. Dobiveni Cronbachov α koeficijent pouzdanosti za sve subskele na EDI-3 upitniku na cjelokupnom uzorku su sljedeći: Želja za mršavosti Cronbach $\alpha = 0,94$, Bulimija Cronbach $\alpha = 0,83$, Nezadovoljstvo tijelom Cronbach $\alpha = 0,92$, Nisko samopoštovanje Cronbach $\alpha = 0,92$, Osobno

otuđenje Cronbach $\alpha = 0,82$, Socijalna nesigurnost Cronbach $\alpha = 0,86$, Socijalno otuđenje Cronbach $\alpha = 0,75$, Interoceptivne teškoće Cronbach $\alpha = 0,90$, Emocionalna regulacija Cronbach $\alpha = 0,73$, Perfekcionizam Cronbach $\alpha = 0,70$, Asketizam Cronbach $\alpha = 0,81$, te za subskalu Strah od odrastanja Cronbach $\alpha = 0,77$. Cronbach alfa koeficijent pouzdanosti za kompozite EDI-3 upitnika su sljedeći: Neučinkovitost Cronbach $\alpha = 0,93$, Socijalne teškoće Cronbach $\alpha = 0,89$, Emocionalne teškoće Cronbach $\alpha = 0,90$, Prekomjerna kontrola Cronbach $\alpha = 0,82$, za kompozit Opći nedostatak psihološke prilagodbe Cronbach $\alpha = 0,96$, te konačno za kompozit Rizik za razvoj poremećaja hranjenja Cronbach $\alpha = 0,95$.

Također, ispitanice su ispunile kratki obrazac EDI-3 za probir koji sastoji od 25 pitanja koja procjenjuju ponašajne simptome poput samovoljnog gubljenja na tjelesnoj težini, dob kada su se pojavili problemi s jedenjem, najveći broj namjerno izgubljenih kilograma i slično.

4.3.3 UPITNIK O TEŠKOĆAMA U EMOCIONALNOJ REGULACIJI (DERS)

Upitnik o teškoćama u emocionalnoj regulaciji je validirana i naširoko korištena mjera samoprocjene za utvrđivanje teškoća u regulaciji emocija među adolescentima i odraslima. Emocionalna regulacija odnosi se na integrativni koncept koji ne uključuje samo modeliranje emocionalnog uzbuđenja, nego i svijest, razumijevanje i prihvaćanje emocija, te na sposobnost reagiranja na željeni način bez obzira na emocionalno stanje. Upitnik su kreirali autori Gratz i Roemer (161), a sastoji se od ukupno 36 tvrdnji koje čine ukupno 6 dimenzija: Neprihvatanje emocionalnih stanja, Impulzivnost, Teškoće usmjeravanja ka cilju, Svjesnost emocionalnih stanja, Jasnoća emocionalnih stanja, Pristup strategijama za kontrolu emocija. Ispitanice procjenjuju samoregulaciju emocija na skalama Likertovog tipa 1-5 (1-nikada, 5-uvijek). Viši rezultat na skalama ukazuje na veće teškoće u emocionalnoj regulaciji. Istraživanja potvrđuju da DERS ima visoku unutarnju konzistenciju, dobru pouzdanost, te odgovarajuću konstruktivnu i prediktivnu valjanost. U istraživanju Jakovina 2017. (62) potvrđuje se visok ili vrlo visok Cronbachov koeficijent pouzdanosti za sve DERS subskale. U ovom istraživanju Cronbach α koeficijent za ukupni rezultat na skali DERS iznosi 0,95 što ukazuje na izvrsnu internu pouzdanost. Za preostale subskale Cronbach α koeficijent na cjelokupnom uzorku iznosi: Neprihvatanje emocija Cronbach $\alpha = 0,89$, Usmjerenost prema cilju Cronbach $\alpha = 0,85$, Impulzivnost Cronbach $\alpha = 0,90$, Svjesnost emocija Cronbach $\alpha = 0,71$, Strategije Cronbach $\alpha = 0,89$, te subskala Jasnoća emocija Cronbach $\alpha = 0,92$.

4.3.4 UPITNIK O EMPATIJI (BES)

Upitnik o empatiji izvorno su razvili Jolliffe i Farrington (162). BES ima 20 čestica, od kojih devet mjeri kognitivnu empatiju, a 11 mjeri afektivnu empatiju na Likertovoj skali 1-5 (1 = uopće se ne slažem, 5 = u potpunosti se slažem), a rezultat se formira kao zbroj svih čestica. Zbroj rezultata na obje skale daje ukupni rezultat empatije. Viši rezultati pokazuju višu razinu empatije. Jolliffe i Farrington (163) potvrdili su dva čimbenika: afektivna empatija („Osjećaji mojih prijatelja ne utječu puno na mene“) koja se odnosi na emocionalno reagiranje na tuđe emocije, i kognitivna empatija („Mogu razumjeti sreću prijatelja kad je nešto dobro napravio“) koja se odnosi na razumijevanje tuđih emocionalnih stanja. Cronbachovi α koeficijenti su se u prijašnjim radovima pokazali prihvatljivima ili dobrima: 0,85 za afektivnu komponentu i 0,79 za kognitivnu komponentu (164). U nedavno provedenom istraživanju Čitić i sur. ukazuju na visoku pouzdanost BES upitnika (Cronbach α na ukupnom BES upitniku = 0,84) (165). U ovom istraživanju unutarnja konzistencija za Upitnik o empatiji na ukupnom rezultatu je vrlo dobra (Cronbachov α = 0,81). Cronbach α koeficijent za skalu Kognitivna empatija je 0,76, dok je za skalu Afektivna empatija 0,74.

4.3.5 UPITNIK O ISKUSTVU U BLISKIM ODNOSIMA – REVIDIRANA VERZIJA (ECR-R)

Upitnik ECR-R autora Fraley, Waller i Brennan (166) procjenjuje nesigurnu privrženost (npr. velika potreba za pažnjom i skrbi od drugih zajedno s nesigurnosti o želji ili sposobnosti drugih da odgovarajuće reagiraju na osobu) i izbjegavajuću privrženost (npr. nelagoda s intimnošću i pojačanom potrebom za neovisnošću, čak i u bliskim odnosima). Riječ je o upitniku s 36 čestica na kojima se od sudionika traži da ocjenjuju izjave temeljene na načinu na koji se općenito osjećaju u emocionalno bliskoj obiteljskoj vezi. Sedam kategorija kreću se od "uopće se ne slažem" s "u potpunosti se slažem s tvrdnjom". Shaver i Fraley (167) dali su znatne dokaze da je model od 4 kategorije privrženosti najbolje obilježen dvodimenzionalnim sustavom. Adolescenti koji su sigurni u bliskim odnosima su niski u nesigurnoj i izbjegavajućoj privrženosti. „Preopterećeni“ adolescenti imaju visoku nesigurnu privrženost i nisku izbjegavajuću privrženost. „Odbijajući“ adolescenti imaju visoku izbjegavajuću privrženost i nisku anksioznu privrženost. Adolescenti s nesigurnim stilom privrženosti su visoki na obje dimenzije. U prijašnjim istraživanjima interna konzistencija za ECR-R bila je izvrsna (Cronbachov α = 0,96) (168). U ovom istraživanju Cronbach α koeficijent na ukupnom rezultatu iznosi 0,95 što ukazuje na izvrsnu internu pouzdanost, za subskalu Anksiozni stil iznosi 0,94, dok za subskalu Izbjegavajući stil iznosi 0,96 na cjelokupnom uzorku.

4.3.6 UPITNIK O SOCIOKULTURALNIM STAVOVIMA PREMA TJELESNOM IZGLEDU-3 (SATAQ-3).

Upitnik SATAQ-3 Thompsona i sur. (169) sastoji se od 30 tvrdnji koje mjere sociokulturni utjecaj na poimanje tijela u četiri dimenzije (Informiranost, Socijalni pritisak, Internalizacija ideala mršavosti i Internalizacija sportske građe). Tvrdnje su ocijenjene na ljestvici Likertovog tipa 1-5 (1 = uopće se ne slažem, 5 = u potpunosti se slažem). Ukupan rezultat formiran je kao suma odgovora na sva pitanja pri čemu veći broj bodova ukazuje na veće prepoznavanje, odnosno prihvaćanje sociokulturnih standarda o idealnom tjelesnom izgledu. Subskala Informacije sastoji se od 9 čestica te prati koliko se mediji doživljavaju relevantnim izvorom informacija o tome "što je atraktivan izgled". Subskala Pritisak sastoji se od 7 čestica, a mjeri sudioničin doživljaj pritiska od strane medija da bude u skladu s društvenim idealom. Subskala Internalizacija ideala mršavosti mjeri prihvaćanje i internalizaciju izgleda tijela osoba koje se pojavljuju u medijima kao idealne, a sastoji se od 9 čestica. Posljednja subskala, Internalizacija ideala atletske građe, mjeri prihvaćanje i internalizaciju izgleda tijela sportaša kao idealnog, a sastoji se od 5 čestica. Rezultati na navedenim subskalama izračunati su kao sume odgovora na navedenim česticama. Ranije dobivena pouzdanost tipa unutrašnje konzistencije na hrvatskim uzorcima iznosila je $\alpha = 0,96$ i $0,97$ (170, 114). Dosadašnja istraživanja pokazala su prihvatljiv koeficijent unutarnje konzistencije, što se pokazalo i na uzorku adolescentica u ovom istraživanju ($\alpha = 0,95$ za ukupni rezultat SATAQ-3). Koeficijenti unutrašnje konzistencije (Cronbach α) za subskale na cjelokupnom uzorku su sljedeći: Internalizacija mršavosti 0,92, Internalizacija atletske građe 0,89, Socijalni pritisci 0,91, te Cronbach α za Informiranost 0,88.

Kontrolna skupina je testirana istom baterijom testova kao i klinička skupina.

Svi navedeni upitnici se nalaze u prilogu.

Izračun Indeksa tjelesne mase (ITM)

U provedenom istraživanju indeks tjelesne mase se izračunavao za djecu i adolescentice. Prema DSM-5 i smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije, kriterij za postavljanje dijagnoze anoreksije nervoze kod djece i adolescenata razmatra se na način da tjelesna težina mora biti manja od minimalno očekivane za dob i spol. Kod djece i adolescenata korisno je određivanje postotka indeksa tjelesne mase s obzirom na dob i spol odnosno centili. Centili

pokazuju relativnu poziciju djetetovog ITM u odnosu na djecu istog spola i uzrasta. Nije moguće ponuditi konačne norme za procjenu je li djetetova težina značajno niska, a varijacije u razvojnim fazama mladih ograničuju jednostavnih brojčanih smjernica (DSM-5). Prema Centru za kontrolu i sprečavanje bolesti, ITM s obzirom na dob koji je ispod 5. centila odnosi se na pothranjenost. Ovdje treba biti oprezan jer neka djeca iznad 5. centila također mogu biti pothranjena ukoliko ne uspijevaju održati očekivani rast i razvoj.

Radi dobi ispitanica, u ovom istraživanju izračunavao se indeks tjelesne mase obzirom na spol i dob, postotak indeksa tjelesne mase obzirom na dob (tzv. centil), te standardna devijacija indeksa tjelesne mase (ITM_sd). Djeca i adolescenti sa standardnom devijacijom ispod -1 se smatraju pothranjenima, a normalni raspon standardne devijacije za težinu je od -1 do +1 te ukazuje na normalnu odnosnu zdravu tjelesnu težinu.

Za izračun ITM, centila i standardne devijacije koristio se kalkulator dječjeg i adolescentnog ITM za dob (<https://www.bcm.edu/cnrc-apps/bodycomp/bmiz2.html>). Ovaj kalkulator automatski prilagođava razlike u visini, dobi i spolu, te se smatra jednim od najboljih alata za praćenja rasta i razvoja djece i adolescenata u svijetu. Osmislili su ga istraživači u „Baylor College of Medicine“ u „Childrens Nutrition Research Center“. Ovaj alat koristi se svakodnevno u Klinici za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice, u Centru za poremećaje hranjenja i jedenja kod djece i adolescenata.

Tablica 5. Raspon postotka indeksa tjelesne mase obzirom na dob (centili).

Kategorija tjelesne mase	Raspon centila
Pothranjenost	Ispod 5. centila (<5.)
Normalna ili zdrava težina	5. do 85. centil
Prekomjerna težina	85. do 95. centil
Pretilost	Isti ili >95. centila

4.4 ETIČKA PITANJA

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Kliničkog bolničkog centra „Sestre milosrdnice“ i Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Također, ravnatelji škola su odobrili provođenje ispitivanja u školama. Ispitanice su bile usmeno i pismeno upoznate sa svrhom i ciljem istraživanja, te su potpisali Informirani pristanak

(roditelji i ispitanici). Za sva pitanja i nedoumice oko istraživanja ispitanice su se mogle obratiti autorici ove disertacije. Ovim istraživanjem zagarantirana je anonimnost i tajnost podataka. Također, u provedenom istraživanju životno ugroženim pacijenticama kojima je bilo narušeno fizičko stanje ozbiljnom pothranjenošću i izglednjelošću nisu se davali upitnici do trenutka kada su se zdravstveno oporavili, u vidu porasta tjelesne težine i slično.

4.5 STATISTIČKA OBRADA REZULTATA

Za statističku obradu dobivenih rezultata korišten je računalni program STATISTICA 12.7, a korištena je granična razina značajnosti 5% ($p < 0,05$) i 1% ($p < 0,01$). Za prikaz raspodjela ispitanica korištena je deskriptivna statistika, odnosno, navedene su mjere centralne tendencije, raspršenja, totalnog raspona te najveće i najmanje vrijednosti. Kategorijalne varijable izražene su u frekvencijama i postotku. Homogenost varijanci kontrolne i kliničke skupine testirana je Levenovim testom, te su adekvatno homogenosti odnosno heterogenosti varijanci promatrane pripadajuće vrijednosti t-testa.

Na početku obrade provjerilo se distribuiraju li se rezultati po normalnoj raspodjeli na cjelokupnom uzorku, radi provjere preduvjeta parametrijskih postupaka za testiranje hipoteze. U tu je svrhu upotrijebljen Kolmogorov-Smirnovljev (K-S) test normaliteta distribucije. Treba uzeti u obzir kako je Kolmogorov-Smirnovljev test ponekad prestrog pokazatelj normalnosti distribucije jer je osjetljiv na veličinu uzorka te može biti značajan čak i kada su rezultati neznatno različiti od normalne distribucije pa se stoga pristupilo i razmatranju koeficijenata asimetričnosti i spljoštenosti (171). Kline navodi kako se zadovoljavajućim uvjetima za normalnost distribucija smatra koeficijent asimetričnosti u rasponu ± 3 te koeficijent spljoštenosti u rasponu ± 10 (172).

Testiranje razlika aritmetičkih sredina dviju skupina ispitano je pomoću t-testa i multiple diskriminativne analize (MANOVA) za nezavisne uzorke. Navedeni test poznat je kao robustan i otporan na nezadovoljavanje preduvjeta normalnosti ukoliko su uzorci podjednake veličine (173), što je slučaj u našem istraživanju.

Kada se ispitala razlika između kliničke i kontrolne skupine kontingencijskim tablicama 2x2 korišten je hi-kvadrat test, odnosno, Fisherov egzaktni test ukoliko je vrijednost bilo koje ćelije iznosila manje od pet.

Statističko zaključivanje provedeno je na razinama značajnosti 5% i/ili 1%. Za procjenu veličine učinka koristio se Cohenov d-indeks. Ukoliko je Cohenov d-indeks $<0,2$ govori se o maloj veličini učinka, ukoliko iznosi oko 0,5 govorimo o srednjoj ili prosječnoj veličini učinka, a ukoliko je d-indeks $>0,8$ on potvrđuje veliku veličinu učinka.

Korelacija je izračunata na temelju Pearsonovog koeficijenta korelacije kada je ispitivana povezanost dvije kontinuirane varijable te pomoću point-biserijalnog koeficijenta korelacije kada se ispitala povezanost jedne kontinuirane i jedne dihotomne varijable.

Diskriminativna analiza koristila se na cjelokupnom uzorku s ciljem određivanja varijabli značajnih za razlikovanje dviju grupa (kliničke i kontrolne skupine). Linearna stupnjevita regresijska analiza, posebno na kliničkom i kontrolnom uzorku, koristila se u slučaju kontinuirane varijable kao kriterija kako bi se ispitala mogućnost predviđanja rizika za razvoj poremećaja hranjenja.

Veličina uzorka potrebna za provedbu ovog istraživanja odredila se analizom statističke snage testa (engl. „power analysis“) koja uključuje izvođenje matematičkih izračuna kako bi se odredila koja je veličina uzorka potrebna za otkrivanje učinka određene veličine.

5 REZULTATI

5.1 PROVJERA NORMALNOSTI DISTRIBUCIJE

Tablica 6. Vrijednosti Kolmogorov-Smirnovljevog testa te koeficijenti asimetričnosti i spljoštenosti za sve korištene kontinuirane numeričke varijable na cjelokupnom uzorku (N=122)

Varijabla	K-S	S	K
Dob	0,132**	0,012	-0,736
Visina	0,060	-0,001	0,442
Težina	0,060	0,790	1,438
Indeks tjelesne mase	0,070	0,651	1,592
Percentil_ITM	0,130**	0,660	-0,612
Z-vrijednost_ITM	0,175**	-1,515	2,923
Želja za mršavošću	0,174**	0,350	-1,382
Bulimija	0,268**	2,476	6,701
Nezadovoljstvo tijelom	0,089*	0,416	-0,846
Nisko samopoštovanje	0,177**	0,763	-0,618
Osobno otuđenje	0,170**	1,021	0,440
Socijalna nesigurnost	0,114*	0,447	-0,807
Socijalno otuđenje	0,120**	0,700	0,309
Interoceptivne teškoće	0,158**	0,678	-0,539
Emocionalna disregulacija	0,199**	1,566	2,476
Perfekcionizam	0,120**	0,819	0,312
Asketizam	0,158**	0,908	0,123
Strah od odrastanja	0,107**	0,424	-0,148
Neučinkovitost	0,129**	0,848	-0,174
Socijalne teškoće	0,104**	0,594	-0,294
Emocionalne teškoće	0,137**	0,854	0,093
Prekomjerna kontrola	0,107**	0,785	0,158
Opći nedostatak psihološke prilagodbe	0,116**	0,686	-0,330
Rizik za razvoj poremećaja hranjenja	0,106**	0,575	-0,788
Internalizacija mršavosti	0,099**	0,226	-1,059

Internalizacija atletske građe	0,084*	-0,056	-0,989
Socijalni pritisci	0,146**	0,816	-0,331
Informiranost	0,098**	0,419	-0,534
SATAQ-3 ukupno	0,085*	0,422	-0,625
Anksiozni stil	0,099**	0,539	-0,583
Izbjegavajući stil	0,126**	0,746	-0,265
ECR-R ukupno	0,075	0,477	-0,552
Kognitivna empatija	0,112**	-0,913	1,921
Afektivna empatija	0,079	-0,543	0,400
BES ukupno	0,117**	-0,870	2,236
Neprihvatanje emocija	0,162**	0,780	-0,540
Usmjerenje prema cilju	0,071	0,018	-0,838
Impulzivnost	0,162**	0,782	-0,405
Svjesnost emocija	0,099**	0,331	-0,410
Strategije	0,134**	0,628	-0,565
Jasnoća emocija	0,104**	0,567	-0,408
DERS ukupno	0,121**	0,440	-0,734

K-S – vrijednost Kolmogorov-Smirnovljevog testa; S – koeficijent asimetričnosti; K – koeficijent spljoštenosti; *p < 0,05; **p < 0,01

Kao što je vidljivo u tablici 6 prema vrijednostima Kolmogorov-Smirnovljevog testa, utvrđeno je statistički značajno odstupanje distribucije rezultata od normalne distribucije na gotovo svim varijablama korištenim u istraživanju, izuzev varijabli: Visina, Težina, Indeks tjelesne mase, ukupan rezultat na skali Iskustvo u bliskim odnosima (ECR-R ukupno), Afektivna empatija i varijabla Usmjeravanje prema cilju. Indeksi asimetričnosti i spljoštenosti prema Klineovima parametrima normalnosti distribucije pokazuju da se sve distribucije mogu smatrati normalnima stoga je opravdano koristiti parametrijske postupke.

5.2 USPOREDBA SKUPINE S ANOREKSIJOM NERVOZOM I KONTROLNE SKUPINE

Usporedba kliničke i kontrolne skupine na Inventaru poremećaja hranjenja (EDI-3)

Tablica 7. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) na inventaru o poremećajima hranjenja u skupini adolescentica s anoreksijom nervozom (AN-R) i ispitanica u kontrolnoj skupini, te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) između kliničke i kontrolne skupine.

EDI-3		M (sd)	F/t	p
Želja za mršavosti	Kontrola (N=60)	5,42 (6,355)	58,164**	0,000
	AN-R (N=62)	16,05 (9,255)		
Bulimija	Kontrola (N=60)	2,08 (2,360)	1,925	0,168
	AN-R (N=62)	3,03 (5,034)		
Nezadovoljstvo tijelom	Kontrola (N=60)	9,03 (8,153)	54,442**	0,000
	AN-R (N=62)	21,40 (10,189)		
Nisko samopoštovanje	Kontrola (N=60)	3,95 (4,292)	35,736**	0,000
	AN-R (N=62)	10,34 (6,196)		
Osobno otuđenje	Kontrola (N=60)	4,67 (4,103)	22,234**	0,000
	AN-R (N=62)	9,42 (6,434)		
Socijalna nesigurnost	Kontrola (N=60)	7,43 (6,212)	13,162**	0,000
	AN-R (N=62)	11,94 (7,085)		
Socijalno otuđenje	Kontrola (N=60)	5,88 (4,611)	13,321**	0,000
	AN-R (N=62)	9,40 (5,538)		
Interoceptivne teškoće	Kontrola (N=60)	6,87 (6,552)	19,615**	0,000
	AN-R (N=62)	13,31 (9,248)		
Emocionalna disregulacija	Kontrola (N=60)	3,73 (4,804)	5,462*	0,021
	AN-R (N=62)	5,84 (5,119)		
Perfekcionizam	Kontrola (N=60)	7,03 (4,290)	9,702**	0,002
	AN-R (N=61)	9,87 (5,623)		
Asketizam	Kontrola (N=60)	4,35 (4,020)	24,805**	0,000
	AN-R (N=62)	9,23 (6,676)		
Strah od odrastanja	Kontrola (N=60)	13,87 (5,528)	2,216	0,139
	AN-R (N=62)	15,60 (6,439)		
Neučinkovitost	Kontrola (N=60)	8,62 (8,072)	32,156**	0,000

	AN-R (N=62)	19,76 (12,580)		
Socijalne teškoće	Kontrola (N=60)	13,32 (9,899)	15,424**	0,000
	AN-R (N=62)	21,34 (11,768)		
Emocionalne teškoće	Kontrola (N=60)	10,60 (10,389)	15,915**	0,000
	AN-R (N=62)	19,15 (13,075)		
Prekomjerna kontrola	Kontrola (N=60)	11,38 (6,943)	24,452**	0,000
	AN-R (N=61)	19,21 (10,149)		
Opći nedostatak psihološke prilagodbe	Kontrola (N=60)	57,78 (30,474)	-5,441**	0,000
	AN-R (N=61)	94,39 (42,632)		
Rizik za razvoj poremećaja hranjenja	Kontrola (N=60)	16,53 (14,393)	-7,279**	0,000
	AN-R (N=62)	40,48 (21,383)		

*p < 0,05; **p < 0,01; različit broj ispitanica (N) se može pripisati nepoznatim odgovorima na upitnicima

Deskriptivni podaci (aritmetička sredina i standardna devijacija) za svaku od skupina posebno prikazani su u tablici 7, zajedno sa rezultatima testiranja razlika aritmetičkih sredina između naših dviju skupina. Od subskala koje čine kompozit Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (Želja za mršavosti, Bulimija, Nezadovoljstvo tijelom), dobivene su statistički značajne razlike na skali Želja za mršavosti i Nezadovoljstvo tijelom ($p < 0,01$) na način da je kontrolna skupina na ovim mjerama postizala statistički značajno niže rezultate ($M_{\text{ŽM}}=5,42$, $M_{\text{NT}}=9,03$) u odnosu na kliničku skupinu ($M_{\text{ŽM}}=16,05$, $M_{\text{NT}}=21,40$). Na psihološkim subskalama (Nisko samopoštovanje, Osobno otuđenje, Socijalna nesigurnost, Socijalno otuđenje, Interoceptivne teškoće, Teškoće u emocionalnoj regulaciji, Perfekcionizam, Asketizam, Strah od odrastanja) pronađene su statistički značajne razlike na svim subskala osim na skali Strah od odrastanja ($p > 0,05$). Ukoliko se pogledaju kompozitni rezultati subskala – Rizik za razvoj poremećaja hranjenja, Opći nedostatak psihološke prilagodbe, Prekomjerna kontrola, Emocionalne teškoće, Socijalne teškoće i Neučinkovitost, uočava se kako postoje statistički značajne razlike na svim navedenim mjerama između naših dviju skupina ($p < 0,01$). Detaljnije, svi kompozitni rezultati u prosjeku su statistički značajno niži u kontrolnoj skupini u odnosu na kliničku skupinu. Suma svih psiholoških skala odnosno Opći nedostatak psihološke prilagodbe, u prosjeku je statistički značajno viša kod ispitanica u kliničkoj skupini ($M=94,39$) u usporedbi sa ispitanicama u kontrolnoj skupini ($M=57,78$). Nadalje, na kompozitnoj subskali Rizika za razvoj poremećaja hranjenja, također su statistički značajno viši ostvareni rezultati u

kliničkoj (M=40,48) u odnosu na kontrolnu skupinu (M=16,53). Cohenov d-indeks za Opću psihološku neprilagodbu iznosi 0,0988, a za rizik za razvoj poremećaja hranjenja 0,1314 što govori o maloj veličini učinka, odnosno o maloj statistički značajnoj razlici između kontrolne i kliničke skupine obzirom na ova dva kompozita.

Usporedba kliničke i kontrolne skupine obzirom na teškoće u emocionalnoj regulaciji (upitnik DERS)

Tablica 8. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) obzirom na teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS) u skupini ispitanica s AN-R i ispitanica u kontrolnoj skupini, te vrijednosti F i t-testova (t) i testa značajnosti (p) između AN-R i kontrole.

DERS		M (sd)	F/t	p
Neprihvatanje emocija	Kontrola (N=60)	9,75 (4,074)	30,964**	0,000
	AN-R (N=62)	15,31 (6,615)		
Usmjeravanje prema cilju	Kontrola (N=60)	13,20 (4,744)	8,438**	0,004
	AN-R (N=62)	15,82 (5,209)		
Impulzivnost	Kontrola (N=60)	11,28 (5,250)	10,703**	0,001
	AN-R (N=62)	14,76 (6,404)		
Svjesnost emocija	Kontrola (N=60)	15,53 (4,106)	3,628	0,059
	AN-R (N=62)	17,13 (5,078)		
Strategije	Kontrola (N=60)	15,75 (6,385)	19,803**	0,000
	AN-R (N=62)	21,48 (7,756)		
Jasnoća emocija	Kontrola (N=60)	9,93 (4,00)	17,324**	0,000
	AN-R (N=62)	13,56 (5,494)		
DERS ukupno	Kontrola (N=60)	75,45 (31,737)	-5,019**	0,000

AN-R (N=62) 98,06 (27,759)

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

Tablica 8 prikazuje rezultate provedenog testiranja značajnosti razlika aritmetičkih sredina na dvjema skupinama. Na svim subskalama osim na subskali Svjesnost emocija dobivena je statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine ($p < 0,01$). Detaljnije, na skalama Neprihvatanje emocija, Usmjeravanje k cilju, Impulzivnost, Strategije i na subskali Jasnoća emocija ispitanice u kontrolnoj skupini su postizale statistički značajno niže rezultate ($M_{\text{nep}}=9,75$, $M_{\text{usmjer}}=13,20$, $M_{\text{imp}}=11,28$, $M_{\text{str}}=15,75$, $M_{\text{jasn}}=9,93$) u odnosu na ispitanice u kliničkoj skupini ($M_{\text{nep}}=15,31$, $M_{\text{usmjer}}=15,82$, $M_{\text{imp}}=14,76$, $M_{\text{str}}=21,48$, $M_{\text{jasn}}=13,56$). Pronađena je statistički značajna razlika na ukupnom rezultatu upitnika o teškoćama u emocionalnoj regulaciji ($p < 0,01$) između kliničke i kontrolne skupine, na način da je potonja ostvarivala u prosjeku statistički značajno niže rezultate ($M=75,45$) od djevojaka s anoreksijom nervozom ($M=98,06$). Cohenov d-indeks za ukupni rezultat na skali DERS govori o maloj veličini učinka (Cohenov d-indeks = 0,0907).

Usporedba kliničke i kontrolne skupine obzirom na empatiju (BES)

Tablica 9. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) na upitniku o empatiji (BES) u skupini ispitanica s AN-R i ispitanica u kontrolnoj skupini, te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) između AN-R i kontrole.

BES		M (sd)	F/t	p
Kognitivna empatija	Kontrola (N=60)	38,85 (4,878)	2,907	0,091
	AN-R (N=62)	37,48 (3,937)		
Afektivna empatija	Kontrola (N=60)	39,62 (6,855)	0,210	0,648
	AN-R (N=62)	39,06 (6,460)		
BES ukupno	Kontrola (N=60)	78,47 (10,445)	1,115	0,267
	AN-R (N=62)	76,55 (8,483)		

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

Kako bi se ispitale moguće razlike kontrolne i kliničke skupine u empatiji, provedeni su F i t-test te su dobiveni rezultati prikazani u tablici 9. Nije pronađena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina na kognitivnoj empatiji, afektivnoj empatiji niti na ukupnom rezultatu na upitniku o empatiji ($p > 0,05$).

Usporedba kliničke i kontrolne skupine obzirom na iskustva u bliskim odnosima (ECR-R)

Tablica 10. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) na upitniku iskustva u bliskim odnosima (ECR-R) u skupini ispitanica s AN-R i ispitanica u kontrolnoj skupini, te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) između AN-R i kontrole.

ECR-R		M (sd)	F/t	p
Anksiozni stil privrženosti	Kontrola (N=60)	50,17 (21,429)	9,433**	0,003
	AN-R (N=62)	63,05 (24,720)		
Izbjegavajući stil privrženosti	Kontrola (N=60)	45,63 (22,633)	4,226*	0,042
	AN-R (N=62)	54,89 (26,834)		
ECR-R ukupno	Kontrola (N=60)	95,80 (36,592)	-2,946**	0,004
	AN-R (N=62)	117,94 (45,740)		

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

Rezultati t-testa za razlike u stilovima privrženosti između kontrolne i kliničke skupine prikazan je u tablici 10. Na oba stila privrženosti, anksioznom i izbjegavajućem, klinička skupina statistički se značajno razlikovala od kontrolne. Drugim riječima, ispitanice s anoreksijom nervozom su na ovim mjerama ostvarivale u prosjeku statistički značajno više rezultate ($M_{\text{anks}}=63,05$, $M_{\text{izbj}}=54,89$) u usporedbi sa ispitanicama u kontrolnoj skupini ($M_{\text{anks}}=50,17$, $M_{\text{izbj}}=45,63$). Na ukupnom rezultatu ECR-R upitnika također je dobivena značajna razlika dviju skupina ($p < 0,01$) na način da su ispitanice u kliničkoj skupini imale statistički značajno viši ukupan rezultat ($M=117,94$) od ispitanica u kontrolnoj skupini ($M=95,80$). Cohenov d-indeks za ukupni rezultat na upitniku ECR-R iznosi 0,0534 što govori o maloj veličini učinka.

Usporedba kliničke i kontrolne skupine obzirom na sociokulturalne stavove o tjelesnom izgledu (SATAQ-3)

Tablica 11. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) na upitniku sociokulturnih stavova o tjelesnom izgledu (SATAQ-3) u skupini osoba s AN-R i ispitanica u kontrolnoj skupini, te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) između AN-R i kontrole.

SATAQ-3		M (sd)	F/t	p
Internalizacija mršavosti	Kontrola (N=60)	21,42 (8,249)	8,508**	0,004
	AN-R (N=62)	26,55 (10,948)		
Internalizacija atletske građe	Kontrola (N=60)	14,80 (5,614)	0,210	0,641
	AN-R (N=62)	15,29 (5,943)		
Socijalni pritisci	Kontrola (N=60)	13,85 (7,013)	10,664**	0,001
	AN-R (N=62)	18,34 (8,110)		
Informiranost	Kontrola (N=60)	21,95 (7,810)	0,162	0,688
	AN-R (N=62)	22,56 (8,967)		
Sataq-3 ukupno	Kontrola (N=60)	72,02 (24,154)	-2,221*	0,028
	AN-R (N=62)	82,74 (29,044)		

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

Tablica 11 prikazuje aritmetičke sredine i pripadajuće standardne devijacije za svaku od subskala, kao i ukupni rezultat na upitniku SATAQ-3, posebno za kontrolnu i kliničku skupinu, kao i razliku aritmetičkih sredina tih dviju skupina testiranu t-testom za nezavisne uzorke. Može se uočiti kako je dobivena statistički značajna razlika između kontrolne i kliničke skupine na subskali Internalizacija ideala mršavosti ($p < 0,01$), na način da su djevojke s anoreksijom nervozom na ovoj skali postizale značajno više rezultate ($M=26,55$) od ispitanica u kontrolnoj skupini ($M=21,42$). Zatim, statistički značajna razlika između dviju ispitivanih skupina dobivena je i na varijabli Socijalni pritisci ($p < 0,01$), pri čemu su ispitanice s AN-R postizale u prosjeku statistički značajno više rezultate ($M=18,34$) od kontrolne skupine ($M=13,85$). Na

preostalim dvjema mjerama ovog upitnika, Internalizacija atletske građe i Informiranost, nisu pronađene statistički značajne razlike između skupina ($p > 0,05$). Ukupni rezultat na upitniku sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu također se statistički značajno razlikovao u kontrolnoj u odnosu na kliničku skupinu ($p < 0,05$); odnosno, ispitanice u kontrolnoj skupini su imale ukupan rezultat u prosjeku statistički značajno niži ($M = 72,02$) od ispitanica u kliničkoj skupini ($M = 82,74$). Cohenov d-indeks potvrđuje malu veličinu učinka na ukupnom rezultatu SATAQ-3 (Cohenov $d = 0,040$).

5.3 POVEZANOST OPĆE PSIHOLOŠKE PRILAGODBE, EMOCIONALNE REGULACIJE, EMPATIJE, STILA PRIVRŽENOSTI I SOCIOKULTURALNIH STAVOVA O TJELESNOM IZGLEDU S RIZIKOM ZA RAZVOJ POREMEĆAJA HRANJENJA I DIJAGNOZOM ANOREKSIJE NERVOZE

U ovome je istraživanju, zbog kompleksnosti pojava koje se ispituju, uključen velik broj varijabli kao mogućih prediktora. Da bi se njihov broj smanjio izračunate su korelacije između kompozitnih varijabli Opći nedostatak psihološke prilagodbe i Rizik za razvoj poremećaja hranjenja EDI-3 upitnika sa ostalim subskalama i ukupnim rezultatima ostalih upitnika (Upitnik teškoće u emocionalnoj regulaciji DERS, Upitnik o empatiji BES, Upitnik o iskustvima u bliskim odnosima ECR-R i Upitnik o sociokulturalnim stavovima o tjelesnom izgledu SATAQ-3) i rizikom za razvoj poremećaja hranjenja i dijagnozom anoreksije nervoze.

U tablici 12 prikazane su korelacije između opće psihološke prilagodbe, emocionalne regulacije, empatije, stila privrženosti, sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu, rizika za razvoj poremećaja hranjenja, te dijagnoze anoreksije.

Potvrđuje se kako rizik za razvoj poremećaja hranjenja značajno korelira s većinom psiholoških i sociokulturoloških varijabli na razini značajnosti od 1%. Rizik za razvoj poremećaja hranjenja najznačajnije korelira s Općim nedostatkom psihološke prilagodbe ($r = 0,78$, $p < 0,01$), a njihov koeficijent korelacije ukazuje na visoku povezanost. Potvrdilo se da kompozit Rizik za razvoj poremećaja hranjenja visoko korelira s ukupnim rezultatom na Upitniku teškoća u emocionalnoj regulaciji ($r = 0,65$, $p < 0,01$), subskalom Jasnoća emocija ($r = 0,66$, $p < 0,01$), subskalom Neprihvatanje emocija ($r = 0,65$, $p < 0,01$), te sa subskalom Socijalni pritisci ($r = 0,66$, $p < 0,01$). Sve navedene značajne korelacije su pozitivne, što znači da s porastom ovih mjera raste i rizik za razvoj poremećaja hranjenja, i obrnuto.

Potvrdila se neznatna ili lagana povezanost rizika za razvoj poremećaja hranjenja sa subskalama Usmjerenost prema cilju ($r= 0,33, p<0,01$), Svjesnost emocija ($r= 0,35, p<0,01$), Internalizacija atletske građe ($r= 0,29, p<0,01$), te Informiranost ($r= 0,29, p<0,01$).

Nije se dokazala značajna povezanost rizika za razvoj poremećaja hranjenja isključivo s kognitivnom i afektivnom empatijom, te ukupnim rezultatom na skali empatije.

Kao i u usporedbi rizika za razvoj poremećaja hranjenja, tako i u usporedbi opće psihološke prilagodbe i ostalih varijabli pronalazi se pozitivna statistički značajna povezanost, izuzev sa subskalama empatije i ukupnim rezultatom na upitniku empatije. Opći nedostatak psihološka prilagodbe najznačajnije korelira sa subskalom Jasnoća emocija ($r= 0,83, p<0,01$) i ukupnim rezultatom na upitniku teškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS) ($r= 0,83, p<0,01$). Također, potvrđuju se pozitivne statistički značajne i visoke korelacije općeg nedostatka psihološke prilagodbe s rizikom za razvoj poremećaja hranjenja ($r= 0,78, p<0,01$), anksioznim stilom privrženosti ($r= 0,70, p<0,01$), i socijalnim pritiscima o tjelesnom izgledu ($r= 0,62, p<0,01$) (tablica 12).

Tablica 12. Korelacije općeg nedostatka psihološke prilagodbe, emocionalne regulacije, empatije, stila privrženosti, sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu, rizika za razvoj poremećaja hranjenja i dijagnoze anoreksije

	INTERN M	INTER AG	SOC PRIT	INFORM	SATAQ TOT	ANKS	IZBJEG	ECR-R TOT	KOGN EMP	AFEKT EMP	BES TOT	NEPRIH	CILJEVI	IMPULZ	SVJESNOST	STRATEG	JASNOĆA	DERS TOT	OPĆA PP	RIZIK PH	AN 0/1
INTERN M	1	,54**	,82**	,66**	,93**	,40**	,16	,32**	-,13	-,01	-,06	,38**	,44**	,54**	,29**	,47**	,50**	,56**	,57**	,59**	,26**
INTER AG		1	,47**	,37**	,66**	,40**	,02	,23*	-,02	,18*	,12	,29**	,34**	,30**	,08	,37**	,40**	,39**	,38**	,29**	,04
SOC PRIT			1	,69**	,91**	,49**	,20*	,39**	-,12	,08	,00	,47**	,52**	,60**	,15	,53**	,57**	,62**	,62**	,66**	,29**
INFORM				1	,83**	,30**	,07	,21*	-,02	,17	,11	,19*	,27**	,32**	,17	,25**	,32**	,32**	,29**	,29**	,04
SATAQ T					1	,47**	,14	,35**	-,09	,11	,04	,40**	,47**	,53**	,22*	,49**	,53**	,57**	,56**	,56**	,20*
ANKS						1	,52**	,86**	-,02	,22*	,15	,62**	,43**	,55**	,24**	,65**	,62**	,68**	,70**	,57**	,27**
IZBJEG							1	,88**	-,28**	-,21*	-,28**	,39**	,06	,25**	,42**	,33**	,34**	,38**	,52**	,41**	,18*
ECR-R T								1	-,17	,00	-,08	,58**	,28**	,46**	,38**	,55**	,54**	,61**	,70**	,56**	,26**
KOGN EM									1	,45**	,78**	-,24**	-,11	-,12	-,30**	-,19*	-,16	-,24**	-,17	-,14	-,15
AFEKT EM										1	,91**	,07	,11	,04	-,17	,04	,07	,04	,03	,05	-,04
BES T											1	-,07	,02	-,03	-,26**	-,06	-,02	-,08	-,06	-,03	-,10
NEPRIH												1	,48**	,64**	,27**	,75**	,64**	,83**	,70**	,65**	,45**
CILJEVI													1	,71**	,01	,72**	,47**	,74**	,51**	,33**	,26**
IMPULZ														1	,17	,80**	,61**	,87**	,66**	,46**	,29**
SVJESNOST															1	,25**	,32**	,40**	,39**	,35**	,17
STRATEG																1	,68**	,93**	,74**	,55**	,38**
JASNOĆA																	1	,80**	,83**	,66**	,36**
DERS TOT																		1	,83**	,65**	,42**
OPĆA PP																			1	,78**	,45**
RIZIK PH																				1	,55**
AN 0/1																					1

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

5.4 PREDIKTORI RIZIKA ZA RAZVOJ POREMEĆAJA HRANJENJA

Diskriminativna analiza se provela na ukupno sedam kompozita korištenih upitnika u ovom istraživanju, kako bi se odredilo koja varijabla najbolje određuje pripadnost skupini, odnosno koja varijabla najbolje razlikuje kontrolnu i kliničku skupinu. Faktori koji su uključeni u analizu su: Ukupni rezultat na upitniku Sociokulturni stavovi o tjelesnom izgledu (SATAQ-3 ukupno), Anksiozni stil privrženosti, Izbjegavajući stil privrženosti, ukupni rezultat na upitniku o empatiji (BES ukupno), ukupni rezultat na upitniku Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS ukupno) te kompoziti EDI-3 upitnika Opći nedostatak psihološke prilagodbe i Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (tablica 13). Rezultat Box M je statistički značajan ($p < 0,05$), ali analiza na temelju matrica kovarijacija odvojenih po grupama pokazuje slične rezultate grupne klasifikacije. Analiza je rezultirala jednom diskriminativnom funkcijom, čija je vrijednost statistički različita za ispitanice s anoreksijom nervozom i za zdravu skupinu, Wilks Lambda rezultat = 0,632, $\chi^2 = 52,932$ ($p < 0,01$, $N = 121$). Analizirajući tablicu 13 primjećuje se da rezultati Wilks Lambde pojedinih faktora se ne razlikuju mnogo obzirom da je njihova vrijednost blizu 1. Za izdvojiti je faktor Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (Wilks Lambda = 0,688). Grupni centroid za kliničku skupinu iznosi 0,750, dok je za kontrolnu skupinu -0,762, što nam govori da ispitanice s anoreksijom dobivaju više rezultate na diskriminativnoj funkciji. Diskriminativna funkcija je točno klasificirala 86,7% zdravih ispitanica, te 67,7% ispitanica s anoreksijom nervozom. Sveukupno, 76,9% ispitanica je točno klasificirano koristeći diskriminativnu funkciju.

Tablica 13. Doprinos stila privrženosti, empatije, emocionalne regulacije, socijalnih stavova o tjelesnom izgledu, opće psihološke neprilagodbe i rizika za razvoj poremećaja hranjenja za razlikovanje ispitanica s anoreksijom nervozom i kontrolne skupine koristeći diskriminativnu analizu

Varijabla	Wilks'			
	Lambda	F	Koeficijent	Korelacija
Socijalni stavovi	0,957	5,384*	-0,439	0,279
Anksiozni stil	0,931	8,870*	-0,103	0,358
Izbjegavajući stil	0,971	0,062	-0,316	0,227
Empatija	0,989	0,261	-0,201	-0,136
Emocionalna regulacija	0,828	0,000**	0,384	0,597

Psihološka prilagodba	0,802	0,000**	0,031	0,652
Rizik za razvoj PH	0,688	0,000**	1,081	0,883

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; koeficijent – standardizirana saturacija diskriminativne funkcije; korelacija – koeficijent korelacije između svake diskriminativne varijable i diskriminativne funkcije.

Uvidom u tablicu 13 može se primijetiti kako je F značajnost za većinu diskriminativnih varijabli statistički značajna, osim za varijable Izbjegavajući stil privrženosti i Empatija. Skupine najbolje diskriminiraju varijable Emocionalna regulacija, Psihološka prilagodba i Rizik za razvoj poremećaja hranjenja ($p < 0,01$). Vrijednosti korelacija su na gotovo svim varijablama pozitivne, osim za varijablu empatije, što znači da viši rezultat na svakoj varijabli ukazuje na viši rezultat na diskriminativnoj funkciji. Najviša korelacija je na varijablama Psihološka prilagodba i Rizik za razvoj poremećaja hranjenja. Potonje varijable najbolje predviđaju pripadnost skupini. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti kako varijabla Rizik za razvoj poremećaja hranjenja najbolje predviđa pripadnost skupini, odnosno najbolje diskriminira kliničku i kontrolnu skupinu (tablica 13).

Stupnjevita linearna regresijska analiza na kliničkom i kontrolnom uzorku

U provedenom istraživanju koristile su se sljedeće varijable:

Kriterijska varijabla: Rizik za razvoj poremećaja hranjenja

Na temelju provedene diskriminativne analize potvrdilo se kako kompozit Rizik za razvoj poremećaja hranjenja najbolje razlikuje kliničku i kontrolnu skupinu, odnosno na temelju diskriminativnog kanoničkog koeficijenta i korelacija potvrdilo se kako upravo ovaj kompozit najbolje predviđa pripadnost skupini odnosno anoreksiju nervozu. Specifična simptomatologija anoreksije nervoze izražena je kao kompozit Rizik za razvoj poremećaja hranjenja. Kompozit Rizik za razvoj poremećaja hranjenja sastoji se od 3 subskale koje čine suštinu simptomatologije poremećaja hranjenja: nezadovoljstvo tijelom, bulimični simptomi i želja za mršavosti. Ovaj kompozit mjeri Upitnik poremećaja hranjenja EDI-3, a predstavlja kriterijsku varijablu kako bismo obuhvatili ukupnu psihopatologiju poremećaja hranjenja.

Prediktori

Pri obradi podataka korištene su korelacijske analize kako bi se ispitale veze između mjerenih varijabli, odnosno kako bi se utvrdili odnosi prediktorskih i kriterijske varijable. Za utvrđivanje razlika između rezultata ispitanica kliničke i kontrolne skupine na mjerenim prediktorskim varijablama korišteni su i t-testovi. Prediktori u regresijskoj analizi su nezavisne varijable koje su, prema dobivenim rezultatima t-testova i korelacija relevantni za ispitivanje razvoja poremećaja hranjenja, a predstavljaju samo one varijable koje statistički značajno razlikuju kliničku i kontrolnu skupinu, te koje značajno i visoko koreliraju s kriterijskom varijablom, a koje imaju što manju međusobnu povezanost.

Unos varijabli učinjen je na način da su se u prvim koracima unosile psihološke, a potom sociokulturalne varijable, a u zadnji korak ona varijabla za koju se pretpostavlja da će najviše pridonijeti objašnjenju varijance kriterijske varijable.

1. Korak: anksiozni stil privrženosti, izbjegavajući stil privrženosti – subskale upitnika Iskustvo u bliskim odnosima (ECR-R)
2. Korak: ukupni rezultat na upitniku o empatiji (BES ukupno)
3. Korak: ukupni rezultat na upitniku Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS)
4. Korak: ukupni rezultat na upitniku Sociokulturalni stavovi o tjelesnom izgledu (SATAQ-3)
5. Korak: kompozit Opći nedostatak psihološke prilagodbe

Mogućnost predviđanja rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja, mjerene pomoću kompozita Rizik za razvoj poremećaja hranjenja EDI-3 upitnika, ispitana je linearnom stupnjevitom regresijskom analizom koja je provedena u pet koraka.

Na temelju tablice 14 moguće je uočiti kako na uzorku djevojaka s anoreksijom nervozom model 1 statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja ($R^2_{\Delta}=0,298$, $p<0,01$), pri čemu je samo varijabla anksiozni stil privrženosti imala statistički značajan doprinos u ovom koraku. Varijabla izbjegavajući stil privrženosti se nije pokazala kao značajan prediktor kriterijske varijable. U modelu 2 dodavanjem skale empatije postotak objašnjene varijance ne raste ($R^2_{\Delta}=0,289$, $p>0,05$), pri čemu varijabla anksiozni stil privrženosti ostaje jedini značajni prediktor. Novouvedena varijabla empatije se nije pokazala kao značajan prediktor. U trećem koraku, u analizu je uvedena skala teškoća u emocionalnoj regulaciji te postotak objašnjene varijance statistički značajno raste ($R^2_{\Delta}=0,378$, $p<0,01$). Pritom u ovom modelu se emocionalna regulacija pokazala

kao jedini značajan prediktor u objašnjenju varijance kriterija. U četvrtom koraku je uvedena varijabla socijalnih stavova o tjelesnom izgledu te se kod djevojaka s anoreksijom nervozom nova varijabla nije pokazala kao značajan prediktor, a emocionalna regulacija ostaje jedini značajan prediktor u ovom koraku. Taj model nije statistički doprinio objašnjenju varijance kriterija ($R^2_{\Delta}=0,392$, $p>0,05$). U konačnom, petom modelu uvedena je varijabla Opći nedostatak psihološke prilagodbe koja ostaje jedini značajan prediktor u konačnom modelu, te taj model značajno doprinosi objašnjenju varijance kriterija rizika za razvoj poremećaja hranjenja ($R^2_{\Delta}=0,504$, $p<0,01$). Takav konačni model objašnjava ukupno 50,4% varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja te se njime može objasniti statistički značajno veći postotak u odnosu na model 3. Ukoliko se analizira takav konačni model regresijske analize, može se uočiti kako su se svi prediktori uvedeni u konačan model ostali neznačajni, dok se jedino prediktor Opći nedostatak psihološke prilagodbe pokazao značajnim prediktorom na uzorku ispitanica s anoreksijom nervozom. Anksiozni stil privrženosti i teškoće u emocionalnoj regulaciji pokazale su se značajnim prediktorima u objašnjenju varijance kriterija, no u kombinaciji sa teškoćama u psihološkoj prilagodbi one postaju neznačajni prediktori.

Ukoliko regresijsku analizu detaljnije promotrimo, na temelju standardiziranih beta koeficijenata može se zaključiti kako osobe sa višim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja veće teškoće u regulaciji emocija te više anksiozni stil privrženosti. Nadalje, veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja češće je praćen i većim stupnjem psihološke neprilagodbe. Iz veličine i smjera beta koeficijenata može se zaključiti i kako osobe sa većim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja osjećaju i veći socijalni pritisak o mršavosti (tablica 14).

Promatrajući rezultate na zdravoj skupini ispitanica pokazalo se, kao i kod skupine djevojaka s anoreksijom nervozom, model 1 statistički značajno doprinosi objašnjenju varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja ($R^2_{\Delta}=0,308$, $p<0,01$), pri čemu se i anksiozni i izbjegavajući stil privrženosti pokazao značajnim prediktorima (tablica 14). Drugi korak, gdje se uvodi varijabla empatije, kao i na uzorku djevojaka s AN, se nije pokazao statistički značajni, te anksiozni stil ostaje značajnim prediktorom, dok izbjegavajući stil privrženosti gubi značajnost ($R^2_{\Delta}=0,297$, $p>0,05$). U trećem koraku, uvodeći prediktor emocionalne regulacije model ostaje statistički neznačajan te niti jedan prediktor nije statistički značajan ($R^2_{\Delta}=0,322$, $p>0,05$). Uvodeći varijablu o sociokulturnim stavovima o tjelesnom izgledu u četvrtom koraku model postaje statistički značajan ($R^2_{\Delta}=0,576$, $p<0,01$), pri čemu se izbjegavajući stil privrženosti i socijalni stavovi o tjelesnom izgledu pokazuju kao značajnim prediktorima. U posljednjem, petom modelu, uvodeći varijablu psihološke neprilagodbe u posljednji korak,

model ostaje statistički značajan ($R^2_{\Delta}=0,647$, $p<0,01$), te se socijalni stavovi o tjelesnom izgledu i opći nedostatak psihološke prilagodbe pokazuju značajnim prediktorima. Takav konačni model objašnjava ukupno 64,7% varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja. Anksiozni i izbjegavajući stil, empatija i emocionalna regulacija ne pokazuju se značajnim prediktorima u posljednjem modelu na uzorku opće populacije. Veličina i smjer beta koeficijenata pokazuju da veći stupanj psihološke neprilagodbe i veći socijalni pritisci o mršavosti kod zdravih djevojaka povećavaju rizik za razvoj poremećaja hranjenja.

Tablica 14. Stupnjevita linearna regresijska analiza i značajnost beta koeficijenata za anksiozni i izbjegavajući stil privrženosti, teškoće u emocionalnoj regulaciji, empatiji, sociokulturnim stavovima o tjelesnom izgledu i opći nedostatak psihološke prilagodbe za kriterijsku varijablu – rizik za razvoj poremećaja hranjenja, posebno na kliničkom i kontrolnom uzorku.

Prediktor	AN (N=61)		Zdrava skupina (N=60)	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Model 1	0,298**		0,308**	
Anksiozni stil		0,490**		0,397**
Izbjegavajući stil		0,121		0,292*
Model 2	0,289		0,297	
Anksiozni stil		0,462**		0,411**
Izbjegavajući stil		0,141		0,266
Empatija		0,059		-0,043
Model 3	0,378**		0,322	
Anksiozni stil		0,167		0,215
Izbjegavajući stil		0,181		0,258
Empatija		0,136		0,004
Emocionalna regulacija		0,403**		0,277
Model 4	0,392		0,576**	
Anksiozni stil		0,101		0,122
Izbjegavajući stil		0,232		0,241*
Empatija		0,145		-0,042
Emocionalna regulacija		0,304*		0,086
Socijalni stavovi		0,203		0,564**

Model 5	0,504**	0,647**
Anksiozni stil	-0,031	0,108
Izbjegavajući stil	0,116	0,096
Empatija	0,087	-0,039
Emocionalna regulacija	-0,051	-0,198
Socijalni stavovi	0,116	0,505**
Psihološka prilagodba	0,661**	3,443**

*p < 0,05; **p < 0,01; AN = anoreksija nervoza; ΔR^2 = prilagođeni koeficijent determinacije; β = standardizirani beta koeficijent, N = broj ispitanica

5.5 USPOREDBA MLAĐIH (< 14 GODINA) I STARIJIH (> 14 GODINA) ADOLESCENTICA S ANOREKSIJOM NERVOZOM

Tablica 15. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) dobi, visine, težine, indeksa tjelesna mase, postotka indeksa tjelesne mase obzirom na dob (ITM_centil) i standardne devijacije indeksa tjelesne mase (ITM_sd) u mlađih i starijih ispitanica s AN-R (N=62), te vrijednost F-testa i njegove značajnosti (p).

		M (sd)	TR (min, maks)	t	p
Visina	Mlađe (N=29)	161,48 (5,210)	26,8 (145,0-171,8)	-3,039**	0,004
	Starije (N=33)	165,56 (5,341)	24,0 (155,0-179,0)		
Težina	Mlađe (N=29)	40,30 (4,937)	18,8 (31,5-50,3)	-3,307**	0,002
	Starije (N=33)	46,08 (8,532)	35,5 (30,0-65,5)		
ITM	Mlađe (N=29)	15,47 (1,961)	8,6 (11,3-19,9)	-2,007*	0,050
	Starije (N=33)	16,72 (2,877)	11,7 (11,4-23,1)		
ITM_ce ntil	Mlađe (N=29)	12,17 (14,616)	64,8 (0,0-64,8)	-0,365	0,716
	Starije (N=33)	13,75 (18,807)	71,8 (0,0-71,8)		
ITM_sd	Mlađe (N=29)	-1,90 (1,501)	6,8 (-6,4-0,4)	0,988	0,327
	Starije (N=33)	-2,38 (2,275)	8,9 (-8,3-0,6)		

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

Starije i mlađe adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa razlikuju se statistički značajno u visini, težini i indeksu tjelesne mase. Starije adolescentice su značajno više i teže ($p < 0,01$), te imaju značajno viši indeks tjelesne mase ($p < 0,05$). Nije se pronašla značajna razlika u ovim skupinama obzirom na ITM_centil i ITM_sd (tablica 15).

Usporedba mladih i starijih ispitanica s anoreksijom nervozom (AN) (N=62) na Inventaru poremećaja hranjenja (EDI-3)

Tablica 16. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd), te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) na Inventaru o poremećajima hranjenja (EDI-3) u mlađih i starijih ispitanica s AN-R.

EDI-3		M (sd)	F/t	p
Želja za mršavosti (ŽM)	Mlađe (N=29)	17,14 (8,564)	0,452	0,504
	Starije (N=33)	15,09 (9,853)		
Bulimija (B)	Mlađe (N=29)	3,69 (5,510)	0,794	0,376
	Starije (N=33)	2,45 (4,583)		
Nezadovoljstvo tijelom (NT)	Mlađe (N=29)	22,38 (9,545)	0,425	0,517
	Starije (N=33)	20,54 (10,797)		
Nisko samopoštovanje (NS)	Mlađe (N=29)	9,86 (7,024)	0,117	0,733
	Starije (N=33)	10,76 (6,901)		
Osobno otuđenje (OO)	Mlađe (N=29)	8,17 (6,054)	1,675	0,201
	Starije (N=33)	10,51 (6,648)		
Socijalna nesigurnost (SN)	Mlađe (N=29)	11,14 (6,875)	0,530	0,469
	Starije (N=33)	12,64 (7,296)		
Socijalno otuđenje (SO)	Mlađe (N=29)	8,59 (4,837)	0,692	0,409
	Starije (N=33)	10,12 (6,071)		
Interceptivne teškoće (IT)	Mlađe (N=29)	10,21 (8,545)	6,967*	0,011
	Starije (N=33)	16,03 (9,098)		
Emocionalna disregulacija (ED)	Mlađe (N=29)	5,86 (5,534)	0,000	0,989
	Starije (N=33)	5,82 (4,812)		
	Mlađe (N=29)	8,72 (4,810)	2,342	0,131

Perfekcionizam (P)	Starije (N=33)	10,90 (6,161)		
Asketizam (A)	Mlađe (N=29)	9,59 (6,753)	0,072	0,790
	Starije (N=33)	8,91 (6,696)		
Strah od odrastanja (SO)	Mlađe (N=29)	15,07 (6,029)	0,235	0,629
	Starije (N=33)	16,06 (6,837)		
Neučinkovitost (N)	Mlađe (N=29)	18,03 (12,176)	0,719	0,400
	Starije (N=33)	21,27 (12,919)		
Socijalne teškoće (ST)	Mlađe (N=29)	19,72 (10,885)	0,684	0,412
	Starije (N=33)	22,76 (12,485)		
Emocionalne teškoće (ET)	Mlađe (N=29)	16,07 (12,609)	3,269	0,076
	Starije (N=33)	21,85 (13,063)		
Prekomjerna kontrola (PK)	Mlađe (N=29)	18,31 (9,961)	0,433	0,5130
	Starije (N=33)	20,03 (10,406)		
Opći nedostatak psihološke prilagodbe (PP)	Mlađe (N=29)	87,21 (41,002)	-1,259	0,213
	Starije (N=33)	100,91 (43, 670)		
Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (RPH)	Mlađe (N=29)	43,21 (19,931)	0,939	0,351
	Starije (N=33)	38,09 (22,614)		

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

Uvidom u tablicu 16 potvrđuje se statistički značajna razlika između mlađih i starijih ispitanica s AN-R na psihološkoj subskali EDI-3 upitnika Interoceptivne teškoće ($p < 0,05$) na način da su mlađe AN-R na ovoj skali postizale statistički značajno niže rezultate ($M = 10,21$) od starijih AN ($M = 16,03$). Nisu dobivene značajne razlike na subskalama niti na ukupnom rezultatu između mlađih i starijih djevojaka s AN-R na preostalim subskalama Upitnika o poremećaju hranjenja (EDI-3) (tablica 16).

Usporedba mlađih i starijih ispitanica s anoreksijom nervozom (AN) (N=62) na upitniku Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS)

Tablica 17. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) na Upitniku teškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS) u mlađih i starijih ispitanica s AN-R, te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p).

DERS		M (sd)	F/t	p
Neprihvatanje emocija	Mlađe (N=29)	13,83 (6,563)	2,804	0,099
	Starije (N=33)	16,60 (6,480)		
Usmjeravanje ka cilju	Mlađe (N=29)	14,21 (5,864)	5,641*	0,021
	Starije (N=33)	17,24 (4,146)		
Impulzivnost	Mlađe (N=29)	13,21 (5,845)	3,319	0,073
	Starije (N=33)	16,12 (6,646)		
Svjesnost emocija	Mlađe (N=29)	17,34 (4,631)	0,097	0,757
	Starije (N=33)	16,94 (5,505)		
Strategije	Mlađe (N=29)	18,83 (7,723)	7,022**	0,010
	Starije (N=33)	23,82 (7,104)		
Jasnoća emocija	Mlađe (N=29)	11,86 (5,256)	5,629*	0,021
	Starije (N=33)	15,06 (5,332)		
DERS ukupno	Mlađe (N=29)	89,28 (26,734)	-2,429*	0,018
	Starije (N=33)	105,79 (26,683)		

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

Starije i mlađe adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa statistički se značajno razlikuju u skalama Usmjeravanje ka cilju ($p < 0,05$), Strategije ($p < 0,01$), Jasnoća emocija ($p < 0,05$) i na ukupnom rezultatu upitnika Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS) ($p < 0,05$). Na svim navedenim mjerama starije AN-R su postizale u prosjeku statistički značajno više rezultate od mlađih AN-R. Na preostalim subskalama upitnika Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS) (Neprihvatanje emocija, Impulzivnost, Svjesnost emocija) se nisu potvrdile značajne razlike između mlađih i starijih adolescenata s AN-R (tablica 17).

Usporedba mladih i starijih ispitanica s anoreksijom nervozom (AN) (N=62) na Upitniku o empatiji (BES)

Tablica 18. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd) na upitniku o empatiji (BES) u mladih i starijih ispitanica s AN-R, te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p).

BES		M (sd)	F/t	p
Kognitivna empatija	Mlađe (N=29)	37,17 (4,252)	0,337	0,564
	Starije (N=33)	37,76 (3,683)		
Afektivna empatija	Mlađe (N=29)	38,55 (6,361)	0,340	0,562
	Starije (N=33)	39,51 (6,610)		
BES ukupno	Mlađe (N=29)	75,72 (7,796)	-0,714	0,478
	Starije (N=33)	77,27 (9,101)		

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

Kako bi se ispitale moguće razlike između mladih i starijih ispitanica s AN-R u empatiji, proveden je F i t-test te su dobiveni rezultati prikazani u tablici 18. Nije pronađena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina na kognitivnoj empatiji, afektivnoj empatiji niti na ukupnom rezultatu na upitniku o empatiji (p>0,05).

Usporedba mladih i starijih ispitanica s anoreksijom nervozom (AN) (N=62) na upitniku Iskustva u bliskim odnosima (ECR-R)

Tablica 19. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd), te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) na upitniku iskustva u bliskim odnosima (ECR-R) između mladih i starijih ispitanica s AN-R.

ECR-R		M (sd)	F/t	p
Anksiozni stil privrženosti	Mlađe (N=29)	60,31 (25,678)	0,665	0,418
	Starije (N=33)	65,45 (23,981)		
Izbjegavajući stil privrženosti	Mlađe (N=29)	56,93 (29,585)	0,313	0,578
	Starije (N=33)	53,09 (24,487)		
ECR-R ukupno	Mlađe (N=29)	117,24 (48,628)	-0,111	0,912

Starije (N=33)	118,54 (43,797)
----------------	-----------------

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

Rezultati t-testa za razlike u iskustvima u bliskim odnosima između mlađih i starijih ispitanica s AN-R skupine prikazan je u tablici 19. Na oba stila privrženosti, kao i na ukupnom rezultatu upitnika nisu se pronašle značajne razlike između ovih dviju skupina ($p > 0,05$).

Usporedba mlađih i starijih ispitanica s anoreksijom nervozom (AN) (N=62) na upitniku Sociokulturalni stavovi o tjelesnom izgledu (SATAQ-3)

Tablica 20. Aritmetičke sredine (M) i standardne devijacije (sd), te vrijednosti F i t-testova (t) i njihovih značajnosti (p) na upitniku sociokulturnih stavova o tjelesnom izgledu (SATAQ-3) između mlađih i starijih ispitanica s AN-R.

SATAQ-3		M (sd)	F/t	p
Internalizacija mršavosti	Mlađi (N=29)	26,13 (11,360)	0,075	0,785
	Stariji (N=33)	26,90 (10,736)		
Internalizacija atletske građe	Mlađi (N=29)	14,65 (6,371)	0,618	0,435
	Stariji (N=33)	15,84 (5,579)		
Socijalni pritisci	Mlađi (N=29)	18,65 (9,138)	0,082	0,776
	Stariji (N=33)	18,06 (7,219)		
Informiranost	Mlađi (N=29)	21,72 (9,315)	0,474	0,494
	Stariji (N=33)	23,30 (8,726)		
Sataq-3 ukupno	Mlađi (N=29)	81,17 (32,238)	-0,396	0,693
	Stariji (N=33)	84,12 (26,353)		

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

Tablica 20 prikazuje aritmetičke sredine i pripadajuće standardne devijacije za svaku od subskala, kao i ukupni rezultat na upitniku SATAQ-3, kao i razliku aritmetičkih sredina mlađih i starijih ispitanica s AN-R testiranu t-testom za nezavisne uzorke. Može se uočiti kako nisu pronađene statistički značajne razlike između kliničke i kontrolne skupine na subskalama i ukupnom rezultatu upitnika SATAQ-3 ($p > 0,05$).

6 RASPRAVA

Usporedba adolescentica s anoreksijom nervozom i kontrolne skupine

U provedenom istraživanju sudjelovalo je ukupno 122 adolescenata isključivo ženskog spola, 62 djevojke oboljele od anoreksije nervoze restriktivnog tipa (AN-R) i 60 ispitanica u kontrolnoj skupini, 11-18 godina starosti, prosječne dobi od 14 godina. Djevojke s AN-R i kontrolna skupina uparene su po dobi, obrazovanju i nekim socioekonomskim karakteristikama obitelji stoga po tim obilježjima ne postoje statistički značajne razlike između skupina (tablica 3,4). U tablici 4 vidljivo je kako je postotak visokoobrazovanih roditelja, bilo majki bilo očeva, relativno visok. Kod većine ispitanica roditelji su u braku, dok je 17,7% razvedenih roditelja u djevojaka s AN-R u odnosu na 11,7% u kontrolnom uzorku. Velika većina djevojaka navodi kako obitelj ima prosječna financijska primanja (tablica 4). Dobiveni rezultati su u skladu s očekivanjima i recentnom literaturom gdje se navodi da anoreksija nervoze zahvaća sve društvene slojeve i etničke skupine, te se napušta zastarjela ideja da je anoreksija nervoze bolest visoko inteligentnih djevojaka iz bogatih i visoko obrazovanih društvenih slojeva (140).

Djevojke s AN-R imale su značajno niži ITM, ITM_centil i ITM_sd od kontrolne skupine, a prosječan ITM iznosio je 16,13 kg/m² što ih svrstava u kategoriju umjerene mršavosti (tablica 2). Pritom je važno naglasiti da su navedene kategorije mršavosti za odraslu populaciju, stoga se potrebno ograditi od kategorijalnog pristupa ITM. Dobivena razlika u tjelesnoj težini između skupina je u skladu s očekivanjima budući da djevojke s AN-R uvode restriktivni obrazac jedenja i izgladnjuju se što konačno dovodi do zadovoljavanja osnovnog kriterija u postavljanju dijagnoze, odnosno pothranjenosti. Detaljnije, prosječan centil djevojaka s AN-R je veći od 5 s velikim rasponom do čak 71.centila, te neke djevojke s AN-R imaju viši ITM od 18,5, te standardnu devijaciju manju od -1. Ovi rezultati se vjerojatno mogu objasniti s činjenicom da su djevojke ispunjavale upitnike minimalno mjesec dana od prijema u bolnicu kako bi se umanjio utjecaj izgladnjivanja, te radi etičnosti u provođenju istraživanja. Uz to, kod nekih adolescentica s AN je istraživanje provedeno i nakon godinu dana od postavlja dijagnoze te je moguće da su u procesu liječenja popravile tjelesnu težinu. Također, valja uzeti u obzir kako naš uzorak čine djeca i adolescentice, a prema DSM-5 osim tjelesne težine za zadovoljenje kriterija anoreksije nervoze kliničar treba razmotriti i građu tijela pojedinca, anamnezu dobivanja/gubljenja na tjelesnoj težini, i sve ostale fiziološke smetnje odnosno ako ne uspijevaju održati svoj očekivani rast i razvoj (1).

Statistički značajna razlika između djevojaka s AN-R i kontrolne skupine postoji i na gotovo svim psihološkim karakteristikama koje predstavljaju specifičnu simptomatologiju poremećaja hranjenja (EDI-3 upitnik, tablica 7). Djevojke s anoreksijom nervozom, u odnosu na kontrolnu skupinu, imaju značajno veću želju za mršavosti i značajno veće nezadovoljstvo tjelesnim izgledom. Razlika u bulimičnim simptomima između ove dvije skupine se nije pronašla što je bilo i za očekivati obzirom da se ovo istraživanje provelo na djevojkama s restriktivnim tipom anoreksije nervoze. Obzirom da su nezadovoljstvo tijelom i želja za mršavosti suština anoreksije nervoze, ne čudi da u našem uzorku djevojke s AN-R imaju značajno viši rizik za razvoj poremećaja hranjenja i slabiju psihološku prilagodbu (tablica 7). Ovi rezultati su u skladu s hipotezom i ranijom literaturom. Naime, brojna istraživanja povezuju razvoj poremećaja hranjenja s poremećenom slikom o vlastitom tijelu i nezadovoljstvom tjelesnim izgledom (122). Uz nezadovoljstvo tijelom veže se i veća želja za postizanjem mršavoga tjelesnog izgleda. Upravo zaokupljenost hranom i težinom te strah od dobivanja na tjelesnoj težini predstavljaju snažne posredujuće varijable koje djeluju na povezanost negativne slike o vlastitom tijelu i poremećaja hranjenja (122).

Kao što je bilo za očekivati, djevojke s AN-R su pokazale značajno niže samopoštovanje te značajno viši perfekcionizam i asketizam, osobno i socijalno otuđenje, socijalnu nesigurnost, te interoceptivne teškoće u odnosu na kontrolnu skupinu (tablica 7). Ranija istraživanja potvrđuju dobivene rezultate. Prema Tschirhart i Donovan (174), kada djevojke postanu nesigurne u međuljudskim odnosima ili posumnjaju u vlastite sposobnosti, pretpostavlja se da se okreću kontroli tjelesne težine kao sredstvu kojim će osigurati uspjeh i prihvaćanje. Poznato je, prema Shisslak i suradnicima također da je samopoštovanje djevojaka prije puberteta i u adolescenciji značajan prediktor za razvoj poremećaja hranjenja (6). Perfekcionizam i opsesivno-kompulzivne crte ličnosti predisponiraju osobu za razvoj poremećaja hranjenja, čak se čini da restriktivni oblik anoreksije i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti imaju iste uzroke, a u pogledu ishoda brojne studije pokazuju da komorbidni granični poremećaj ličnosti je povezan s lošim ishodom poremećaja hranjenja, dok je opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti loš znak za prognozu anoreksije kao i strahovi od odrastanja i socijalno povlačenje kao dimenzije osobnosti (175). Postavljanje visokih ciljeva u akademskim područjima su često pronađeni u djevojaka sa anoreksijom (176), te su Halmi i sur. (177) pronašli uvjerljivi dokaz o perfekcionizmu kao snažnom i diskriminirajućem prediktoru tzv. „anoreksične osobnosti“. Novija istraživanja također naglašavaju važnost

interoceptivnih deficita, kako u nastanku tako i u održavanju i liječenju poremećaja hranjenja. Primjerice, Preyde i sur. (178) su dokazali kako promjene u interoceptiji i emocionalnoj regulaciji tijekom liječenja smanjuju rizik od poremećaja hranjenja pri otpustu iz bolnice. Također, istraživanje Clausen i sur. (179) potvrđuje kako su se interoceptivne teškoće pokazale kao najbolji prediktor poremećaja hranjenja od svih ostalih subskala upitnika EDI-3. Prethodna su istraživanja potvrdila diskriminativnu vrijednost interoceptivne svjesnosti između pacijenata s poremećajima hranjenja i psihijatrijskih kontrola (180, 181). Također, interoceptivna pitanja povezana su s drugim psihološkim aspektima poremećaja hranjenja kao što su depresija i perfekcionizam (182). Čini se kako se interoceptivne teškoće ističu kao visoko diskriminativan konstrukt povezanim s poremećajima hranjenja. Konačno, nije se pronašla razlika između ovih dviju skupina obzirom na strah od odrastanja.

Ukoliko želimo usporediti dobivene rezultate na EDI-3 upitniku na našem uzorku sa normama u EDI-3 priručniku (160) potvrđuje se kako naš uzorak značajno ne odstupa od američkog uzorka adolescentica s restriktivnim oblikom anoreksije. Na većini psiholoških dimenzija u našem uzorku postoji tendencija nešto nižih rezultata, no većina psiholoških skala je u tipičnom kliničkom rangu. Za izdvojiti je strah od odrastanja gdje se pokazalo da naš uzorak ima značajno viši odnosno klinički povišen strah od odrastanja u odnosu na američki uzorak.

Proučavajući razlike između kontrolne skupine i djevojaka s AN-R u odnosu na emocionalnu regulaciju koja je u ovom istraživanju ispitana upitnikom Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS) pokazalo se kako se ove dvije skupine bitno razlikuju gotovo na svim dimenzijama emocionalne regulacije (tablica 8). Potvrdilo se kako djevojke s AN-R imaju značajno više teškoća u prihvaćanju emocionalnih stanja, teškoća u koncentraciji i ispunjavanju zadataka u situacijama emocionalnog stresora, značajno su impulzivnije, teže pristupaju efektivnim strategijama u kontroli emocija, te imaju značajno više teškoća u razumijevanju emocionalnih stanja u odnosu na kontrolnu skupinu (tablica 8). Početna teorijska i empirijska istraživanja konstrukta emocionalne regulacije i poremećaja hranjenja zastupala su mišljenje kako je emocionalna regulacija isključivo vezana za bulimiju nervozu ili purgativni tip anoreksije nervoze. Pretpostavka je bila da su osobe s bulimijom nervozom više impulzivnije te da će time biti i značajno manje emocionalno kontrolirane. Ipak, dobiveni rezultati su u skladu s našim pretpostavkama i novijom literaturom gdje sve veći broj teorijskih i empirijskih dokaza sugeriraju da deficiti u emocionalnoj regulaciji mogu igrati ključnu ulogu u razvoju i održavanju anoreksije nervoze (67-70). Također, istraživanje Haynosa i sur. (183) pokazalo je

da ne postoje razlike između podtipova AN po pitanju impulzivnosti i emocionalne regulacije što je u suprotnosti s istraživanjem Fischer i sur. (184) koji su pronašli razliku u impulzivnosti između restriktivnog i purgativnog tipa anoreksije. Također, Haynos i sur. (183) ustanovili su da se emocionalna regulacija nije značajno promijenila s oporavkom tjelesne težine, sugerirajući kako je moguće da emocionalna regulacija nije posljedica izgladnelosti već mogući predisponirajući čimbenik anoreksije nervoze.

Zanimljivo, u ovom istraživanju nije se pronašla razlika u svjesnosti vlastitih emocionalnih stanja između djevojaka s AN-R i kontrolne skupine (tablica 8). Ovaj rezultat nije u skladu s našim očekivanjima budući da je pretpostavka da djevojke s AN-R imaju više teškoća u svjesnosti i razumijevanju emocionalnih stanja od kontrolne skupine. Neka istraživanja navode da je upravo svjesnost emocionalnih stanja, kao jedna od dimenzija emocionalne regulacije, najbolji prediktor AN od svih drugih dimenzija emocionalne regulacije (79). Međutim, treba uzeti u obzir kako se većina istraživanja koja proučavaju odnos AN i emocionalne regulacije provode na odrasloj dobi. Naš rezultat se vjerojatno može objasniti sa činjenicom da je ovo istraživanje provedeno na adolescenticama. Razdoblje adolescencije, u uspoređi s odraslom dobi, je obilježeno razvojnim promjenama, distresom i teškoćama u prepoznavanju, definiranju i opisivanju vlastitih emocionalnih stanja. Poznato je da se simptom ili dijagnoza aleksitimije ne može primijeniti na adolescentnu dob jer je upravo ta teškoća jedna od osnovnih obilježja adolescentne dobi te se smatra normalnim razvojem prema odraslosti. Stoga je moguće kako će svjesnost emocionalnih stanja kao jedna od dimenzija emocionalne regulacije vrlo dobro ili čak najbolje diferencirati osobe s AN od drugih u odrasloj dobi, no u dobi adolescencije neće imati bitnu ulogu u objašnjenju i liječenju anoreksije nervoze.

Hipoteza o razlikama između djevojaka s AN-R i kontrolne skupine se nije potvrdila, odnosno nije se dobila statistički značajna razlika između ovih skupina po pitanju afektivne i kognitivne empatije (tablica 9). Dobiveni rezultati su djelomično u skladu s istraživanjima koja se bave proučavanjem odnosa empatije i simptoma AN, budući da su mnoga istraživanja kontradiktorna i nedosljedna. Neka istraživanja povezuju osobe s AN a autističnim karakteristikama, poput Teorije uma (102, 103), no mnoga istraživanja nisu potvrdila razlike između osoba s AN i opće populacije. Također, neka istraživanja potvrđuju kako značajno više teškoća u empatiji imaju akutno oboljele osobe od AN, u uspoređbi s oporavljenima, sugerirajući da je deficit empatije posljedica bolesti i izgladnelosti.

Prema Delvecchio i sur. (185), jedan od važnijih čimbenika rizika za razvoj poremećaja hranjenja je privrženost, koja predstavlja osnovu razvoja samopoimanja i samoregulacije emocija. Nesigurni stil privrženosti je utvrđeni čimbenik rizika za poremećaje hranjenja općenito, točnije za anoreksiju nervozu (185). Prevalencija nesigurne privrženosti u poremećajima hranjenja se procjenjuje između 70 i 100% (186, 187). Uspoređujući kontrolnu skupinu sa skupinom anoreksije nervoze obzirom na stil privrženosti potvrdilo se kako djevojke s anoreksijom nervozom imaju značajno više anksiozni i izbjegavajući stil privrženosti od kontrolne skupine (tablica 10). Čini se kako djevojke s AN-R, u odnosu na kontrolnu skupinu, žele blisku vezu, ali bliskost im je neugodna jer strahuju od odbacivanja te su nepovjerljive. Također, samim time iskazuju veću potrebu za autonomijom i nezavisnosti što su tipična obilježja izbjegavajućeg stila privrženosti. Ovdje će se naglasiti, ponovno, važnost ispitivanja stila privrženosti u adolescenciji u odnosu na odraslu dob. Bowlby (188) je naglašavao važnost privrženosti roditeljima od dobi preadolescencije do rane odrasle dobi, tvrdeći da su bezuvjetno povjerenje u dostupnost objekta privrženosti (roditelja) i njegova podrška temelj stabilne ličnosti. Meta-analiza Gandera i sur. (189) osvjetljuje relevantne pojedinosti o stilu privrženosti u adolescenata s poremećajem hranjenja; u sustavnoj analizi pronađeno je 13 istraživanja koje su koristile mjere samoprocjene i 8 studija koje su koristile narativne instrumente za utvrđivanje stila privrženosti kod adolescenata s poremećajem hranjenja. Iako ova dva pristupa mjere različite aspekte privrženosti, ukupni rezultat sugerira da većina pacijenata s poremećajem hranjenja ima nesigurni stil privrženosti. Neki su autori našli veću učestalost izbjegavajućeg stila, a drugi su pronašli više anksiozno privrženih pojedinaca među adolescentima s poremećajem hranjenja (189). Dobiveni rezultati u ovom istraživanju po pitanju stila privrženosti u adolescentica s anoreksijom nervozom su u skladu s očekivanjima i literaturom koja naglašava povezanost nesigurnog i izbjegavajućeg stila privrženosti s razvojem poremećaja hranjenja.

Analizirajući rezultate dobivene na upitniku sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu može se uvidjeti kako se pronašla značajna razlika između djevojaka s AN-R i kontrolne skupine obzirom na internalizaciju ideala mršavosti, socijalnih pritisaka o mršavosti te na ukupnom rezultatu na upitniku SATAQ-3 (tablica 11). Djevojke s AN-R imaju značajno veću internalizaciju ideala mršavosti i procjenjuju značajno većim socijalne pritiske od strane medija o mršavosti. Ovi rezultati potvrđuju hipotezu u istraživanju i u skladu su s brojnim istraživanjima sociokulturalnih čimbenika u objašnjenju poremećaja hranjenja. Sociokulturalni pristup temelji se na uvjerenju da su sociokulturalni utjecaji izvor snažnih poruka o tome koje

su tjelesne karakteristike prihvatljive, a koje nisu. Istraživanja koja upućuju na povezanost između poremećaja hranjenja, nezadovoljstva tijelom i poruka iz medija o idealnom mršavom izgledu, pružaju potporu navedenom pristupu (6).

Sredstva javnog informiranja imaju veliku moć u prijenosu sociokulturalnih ideala te isticanju (ne)poželjnosti određenih tjelesnih karakteristika. Razvoj masovnih medija pridonio je izjednačavanju i prihvaćanju ideala tjelesnog izgleda i ljepote među ljudima iz različitih društvenih slojeva i zemalja. U jednom istraživanju koje je provedeno na otočju Fidži rezultati svjedoče o snazi kulturalnog konteksta i medijskog utjecaja (190). Ideal ljepote na tom otočju, prije uvođenja medija sa Zapada, uključivao je punije žensko tijelo te se nisu poticali pokušaji mijenjanja tjelesnog izgleda. U tri je godine od uvođenja televizijskih programa na otočje došlo do velikog porasta nezadovoljstva tijelom, pokušaja provođenja dijete i odstupajućih navika jedenja kod djevojaka adolescentne dobi što jasno svjedoči o snazi koju medijski utjecaj ima na sliku tijela (190). Štetan utjecaj na sliku tijela imaju i emisije preobrazbe tjelesnog izgleda. Ashikali, Dittmar i Ayers (191) potvrđuju kako gledanje takvih emisija (*engl.* „makeover shows“), koje uključuju plastične operacije, dovode do većeg nezadovoljstva tjelesnom težinom i tjelesnim izgledom kod adolescentnih djevojaka. Iako su mnoga istraživanja utjecaja medija na nezadovoljstvo tijelom eksperimentalna, uglavnom su usmjerena na ispitivanje tek kratkoročnih učinaka izloženosti slikama ili snimkama preuzetih iz medija zbog čega se čini kako nedostaju longitudinalni podaci koji bi omogućili uvid u dugoročne posljedice izloženosti utjecaju medija na nezadovoljstvo tijelom. Utjecaj medija samo je jedan od sociokulturalnih čimbenika koji pridonose zabrinutosti zbog tjelesnog izgleda i nezadovoljstvu tijelom (129). Iako sam po sebi snažan, on djeluje u interakciji s drugim sociokulturalnim čimbenicima i može biti pojačan utjecajem obitelji i vršnjaka (129), ali i pod utjecajem drugih bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika.

Zanimljivo, nije se pronašla razlika između ovih dviju skupina u internalizaciji atletske građe i u informiranosti o idealnom tjelesnom izgledu od strane medija. Ovi rezultati se vjerojatno mogu objasniti na način da, kao i dijeta, atletska građa u današnje vrijeme postaje normativna vrijednost pod utjecajem medija i ideje o atleskoj građi kao „zdravoj građi“. Također, čini se kako djevojke s AN-R u našem uzorku ipak više priželjkuju mršavost i gubitak tjelesne mase od mišića i sportskog izgleda.

Prediktori rizika za razvoj anoreksije nervoze u adolescenciji

Korelacijskim analizama, diskriminativnom analizom i stupnjevitom linearnom regresijskom analizom ispitana je povezanost psiholoških i sociokulturalnih čimbenika s rizikom za razvoj poremećaja hranjenja odnosno s prisutnošću anoreksije nervoze (tablica 12-14).

Diskriminativna analiza se provela na ukupno sedam kompozita korištenih upitnika u ovom istraživanju, kako bi se odredilo koja varijabla najbolje određuje pripadnost skupini, odnosno koja varijabla najbolje razlikuje kontrolnu i kliničku skupinu. Faktori koji su uključeni u analizu su kompoziti, odnosno ukupni rezultat na pojedinim upitnicima: Ukupni rezultat na upitniku Sociokulturni stavovi o tjelesnom izgledu (SATAQ-3 ukupno), Anksiozni stil privrženosti, Izbjegavajući stil privrženosti, ukupni rezultat na upitniku o empatiji (BES ukupno), ukupni rezultat na upitniku Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS ukupno) te kompoziti EDI-3 upitnika Opći nedostatak psihološke prilagodbe i Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (tablica 13). Analizirajući tablicu 13 primjećuje se da Rizik za razvoj poremećaja hranjenja (Wilks Lambda = 0,688) najbolje razlikuje ispitanice s AN i kontrolnu skupinu, te ispitanice s anoreksijom dobivaju više rezultate na diskriminativnoj funkciji.

Uvidom u tablicu 13 može se primijetiti kako je F značajnost za većinu diskriminativnih varijabli statistički značajna, osim za varijable Izbjegavajući stil privrženosti i Empatija. Dobiveni rezultat je u skladu s našim očekivanjima obzirom da se u ovom istraživanju nije pronašla statistički značajna razlika između kliničke i kontrolne skupine obzirom na empatiju, te tek neznatna značajna razlika za izbjegavajući stil privrženosti (tablica 10).

Kliničku i kontrolnu skupinu najbolje diskriminiraju varijable Emocionalna regulacija, Psihološka prilagodba i Rizik za razvoj poremećaja hranjenja ($p < 0,01$) što je u skladu s našim očekivanjima i prijašnjim istraživanjima. Na temelju dobivenih rezultata može se zaključiti kako varijabla Rizik za razvoj poremećaja hranjenja najbolje predviđa pripadnost skupini, odnosno najbolje diskriminira kliničku i kontrolnu skupinu (tablica 13). Adolescentice s AN će imati veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja odnosno veću želju za mršavosti i nezadovoljstvo tijelom, te je upravo ta varijabla ona koja bolje diskriminira djevojke s AN i kontrolnu skupinu. Izuzev rizika za razvoj poremećaja hranjenja, djevojke s AN će imati veći stupanj psihološke neprilagodbe i više teškoća u emocionalnoj regulaciji (tablica 13).

Mogućnost predviđanja rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja, mjerene pomoću kompozita Rizik za razvoj poremećaja hranjenja EDI-3 upitnika, ispitana je linearnom stupnjevitom regresijskom analizom koja je provedena u pet koraka, posebno na kliničkom i

posebno na kontrolnom uzorku. U prvom koraku dodani su prediktori odnosno dimenzije stila privrženosti, potom dimenzije empatije i emocionalne regulacije, potom sociokulturalni čimbenici i konačno opći stupanj psihološke neprilagodbe. Konačni model na uzorku djevojaka s AN objašnjava 50,4% varijance Rizika za razvoj poremećaja hranjenja, dok u kontrolnoj skupini konačni model objašnjava ukupno 64% varijance. Pri tome je značajnu promjenu u količini objašnjene varijance pridonijela dimenzija Opći nedostatak psihološke prilagodbe kod djevojaka s AN, te se taj prediktor u konačnom modelu pokazao kao jedini značajan prediktor u objašnjenju varijance kriterija, dok se u kontrolnoj skupini značajnim prediktorima pokazao također Opći nedostatak psihološke prilagodbe, ali i Socijalni stavovi o tjelesnom izgledu (tablica 14). Na temelju veličine i smjera beta koeficijenata može se zaključiti da adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa imaju više teškoća u psihološkoj prilagodbi, dok djevojke u zdravoj skupini imaju više teškoća u psihološkoj prilagodbi i pod većim su utjecajem medija i socijalnih pritisaka o mršavosti.

Također, ovim istraživanjem se potvrdilo da djevojke s AN-R imaju značajno više nesigurni i izbjegavajući stil privrženosti od kontrolne skupine, te se potvrdila značajna povezanost između stila privrženosti i rizika za razvoj poremećaja hranjenja (tablica 19). U provedenoj regresijskoj analizi se nesigurni stil privrženosti pokazao kao značajan prediktor anoreksije nervoze odnosno potvrdio se samostalni doprinos nesigurnog stila privrženosti u objašnjenju anoreksije nervoze. Stil privrženosti predstavlja svojevrsnu problematiku kod pacijentica koje boluju od anoreksije nervoze. Pacijentice s većom razinom anksioznosti imaju tendenciju da budu izrazito zaokupljene odnosima, posebno kada se radi o mogućnosti napuštanja i gubitka (192). Sklone su hiperaktivaciji sustava privrženosti i emocija te se često prisjećaju odnosa u kojima se doživjele gubitak i emocionalnu povredu (62). Zaokupljenost odnosima uz strah od napuštanja predstavlja potencijalni rizik za izraženije simptome poremećaja hranjenja (112). S druge strane, pacijentice s većom razinom izbjegavanja karakterizira odbacivanje važnosti odnosa općenito, a osobito odnosa privrženosti (192). One minoriziraju svoje emocionalne doživljaje, u određenim slučajevima čak do razine da emocije budu u potpunosti odbačene, te nerijetko imaju teškoće u izražavanju emocija. Svoj sustav privrženosti deaktiviraju, te se otežano dosjećaju ranijih odnosa privrženosti (62).

Rezultati ukazuju na to da je dimenzija anksioznog stila privrženosti značajan prediktor anoreksije nervoze restriktivnog tipa, dok se izbjegavajući stil u zajedničkom modelu pokazalo kao neznačajan prediktor, što ukazuje na to da je dimenzija nesigurnog stila privrženosti snažniji korelat simptoma AN restriktivnog tipa te da bolje predviđa izraženost

simptoma AN nego dimenzija izbjegavajućeg stila privrženosti (tablica 14). Ward i sur. (193) utvrdili su da su djevojke s anoreksijom i njihove majke sklone idealizaciji, imaju teškoće u procesiranju emocija i nesigurnu privrženost. Osobe oboljele od anoreksije najčešće su strašljive, pesimistične, povučene, ambiciozne, uporne, sklone perfekcionizmu, emocionalno udaljene i imaju nisko samopoštovanje (194). Međutim, empirijski dokazi u do sada provedenim istraživanjima su prilično ograničeni. U nedavno provedenom istraživanju Jakovina i sur. (80) potvrdilo se kako osobe koje boluju od bulimije nervoze imaju više zastupljen anksiozni stil privrženosti, te kako imaju više teškoća u kontroli emocija (impulzivnosti).

Stupnjevitom linearnom regresijskom analizom potvrđeno je kako se mijenja doprinos varijable anksioznost u objašnjavanju varijance izraženosti simptoma AN, kada se uvedu varijable emocionalne regulacije. Nakon uvođenja emocionalne regulacije doprinos anksioznosti u objašnjenju varijance izraženosti simptoma anoreksije nervoze postao je statistički neznačajan, dok je utjecaj emocionalne regulacije statistički značajan. Ovo potonje sugerira postojanje mogućeg moderirajućeg utjecaja emocionalne regulacije na odnos anksioznog stila privrženosti i anoreksije nervoze. Dobiveni rezultati su u skladu s našim očekivanjima, budući prema teorijskom modelu Tasca i sur. (195) postoji medijacijski utjecaj emocionalne regulacije na odnos stila privrženosti i AN. Dimenzije privrženosti na AN ne djeluju direktno, već utjecajem na emocionalnu regulaciju, koja potom utječe na AN. U radu Jakovina (62) potvrđeno je postojanje medijacijskog učinka emocionalne regulacije na odnos stila privrženosti i bulimije nervoze. Potrebna su daljnja istraživanja o odnosu emocionalne regulacije i stila privrženosti, te koja dimenzija emocionalne regulacije doprinosi medijacijskom utjecaju odnosa stila privrženosti i anoreksije.

Uvođenjem empatije kao prediktora u drugom koraku model se pokazao statistički neznačajnim i kod kontrolne i kod kliničke skupine.

Ovim istraživanjem pokazalo se kako je rizik za razvoj poremećaja hranjenja odnosno prisutnost anoreksije nervoze visoko i značajno povezana s gotovo svim dimenzijama teškoća u emocionalnoj regulaciji koje su mjerene upitnikom DERS (tablica 8). Kada se promatra emocionalna regulacija u regresijskoj analizi u ovom setu prediktora pokazalo se da se uvođenjem varijable Teškoće u emocionalnoj regulaciji statistički značajno bolje objašnjava varijanca rizika za razvoj poremećaja hranjenja kod djevojaka s AN, dok se kontrolnoj skupini uvođenjem emocionalne regulacije značajno ne doprinosi objašnjenju kriterija. Čini se kako se teškoće s obraćanjem pozornosti, priznavanja i prihvaćanja emocionalnih iskustava, specifično

i jedinstveno povezani s rizikom za razvoj poremećaja hranjenja. Povišen rezultat na skali neprihvatanje emocionalne reakcije (subskala Neprihvatanje) ukazuje na to da pacijentice iz kliničke skupine koje boluju od AN-R pokazuju tendenciju negativnog sekundarnog emocionalnog odgovora na vlastite negativne emocije. Primjerice, kada se radi nečega uzrujaju, javljaju se osjećaji srama, neugode, krivnje ili to čak doživljavaju kao znak vlastite slabosti. Ovi rezultati su u skladu s funkcionalnim modelima anoreksije nervoze koji opisuju kako simptomi poremećaja hranjenja pomažu osobi s AN da izbjegava emocionalna iskustva, kao i međuljudske odnose koji mogu potaknuti emocionalna iskustva (196-198). Doista, nedavna studija je pokazala da izbjegavanje emocija posreduje povezanost između depresivnih i anksioznih simptoma i poremećaja hranjenja u osoba s AN (197). Iako su neprihvatanje emocija i izbjegavanje emocija različiti (ali ipak preklapajući) konstrukti, naši su rezultati istovjetni s teorijom da pojedinci koji doživljavaju visoku razinu emocionalnog distresa mogu ignorirati ili izbjegavati svoje osjećaje kroz pojačani mentalni fokus na tjelesnu težinu, oblik tijela i hranu. Povišena impulzivnost, kao dimenzija emocionalne disregulacije, značajno predviđa anoreksiju nervozu restriktivnog tipa. Dobiven rezultat je u skladu s našom hipotezom. Iako se često pretpostavlja da će se AN-R i AN-P značajno razlikovati u impulzivnosti na način da će osobe s AN-P biti značajno impulzivnije, svega je nekoliko istraživanja proučavalo ovu razliku, te se u samo jednom istraživanju potvrdila ta hipoteza (79, 183). Međutim, dobiveni rezultati se nisu potvrdili u drugim istraživanjima, te su potvrđeni samo u akutnoj fazi bolesti. U istraživanju Haynos i sur. (183) potvrdilo se da ne postoji statistički značajna razlika između AN-R i AN-P po pitanju impulzivnosti, te ovi istraživači zagovaraju pretpostavku da ima više sličnosti u emocionalnoj regulaciji između ova dva podtipa AN nego li različitosti. Konačno, na temelju našeg istraživanja čini se kako osobe s AN-R imaju više teškoća u impulzivnosti, te teškoća u prihvatanju i razumijevanju emocija nego li teškoćama u svjesnosti emocija, postavljanju ciljeva i strategija za kontrolu emocija. Haynos (199) u svom teorijskom modelu tvrdi kako su teškoće u emocionalnoj regulaciji ključan čimbenik u etiologiji anoreksije nervoze, a čini se kako su teškoće u impulzivnosti jedne od važnijih dimenzija emocionalne regulacije kod osoba s AN-R.

U četvrtom modelu, uvodeći čimbenik socijalnih stavova o tjelesnom izgledu na uzorku djevojaka s AN dodatno se ne objašnjava varijanca kriterija, odnosno socijalni pritisci od strane medija o mršavosti se nisku pokazali kao značajan prediktor na uzorku djevojaka s AN u ovom setu prediktora. S druge strane, socijalni stavovi o tjelesnom izgledu pokazali su se kao značajan

prediktor u kontrolnoj skupini. Čini se kako je rizik za razvoj poremećaja hranjenja u općoj populaciji značajno povezan sa socijalnim pritiscima o mršavosti.

Kao što je bilo spomenuto ranije u konačnom modelu značajnu promjenu u količini objašnjene varijance kriterija rizika za razvoj poremećaja hranjenja na uzorku djevojaka s AN je pridonijela dimenzija Opći nedostatak psihološke prilagodbe, te se taj prediktor u konačnom modelu pokazao kao jedini značajan prediktor u objašnjenju varijance kriterija, dok se u kontrolnoj skupini značajnim prediktorima pokazao također Opći nedostatak psihološke prilagodbe, ali i Socijalni stavovi o tjelesnom izgledu (tablica 14). Na temelju veličine i smjera beta koeficijenata može se zaključiti da adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa imaju više teškoća u psihološkoj prilagodbi, dok djevojke u zdravoj skupini imaju više teškoća u psihološkoj prilagodbi i pod većim su utjecajem medija i socijalnih pritisaka o mršavosti. Dakle, u konačnom modelu na kontrolnoj skupini socijalni pritisci o mršavosti, uz teškoće u psihološkoj prilagodbi značajno doprinose objašnjenju rizika za razvoj poremećaja hranjenja (tablica 14). Dobiveni rezultati su djelomično u skladu s našim očekivanjima.

Uvođenjem sociokulturalnih čimbenika u analizu statistički se značajno doprinosi objašnjenju rizika za razvoj poremećaja hranjenja što je u skladu s hipotezom našeg istraživanja. Može se zaključiti i kako osobe sa većim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja osjećaju i veći socijalni pritisak o mršavosti. Dobiveni rezultati idu u prilog sociokulturalnim modelima u objašnjenju anoreksije nervoze čiji predstavnici smatraju da sociokulturalni pritisci imaju centralnu ulogu u razvoju i održavanju nezadovoljstva vlastitim tijelom. Ti pritisci uključuju ideal mršavosti za žene zapadnih kultura, shvaćanje izgleda kao referentnu točku u ženskoj spolnoj ulozi te važnost izgleda za socijalni uspjeh žene. Prema teoriji socijalne komparacije (6), moguće je da su adolescentice koje su općenito više sklone socijalnom uspoređivanju, u većoj opasnosti od razvijanja nezadovoljstva tijelom.

Nametnute društvene norme o „mršavosti kao idealu“ kod mnogih djevojaka stvara pritisak za postizanjem medijskog ideala ljepote koji je teško dostižan, što dovodi do nezadovoljstva tijelom. Neki autori (169) smatraju da sama izloženost sadržajima medija nije dovoljna, već je potrebna internalizacija mršavosti kao ideala do te mjere da osoba mijenja vlastito ponašanje u nastojanju da ih dostigne. U ovom istraživanju potvrdila se značajna pozitivna povezanost između internalizacije ideala mršavosti i rizika za razvoj poremećaja hranjenja. Novija istraživanja potvrđuju medijacijski utjecaj sociokulturalnih čimbenika (naročito internalizacije mršavosti kao ideala) na odnos stila privrženosti i nezadovoljstva tjelesnim izgledom (200-202). Razvojna putanja nezadovoljstva tjelesnim izgledom ostaje

djelomično nejasna te je potreban integrativni etiološki model koji objašnjava kako se povezuju čimbenici rizika za razvoj poremećaja hranjenja sa sociokulturnim stavovima o tjelesnom izgledu. Ovi se zaključci trebaju tumačiti s oprezom jer je većina istraživanja provedena na općoj populaciji, uglavnom na ne-kliničkim uzorcima i na skupinama bulimije, a ne na uzorku anoreksije nervoze. Važno je istaknuti da ove studije ne mogu objasniti zašto su samo neke adolescentice, koje su izložene socijalnim pritiscima o mršavosti, nezadovoljne tjelesnim izgledom i žele biti mršave. Čini se kako je u našoj kontrolnoj skupini najbolji prediktor rizika za razvoj poremećaja hranjenja psihološka neprilagodba i socijalni stavovi o tjelesnom izgledu, dok je na kliničkom uzorku značajan prediktor isključivo psihološka neprilagodba. Na temelju tih rezultata može se zaključiti da se ulogu slabije psihološke prilagodbe ne treba zanemariti kada je riječ o liječenju adolescentica s AN, te se isto tako ne bi trebala zanemariti uloga sociokulturnih stavova o tjelesnom izgledu i socijalnih pritisaka o mršavosti u općoj populaciji, naročito u stvaranju preventivnih programa za sprečavanje razvoja poremećaja hranjenja i jedenja,

Usporedba mlađih (< 14 godina) i starijih (> 14 godina) adolescenata s anoreksijom nervozom

Uvidom u tablicu 15 može se potvrditi kako su starije adolescentice s AN značajno više i teže, te imaju značajno viši ITM. Razlika u ITM je značajna na razini značajnosti od 5%, a ukoliko pogledamo usporedbu mlađih i starijih AN obzirom na ITM_centili ne pronalazi se značajna razlika između ove dvije skupine.

U provedenom istraživanju potvrdilo se da se starije i mlađe adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa statistički značajno razlikuju obzirom na emocionalnu regulaciju i interoceptivne teškoće, na način da starije adolescentice imaju značajno više teškoća u usmjeravanju ka cilju u emocionalnom distresu, u pristupu efektivnim strategijama za kontrolu emocija i u jasnoći i razumijevanju emocija, te na ukupnom rezultatu na upitniku koji mjeri teškoće u emocionalnoj regulaciji (tablica 16, 17). Istovremeno, potvrdilo se i da starije djevojke s AN-R imaju značajno više teškoća u interoceptiji u odnosu na mlađu skupinu (tablica 16). Interoceptivne teškoće su konstrukt blizak emocionalnoj regulaciji, te su istraživanja pokazala njihovu značajnu povezanost. Dobiveni rezultati su u skladu s našim očekivanjima i podacima iz literature. Mogu se objasniti na način da je doba srednje adolescencije doba većeg stupnja interoceptivnih teškoća i teškoća u emocionalnoj regulaciji u odnosu na mlađu adolescenciju uzimajući u obzir činjenicu da je dobná skupina s najvećom incidencijom anoreksije nervoze 15-19 godina. Također, nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i

zabrinutost za tjelesnu težinu doživljava svoj vrhunac upravo u doba srednje adolescencije, odnosno u dobi od 16 godina (114,151). Istraživanje Kozjak Mikić i Jokić-Begić (203) potvrđuje kako izraženost emocionalnih teškoća pri kraju prvog i pri kraju četvrtog razreda srednje škole doprinosi korištenju strategija suočavanja usmjerenih na emocije (emocionalna reaktivnost i izbjegavanje) i niska emocionalna samoefikasnost pri početku prvog razreda srednje škole. Autorice naglašavaju da su tome osobito rizična tranzicijska razdoblja, npr. prelazak u srednju školu i završetak srednje škole, koji predstavlja tranziciju prema novoj obrazovnoj stepenici ili pak svijetu rada. Ona predstavlja gotovo normativni razvojni diskontinuitet, ali se kod određenog dijela adolescenata mogu pojaviti teškoće ili se već postojeće teškoće mogu pojačati.

U objašnjenju razlika između rane i srednje adolescencije često se spominju i sociokulturalne promjene koje se pojavljuju prijelazom u novu akademsku sredinu. Razdoblje srednje adolescencije odnosno prelazak mladih iz osnovne u srednju školu često donosi različite promjene, te pred adolescente stavlja brojne izazove. Upoznavanje nove okoline kao i novih vršnjaka, veći stupanj nezavisnosti te očekivanja od strane drugih samo su neki od mogućih izazova s kojima se mladi susreću. Te promjene i izazovi, odnosno način na koji se mladi s njima nose i kako ih rješavaju može utjecati na njihovo samopoštovanje a samim time i na veće teškoće u emocionalnoj regulaciji i interoceptiji. Isto tako, istraživanje identiteta, prema Eriksonu, započinje još u djetinjstvu. No zbog današnjih okolnosti kao što su dulje obrazovanje i kasniji pronalazak stalnog zaposlenja, ispitivanje kakva osoba bi pojedinac želio biti i kakav život živjeti, odgođeno je i događa se u „prijelazu u odraslost“ (204). Stariji adolescenti se osjećaju „negdje između“, niti se smatraju adolescentima niti odraslima. Najveća se borba odvija kod onih koji bi se voljeli smatrati odraslima ali nemaju mogućnosti za to, bilo da se radi o financijskim razlozima, neimanju ljubavnog partnera ili pak nastavljanju obrazovanja (204).

Suprotno našim očekivanjima, nisu dobivene značajne razlike između mlađih i starijih djevojaka s AN-R na preostalim subskalama Upitnika o poremećaju hranjenja (EDI-3), na preostalim subskalama upitnika Teškoće u emocionalnoj regulaciji (DERS), kao niti na bilo kojoj dimenziji na upitnicima Sociokulturalni stavovi o tjelesnom izgledu (SATAQ-3), Upitnik o empatiji (BES) i Iskustva u bliskim odnosima (ECR-R) (tablica 18-20). Dobivene rezultate je djelomično moguće objasniti s relativno malim uzorkom mlađih i starijih adolescentica. Očekivalo se da će se mlađe i starije adolescentice bitno razlikovati u navedenim varijablama, na način da će starije adolescentice imati više teškoća u emocionalnoj regulaciji, empatiji,

sociokulturalnim stavovima o tjelesnom izgledu i u psihopatologiji poremećaja hranjenja. U prilog ovoj pretpostavci ide činjenica da je najveća incidencija AN upravo u doba srednje adolescencije (144), te da nezadovoljstvo tijelom (114, 143) i zabrinutost za tjelesnu težinu (151) dok samopoštovanje u srednjoj adolescenciji opada (153). Smatra se da je doba srednje adolescencije najrizičnije za razvoj AN i zbog hormonskih utjecaja i adolescentskih zadaća koje su bitno drugačije u odnosu na mlađu adolescentnu dob (146). Konačno, AN u srednjoj adolescenciji ima lošiji ishod i ITM u odnosu na mlađu adolescenciju uz kontrolu dužine trajanja bolesti (146). Buduća istraživanja bi se trebala usmjeriti na izučavanje uloge emocionalne regulacije i interoceptivnih teškoća u srednjoj adolescenciji u nastanku i održavanju anoreksije nervoze.

Značenje dobivenih rezultata

Incidencija anoreksije nervoze u djece i adolescenata u posljednjih desetak godina raste, a dob u kojoj se pojavljuje sve je mlađa te zahvaća i predpubertetsku dob. Ti podaci nam govore da će se sve veći broj djece i adolescenata i njihovih obitelji suočavati sa težinom dijagnoze anoreksije nervoze i svim nesigurnostima koje ona donosi. Teški oblik psihopatologije kod anoreksije nervoze restriktivnog tipa ostavlja posljedice i na tjelesnom i na psihološkom funkcioniranju pacijenata, te oni zahtijevaju čitav niz multidisciplinarnog liječenja u zdravstvenom sustavu koji je nerijetko skup i dugotrajan. Ovi podaci ukazuju na potrebu što ranijeg otkrivanja i liječenja simptoma anoreksije nervoze, te pružanja preventivskih metoda kako bi se prevenirala pojavnost bolesti. Shvaćanje anoreksije nervoze u adolescenciji, naročito iz razvojne perspektivne (uzimajući u obzir različitost u odnosu na odraslost i u odnosu na razlike između mlađe i srednje adolescencije), od iznimnog je značaja budući da mnoga istraživanja koja su provedena na odraslim pacijentima se poopćavaju na ovo ipak specifično životno razdoblje. Također, vrlo su rijetka istraživanja na području anoreksije nervoze koja proučavaju razlike među samim adolescentima stoga ovi podaci značajno doprinose shvaćanju te bolesti u adolescentnoj dobi.

Emocionalna regulacija, konstrukt koji se u posljednjoj dekadi podrobno izučavao u populaciji poremećaja hranjenja, je vrlo rijetko bio proučavan upravo na anoreksijama restriktivnog tipa, te u doba adolescencije. Prema našim saznanjima, do danas se nije ispitao međusobni odnos emocionalne regulacije, empatije, stila privrženosti i sociokulturalnih čimbenika u objašnjenju anoreksije nervoze. Stoga ovi rezultati pružaju nove spoznaje u odnosu tih konstrukata koji su specifično povezani sa rizikom za razvoj poremećaja hranjenja.

Konačno, informacije o neprihvatanju emocija, te teškoće u razumijevanju emocija, uz naglašene socijalne pritiske o mršavosti u pacijentica čini se, značajno doprinose objašnjenju rizika za razvoj poremećaja hranjenja i anoreksije nervoze.

S metodološkog gledišta, značaj ovog istraživanja je usporedba velikog uzorka kliničke i kontrolne skupine, te što se za razliku od drugih istraživanja, usmjerio na ispitivanje specifično jednog subkliničkog tipa anoreksije, restriktivnog tipa. Prednost ovog istraživanja, u odnosu na druga istraživanja u ovom području koja su većinom provedena na kombinaciji adolescentne i odrasle dobi, što uzorak čini isključivo adolescentna dob, i to ona dob u kojoj je najveća incidencija AN. U tretmanu liječenja anoreksije nervoze, prema našim saznanjima, trebao bi se staviti naglasak na teškoće u neprihvatanju i razumijevanju vlastitih i tuđih emocija, te na samu kontrolu emocija te na nesigurni stil privrženosti, dok bi se u preventivnim programima kod djece i adolescenata trebalo posebno obratiti pažnju na utjecaj socijalnih pritisaka o mršavosti od strane medija. Intervencije koje rade na reduciranju sociokulturalnih pritisaka prema mršavosti i educiraju adolescente o kritičkoj evaluaciji poruka iz medija obećavajuće su u pogledu reduciranja nezadovoljstva tjelesnim izgledom (205), uz poticanje pozitivne slike o vlastitom tijelu i samopoštovanja, te smanjenja rizika od pojave štetnih posljedica, kako tjelesnih, tako i emocionalnih (206).

Nedostaci istraživanja

Glavni nedostatak ovog istraživanja je što se radilo o presječnom nacrtu tj. svi su podaci prikupljeni istovremeno, u jednoj vremenskoj točki, pa ne možemo donositi pouzdane zaključke o uzročno posljedičnim vezama između ispitivanih čimbenika. Istraživanje bi trebalo nastaviti, te kao jedan od ishoda uključiti i povratak bolesti, kako bi se mogao pratiti eventualni doprinos psiholoških čimbenika u oporavku osoba s poremećajem hranjenja. Jedan od nedostataka je što su u istraživanju sudjelovale ispitanice sa i bez komorbiditeta, te je moguće kako je na dobivene rezultate utjecao učinak komorbiditeta, odnosno nekih drugih stanja.

Kao i u drugim istraživanjima, u ovom istraživanju nisu se ispitali i drugi danas prepoznati čimbenici u objašnjenju rizika za razvoj poremećaja hranjenja poput utjecaja vršnjaka, zlostavljanja, čimbenika stresa, osobina ličnosti i slično.

Kada se radi o poprečnom istraživanju, te s upitnicima samoprocjene u ispitivanju anoreksije nervoze, moguće je da su dobiveni rezultati posljedica izgladnelosti, te se ne mogu ispitati kauzalni odnosi. Ne možemo biti sigurni što je prethodilo anoreksiji nervozi, a što je njena posljedica. Upitnici samoprocjene su kvantitativna procjena, no ipak subjektivna procjena

ispitanica koja vode u niz nedoumica. Postavlja se pitanje da li su ispitanice bile sklone disimulaciji odgovora, te da li su bili skloni davanju socijalno poželjnih odgovora. Uz upitnike samoprocjene, u istraživanju bi bilo potrebno uključiti i neke objektivne mjere stanja. Pouzdanost bi se povećala i davanjem upitnika samoprocjene roditeljima. Uz kvantitativne metode mjerenja, svakako bi trebalo uvrstiti i polu-strukturirane kvalitativne metode mjerenja. Isto tako, važno je naglasiti kako je ovo istraživanje provodio klinički psiholog koji je sudjelovao u procesu liječenja ispitanica, te je moguće kako je njegova prisutnost interferirala na davanje odgovora kod ispitanica. U ispitivanju razlika između mlađih i starijih adolescenata svakako bi trebalo razmotriti, da se osim dobi, ove dvije skupine prate i po dobi ulaska u pubertet, te bi se trebao povećati brojem ispitanica.

7 ZAKLJUČAK

1. Adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa imaju slabiju psihološku prilagodbu u odnosu na kontrolnu skupinu, odnosno imaju niže samopoštovanje, te veće osobno otuđenje, socijalnu nesigurnost, socijalno otuđenje, interoceptivne teškoće, perfekcionizam i asketizam uz veće nezadovoljstvo tijelom i želju za mršavosti u odnosu na kontrolnu skupinu.
2. Adolescentice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa imaju značajno veće teškoće u emocionalnoj regulaciji, više izbjegavajući i nesigurni stil privrženosti, veću internalizaciju mršavosti kao ideala, te osjećaju veće socijalne pritiske o mršavosti kao idealu od strane medija u odnosu na kontrolnu skupinu.
3. Nije se potvrdila značajna razlika između adolescentica s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa i kontrolne skupine u odnosu na empatiju.
4. Nije se potvrdila značajna razlika između djevojaka s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa i kontrolne skupine u odnosu na strah od odrastanja i bulimične simptome.
5. Starije adolescentice s AN-R imaju značajno više interoceptivnih teškoća i teškoća u emocionalnoj regulaciji u odnosu na mlađe adolescentice s AN-R.
6. Nesigurni stil privrženosti, emocionalna regulacija i psihološka neprilagodba su značajni prediktori rizika za razvoj poremećaja hranjenja u djevojaka s AN-R. U konačnom modelu jedino se psihološka neprilagodba pokazala značajnim prediktorom, te objašnjava 50,4% varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja
7. Nesigurni i izbjegavajući stil privrženosti, socijalni stavovi o tjelesnom izgledu i psihološka neprilagodba su se pokazali značajnim prediktorima rizika za razvoj poremećaja hranjenja u kontrolnoj skupini. U konačnom modelu značajnim prediktorima potvrdili su se psihološka neprilagodba i socijalni stavovi o tjelesnom izgledu, te objašnjavaju 64,7% varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja.

8 KRATKI SADRŽAJ NA HRVATSKOM JEZIKU

Anoreksija nervoza spada u teške psihijatrijske poremećaje s visokom stopom mortaliteta te predstavlja značajan psihijatrijski, pedijatrijski, ali i javno-znanstveni problem. Liječenje je dugotrajno, praćeno nizom komplikacija, pa i smrtnim ishodom. Iako se najčešće javlja u doba adolescencije, sve je veća pojavnost ove bolesti u ranijoj, predpubertetskoj dobi. Ovo istraživanje na sveobuhvatan način prilazi anoreksiji nervozi kao entitetu na čiji nastanak, razvoj i održavanje utječu biološki, psihološki i sociokulturalni čimbenici.

U opisanom istraživanju sudjelovalo je 122 ispitanica, 62 ispitanice s anoreksijom nervozom restriktivnog tipa i 60 ispitanica u kontrolnoj skupini. Adolescentice a anoreksijom nervozom podijeljene su u dvije skupine, na mlađe (<14 godina) i starije (>14 godina). U istraživanju su korišteni sljedeći upitnici: Upitnik općih i zdravstvenih podataka, Upitnik za procjenu simptomatologije poremećaja hranjenja-3 (*engl.* „Eating Disorder Inventory-3“; EDI-3), Upitnik teškoća u emocionalnoj regulaciji (*engl.* „Difficulties in Emotion Regulation Scale“; DERS), Upitnik iskustva u bliskim vezama – revidirana verzija (*engl.* „Experience in Close Relationship-Revised“; ECR-R), Upitnik o empatiji (*engl.* „Basic Empathy Scale“; BES), te Upitnik sociokulturalnih stavova o tjelesnom izgledu-3 (*engl.* „Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire -3“; SATAQ-3).

Cilj istraživanja odnosi se na definiranje rizičnih čimbenika poremećaja hranjenja, te usporedbu rezultata između adolescentica s anoreksijom nervozom i kontrolne skupine obzirom na psihološku prilagodbu, emocionalnu regulaciju, empatiju, stil privrženosti, te sociokulturalne stavove o tjelesnom izgledu. Istraživala se i razlika između mlađih i starijih adolescenata s AN-R po navedenim varijablama, kao i povezanost psiholoških i sociokulturalnih čimbenika s rizikom za razvoj poremećaja hranjenja i dijagnozom anoreksije nervoze. Konačno, cilj je bio ispitati prediktore rizika za razvoj poremećaja hranjenja.

Rezultati istraživanja potvrđuju kako postoji statistički značajna razlika između osoba s anoreksijom nervozom i kontrolne skupine obzirom na psihološke i sociokulturološke čimbenike. Djevojke s AN-R imaju niže samopoštovanje, te veće osobno otuđenje, socijalnu nesigurnost, socijalno otuđenje, interoceptivne teškoće, perfekcionizam i asketizam, nezadovoljstvo tijelom, želju za mršavosti, teškoće u emocionalnoj regulaciji, te nesigurni i izbjegavajući stil privrženosti. Uz navedeno, djevojke s AN-R imaju veću internalizaciju ideala

mršavosti i osjećaju jače socijalni pritiske o mršavosti. U starijih adolescentica s AN-R ima više onih s teškoćama u interoceptiji i emocionalnoj regulaciji, u odnosu na mlađe adolescentice s AN-R. Nesigurni stil privrženosti, teškoće u emocionalnoj regulaciji, te teškoće u psihološkoj prilagodbi su značajni prediktori rizika za razvoj poremećaja hranjenja u djevojaka s AN-R. U konačnom modelu jedino se psihološka neprilagodba pokazala značajnim prediktorom AN, te objašnjava 50,4% varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja Nesigurni i izbjegavajući stil privrženosti, socijalni stavovi o tjelesnom izgledu i psihološka neprilagodba su se pokazali značajnim prediktorima rizika za razvoj poremećaja hranjenja u kontrolnoj skupini. U konačnom modelu u kontrolnoj skupini značajnim prediktorima potvrdili su se psihološka neprilagodba i socijalni stavovi o tjelesnom izgledu, te objašnjavaju sveukupno 64,7% varijance rizika za razvoj poremećaja hranjenja.

Ključne riječi: anoreksija nervoza; restriktivni tip; adolescencija; emocionalna regulacija; sociokulturalni čimbenici; stil privrženosti

Batista Maja, 2018.

9 KRATKI SADRŽAJ NA ENGLESKOM JEZIKU

Psychological maladjustment and sociocultural attitudes towards appearance in adolescents with anorexia nervosa

Anorexia nervosa is severe psychiatric disorder with the high mortality rate and represents a significant psychiatric, pediatric and public-scientific problem. The treatment is long-lasting, followed by a series of complications, and a deathly outcome. Although most commonly occurs in adolescence, there is an increasing incidence of this disease in the pre-puberty age. This research comprehensively approaches anorexia nervosa as an entity whose development and maintenance are influenced by biological, psychological and socio-cultural factors.

The study included 122 subjects, 62 subjects with restrictive type anorexia and 60 subjects in the control group. Adolescent with AN-R were divided into two groups, younger (<14 years) and older (> 14 years). The following questionnaires were used in the survey: General and Health Data Questionnaire, Inventory of Eating disorders-3 (EDI-3), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Basic Empathy Scale (BES), Socio-cultural attitudes towards physical appearance-3 (SATAQ-3).

The aim of the study included the risk factors for eating disorder, and the comparison of the results between patients with anorexia nervosa and control group in terms of general psychological maladaptation, empathy, attachment style, and sociocultural attitudes towards physical appearance. The difference between younger and older adolescents with AN-R on these variables was investigated, as well as the correlation between psychological and socio-cultural factors with a risk for developing eating disorder. Finally, the aim was to examine the predictors of risk for developing eating disorders.

Research findings confirm that there is a statistically significant difference between patients with anorexia nervosa and healthy group due to psychological and socio-cultural factors. Girls with AN-R have lower self-esteem, greater personal alienation, social insecurity, social alienation, interoceptive difficulties, perfectionism and asceticism, body dissatisfaction, drive for thinness, emotional regulation difficulties, and higher prevalence of insecure and avoiding attachment style. Additionally, girls with AN-R have greater thin internalization and social pressures to be slim. In older adolescents with AN-R there are more those with interoceptive difficulties and with emotional regulation difficulties, compared to young adolescent with AN-R. Insecure attachment style, emotional regulation, and psychological maladjustment are significant predictors of risk for developing eating disorders in girls with

AN-R. In the final model, only psychological maladjustment has proved to be a significant predictor and shows a 50.4% variation of risk for eating disorders development. Insecure and avoiding attachment, social attitudes towards physical appearance and psychological maladjustment have been shown as significant predictors of the risk of developing eating disorders in the control group. In the final model, significant predictor was psychological maladjustment and social attitudes towards physical appearance, with more than 64,7% of the eating disorder risk composite variance explained.

Keywords: anorexia nervosa; restrictive type; adolescence; emotional regulation; sociocultural factors; attachment style

Batista Maja, 2018.

10 LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organisation. ICD-10 Classifications of mental and behavioural disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organisation; 1992.
3. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
4. Fairburn CG, Walsh BT. Atypical eating disorders (eating disorder not otherwise specified). U: Fairburn CG, Brownell KD, ur. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. 2. izd. New York: The Guilford Press; 2002. Str. 171-177.
5. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disorder*. 2002;42(2):97–103. doi:10.1002/eat.2058
6. Ambrosi-Randić N. Razvoj poremećaja hranjenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2004.
7. Bemporad RJ. Self-starvation through the ages: Reflections on the pre-history anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1996;19(3):217-37.
8. Costin C. The eating disorders source book: A comprehensive guide to the causes, treatments, and prevention of eating disorders. 3. izd. New York: McGraw-Hill; 2007.
9. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979; 9(3):429-48.
10. Skårderud F. Hilde Bruch revisited and revised. *Eur Eat Disord Rev*. 2009;17:83-88.
11. Vandereycken W. History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. U: Fairburn CG, Brownell KD, ur. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. New York: The Guilford Press; 2002. Str. 151-154.
12. Halmi KA. Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
13. Pokrajac-Bulian A. Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2000.
14. Davison GC, Neale JM. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2002.

15. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7. izd. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
16. Hay P, Bacaltchuk J, Touyz S. Intergrating psychopharmacology and psychotherapy in eating disorders. U: Reis de Oliveira I, Schwartz T, Stahl SM, ur. Intergrating psychotherapy and psychopharmacology: A handbook for clinicians. Routledge; 2014.
17. Leon G, Dinklage D. Childhood obesity and anorexia nervosa. U: Ollendick TH, Hersen M, ur. Handbook of child psychopathology. New York: Plenum; 1989.
18. Yates A. Special article – current perspectives on the eating disorders, history, psychological and biological aspects. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1989;28:813-828.
19. Mustapić J, Marčinko D, Vargek P. Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. Eat Weight Disord-St, 2015;20(3):329-335.
20. Ciboci S. Anoreksija nervoza, put u smrt. Doktor u kući. 2015;28-32.
21. Garner DM, Garfinkel PE. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: Guildford Press; 1985.
22. Vidović V. Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica [monografija]. Zagreb: Biblioteka časopisa; 1998.
23. Fairburn CG, Garner DM. The diagnosis of bulimia nervosa. Int J Eat Disorder. 1986;5:403-419.
24. Begovac I, Jakovina T, Crnković M, Vokal P. Karakteristike ličnosti i poremećaji hranjenja. U: Marčinko D, ur. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 146-150.
25. Skarderud F, Fonagy P. Eating disorders. U: Bateman A, Fonagy P, ur. Handbook of mentalizing in mental health practice. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc; 2012.
26. Laks B, Bryant-Waugh R. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. J Child Psychol Psychiatry. 1992;33(1):281-300.
27. Leon GR, Phelan PW. Anorexia nervosa. U: Lahey B, Kazdin A. Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press; 1985. Str. 81-111.
28. Toner BB, Garfinkel PE, Garner DM. Long-term follow-up of anorexia nervosa. Psychosom Med. 1986;48:520-529.
29. Vidović V, Majić G, Begovac I. Psihodinamski čimbenici u nastanku anoreksije nervoze i bulimije nervoze. Paediatr Croat. 2008;52(1):106-110.

30. Begovac I, Votava-Raić A. Opća psihosomatika u dječjoj i adolescentnoj dobi. *Liječn Vjesn.* 2004;126:32-8.
31. Ross IL. Anorexia nervosa-an overview. *Bull Menninger Clin.* 1977;41:418-436.
32. Crisp AH. The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *J Psychosom Res.* 1967;11:117-131.
33. Bemis KM. Current approaches to etiology and treatment of anorexia nervosa. *Psychol Bull.* 1978;85:593-617.
34. Garfinkel PE, Garner DM. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective.* New York: Brunner/Mazel; 1982.
35. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J, Garfinkel PE. Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 1984;46:255-266.
36. Halmi KA. A multi-modal model for understanding and treating eating disorders. *J Womens Health.* 1994;3:487-493.
37. Ploog D. The importance of physiologic, metabolic, and endocrine studies for the understanding of anorexia nervosa. U: Pike KM, Ploog D, ur. *The psychobiology of anorexia nervosa.* Berlin: Springer-Verlag; 1989.
38. Halmi KA. Models to conceptualize risk factors for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:507-508.
39. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54:509-517.
40. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:425-432.
41. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:468-476.
42. Thompson JK, Coovert MD, Stormer SM. Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *Int J Eat Disord.* 1999;26(1):43-51.
43. van den Berg P, Thompson JK, Obrowski-Brandon K, Coovert M. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *J Psychosom Res.* 2002;53:1007-1020.

44. Stice E. A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *J Abnorm Psychol.* 2001;110:124-135.
45. Steiger H, Gauvin L, Israel M, Kin NM, Young SN, Roussin J. Serotonin function, personality-trait variations, and childhood abuse in women with bulimia-spectrum eating disorders. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:830-837.
46. Flament MF, Hill EM, Buchholz A, Henderson K, Tasca GA, Goldfield G. Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. *Body Image.* 2012;9(1):68-75.
47. Ambrosi-Randić N. Učestalost i korelati provođenja dijeta u adolescenciji, Društvena istraživanja. 2001;10(1):415-430.
48. Wenar C. Psihopatologija i psihijatrija od dojenačke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
49. Scott-Van Zeeland AA, Bloss CS, Tewhey R. i sur. Evidence for the role of EPHX2 gene variants in anorexia nervosa. *Mol Psychiatry.* 2014;19:724-732.
50. Slof-Op't Landt MCT, Bartels M, Middeldorp CM i sur. Genetic variation at the TPH2 gene influences impulsivity in addition to eating disorders. *Behav Genet.* 2012;43(1):24–33. doi:10.1007/s10519-012-9569-3
51. Bodnar RJ. Endogenous opioids and feeding behavior: A decade of further progress (2004-2014). *Peptides.* 2015;72:20-33.
52. Smojver-Ažić S. Privrženost roditeljima te separacija-individuacija kao odrednice psihološke prilagodbe studenata [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 1999.
53. Batista M., Žigić Antić L, Žaja O. Prediktori razvoja anoreksije nervoze u adolescenciji. U: Merkaš M, Brdovčak B, ur. Zaštita i promicanje dobrobiti djece, mladih i obitelji. 1. međunarodni znanstveno-stručni skup Odjela za psihologiju Hrvatskog katoličkog sveučilišta; Zagreb, Hrvatska; 2017. Str. 93
54. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev.* 2004;75(2):317-333.
55. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev.* 2007;16(2):361-388.

56. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev Gen Psychol.* 1998;2(3):271-299.
57. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. U: Gross JJ, ur. *Handbook of emotion regulation.* New York, NY, US: Guilford Press; 2014. Str. 3-20.
58. Macuka I, Smojver-Ažić S, Burić I. Posredujuća uloga emocionalne regulacije u odnosu roditeljskoga ponašanja i prilagodbe mlađih adolescenata. *Društvena istraživanja.* 2012;21(2):383-403.
59. Macuka I. Osobne i obiteljske odrednice emocionalne regulacije mlađih adolescenata. *Psihologijske teme.* 2012;21(1):61-82.
60. Neumann A. Affect dysregulation and adolescent psychopathology in the family context. Department of Developmental Psychology, VU University Amsterdam, Netherlands; 2010.
61. Bloch L, Moran EK, Kring AM. On the need for conceptual and definitional clarity in emotion regulation research. U: Kring AM, Sloan DS, ur. *Emotion Regulation and Psychopathology.* New York: Guilford Press; 2009. Str. 88-104.
62. Jakovina T. Privrženost, samopoštovanje i emocionalna prilagodba u bolesnica s bulimijom nervozom [disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2017.
63. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. U: Kring AM, Sloan DM, ur. *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York: The Guilford Press; 2009. Str. 13-37.
64. Gross JJ, Richards JM, John OP. Emotion regulation in everyday life. U: Snyder DK, Simpson JA, Hughes JN, ur. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health.* Washington DC: American Psychological Association; 2006. Str. 13-35.
65. Bruch H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within.* New York: Basic Books; 1973.
66. Bruch H. Psychotherapy in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 1982;1(4):3-14.
67. Engel S, Wonderlich S, Crosby R, Mitchell J, Crow S i sur. The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *J Abnorm Psychol.* 2013;122(3):709-19.

68. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med*. 2010;40(11):1887–97.
69. Racine S, Wildes J. Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(4):785–95.
70. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: valued and visible: A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol*. 2006;45(3):343–66.
71. Treasure J, Schmidt U. DBS for treatment-refractory anorexia nervosa. *Lancet*. 2013;381(9875):1338–9.
72. Corstorphine E. Cognitive-emotional-behavioural therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *Eur Eat Disord Rev*. 2006;14:448–61.
73. Wildes J, Ringham R, Marcus M. Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model. *Int J Eat Disord*. 2010;43(5):398–404.
74. Rowsell M, MacDonald DE, Carter JC. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *J Eat Disord*. 2016;4(1):17.
75. Smith G. *Anorexia and bulimia in the family: One parent’s practical guide to recovery*. UK: Wiley Blackwell; 2003.
76. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2008;30(4):315-315.
77. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychot*. 2009;16:348–356.
78. Lavender JM, Anderson DA. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *Int J Eat Disord*. 2009;43:352–357.
79. Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *Int J Eat Disord*. 2013;46(7):713-20.

80. Jakovina T, Batista M, Pavičić Ražić A, Žurić Jakovina I, Begovac I. Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatr Danub*. 2018;30(1):72-78.
81. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*. 2015;40:111-122.
82. Mayer JD, Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*. 1993;17:432-42.
83. Edwards BG, Ermer E, Salovey P, Kiehl KA. Emotional intelligence in incarcerated female offenders with psychopathic traits. *J Pers Disord*. 2018;31:1-24.
84. Eisenberg N, Strayer J. *Empathy and its development*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.
85. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. *Behav Cogn Neurosci Rev*. 2004;3:71-100.
86. Decety J. The neurodevelopment of empathy in humans. *Dev Neurosci*. 2010;32:257-267.
87. Panfile TM, Laible DJ. Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Q*. 2012;58(1):1-21.
88. Eisenberg N, Fabes RA, Murphy B, Karbon M, Smith M, Maszk P. The relations of children's dispositional empathy-related responding to their emotionality, regulation, and social functioning. *Dev Psychol*. 1996;32:195-209.
89. Šćurić V. *Mentalizacija i poremećaji ličnosti* [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014 [pristupljeno 05.02.2018.]. Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A51/datastream/PDF/view>
90. Sharp C, Fonagy P. The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Soc Dev*. 2008a;17(3):737-754.
91. Sharp C, Williams LL, Ha C, Baumgardner J, Michonski J, Seals R i sur. (2009). The development of a mentalizationbased outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *Bull Menninger Clin*. 2009;73(4):311-338.
92. Godart NT, Perdereau F, Curt F, Lang F, Venisse JL, Halfon O i sur. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eat Weight Disord*. 2004;9(4):249-257.

93. Skarderud F. Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa-an interview study. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15(3):163-74.
94. Gillberg IC, Råstam M., Gillberg C. (1995). Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Compr Psychiatry.* 1995;36(1):61–69.
95. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *Br J Psychiatry.* 2009;194(2):168–174.
96. Anckarsäter H, Hofvander B, Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C, Wentz E i sur. The sociocommunicative deficit subgroup in anorexia nervosa: autism spectrum disorders and neurocognition in a community-based, longitudinal study. *Psychol Med.* 2012;42(9): 1957–1967.
97. Oldershaw A, Treasure J, Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U. Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders? *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19(6):462–474.
98. Hambrook D, Tchanturia K, Schmidt U, Russell T, Treasure J. Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: a pilot study. *Br J Clin Psychol.* 2008;47(3):335–339.
99. Russell TA, Schmidt U, Doherty L, Young V, Tchanturia K (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Res.* 2009;168(3):181–185.
100. Oldershaw A, Hambrook D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosom Med.* 2010;72(1):73–79.
101. Medina-Pradas C, Blas Navarro J, Álvarez-Moya EM, Grau A, Obiols JE. Emotional theory of mind in eating disorders. *Int J Clin Health Psychol.* 2012;12(2):189–202.
102. Calderoni S, Muratori F, Leggero C, Narzisi A, Apicella F, Ballotin U i sur. Neuropsychological functioning in children and adolescents with restrictive-type anorexia nervosa: an in-depth investigation with NEPSY-II. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2013;35(2):167–179.
103. Calderoni S, Fantozzi P, Maestro S, Brunori E, Narzisi A, Balboni G i sur. Selective cognitive empathy deficit in adolescents with restrictive anorexia nervosa. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1583-1589.
104. Beadle JN, Paradiso S, Salerno A, McCormick LM. Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Ann Clin Psychiatry.* 2013;25(2):107–120.

105. Morris R, Bramham J, Smith E, Tchanturia K. Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. *Cogn Neuropsychiatry*. 2014;19(1):47-57.
106. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61:226-244.
107. Cassidy J. The nature of the child's ties. U: Cassidy J, Shaver PR, ur. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press; 1999. Str. 3-20.
108. Jerković V. Privrženost i psihološka prilagodba studenata [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2005 [pristupljeno 12.02.2018.] Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/59/1/VesnaJerkovi%C4%87.pdf>
109. Asančaić S. Poremećaji hranjenja – anoreksija i bulimija [Internet]. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera Osijek, Filozofski fakultet; 2015 [pristupljeno 16.12.2017.]. Dostupno na: <https://repositorij.ffos.hr/islandora/object/ffos%3A41>
110. Marčinko D. Poremećaji hranjenja – dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja. U: Marčinko D, ur. *Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja*. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 1-24.
111. Zachrisson HD, Skårderud F. Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18:97-106.
112. Tasca G, Balfour L. Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):710-717.
113. Tiggemann M. Sociocultural perspectives on human appearance and body image. U: Cash TF, Smolak L, ur. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. 2. izd. New York: Guilford Press; 2011. Str. 12-19.
114. Šincek D, Tomašić H, Merda M. Prediktori nezadovoljstva tjelesnim izgledom i odstupajućih navika hranjenja u kontekstu sociokulturalnog modela. *Med Jad*. 2017;47(1-2):23-38.
115. Groesz LM, Levine MP, Murnen SK. The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *Int J Eat Disord*. 2002;31:1-16.
116. Paxton SJ, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Eisenberg ME. Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2006;35:539-49.

117. Friedman BN, Gardner RM, Jackson NA, Stark K. Body-size estimations in children six through fourteen: a longitudinal study. *Percept Mot Skills*. 1999;88:541-55.
118. Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *J Psychosom Res*. 2002;53:985-93.
119. Johnson F, Wardle J. Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(1):119-125.
120. Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: the roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*. 2012;9:43-9.
121. Thompson JK, van den Berg P, Roehrig M, Guarda AS, Heinberg LJ. The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3 (SATAQ-3): development and validation. *Int J Eat Disord*. 2004;35:293-304.
122. Pokrajac-Bulian A., Mohorić T, Đurović D. Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*. 2007;16:27-46.
123. Field A, Colditz G. Frequent dieting and the development of obesity among children and adolescents. *Nutrition*. 2001;17:355–356.
124. Ambrosi-Randić N. Biološki, psihološki i socijalni faktori u razvoju poremećaja hranjenja [d disertacija]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2001.
125. Matić V. Sociokulturalni faktori i nezadovoljstvo vlastitim tijelom kod adolescentica [Internet]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2008 [pristupljeno 23.12.2017.]. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/609/1/VedranaMatic.pdf>
126. Grabe SL, Ward M, Hyde S. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychol Bull*. 2008;134(3):460–76.
127. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *J Psychol*. 2002;136:581-96.
128. Ashikali E, Dittmar H, Ayers S. The effect of cosmetic surgery reality TV shows on adolescent girls' body image. *Psychol Pop Media Cult*. 2014;3(3):141-153.
129. Erceg-Jugović I. Sociokulturalni čimbenici nezadovoljstva tijelom u adolescenciji. *Ljetopis socijalnog rada*. 2015;22(3):465-88.

130. Nurmi JE. Adolescents self direction and self definition in age graded sociocultural and interpersonal contexts. U: Nurmi JE, ur. Navigating through adolescence: European perspectives. New York: Routledge Falmer; 2001.
131. Begovac I. Slika o sebi u adolescentih izbjeglica [magistarski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2000.
132. Rudan V. Normalni adolescentni razvoj. *Medix*. 2004;10(52):36-39.
133. Begovac I, Majić G. Adolescencija i razdoblje druge "individuacije". U: Votava-Raić A, Marinović B, Dumić M, ur. Pedijatrija danas- adolescencija- aktualni problemi- odabrana poglavlja. 15. poslijediplomski tečaj obnove znanja. Klinika za pedijatriju Kliničkog bolničkog centra Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; Zagreb, Hrvatska; 2003. Str. 16-19.
134. Erikson E. Identity: Youth and crisis. New York: Norton; 1968.
135. Larson R, Lampman-Petraidis C. Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child Dev*. 1989;60:1250-1260.
136. Larson R, Csikszentmihalyi M, Graef R. Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents. *J Youth Adolesc*. 1980;9(6):469-490.
137. Silk JS, Steinberg L, Morris AS. Adolescents emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev*. 2003;74(6):1869-1880.
138. De Goede IHA, Branje SJT, Meeus WHJ. Developmental changes in adolescents perceptions of relationships with their parents. *J Youth Adolesc*. 2009;38:75-88.
139. Rosen DS. Clinical Report – Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2010;126(6):1240-53.
140. Žaja O. Uloga pedijatra u liječenju anoreksije nervoze. U: Marčinko D i sur., ur. Poremećaji hranjenja – od razumijevanja do liječenja. Zagreb: Medicinska naklada; 2013. Str. 122-129.
141. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348–358.
142. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*. 2002;159(8):1284-1293.
143. Bucchianeri MM, Arikian AJ, Hannan PJ, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10 year longitudinal study. *Body image*. 2013;10:1-7.

144. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A i sur. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*. 2007;164(8):1259-1265.
145. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. Fifty-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *Am J Psychiatry*. 1991;148(7):917-922.
146. Grewal SK. A comparison of the presentation and outcome of anorexia nervosa in early and late adolescence [Internet; magistrski rad]. Toronto: Institute of Medical Science University of Toronto; 2011 [pristupljeno 02.01.2018.]. Dostupno na: https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/27339/1/Grewal_Seena_SK_201106_MSc_thesis.pdf
147. Blank S, Latzer Y. The boundary-control model of adolescent anorexia nervosa: An integrative approach to etiology and treatment? *Am J Fam Ther*. 2004;32(1):43-54.
148. Klump KL, Perkins P, Burt S, McGue M, Iacono W. Puberty moderates genetic influences on disordered eating. *Psychol Med*. 2007;37(5):627-634.
149. Ruuska J, Kaltiala-Heino R, Koivisto A. Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(5):214-220.
150. Jarman FC, Rickards WS, Hudson IL. Late adolescent outcome of early onset anorexia nervosa. *J Paediatr Child Health*. 1991;27(4):221-227.
151. May MS, Ji-Yeon K, McHale SM, Crouter AC. Parent–adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *Int J Eat Disord*. 2006;39:729–740.
152. Bully P, Elosua P. Changes in body dissatisfaction relative to gender and age: The modulating character of BMI. *Span J Psychol*. 2011;14(1):313-322.
153. Lacković-Grgin K. Samopoimanje mladih. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1994.
154. Robins RW, Trzesniewski KH. Self-esteem development across the lifespan. *Curr Dir Psychol Sci*. 2005;14(3):158-162.
155. Primorac M. Razlike u samopoštovanju mladih u srednjoj i kasnoj adolescenciji [Internet]. Zadar: Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju; 2014 [pristupljeno 10.11.2017.]. Dostupno na: <http://www.unizd.hr/Portals/12/Zavrzni%20radovi/2014/Zavrzni%20rad%20-%20Marijeta%20Primorac.pdf>

156. Keel PK, Baxter MG, Heatherton TF, Joiner TE Jr. A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2007;116:422-432.
157. Paxton SJ, Heinicke BE. Body image. U: Wonderlich S, Mitchell JE, de Zwaan M, Steiger H, ur. Annual review of eating disorders Part 2. Oxford: Radcliffe Publishing; 2008. Str. 69-83.
158. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe RD, Lask B i sur. Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev.* 2010;18(2):79-89.
159. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
160. Garner DM. Eating disorder inventory-3. Professional manual. Florida: PAR; 2004.
161. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26:41-54.
162. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the basic empathy scale. *J Adolesc.* 2006;29(4):589-611.
163. Jolliffe D, Farrington DP. Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggress Behav.* 2006b;32(6):540-550.
164. Carré A, Stefaniak N, D'Ambrosio F, Bensalah L, Besche-Richard C. The basic empathy scale in adults (BES-A): Factor structure of a revised form. *Psychol Assess.* 2013;25(3):679-691.
165. Ćitić Popović B. Empatičnost delikventnih adolescenata. *Specijalna edukacija i rehabilitacija.* 2018;17(1):63-80.
166. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item-response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78:350-65.
167. Shaver PR, Fraley RC. Self-report measures of adult attachment [Internet]. 2010 Dec [pristupljeno 21.09.2017.]. Dostupno na:
<http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/measures.html>
168. Fairchild SR. Understanding attachment: reliability and validity of selected attachment measures for preschoolers and children. *Child Adolesc Social Work J.* 2006;23(2):235-261.

169. Thompson JK, van den Berg P, Roehring M, Guarda AS, Heinberg LJ. The sociocultural attitudes towards appearance scale-3 (SATAQ-3): Development and validation. *Int J Eat Dis.* 2004;35(3):293-304.
170. Pavić I. Korelati zadovoljstva tijelom kod mladih odraslih osoba [Internet]. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera, Filozofski fakultet; 2013. Str. 11. [pristupljeno 01.05.2017.]. Dostupno na: <https://repozitorij.ffos.hr/islandora/object/ffos%3A1384/datastream/PDF/view>
171. Field AP. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics.* 4. izd. London: Sage publications; 2013.
172. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling.* 2.izd. New York: Guilford Press; 2005.
173. Posten OH. Robustness of the two-sample t-test. U: Rasch D, Tiku ML, ur. *Robustness of statistical methods and nonparametric statistics.* Dordrecht: Springer; 1984. Str. 92-99
174. Tschirhart SL, Donovan MM. *Woman and self-esteem.* New York: Penguin Books; 1984.
175. Lilienfeld LRR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical view. *Clin Psychol Rev.* 2006;20:299-320.
176. Dura JR, Bornstein RA. Differences between IQ and school achievement in anorexia nervosa. *J Clin Psychol.* 1989;45:433-435.
177. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M i sur. Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1799-1805.
178. Preyde M, Watson J, Remers S, Stuart R. Emotional dysregulation, interoceptive deficits, and treatment outcomes in patients with eating disorders. *Soc Work Ment Health.* 2015;14(3):227-244.
179. Clausen L, Rosenvinge JH, Friberg O, Rokkedal K. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *J Psychopathol Behav Assess.* 2011;33(1):101–110.

180. Nevenon L, Clinton D, Norring C. Validating the EDI-2 in three Swedish female samples: eating disorders patients, psychiatric outpatients and normal controls. *Nord J Psychiat.* 2006;60:44–50.
181. Schoemaker C, Verbraak M, Breteler R, Staak C. The discriminant validity of the eating disorder inventory-2. *Br J Clin Psychol.* 1997;36:627–629.
182. Fassino S, Piero A, Gramaglia C, Abbate-Daga G. Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology.* 2004;37:168–174.
183. Haynos AF, Roberto CA, Martinez MA, Attia E, Fruzzetti AE. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *Int J Eat Disord.* 2014;47(8):888–91.
184. Fischer S, Smith G, Cyders M. Another look at impulsivity: a meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(8):1413–25.
185. Delvecchio E, Di Riso D, Salcuni S, Lis A, George C. Anorexia and attachment: dysregulated defense and pathological mourning. *Front Psychol.* 2014;5(1218):1-8.
186. Ramacciotti A, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A, Pallanti S. Attachment processes in eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2001;6:166–170.
187. Zachrisson H, Kulbotten G. Attachment in anorexia nervosa: an exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eat Weight Disord.* 2006;11:163–170.
188. Allen JP, Land D. Attachment in adolescence. U: Cassidy J, Shaver PR, ur. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York: Guilford Press; 1999. Str.319–335.
189. Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Front Psychol.* 2015;6(1136):1-12.
190. Grizelj S. Odnos između socijalnih utjecaja, zadovoljstva tjelesnim izgledom i prehrambenih navika. Osijek: Sveučilište J.J. Strossmayera, Filozofski fakultet; 2014.
191. Ashikali E, Dittmar H, Ayers S. The effect of cosmetic surgery reality TV shows on adolescent girls' body image. *Psychol Pop Media Cult.* 2014;3(3):141-153.
192. Mallinckrodt B. Attachment, social competencies, social supports, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychother Res.* 2000;10:239–266.

193. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: a transgenerational perspective. *Br J Med Psychol*. 2001;74:497–505.
194. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. Str. 219-23.
195. Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N i sur. Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Pers Individ Differ*. 2009b;47(6):662-667.
196. Wildes JE, Marcus MD. Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: A case series. *Int J Eat Disord*. 2011;44:421–427.
197. Wildes JE, Ringham RM, Marcus MD. Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *Int J Eat Disord*. 2010;43:398–404.
198. Schmidt U, Treasure J. Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol*. 2006;45:343–366.
199. Haynos AF, Fruzzetti AE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Theory, evidence, and treatment implications. *Clin Psychol Sci Pract*. 2011;18:183–202.
200. Grenon R, Tasca GA, Maxwell H, Balfour L, Proulx G, Bissada H. Parental bonds and body dissatisfaction in a clinical sample: The mediating roles of attachment anxiety and media internalization. *Body Image*. 2016;19:49-56.
201. Cheng HL, Mallinckrodt B. Parental bonds, anxious attachment, media internalization, and body image dissatisfaction: Exploring a mediation model. *J Couns Psychol*. 2009;56:365–375.
202. Patton SC, Beaujean AA, Benedict HE. Parental bonds, attachment anxiety, media susceptibility, and body dissatisfaction: a mediation model. *Dev Psychol*. 2014;50(8):2124-33.
203. Kozjak Mikić Z, Jokić-Begić N. Emocionalne teškoće adolescentica nakon tranzicije u srednju školu. *Socijalna psihijatrija*. 2013;41(4):226-234.
204. Arnett JJ. *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. Oxford: University Press; 2004.
205. Presnell K, Bearman SC, Madeley MC. Body dissatisfaction in adolescent females and males: risks and resilience. *Prev Res*. 2007;14(3):3-6.

206. Hogan MJ, Strasburger VC. Body image, eating disorders and media. *Adolesc Med State Art Rev.* 2008;19(3):521-46.

11 BIOGRAFIJA

Maja Batista (djevojačko Crnković) rođena je 1982. u Zagrebu gdje je završila osnovnu školu i jezičnu gimnaziju Lucijana Vranjanina. Diplomirala je psihologiju kao jednopredmetni studij 2008.g. na Hrvatskim studijima Sveučilišta u Zagrebu. 2009. -2012. godine zaposlena je na Odsjeku dječje rehabilitacije Klinike za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KBC Sestre milosrdnice na poslovima psihologa rehabilitatora. Od 2012. godine zaposlena je na Klinici za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice na poslovima kliničkog psihologa, iz područja pedijatrijske psihologije. 2011. godine upisala je doktorski znanstveni studij „Biomedicina i zdravstvo“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Status kliničkog psihologa pri Hrvatskoj psihološkoj komori stekla je 2015. godine. Završila je tečaj *Mindfulness* terapije, osnovni stupanj *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) psihoterapije, te je u superviziji za kognitivno-bihevioralnog terapeuta pri Hrvatskom udruženju za bihevioralno-kognitivne terapije. Završila je brojne edukacije iz područja psihodijagnostike. 2014. godine boravila je u Regionalnom centru za poremećaje hranjenja (RASP) u Oslu gdje se izučavala u području psihodijagnostike i tretmana poremećaja hranjenja. Po javnom natječaju 2018.g. izabrana je za asistenta u nastavi na Zdravstvenom veleučilištu Zagreb, gdje sudjeluje u nastavi na Katedri za zdravstvenu psihologiju. Suradnik je u nastavi na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu i na Odjelu za psihologiju Hrvatskog katoličkog sveučilišta, te je mentor studentske prakse na spomenutim fakultetima. Autor je više znanstvenih i stručnih članaka u domaćim i stranim znanstvenim časopisima, od kojih su 3 objavljena u časopisima indeksiranim u bazi *Current Contents*, te nekoliko poglavlja u dva priručnika. Sudjelovala je u više edukacija, kongresa i radionica. Član je Hrvatske psihološke komore, te Hrvatskog udruženja za bihevioralno-kognitivne terapije.

POPIS OBJAVLJENIH RADOVA I ODRŽANIH STRUČNIH PREDAVANJA VEZANIH ZA TEMU DISERTACIJE

1. Jakovina T, Batista M, Ražić Pavičić A, Žurić I, Begovac I. Emotional dysregulation and attachment dimensions in female patients with bulimia nervosa. *Psychiatra danubina*, 2018;30:72-78; <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.72>
2. Batista M. Psihološke osobitosti djece i adolescenata s anoreksijom nervozom. Simpozij: Anoreksija nervoza djece i adolescenata i reproduktivno zdravlje. Hrvatsko

- društvo za psihosomatiku u ginekologiji i porodništvu pri Hrvatskom liječničkom zboru. Zagreb; 2018.
3. Batista M, Žigić Antić L, Žaja O. Prediktori razvoja anoreksije nervoze u adolescenciji. U: Zaštita i promicanje dobrobiti djece, mladih i obitelji. 1. međunarodni znanstveno stručni skup Odjela za psihologiju Hrvatskog katoličkog sveučilišta. Zagreb; 2017.
 4. Batista M, Žigić Antić L, Žaja O, Jakovina T, Begovac I. Predictors of eating disorders risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clin Croat, in press* (rad prihvaćen u rujnu 2017).
 5. Batista M, Žaja O. Prikaz grupnog kognitivno-bihevioralnog tretmana (CBT) i kognitivnog tretmana usredotočene svjesnosti (MBCT) za medicinsko osoblje koje liječi poremećaje hranjenja i jedenja. *I. kongres HUBIKOT-a s međunarodnim sudjelovanjem*. Zagreb; 2015.
 6. Batista M. Psihološki profil osoba s poremećajem u jedenju i pretilih osoba. U: Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije: Debljina i poremećaji u jedenju – lice i naličje istog problema. Zagreb; 2014.
 7. Batista M. Psihološka podrška i liječenje oboljelih od poremećaja u jedenju. U: Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije: Debljina i poremećaji u jedenju – lice i naličje istog problema. Zagreb; 2014.
 8. Batista M. Psihološke karakteristike i pravovremeno otkrivanje poremećaja hranjenja u adolescenciji. Javno predavanje, ZZJZ, Zagreb; 2014.
 9. Crnković M. Kognitivno-bihevioralni tretman hospitalizirane djece i adolescenata koji boluju od anoreksije nervoze. Stručna tribina: *Psihoterapija u liječenju poremećaja hranjenja: psihodinamski pristup i kognitivno-bihevioralna terapija*. Zagreb, 2013.
 10. Begovac I, Jakovina T, Crnković M. Karakteristike ličnosti i poremećaji hranjenja. U: Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije: Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja. Zagreb; 2013.