

Povezanost srama, vršnjačkog pritiska i nezadovoljstva tijelom s navikama hranjenja adolescenata

Mustapić, Jelena

Doctoral thesis / Disertacija

2016

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:035744>

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

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



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Jelena Mustapić

**Povezanost srama, vršnjačkog pritiska i
nezadovoljstva tijelom s navikama
hranjenja adolescenata**

DISERTACIJA



Zagreb, 2015.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Jelena Mustapić

**Povezanost srama, vršnjačkog pritiska i
nezadovoljstva tijelom s navikama
hranjenja adolescenata**

DISERTACIJA

Zagreb, 2015.

Disertacija je izrađena u tri srednje škole na području Grada Zagreba (V. Gimnazija, Škola primijenjene umjetnosti i dizajna te u I. Tehničkoj školi Tesla).

Voditelj rada: doc. dr. sc. Darko Marčinko, dr. med.

Zahvaljujem se doc.dr. sc. Darku Marčinku na nesebičnoj pomoći, savjetima te odličnim smjericama i podršci prilikom osmišljavanja, provedbe i izrade disertacije. Zahvaljujem se i ravnateljima srednjih škola koji su mi omogućili da provedem svoje znanstveno istraživanje u njihovim školama. Naročito se zahvaljujem kolegicama psihologinjama koje su mi izrazito pomogle tijekom organizacije provođenja samog istraživanja. Izrazito se zahvaljujem svojim roditeljima bez čije moralne, emocionalne i pogotovo financijske pomoći dodatna edukacija i ova disertacija ne bi bila moguća. Posebno se zahvaljujem svom suprugu koji je iznenađujuće dobro podnosio moja emocionalna previranja vezana uz proces pisanja disertacije i odlučio me podržavati u budućem stručnom usavršavanju.

Popis oznaka i kratica:

DSM-IV – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje

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

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10. revizija

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

BSSS - Skala zadovoljstva tijelom

DMS - Skala težnje ka mišićavosti

BS-OBCS - Skala tjelesnog srama

EAT 26 - Upitnik navika hranjenja

SPVP - Skala podložnosti vršnjačkom pritisku

ITM – Indeks tjelesne mase

SADRŽAJ

POPIS OZNAKA I KRATICA

1. UVOD	1
1.1. PREGLED I POSTAVLJANJE DIJAGNOZE POREMEĆAJA HRANJENJA	2
1.1.2. ANOREKSIJA NERVOZA	2
1.1.3. BULIMIJA NERVOZA	6
1.1.4. NESPECIFIČNI POREMEĆAJI HRANJENJA	8
1.1.5. MEDICINSKE KOMPLIKACIJE I KOMORBIDITETI KOD POREMEĆAJA HRANJENJA	11
1.1.6. PREVALENCIJA POREMEĆAJA HRANJENJA	13
1.1.7. RIZIČNI FAKTORI ZA RAZVOJ POREMEĆAJA HRANJENJA	15
1.1.8. TEORIJSKA OBJAŠNJENJA RAZVOJA I ODRŽAVANJA POREMEĆAJA HRANJENJA	16
<i>1.1.8.1. PSIHODINAMSKI PRISTUP</i>	<i>16</i>
<i>1.1.8.2. KOGNITIVNO-BIHEVIORALNA TEORIJA</i>	<i>20</i>
<i>1.1.8.3. SOCIOKULTURALNA TEORIJA</i>	<i>21</i>
<i>1.1.8.4. OBJEKTIVIZACIJSKA TEORIJA</i>	<i>22</i>
1.2. VRŠNJAČKI PRITISAK	24
1.2.1. VRŠNJAČKI PRITISAK I POREMEĆAJI HRANJENJA	27
1.3. SRAM	30
1.3.1. OPĆENITO O SRAMU	30
1.3.2. SRAM I POREMEĆAJI HRANJENJA	33
1.3.3. MEHANIZMI POVEZANOSTI SRAMA I POREMEĆAJA HRANJENJA	35

1.3.4. TJELESNI SRAM KOD POREMEĆAJA HRANJENJA	36
1.4. NEZADOVOLJSTVO TIJELOM	39
1.4.1. ULOGA SLIKE TIJELA KOD POREMEĆAJA HRANJENJA	39
1.4.2. ULOGA SPOLA KOD NEZADOVOLJSTVA TIJELOM	40
1.4.3. NEZADOVOLJSTVO TIJELOM I POREMEĆAJI HRANJENJA	41
2. HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA	45
3. CILJ ISTRAŽIVANJA	46
4. ISPITANICI I METODE	47
4.1. ISPITANICI	47
4.2. PSIHOLOGIJSKI MJERNI INSTRUMENTI	49
4.2.1. STRUKTURIRANI UPITNIK SOCIO-DEMOGRAFSKIH PODATAKA	49
4.2.2. SKALA ZADOVOLJSTVA TIJELOM	49
4.2.3. SKALA TEŽNJE KA MIŠIĆAVOSTI	50
4.2.4. SKALA TJELESNOG SRAMA	51
4.2.5. UPITNIK NAVIKA HRANJENJA	51
4.2.6. SKALA PODLOŽNOSTI VRŠNJAČKOM PRITISKU	52
4.2.7. INDEKS TJELESNE MASE	53
4.3. POSTUPAK	53
4.4. STATISTIČKI POSTUPCI	54
5. REZULTATI	56
5.1. NAVIKE HRANJENJA, VRŠNJAČKI PRITISAK, TJELESNI SRAM, NEZADOVOLJSTVO TIJELOM, TEŽNJA KA MIŠIĆAVOSTI I INDEKS TJELESNE MASE S OBZIROM NA SPOL I DOB ISPITANIKA	57

<i>5.2. POVEZANOST VRŠNJAČKOG PRITISKA, TJELESNOG SRAMA I NEZADOVOLJSTVA TIJELOM TE INDEKSA TJELESNE MASE SA NAVIKAMA HRANJENJA ADOLESCENATA</i>	63
<i>5.3. DOPRINOS VRŠNJAČKOG PRITISKA, TJELESNOG SRAMA I NEZADOVOLJSTVA TIJELOM TE INDEKSA TJELESNE MASE U OBJAŠNJENJU NAVIKA HRANJENJA ADOLESCENATA</i>	66
6. RASPRAVA	69
<i>ZAKLJUČNA RAZMATRANJA</i>	83
7. ZAKLJUČAK	84
8. SAŽETAK	85
9. SUMMARY	86
10. LITERATURA	88
11. ŽIVOTOPIS	115
12. PRILOZI	116
12.1. Prilog 1	116
12.2. Prilog 2	117
12.3. Prilog 3	118
12.4. Prilog 4	120

1. UVOD

Posljednjih dvadesetak godina poremećaji hranjenja postali su vrlo česta tema u kliničkim, znanstvenim i popularnim časopisima. Poremećaji hranjenja jedni su od češćih psihijatrijskih poremećaja, naročito u populaciji adolescentica u dobi od 15-19 godina (1, 2) i predstavljaju ozbiljan zdravstveni problem u društvu. Zabrinjavajuće je da novija istraživanja upućuju na prisutnost poremećaja hranjenja u sve mlađim dobnim skupinama, puno prije pojave menarhe i samog puberteta (3, 4), kao i činjenicu da značajan broj slučajeva završava smrtnim ishodom (5, 6).

Iako je fokus istraživanja poremećaja hranjenja primarno bila ženska populacija u zapadnjačkim kulturama gdje prevladava trend mršavosti, poremećaji hranjenja učestali su i drugim kulturama, te u muškoj populaciji, koji za razliku od žena većinom žele imati mišićavije tijelo sa malim postotkom tjelesne masnoće (7). Poremećaji hranjenja kod muške populacije često su se previdjeli ili pogrešno dijagnosticirali (8). S obzirom da recentne studije pokazuju da je prevalencija poremećaja hranjenja kod muškaraca mnogo veća od uvriježeno mišljene (9), sve veći broj istraživanja bavi se ispitivanjem odnosa poremećenih navika hranjenja, slike tijela te određenih psihijatrijskih i psiholoških simptoma kod muškaraca općenito te usporedbom muškaraca iz različitih etničkih grupa (10, 11).

Poremećaji hranjenja definiraju se kao poremećaji kojima su osnovna obilježja patološke prehranbene navike i ponašanje.¹ Zbog pretjerane zabrinutosti i usmjerenosti na kontrolu oblika i težine tijela, oboljele osobe pribjegavaju neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane što rezultira zdravstvenim problemima tjelesne i psihološke prirode (12).

Poremećaji hranjenja se mogu razviti u bilo kojoj životnoj dobi, ali najveći rizik za razvoj nekog od poremećaja hranjenja imaju mladići i djevojke tijekom adolescencije i u mladoj odrasloj dobi.

¹ Termin „poremećaji hranjenja“ koristi se ovom radu jer se nalazi u hrvatskim prijevodima priručnika za klasifikaciju bolesti (MKB-10; WHO, 1993; i DSM-IV; APA, 1994). Ipak, izvorni, engleski termin „eating disorder“ ispravnije je prevesti kao „poremećaji jedenja“ jer ističe aktivnu ulogu osobe u manifestaciji poremećaja – s obzirom da je poremećaj vezan uz vlastiti izbor hrane i način na koji će se ona jesti (Vidović, 2009).

1.1. Pregled i postavljanje dijagnoze poremećaja hranjenja

Prema desetom izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) (13) u poremećaje uzimanja hrane (F50) spadaju: anoreksija nervoza (F50.0), netipična anoreksija nervoza (F50.1), bulimija nervoza (F50.2), netipična bulimija nervoza (F50.3), pretjerano uzimanje hrane udruženo s drugim psihološkim smetnjama (F50.4), povraćanje udruženo s drugim psihološkim smetnjama (F50.5), drugi poremećaji uzimanja hrane (F50.8) i poremećaj uzimanja hrane, neodređen (F50.9). S obzirom da je pri postavljanju dijagnoze nekog od poremećaja hranjenja najraširenija uporaba kriterija iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje, četvrto izdanje (DSM-IV) Američke psihijatrijske udruge (American Psychiatric Association - APA) (12), prilikom daljnjeg opisivanja pojedinih poremećaja hranjenja bit će korištena spomenuta klasifikacija. Također će biti predstavljene promjene u dijagnosticiranju poremećaja hranjenja, odnosno poremećaja jedenja i hranjenja, koje su rezultat dugogodišnje revizije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje i koje su uvrštene u najnoviju verziju istog (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje; DSM-5) (14).

Prema DSM-IV klasifikaciji, poremećaji hranjenja klasificiraju se na anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i nespecifične poremećaje hranjenja (12).

U nastavku teksta bit će prikazane glavne karakteristike svakog pojedinog poremećaja, pregled istraživanja i recentne literature koja se bavi poremećajima hranjenja, njihove popratne medicinske komplikacije i komorbidna psihopatologija, rizični faktori za razvoj istih te najčešća teorijska objašnjenja razvoja i održavanja poremećaja hranjenja.

1.1.2. Anoreksija nervoza

Detaljan opis anoreksije prvi je iznio Richard Morton 1689. godine u publikaciji „*Phtisiologia seu Execitationes de Phtisis*“ nazivajući ju *nervnom atrofijom* čime je htio označiti sušicu bez vrućice ili dispneje, koja je popraćena nedostatkom apetita i probavnim teškoćama (15, 16). Naziv *anoreksija nervoza*, prvi je upotrijebio Sir William Gull koji je 1873. godine objavio istoimeni članak opisujući neobičnu bolest koja se javlja u mladim žena, a karakterizirana je ekstremnim mršavljenjem (16). Iste godine je i francuski liječnik Ernest-Charles Lasègue objavio članak pod nazivom *De l'Anorexie Hystérique* u kojem detaljno opisuje više slučajeva anoreksije, iako se njegov doprinos klasifikaciji iste često podcjenjuje (16).

Naziv poremećaja zadržao se do danas iako nije u potpunosti precizan. Riječ *anoreksija* označava gubitak apetita, što nije u potpunosti točno, jer anoreksične osobe nemaju slab apetit, već si uskraćuju hranu uslijed straha od debljanja (17). Drugi dio naziva *nervoza* je točniji, jer upućuje da se radi o problemu emocionalne prirode, a anoreksija *nervoza* klasificira se kao psihički poremećaj.

Anoreksiju *nervoza* karakterizira (12):

1. Namjerna restrikcija unosa hrane što rezultira značajno niskom tjelesnom težinom za dob i visinu. Navedeno podrazumijeva tjelesnu težinu koja je manja od minimalne normalne ili, za djecu i adolescente, manja od minimalno očekivane.
2. Izuzetan strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i kada je smanjena težina već prisutna.
3. Poremećeno doživljavanje oblika i težine tijela, neprimjeren utjecaj tjelesne težine i oblika tijela na samoprocjenjivanje, poricanje ozbiljnosti trenutno niske tjelesne težine.
4. Amenoreja za najmanje tri menstrualna ciklusa u nizu kod žena u generativnoj dobi.

Gubitak tjelesne težine koji se smatra indikativnim za anoreksiju *nervoza* predstavlja težina koja je manja od 85 % očekivane tjelesne težine. Kod djece i adolescenata, kod kojih je rast u tijeku, anoreksija *nervoza* se može iskazati kao nemogućnost da se dosegne 85 % očekivane tjelesne težine koja se smatra normalnom za određenu dob i visinu prema pedijatrijskim kartama rasta (12). Prema MKB-10 (13), za dijagnozu anoreksije *nervoze* potrebno je da osoba ima indeks tjelesne mase (ITM) jednak ili ispod $17,5 \text{ kg/m}^2$. Izračun ITM temelji na odnosu tjelesne težine i kvadrata visine osobe (kg/m^2). Navedene norme samo su smjernice te je prilikom određivanja minimalne normalne težine osobe potrebno u obzir uzeti i spol osobe, njenu građu tijela i prijašnju težinu.

Anoreksično ponašanje pojavljuje se u dva oblika (12):

- a) Restriktivni tip anoreksije *nervoze* – gubitak na težini prvenstveno je posljedica ograničavanja unosa hrane držanjem dijete ili izgladnjivanjem (neki bolesnici ne jedu čak po nekoliko dana) koje može biti praćeno iscrpljujućim vježbanjem. Ovaj tip

anoreksije nije karakteriziran periodima prejedanja ili pražnjenja tijekom tekuće epizode.

- b) Prežderavajući/ purgativni tip – obilježava stalno držanje dijeta, uz povremeno, ali redovito prejedanje i/ili pražnjenje, najčešće samoinduciranim povraćanjem ili zloupotrebom laksativa, diuretika ili enemetika. Neke osobe s ovim podtipom anoreksije nervoze uopće ne konzumiraju veće količine hrane, već se nakon svakog, pa i najmanjeg obroka prazne. Prežderavajući/ purgativni tip anoreksije posebno je opasan zbog gubitka elektrolita i dodatnog iscrpljivanja već ionako iscrpljenog tijela.

Najveći broj osoba oboljelih od anoreksije premorbidno su imale iznadprosječnu tjelesnu težinu (18) te su počele s naizgled bezazlenim dijetama, koje su kod adolescentica u zapadnim kulturama uobičajena pojava, čak se smatraju i normativnim ponašanjem.

Istraživanja na hrvatskim adolescenticama pokazuju da njih gotovo polovica u dobi od 13-15 godina provodi neki oblik dijete (19). Navedena brojka osobito je zabrinjavajuća u kontekstu činjenice da provođenje dijete, čak i umjereno restriktivne, nosi pet puta veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja u usporedbi s neprovođenjem dijete (20). Početak patološkog doživljavanja svog tijela, hranjenja i odnosa prema hrani nastaje kada osoba uporno spušta prag svoje željene težine sve niže i niže (21). Paradoksalno, zabrinutost za tjelesnu težinu upravo se pojačava usporedno s gubitkom tjelesne težine (22) uslijed iskrivljene percepcije vlastitog tijela.

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (14) osnovni dijagnostički kriteriji za dijagnozu anoreksije ostali su konceptualno većinom nepromijenjeni u odnosu na prethodno izdanje Priručnika, uz jednu iznimku koja se odnosi na posljednji kriterij, odnosno amenoreju za najmanje tri menstrualna ciklusa u nizu kod žena u generativnoj dobi (23).

Sekundarna amenoreja, kao posljedica promjene u endokrinom sustavu uslijed gubitka masnog tkiva, stresa i pothranjenosti kod anoreksičnih djevojaka i žena, isključena je kao jedan od presudnih kriterija pri dijagnozi anoreksije (14). Razlog tome je što izostanak mjesečnice ne prati uvijek paralelno pad na težini (24). U 20 % bolesnica amenoreja nastupa prije značajnijeg gubitka na težini, 50 % ih ima amenoreju nakon izvjesnog perioda provedbe dijete, dok u 30 % slučajeva mjesečnica izostane tek nakon značajnog gubitka na težini (25). Osim toga, spomenuti kriterij ne može se primijeniti na djevojčice u predpubertetu, kod kojih se jedino može pretpostaviti odgoda menarhe (primarna amenoreja). Također, kriterij nije

primjenjiv na žene koje uzimaju oralne kontraceptive, žene u menopauzi, niti na muškarce. U nekim slučajevima, pacijentice koje zadovoljavaju sve ostale dijagnostičke kriterije za anoreksiju još uvijek imaju menstruacije, čime se otežava postavljanje dijagnoze. U novom Priručniku ove se probleme pokušalo otkloniti.

Kao i u prethodnom izdanju Priručnika, po DSM-5 osobe oboljele od anoreksije moraju zadovoljavati prvi kriterij za dijagnozu poremećaja, odnosno moraju imati značajno nisku tjelesnu težinu s obzirom na razvojnu dob. Formulacija spomenutog kriterija promijenjena je u novom Priručniku u svrhu boljeg pojašnjenja i smjernica prilikom procjene značajnosti niske tjelesne težine oboljele osobe (23). Prvi kriterij fokusira se na ponašanja poput restrikcije unosa kalorija i više ne uključuje riječ "odbijanje", u terminima održavanja mase, budući da to implicira namjeru oboljele osobe koju je teško utvrditi.

U tekstu Priručnika je navedena minimalna razina ozbiljnosti niske tjelesne težine koja se za odrasle osobe bazira na trenutnom indeksu tjelesne mase (ITM), a za djecu i adolescente na percentilu indeksa tjelesne mase. Pojedini raspon težine za odraslu populaciju bazira se na kategorijama za mršavost Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), dok se za djecu i adolescente primjenjuju odgovarajući percentili indeksa tjelesne mase. Stupanj ozbiljnosti aktualne niske tjelesne težine može se povećati u svrhu odražavanja kliničkih simptoma, stupnja funkcionalne nesposobnosti i potrebe za supervizijom.

Blago niskim indeksom tjelesne mase smatra se ITM jednak ili niži od 17 kg/m^2 , umjereno niskim ITM u rasponu je od $16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$, značajno nizak ITM odnosi se na $15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$, dok ITM manji od 15 kg/m^2 predstavlja izrazito nizak ITM i odnosi se na ekstremnu mršavost.

Drugi kriterij za dijagnozu anoreksije u novom izdanju Priručnika je proširen te ne uključuje samo verbaliziran strah od dobivanja na tjelesnoj težini već i iskazivanje perzistentnog ponašanja koje interferira sa dobivanjem na težini (23). Mlađe oboljele osobe od anoreksije, kao i pojedine odrasle osobe ne moraju osvijestiti ili verbalizirati strah od dobivanja na težini te se, u odsustvu drugih objašnjenja za značajno nisku tjelesnu težinu, na temelju kliničke anamneze, opservacijskih podataka, fizičkih i laboratorijskih nalaza i pretraga ili longitudinalnog praćenja oboljele osobe, odnosno na temelju ustrajnih ponašanja osobe, određuje zadovoljava li osoba spomenuti kriterij.

1.1.3. Bulimija nervoza

Bulimiju nervozu prvi je opisao Osler 1892. godine (26), no tek se 1980. godine pojavljuje u službenoj nomenklaturi kao podvrsta poremećaja u djetinjstvu i adolescenciji (17). Naziv *bulimia* dolazi od grčke riječi *bous* koja znači vol ili govedo općenito, i *limos* što znači glad te slikovito označava jednu od glavnih karakteristika poremećaja, odnosno proždrljivost (15).

Kriteriji za dijagnostiku bulimije nervoze su slijedeći (12):

1. Ponavljane epizode prejedanja koje karakterizira:
 - a. Jedenje u ograničenom vremenskom periodu (npr. unutar dva sata) količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u sličnim okolnostima.
 - b. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom epizode (npr. osoba ima osjećaj da se ne može prestati jesti, niti kontrolirati što i koliko jede)
2. Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje kojem je svrha prevencija povećanja tjelesne težine u vidu samoizazvanog povraćanja, zlorabe laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova, post ili pretjerana fizička aktivnost.
3. Epizode prejedanja i kompenzacijskog ponašanja javljaju se najmanje dva puta tjedno u periodu od barem posljednja tri mjeseca.
4. Samoprocjena pretjerano ovisi o težini i obliku tijela.
5. Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda anoreksije nervoze.

Prejedanje je karakterizirano brзом konzumacijom hrane, ograničeno na kraće razdoblje, obično ne dulje dva sata, što ukazuje da su velike količine hrane pojedene u srazmjerno kratkom vremenskom periodu. Prejedanje se najčešće odvija potajno, daleko od očiju drugih, jer takvo ponašanje redovito izaziva sram (27). Bulimične osobe obično tijekom epizode prejedanja konzumiraju slatku i kaloričnu hrana, iako prejedanje nije ograničeno na želju za jednom vrstom hrane, primjerice ugljikohidratima. Više nego tipom hrane, prejedanje je karakterizirano količinom pojeđenoga. Kada nema pripremljene hrane, u navali prejedanja bulimične osobe spremne su pojesti i namirnice u izvornom obliku, kao primjerice čisti šećer, brašno ili čak neotopljenu smrznutu hranu (22). Prejedanja najčešće nisu planirana, no tipično su pokrenuta disfornim raspoloženjem, stresnim situacijama u međuljudskim odnosima, intenzivnim osjećajem gladi tijekom držanja dijete ili osjećajima vezanim za oblik i/ili težinu

tijela ili vezanim za hranu (28). Epizoda prejedanja praćena je osjećajem gubitka kontrole koji se razvojem bulimije iskazuje u ponašanju jer osoba ima teškoće u otporu prejedanju i teškoće u zaustavljanju prejedanja.

Najveći broj bulimičnih osoba koristi samoinducirano povraćanje za kompenzaciju prejedanja pri čemu povraćanje ima dvojak učinak: ublažava fizičku nelagodu koja je izazvana unošenjem prekomjerne količine hrane i smanjuje anksioznost koju izaziva pomisao na debljanje (17).

Trećina oboljelih upotrebljava različite laksative nakon jela, a katkad pribjegavaju i zlorabi diuretika te sredstava za klistiranje. Također, mogu postiti do nekoliko dana ili intenzivno vježbati da bi kompenzirali prejedanje (14). Ponekad, iako u rijetkim slučajevima, osobe koriste hormone štitnjače kako bi izbjegle povećanje težine (29).

Glavna odrednica samoprocjene i samovrednovanja bulimičnih osoba ovisi o obliku i težini vlastitog tijela, ali stav prema vlastitom tijelu nije toliko krut kao u anoreksije te su oboljele osobe u većini slučajeva komunikativnije i spremnije govoriti o doživljaju vlastitog tijela (24).

S obzirom na metodu pražnjenja kao kompenzacije za prejedanje, postoje dva tipa bulimije nervoze (12):

- a. Purgativni tip - kod kojeg se kompenzatorna ponašanja nakon epizode prejedanja očituju u čišćenju organizma u obliku samoizazivanja povraćanja, odnosno zlorabi laksativa, diuretika ili sredstava za klistiranje.
- b. Nepurgativni tip - karakteriziraju ga neka druga neodgovarajuće kompenzacijska ponašanja, kao što su post ili pretjerano tjelesno vježbanje, dok se ponašanja čišćenja vrlo rijetko ili uopće ne manifestiraju.

S obzirom da su raspoloživi podaci upućivali da osobe koje su svrstane u nepurgativni tip bulimije karakteristikama više odgovaraju osobama koje pate od poremećaja prejedanja, podjela bulimije na spomenuta dva podtipa izbačena je iz DSM-5 (14).

Osim izbacivanja podjele na dva podtipa bulimije, jedina promjena u kriterijima za bulimiju u novom Priručniku odnosi se na smanjenje potrebne minimalne prosječne učestalosti epizoda prejedanja i popratnih neodgovarajućih kompenzacijskih ponašanja sa dva puta tjedno na

jednom tjedno. Kliničke karakteristike i ishodi kod osoba koje zadovoljavaju nešto snižen prag dijagnostičkog kriterija slični su onim kod osoba koje zadovoljavaju DSM-IV kriterije za bulimiju (30).

1.1.4. Nespecifični poremećaj hranjenja

Nespecifični poremećaj hranjenja predstavlja kategoriju svih slučajeva poremećaja hranjenja kod kojih osobe ne zadovoljavaju kriterije za dijagnozu anoreksije nervoze ili bulimije nervoze (12).

Nespecifični poremećaj hranjenja je najčešća dijagnoza poremećaja hranjenja u kliničkim i nekliničkim uzorcima (31) i odnosi se na heterogenu, nedovoljno istraženu i specifično definiranu skupinu poremećaja hranjenja koja uključuje parcijalne sindrome anoreksije nervoze i bulimije nervoze, poremećaja kompulzivnog prejedanja i ostalih neodređenih stanja hranjenja i jedenja (2, 32). Također, povezan je s značajnim psihološkim i psihijatrijskim morbiditetom koji se može usporediti sa onim kod specifičnih poremećaja hranjenja (33).

Nespecifični poremećaj hranjenja (12) dijagnosticira se u slijedećim slučajevima:

1. Kod žena, ispunjeni su svi kriteriji za dijagnozu anoreksije nervoze, osim što oboljela ima redovite menstruacije.
2. Osoba zadovoljava sve kriterije za dijagnozu anoreksije nervoze, osim što usprkos gubitku na težini ima normalnu težinu.
3. Osoba zadovoljava kriterije za dijagnozu bulimije nervoze, osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju rjeđe od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme nakon uzimanja manjih količina hrane.
5. Osoba ponavljano žvače i pljuje veliku količinu hrane bez da ju proguta.
6. Osoba ima ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti neodgovarajućih kompenzacijskih ponašanja karakterističnih za bulimiju nervozu. U ovom slučaju govori se o poremećaju kompulzivnog prejedanja.

U petoj, najnovijoj verziji DSM-a (14) poremećaj kompulzivnog prejedanja (binge eating disorder - BED) izdvojen je kao zaseban poremećaj hranjenja, što ujedno predstavlja najznačajniju promjenu vezanu uz kategoriju poremećaja hranjenja. Naime, iako se izdvajanje

poremećaja kompulzivnog prejedanja kao zasebnog poremećaja hranjenja razmatralo već prilikom izdavanja DSM-IV, na kraju je zaključeno da je dostupno nedovoljno podataka o karakteristikama, tijeku poremećaja i njegovom tretmanu kod osoba sa spomenutim sindromom te su u dodatku poglavlja o poremećajima hranjenja navedeni kriteriji za daljnja istraživanja poremećaja kompulzivnog prejedanja (23). Tijekom sljedećih godina, na temelju objavljenih preliminarnih kriterija za poremećaj kompulzivnog prejedanja u DSM-IV, proveden je niz istraživanja i objavljeno više od tisuću članaka (34) čiji su rezultati ukazivali na kliničku korist i opravdanost predloženog sindroma. Primjerice, osobe sa poremećajem kompulzivnog hranjenja doživljavaju značajno veću anksioznost i poremećaje raspoloženja u usporedbi sa drugim ispitanicima te dobro reagiraju na tretmane koji su usmjereni na navedene simptome. Uključivanjem poremećaja kompulzivnog prejedanja u DSM-5 namjerava se povećati svjesnost o značajnoj razlici između tog poremećaja i uobičajenog fenomena prejedanja. Dok je jedenje većih količina hrane nego što je organizmu potrebno vrlo često u današnjem razvijenom svijetu, ponavljane epizode kompulzivnog prejedanja su manje uobičajene, puno ozbiljnije i povezane sa značajnim fizičkim i psihološkim problemima (14).

Glavne karakteristike poremećaja kompulzivnog prejedanja su sljedeće (12):

1. Ponavljajuće epizode kompulzivnog prejedanja koje karakteriziraju:
 - a. Jedenje u ograničenom vremenskom periodu (npr. unutar dva sata) količine hrane koja je značajno veća od one koju bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u sličnim okolnostima.
 - b. Osjećaj gubitka kontrole nad jedenjem tijekom epizode (npr. osoba ima osjećaj da ne može prestati jesti, niti kontrolirati što i koliko jede)
2. Epizode nekontroliranog jedenja imaju tri ili više sljedećih karakteristika:
 - a. Puno brže jedenje od normalnog
 - b. Jedenje sve do neugodnog osjećaja sitosti
 - c. Jedenje velike količine hrane bez prethodnog fizičkog osjećaja gladi
 - d. Jedenje kada ljudi nisu nazočni ili osjećaj srama zbog količine pojedene hrane
 - e. Osjećaj gađenja prema sebi, depresije ili krivnje nakon jedenja
3. Prisutan distres zbog nekontroliranog jedenja
4. Kompulzivno prejedanje se u prosjeku pojavljuje najmanje dva puta tjedno u periodu od posljednja tri mjeseca

5. Kompulzivno prejedanje nije povezano s ponavljajućim kompenzacijskim ponašanjem za prevenciju povećanja težine te se ne pojavljuje isključivo u sklopu bulimije ili anoreksije nervoze.

Jedina značajna razlika u DSM-5 kriterijima za poremećaj kompulzivnog prejedanja u odnosu na one navedene u DSM-IV je promjena minimalne prosječne učestalosti epizoda prejedanja na najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca, identično kriteriju učestalosti za dijagnozu bulimije nervoze.

Istraživanja provedena tijekom razvoja DSM-5 ukazuju da će uvođenje novog specifičnog poremećaja hranjenja značajno reducirati potrebu za upotrebom rezidualne kategorije poremećaja hranjenja i jedenja, istoznačne kategoriji nespecifičnih poremećaja hranjenja iz DSM-IV (23).

Poremećaj kompulzivnog prejedanja u velikom broju slučajeva dovodi do pretilosti koja se klasificira se kao jedna od bolesti metabolizma i smatra se kroničnom bolešću (13). Također, sve više podataka upućuje da je prisutnost poremećaja kompulzivnog hranjenja kod adolescenata povezana sa većim rizikom od debljanja.

Prevalencija poremećaja kompulzivnog prejedanja kod pretilih osoba dostiže razinu do 30 %, dok se u nekliničkoj populaciji javlja u 0,7 do 4 % slučajeva (12).

Iako se poremećaj kompulzivnog hranjenja često dijagnosticira kod pretilih osoba, od pretilosti se razlikuje s obzirom na stupanj psihopatologije, zabrinutosti težinom i oblikom tijela te kvalitetom života (34). Kao što je bio slučaj i kod DSM-IV, pretilost nije uključena u DSM-5 kao jedan od mentalnih poremećaja. Pretilost je posljedica dugotrajnog pretjeranog unosa kalorija u odnosu na potrošnju energije. Razvoju pretilosti doprinosi više faktora, uključujući genetske, fiziološke, ponašajne i okolinske faktore, koji se razlikuju ovisno o osobi te se pretilost per se ne smatra mentalnim poremećajem. Ipak, iako pretilost nije psihijatrijski poremećaj, izrazito je učestalo stanje koje je važno za psihijatre i druge stručnjake mentalnog zdravlja prilikom brige o pacijentima s obzirom da su pronađene mnoge poveznice između pretilosti i brojnih psihijatrijskih poremećaja, primjerice poremećaja kompulzivnog prejedanja, shizofrenije i poremećaja raspoloženja (23).

Stanja koja su u DSM-5 (14) svrstana u kategoriju nespecifičnih poremećaja hranjenja, odnosno neodređenih stanja jedenja i hranjenja su atipična anoreksija nervoza, subklinička

bulimija nervoza, subkliničko nekontrolirano jedenje, purgativni poremećaj, sindrom noćnog jedenja te druga neodređena stanja jedenja i hranjenja.

1.1.5. Medicinske komplikacije i komorbiditeti kod poremećaja hranjenja

Poremećaji hranjenja obično su praćeni različitim medicinskim komplikacijama, koje mogu rezultirati i smrtnim ishodom, otežanim psihosocijalnim funkcioniranjem i komorbidnim psihološkim i psihijatrijskim simptomima (35, 36).

Najčešće medicinske komplikacije uključuju kardiovaskularne poremećaje, hematološke poremećaje i poremećaje metabolizma, probavne bolesti, neravnotežu elektrolita, osteoporozu i dijabetes (37).

Dijagnostički markeri koji mogu povećati sigurnost u točnost dijagnoze anoreksije nervoze odnose se na utvrđene abnormalnosti prilikom laboratorijske obrade i generalnog pregleda, kao što su leukopenija, umjerena anemija, trombocitopenija, hiperkolesterolemije, povišena razina urične kiseline, povišeni jetreni enzimi, snižena razina trijodtironina (T3) i povišena razina tiroksina (T4), snižena razina estrogena kod žena i snižena razina testosterona kod muškaraca, sinusna brahikardija, značajna hipotenzija, hipotermija, niska mineralna gustoća kostiju, sa specifičnim područjima osteopenije ili osteoporoze te difuzne abnormalnosti na elektroencefalografu, koje su odraz metaboličke encefalopatije (14).

Za bulimiju nervozu također ne postoje specifični dijagnostički markeri, ali nekoliko laboratorijskih abnormalnosti, koji se pojavljuju kao posljedica čišćenja organizma, najčešće samoinduciranim povraćanjem, mogu povećati dijagnostičku sigurnost. Takvi nalazi uključuju poremećaje elektrolita, kao primjerice hipokalemiju, koja može uzrokovati srčanu aritmiju, te hipokloremiju i hiponatremiju. Gubitak gastrične kiseline uslijed povraćanja može dovesti do metaboličke alkaloze, dok česta indukcija dijareje ili dehidracija uslijed pretjerane uporabe laksativa i diuretika može rezultirati metaboličkom acidozom (14).

U slučaju da se poremećaji hranjenja, naročito anoreksija, razviju u prepubertetskom ili pubertetskom razdoblju (38) uslijed poremećenog rada hipotalamo-hipofizno-gonadalne osovine može doći do odgode ili čak zaustavljanja pubertetskog procesa (21). Također, uslijed poremećaja osovine hipotalamus-hipofiza-nadbubrežne žlijezde i posljedičnih hormonalnih promjena dolazi do usporenog rasta, uz mogućnost trajno niskog rasta, zaostatka u psihoseksualnom razvoju, slabljenja libida, kao i poremećaja menstruacije, kasnijeg nastupa puberteta te problema s trudnoćom (37). Većina se medicinskih komplikacija rješava oporavkom tjelesne težine, ali unatoč njezinoj normalizaciji iste mogu trajati godinama (primjerice amenoreja). Usporen rast, kao i mogućnost trajnog niskog rasta, značajna je

medicinska komplikacija anoreksije nervoze koja nastaje kao posljedica ozbiljnih hormonalnih poremećaja koji se zbivaju kod osoba oboljelih od anoreksije. Istraživanja pokazuju da, iako oboljele osobe nakon nutritivne rehabilitacije i potpore nastave rasti, nikada ne dosegnu visinu koju bi mogli, sukladno svom genetskom potencijalu. Konačna visina je niža od očekivane, a doseže se kasnije nego se očekuje. Komplikacija od koje se osobe oboljele od anoreksije nervoze najteže oporavljaju je osteopenija, objektivno prikazana osteodenzitometrijom (37). S obzirom da je mineralizacija kostiju najizrazitija tijekom perioda adolescencije, anoreksija nervoza može značajno poremetiti formiranje i sazrijevanje kostiju. Mehanizam gubitka koštane mase kod oboljelih je složen, a javlja se zbog istovremenog usporenog stvaranja i ubrzanog razaranja kosti. Posljedica osteopenije su bolovi, uz rizik od stres fraktura. Najsigurniji i najučinkovitiji način liječenja osteoporoze, odnosno poboljšanja mineralizacije kostiju kod anoreksije nervoze, je normalizacija tjelesne težine. Dodatna značajna i opasna komplikacija kod osoba oboljelih od anoreksije nervoze je sindrom dohrane (refeeding syndrome - RF) koji predstavlja poremećaj sustava tjelesnih tekućina (37). Sindrom dohrane javlja se u prvim danima kalorijske dohrane (ponekad već unutar prva 24 sata), bez obzira da li je dohrana oralna, enteralna ili parenteralna, i najčešće se razvija kod teško pothranjenih osoba te osoba koje su izgubile puno kilograma u kratkom vremenskom razdoblju. Posebno su ugroženi bolesnici kod kojih je dohrana počela naglo, odnosno nakon duljeg razdoblja gladovanja. Sindrom dohrane manifestira se elektrolitskim, kardiovaskularnim, mišićnim, neurološkim i hematološkim poremećajima. Poremećaji u radu srca predstavljaju najznačajniju posljedicu sindroma koja je odgovorna za trećinu svih smrti odraslih osoba koje boluju od anoreksije nervoze (37).

Kod bulimičnih osoba povraćanje dovodi do trajnog gubitka zubne cakline i povećane učestalosti dentalnih šupljina. Žljezde slinovnice, osobito parotidna žlijezda, mogu biti vidljivo uvećane i deformirati izgled lica te uzrokovati neugodu i bol. Od zloupotrebe sredstava za izazivanje povraćanja, pri čemu se prvenstveno misli na sirup ipekakuane, mogu se razviti ozbiljne srčane i skeletne miopatije, a učestala zloupotreba laksativa može dovesti do opstipacije jer su crijeva postala ovisna o laksativima (37).

U najvećem broja slučajeva kod osoba oboljelih od poremećaja hranjenja razvijaju se afektivni poremećaji kao što su distimični poremećaj i depresija, anksiozni simptomi i poremećaji, opsesivno-kompulsivni poremećaj, zluporaba i ovisnost o psihoaktivnim tvarima, posebno alkoholu i stimulansima, te sklonost samoozlijeđivanju (35, 39, 40).

Depresija se izrazito često povezuje sa poremećajima hranjenja, naročito kod oboljelih adolescenata, i predstavlja prediktor za povećanje učestalosti epizoda prejedanja. Također, poremećene navike hranjenja imaju recipročan utjecaj na depresiju (41, 42).

Anksioznost i sram značajno utječu na održavanje simptomatologije poremećaja hranjenja (27). Iako se uloga specifičnijih varijabli, kao što je tjelesni sram, još nije toliko često istraživala, novija istraživanja upućuju da je tjelesni sram dobar prediktor simptoma poremećaja hranjenja te da se viša razina tjelesnog srama povezuje sa simptomima poremećaja hranjenja (43).

Veliki postotak osoba s poremećajima hranjenja zadovoljava kriterije za jedan ili više specifičnih poremećaja ličnosti, najčešće anksiozno-izbjegavajućeg, emocionalno nestabilnog poremećaja ličnosti, impulzivnog ili graničnog poremećaja ličnosti te opsesivno-kompulsivnog poremećaja ličnosti (44, 45).

Iako je teže izvoditi generalne zaključke s obzirom na različitu metodologiju u brojnim istraživanjima, opsesivno-kompulsivni, ovisni i izbjegavajući poremećaj ličnosti češće se povezuju sa anoreksijom, odnosno restriktivnim obrascima hranjenja, dok se granični i histrionski poremećaj ličnosti povezuje sa bulimijom, odnosno impulsivnim obrascima hranjenja (46).

1.1.6. Prevalencija poremećaja hranjenja

Stopa razvoja poremećaja hranjenja je u porastu od 50ih godina prošlog stoljeća (9, 47). Velika nacionalna studija švedskih blizanaca rođenih tijekom perioda od 1935. do 1958. godine pokazala je veću prevalenciju anoreksije kod ispitanika oba spola rođenih nakon 1945. godine u odnosu na ispitanike rođene prije 1945. godine (35).

Procjenjuje se da je prevalencija anoreksije nervoze kod djevojaka i mladih žena oko 0,9 %, a bulimije nervoze oko 1,5 % (48). Veća prevalencija bulimije od 1,7 % do 2,3 % utvrđena je prilikom istraživanja kohorti finskih blizanki rođenih u razdoblju od 1975. do 1979. godine (1). U australskoj kohorti blizanki starih 28-39 godina utvrđena je životna prevalencija bulimije od 2,9 % (49).

Prevalencija poremećaja hranjenja, naročito anoreksije nervoze, po novijim pokazateljima kod muškaraca mnogo je veća od uvriježeno mišljene te se procjenjuje na oko 0,3 % za anoreksiju nervozu, a oko 0,5 % za bulimiju nervozu (50, 51). Također, poremećaji hranjenja kod muškaraca češće započinju u kasnijoj dobi u odnosu na žensku populaciju, u prosjeku

nakon dvadesete godine starosti (52).

Istraživanja prevalencije nespecifičnog poremećaja hranjenja najčešće su bila usmjerena na poremećaj kompulzivnog prejedanja uslijed nedovoljno jasnih pozitivnih dijagnostičkih kriterija i različite operacionalizacije istih u istraživanjima (33). Poremećaj kompulzivnog prejedanja ima najveću prevalenciju u usporedbi s ostalim poremećajima hranjenja (35). Kod žena je prevalencija poremećaja 3,5 % a kod muškaraca 2 % (9). Smink i suradnici (2) su na temelju istraživanja provedenog na velikom američkom i europskom uzorku pokazali da je životna prevalencija poremećaja kompulzivnog prejedanja kod oba spola niža u europskim zemljama uključenim u istraživanje te iznosi 1,9 % za žene i 0,3 % za muškarce u odnosu na 3,5 % kod žena i 2 % za muškarce u američkom uzorku.

Stopa smrtnosti za anoreksiju nervozu procjenjuje se na 3,7-9,6 smrti na 1000 osoba/godišnje, za bulimiju nervozu 1,93 smrti na 1000 osoba/godišnje, a za nespecifični poremećaj hranjenja na 3,31 smrt na 1000 osoba/godišnje (2, 5, 6). Zabrinjavajući je podatak da je stopa pokušaja suicida među osobama sa poremećajima hranjenja visoka te se kreće u rasponu od 13 % do 31% (53). Jedna od pet umrlih osoba oboljelih od anoreksije nervoze počinila samoubojstvo (6).

Najveći rizik od suicida povezuje se sa bulimijom nervozom, čak i kada se isključe poremećaji raspoloženja. Pisetsky, Thornton, Lichtenstein, Pedersen i Bulik (54) su ustanovili, tijekom višegodišnjeg praćenja ambulantnih pacijenata evaluiranih za tretman poremećaja hranjenja u razdoblju od 1979. do 1997. godine, da je 3,9 % bulimičnih pacijenata umrlo tijekom razdoblja praćenja, pri čemu je suicid bio uzrok 23 % smrti. Poremećaj kompulzivnog prejedanja povezuje se sa suicidalnim mislima, ali ne i sa povećanim rizikom od suicida (55).

Iako anoreksija ima jednu od najvećih stopa smrtnosti među psihijatrijskim bolestima (6), značajan broj oboljelih osoba sa anoreksijom, ali i drugim poremećajima hranjenja nikada nije zatražilo neki oblik terapije.

Procjenjuje se da trenutno u Hrvatskoj od poremećaja hranjenja boluje 35000 – 45000 osoba, a većina djevojaka i sve više mladića ima poteškoća u prihvaćanju svog tijela i odnosu sa hranom. Po nekim procjenama, čak 30 % hrvatskih adolescenata oba spola ima neki oblik poremećaja prehrane. Prilikom procjene broja osoba sa poremećajima hranjenja dodatan

problem predstavlja neprimjeren prikaz broja oboljelih, što je vrlo vjerojatno posljedica nedovoljnog uključivanja svih razina zdravstvene zaštite u analizu, ali i netočnog ili različitog šifriranja poremećaja hranjenja što može ukazivati na nedostatno razumijevanje ozbiljnosti ovih bolesti (56), naročito kod muške populacije. Izrazito je važno skrenuti pozornost javnosti na rastući problem poremećaja hranjenja, kao i na potrebu za primarnom prevencijom ovih poremećaja. Društvo u cjelini, uključujući zdravstveni i obrazovni sustav te medije, trebalo bi se pozabaviti odgovarajućim mjerama kako bi se oboljelim osobama i njihovim bližnjima omogućilo da što prije prepoznaju simptome poremećaja hranjenja i potraže adekvatnu pomoć.

Aktualnim istraživanjem nastojat će se dati doprinos boljem razumijevanju razvoja poremećenih navika hranjenja kod adolescenata oba spola.

7. Rizični faktori za razvoj poremećaja hranjenja

Istraživanja rizičnih faktora za razvoj poremećaja hranjenja naročito naglašavaju ulogu spola, zabrinutosti tjelesnom težinom, držanje dijeta i negativne slike tijela. Nezadovoljstvo tijelom pokazalo se značajnim faktorom u razvoju i održavanju poremećaja hranjenja u brojnim studijama (57-59). Što se tiče uloge spola, iako su istraživanja poremećaja hranjenja većinom bila usmjerena na žensku populaciju, važno je istaknuti da se poremećaji hranjenja manifestiraju u značajnoj mjeri kod oba spola (60).

Rizičnim faktorima za razvoj poremećaja hranjenja pokazali su se i niska socijalna podrška, psihijatrijski komorbiditet, seksualno zlostavljanje ili fizičko zanemarivanje te poremećene navike hranjenja u djetinjstvu (35). Vršnjački pritisak za postizanjem idealnog izgleda tijela tijekom adolescencije, kada je utjecaj vršnjaka najviše izražen, također predstavlja rizični faktor za razvoj poremećenih navika hranjenja (61).

Prisutnost faktora kao što su komplikacije tijekom trudnoće, opsesivno-kompulsivni poremećaj, perfekcionizam i negativna samoprocjena mogu upućivati na veću vjerojatnost razvoja anoreksije, dok su faktori kao što su komplikacije tijekom trudnoće, pretilost u ranoj dobi, problematičan odnos s roditeljima, kritični komentari vezani uz težinu te negativna samoprocjena prediktivni za razvoj bulimije (62).

Pervazivni osjećaj srama, naročito tjelesnog srama, u novije vrijeme sve se češće smatra jednim od centralnih principa u podlozi razvoja i održavanja poremećaja hranjenja, kao i posrednikom između nezadovoljstva tijelom i poremećaja hranjenja (63, 64).

S obzirom da je lista brojnih potencijalnih rizičnih faktora za razvoj poremećaja hranjenja nedovoljno istražena (65), potrebna su daljnja istraživanja istih. Također, potrebno je ustanoviti koji rizični faktori su visoko specifični za različite oblike poremećaja hranjenja.

Posljednjih godina u Hrvatskoj je proveden znatan broj istraživanja kojima se ispitivalo više korelata poremećaja hranjenja, kao i raširenost poremećenih navika hranjenja, ali se veći dio istraživanja ipak odnosio samo na djevojke, odnosno žensku populaciju, što se može smatrati ograničenjem istih (56). Neki od mogućih rizičnih faktora za razvoj poremećenih navika hranjenja, kao što je primjerice vršnjački pritisak, nisu bili čest predmet domaćih istraživanja ili nisu uopće istraživani, kao primjerice tjelesni sram. Vršnjački pritisak općenito je jedan od manje istraživanih sociokulturalnih faktora vezano uz razvoj poremećenih navika hranjenja, a najviše dolazi do izražaja upravo u adolescenciji. Veća podložnost pritisku vršnjaka da se zadovolje kulturalni ideali ljepote, rezultira većim nezadovoljstvom tijelom ako osoba percipira da ne može dostići ideal i veća je vjerojatnost da će razviti poremećene navike hranjenja i eventualno poremećaj hranjenja. Ukoliko je osoba nezadovoljnija izgledom svog tijela počinje ga se sve više sramiti te nastoji izmijeniti izgled tijela različitim metodama koje mogu dovesti do razvoja poremećenih navika hranjenja u oba smjera (djevojke većinom žele izgubiti na težini, dok mladići većinom žele mišićavije tijelo).

Upravo iz ovih razloga, aktualno istraživanje usmjerit će se na ulogu vršnjačkog pritiska, nezadovoljstva tijelom i tjelesnog srama u razvoju poremećenih navika hranjenja kod adolescenata oba spola te će ovaj rad pokušati dati doprinos boljem razumijevanju uloge istih na razvoj poremećenih navika hranjenja.

Pregled recentne literature i istraživanja vezano za svaku pojedinu varijablu bit će navedeni u kasnijim poglavljima u nastavku rada.

1.1.8. Teorijska objašnjenja razvoja i održavanja poremećaja hranjenja

1.1.8.1. Psihodinamski pristup

U počecima provedbe tretmana za osobe oboljele od poremećaja hranjenja, psihijatri i psiholozi koristili su dominantni psihodinamski pristup koji je bio baziran na teoriji umjesto na empirijskim dokazima, s obzirom da je psihodinamska teorija bila jedina koju su poznavali.

Psihodinamski pristup definira manifestno ponašanje kao produkt internih konflikata, motiva i

nesvjesnih sila. Ukoliko se određeno ponašanje prestane pojavljivati bez da je otkriven i razriješen osnovni motiv koji ga pokreće, vrlo vjerojatno će doći do relapsa nakon nekog vremena. Simptomi predstavljaju izraz pacijentovih fundamentalnih potreba i pretpostavlja se da će njegove poteškoće nestati nakon završetka prorade istih. Psihodinamski model nije originalno obuhvaćao poteškoće s hranjenjem, simptome povezane s hranom i ponašajne rituale poremećaja hranjenja (66).

Terapeuti s psihodinamskom perspektivom vjerovali su da esencijalni tretman za potpuni oporavak od poremećaja hranjenja obuhvaća razumijevanje i tretiranje uzroka, adaptivne funkcije i svrhe koju ima određeni poremećaj hranjenja (67).

Adaptivne funkcije služe kao zamjena za razvojne deficite, odnosno psihološke potrebe koje tijekom razvoja osobe nisu bile zadovoljene, i štite osobu od rezultirajuće ljutnje, frustracije i boli (68).

Neke od najčešćih adaptivnih funkcija koje obično imaju ponašanja poremećaja hranjenja su slijedeća (69):

- Utjeha/ skrb
- Pažnja, poziv u pomoć
- Sedacija, distrakcija, otupjelost
- Otpuštanje tenzije, ljutnje
- Pobuna
- Kontrola i radost, održavanje dobrog osjećaja
- Predvidljivost, struktura, identitet, samopoštovanje
- Samokažnjavanje ili kažnjavanje tijela
- Čišćenje ili purifikacija selfa
- Ponovno proživljavanje zlostavljanja (repeticija i kompulzija)
- Zaštita ili sigurnost, ovisno o veličini tijela (malo/ veliko)
- Izbjegavanje intimnosti
- Dokazi za samooptuživanje ("Ja sam loš/loša.") umjesto optuživanja drugih, primjerice zlostavljača
- Pokušaj nestajanja (kod anoreksije nervoze)

Kada se otkrije adaptivna funkcija ponašanja, postaje jasniji razlog zašto se tako teško odreći tog ponašanja i što se može napraviti da se isto zamijeni s nekim drugim, funkcionalnijim ponašanjem. Problem s adaptivnim funkcijama je taj da se nikada ne mogu internalizirati i nikada ne mogu u potpunosti zamijeniti ono što se originalno trebalo (68). Također, adaptivne funkcije imaju posljedice koje dugoročno ugrožavaju zdravlje i funkcioniranje osobe. Primjerice, osoba koja nikada nije naučila kako da utješi samu sebe može koristiti hranu kao sredstvo tješnja i umirivanja te se početi prejedati u situacijama kada je uznemirena. Kompulzivno prejedanje joj nikada neće pomoći da internalizira vještinu samotješnja i vjerojatno će rezultirati negativnim posljedicama kao što su dobivanje na težini ili socijalno povlačenje. Za neke osobe izgladnjivanje može biti dijelom pokušaj da uspostave osjećaj kontrole ili moći, samovrijednosti ili snage. Povraćanje može postati prihvatljiv fiziološki i psihološki način otpuštanja ljutnje ili anksioznosti ukoliko izražavanje ovih osjećaja nije bilo poticano tijekom djetinjstva ili je bilo popraćeno sa zanemarivanjem, kritikizmom ili zlostavljanjem (69). Razumijevanje i prorada adaptivnih funkcija ponašanja vezanih uz poremećaj hranjenja važno je prilikom pomaganja pacijentima da internaliziraju sposobnost koja će im pomoći da postignu oporavak od poremećaja hranjenja i održe ga što je duže moguće (68).

U svim psihodinamskim teorijama, poremećaji hranjenja promatraju se kao ekspresije borbe unutaršnjeg selfa koji koristi ponašanja poremećenog hranjenja i kontrole tjelesne težine kao načine komunikacije ili izražavanja osnovnih, podliježućih problema (70). Simptomi se smatraju korisnim za pacijenta i izbjegavaju se pokušaji da ih se direktno prekine. U striktnom psihodinamskom pristupu, premisa je da kada su se osnovni problemi sposobni izraziti, proraditi i razriješiti, tada ponašanja poremećenog hranjenja više neće biti potrebna.

Psihodinamski tretmani obično se sastoje od čestih psihoterapijskih seansi tijekom kojih se u radu sa pacijentom koristi interpretacija i upravljanje transfernim odnosom, odnosno pacijentovim doživljajem terapeuta i vice versa. Bez obzira na pojedinu psihodinamsku teoriju, esencijalni cilj ovog tretmanskog pristupa je pomoći pacijentu da razumije veze između svoje prošlosti, svoje ličnosti i svojih odnosa sa samim sobom i sa drugim ljudima te kako je sve navedeno povezano sa njegovim poremećajem hranjenja. Psihodinamska terapija može ponuditi jako puno osobama sa poremećajima hranjenja i može biti važan faktor u tretmanu, ali striktni psihodinamski pristup koji isključuje raspravu o ponašanjima vezanim uz hranjenje i kontrolu tjelesne težine nije se pokazao učinkovitim u postizanju visokih stopa potpunog oporavka od poremećaja hranjenja.

Rani pionirski i još uvijek relevantan rad psihijatrica i psihoanalitičarke Hilde Bruch (*The Golden cage*, 1973; 67) vezano uz tretman poremećaja hranjenja, primarno anoreksije nervoze za koju je razvila teoretski model u kojem anoreksiju definira kao poremećaj selfa, ukazao je na važnost uporabe tehnika za modifikaciju ponašanja kod oboljelih. Hilde Bruch je pokušala uskladiti psihoanalitičke teorije razvoja s terapijom u kojoj je naglašavala da sama psihoanalitička teorija treba biti nadopunjena drugim teorijama, jer je učinkovitost veća. Kognitivno bihevioralni modeli psihoterapija imaju jasne modele disfunkcionalnih shema na kojima se radi, ali nemaju sveobuhvatnu sliku deficita u razvoju selfa kao niti naglasak na emocionalnom, gdje psihodinamika značajno pomaže. Hilde Bruch je radila na povezivanju simptoma s unutrašnjim svijetom, odnosno davanju značenja simptomima. Zato je naglasak u psihoterapiji upravo rad sa deficitima selfa, a ne sa samim simptomima (15). Također, njena teorija razvoja poremećaja hranjenja sadržavala je i kognitivne faktore, odnosno kognitivne distorzije, za koje je kasnije empirijski utvrđeno da se nalaze u osnovi poremećenog hranjenja. Naime, kroz originalni koncept interoceptivne konfuzije (71), Hilde Bruch je govorila o self-deficitima koji odražavaju iskustvo afektivne disregulacije i gubitka kontrole kod osoba oboljelih od poremećaja hranjenja (15).

Postoji više objašnjenja razvoja anoreksije nervoze baziranih na psihodinamskom modelu, s obzirom da je anoreksija najviše bila u fokusu analitičara (72). Jedno od takvih objašnjenja sugerira da anoreksija nervoze predstavlja nesvjestan napor djevojaka da odgode ulazak u pubertet i ostanu na razini djevojčice, što je posljedica njihove pretjerane ovisnosti o roditeljima. Neke djevojke se mogu bojati seksualnog sazrijevanja i svih promjena koje donosi pubertet. S obzirom da je anoreksija nervoze povezana sa prekidom menstrualnih ciklusa, psihodinamski teoretičari smatrali su da anoreksija omogućuje oboljeloj osobi da izbjegne odrastanje. Druga psihodinamska teorija predlaže da anoreksija nervoze omogućuje djevojci izbjegavanje teme njezine seksualnosti. Gubitak tjelesne težine uslijed restrikcije hrane spriječava zaobljavanje dojki i bokova te tijelo više nalikuje na dječak. Neki teoretičari čak smatraju da bi anoreksija mogla biti način općenitog izbjegavanja bilo kakve teme vezano uz područje seksualnosti, a naročito vjerojatnost trudnoće. Treći psihodinamski pristup smatra anoreksiju nervozu pokušajem adolescenata da se odvoje od svojih roditelja i izgrade svoj vlastiti identitet. Hilde Bruch je tijekom svog rada isticala ulogu roditelja u razvoju anoreksije nervoze, ali i drugih poremećaja hranjenja (67). Po njoj, poremećaji hranjenja posljedica su narušenog odnosa između majke i djeteta koje dovodi do ozbiljnih ego deficita i kognitivnih distorzija kod djeteta. Također, roditelji osoba oboljelih od anoreksije

imaju tendenciju biti dominantni te anoreksija predstavlja pokušaj stjecanja osjećaja autonomije i kontrole, s obzirom da takva djeca imaju doživljaj kao da ne posjeduju svoja vlastita tijela. Preuzimanje kontrole nad vlastitim tijelom jedan je od načina postizanja individualnosti. Mršavost i izgladnjivanje smatraju se znakovima samokontrole i neovisnosti. Hilde Bruch također razlikuje efikasno/uspješno i neefikasno/neuspješno roditeljstvo. Efikasni roditelji adekvatno zadovoljavaju potrebe svog djeteta, odnosno hrane dijete kada je ono gladno i tješe ga kada je anksiozno. Neuspješni roditelji najčešće pogrešno interpretiraju djetetove znakove te kada anksiozno dijete plače, majka će ga početi hraniti, vjerujući da je dijete gladno ili kada dijete plače zbog gladi, početak će ga tješiti vjerujući da je anksiozno. Ovakve situacije zbunjuju dijete oko njegovih vlastitih unutarnjih stanja i njegovih potreba te ga čini ovisnim o drugima. Kada takvo dijete postane adolescent, očekuje se da postane sve samostalnije, ali uslijed njegove nesigurnosti postaje strašljivo što dovodi do osjećaja bespomoćnosti i osjećaja da ne kontrolira svoje vlastito tijelo. Jedina stvar koju sa sigurnošću može kontrolirati je unos hrane, odnosno hranjenja. Hilde Bruch (71) je ustanovila da mnoge majke anoreksične djece priznaju da su anticipirale djetetovu glad kada su bila mala te kao posljedicu toga djeca nisu nikada iskusila osjećaj gladi. Također postoje dokazi da se anoreksične osobe pretjerano oslanjaju na stajališta okoline, što može sugerirati percipirani osjećaj nedostatka samokontrole.

Kao rezultat istraživačkog rada i empirijskih rezultata, prilikom pojašnjavanja rizičnih faktora i ostalih značajnih faktora koji doprinose razvoju i održavanju poremećaja hranjenja, posljednjih godina se najčešće koristi okvir kognitivno-bihevioralne teorije i sociokulturalne teorije (35, 62, 73-75), kao i objektivizacijske teorije u novije vrijeme (76-78). Također, na temelju spomenutih teorija razvijeni su terapijski programi za pojedine poremećaje hranjenja (35).

Međutim, važno je naglasiti da ne postoji niti jedna teorija koja bi na sustavan i sveobuhvatan način dala objašnjenje procesu razvoja i održavanja poremećaja hranjenja. Također, i pored svih istraživanja, do danas još uvijek nisu poznati točni uzroci razvoja nekog od poremećaja hranjenja.

1.1.8.2. Kognitivno-bihevioralna teorija

Prema kognitivno-bihevioralnoj teoriji, središnje obilježje održavanja bulimije je postojanje disfunkcionalnog sistema samovrednovanja koji temelji procjenu vlastite vrijednosti isključivo na sposobnosti kontrole navika hranjenja te oblika i težine tijela. Drugim riječima,

osoba nastoji postići ekstremnu kontrolu hranjenja, mršavost i gubitak težine dok maksimalno izbjegava prejedanje, debljinu i porast težine (79).

Bulimične osobe obično usvoje ekstremna i vrlo specifična dijetna pravila, pri čemu svako i najmanje nepoštivanje pravila, uslijed niskog samopoštovanja, bude praćeno negativnim reakcijama i potvrdom vjerovanja o vlastitom nedostatku samokontrole (80). Rezultat je privremeno napuštanje dijetnoga režima te epizode prejedanja koje se izmjenjuju s fazama ekstremno rigidne dijetne.

Epizode prejedanja zapravo održavaju sržnu psihopatologiju bulimije nerveze, odnosno zabrinutost vlastitom sposobnosti kontrole hranjenja, oblika i težine tijela. Što se više ograničava unos hrane, raste vjerojatnost prejedanja (79).

Kognitivno-bihevioralna teorija predlaže tri mehanizma za održavanje anoreksije (35). Prvi mehanizam je posljedica činjenice da kontrola nad hranjenjem potiče osjećaj osobe da ima kontrolu nad sobom što posljedično utječe na njeno samovrednovanje. Početna uspješna kontrola restriktivnog uzimanja hrane povećava se tijekom vremena, kao i osjećaj samovrednovanja što rezultira još ekstremnijom restrikcijom unosa hrane.

Drugi mehanizam održavanja anoreksije odnosi se na percepciju pojedinih osoba da su u stanju gladovanja izgubili kontrolu nad svojom sposobnosti da ne jedu, što potiče daljnju restrikcije unosa hrane.

Treći mehanizam naročito je specifičan za zapadnu kulturu i odnosi se na korištenje oblika i težine tijela kao indikatora opće samokontrole i samovrednovanja osobe. Striktnim monitoringom oblika i težine tijela podržava se preokupiranost izgledom i tjelesnom težinom te posljedično takve osobe sve više kontroliraju svoj oblik i težinu tijela te reduciraju obroke (81).

1.1.8.3. Sociokulturalna teorija

Sociokulturalna teorija naglašava da različiti sociokulturalni pritisci, pri čemu se prvenstveno misli na obitelj, vršnjake i medije, uključuju internalizaciju ideala mršavosti u društvo i povećavaju učestalost poremećenih navika hranjenja (82-85).

Po sociokulturalnom modelu (86), internalizacija ideala mršavosti povećava nezadovoljstvo tijelom što potom dovodi do negativnog afekta i poremećenih navika hranjenja, primjerice držanja dijeta, što posljedično povećava rizik od razvoja simptomatologije poremećaja hranjenja. One osobe koje izrazito internaliziraju ideal mršavosti imaju veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja, pogotovo bulimije (86, 87). Iako sociokulturalni model, o kojem će još

biti govora u poglavlju o nezadovoljstvu tijelom, obuhvaća načine na koji sociokulturalni faktori promiču razvoj poremećaja hranjenja, navedeni model ne daje odgovor na pitanje koje osobe će najvjerojatnije internalizirati ideal mršavosti (88).

Internalizacija idealnog izgleda tijela, zabrinutost tjelesnom težinom, percipirani pritisak od strane okoline i držanje dijete predstavljaju rizične faktore za početak ili pogoršanje već postojećih poremećenih navika hranjenja (89). Također, navedeni faktori dovode do većeg nezadovoljstva tijelom, restrikcije unosa hrane i negativnog afekta te veće vjerojatnosti razvoja bulimičnih simptoma (90).

Izlaganje medijskim slikama mršavih žena dovodi do značajnog trenutnog povećanja nezadovoljstva tijelom kod žena, naročito onih mlađih (91) te konstantno izlaganje istoj medijskoj promidžbi može imati negativan efekt na njihovu sliku tijela i samopoštovanje.

Iako se smatra da su djevojke osjetljivije na sociokulturalne utjecaje na navike hranjenja (92), istraživanja provedena na mladićima pokazuju da mediji, roditelji i vršnjaci značajno povećavaju njihovo nezadovoljstvo tijelom, naročito nakon početka adolescencije (93, 94). Sociokulturalni pritisci kod mladića mogu dovesti do češćeg korištenja anaboličkih steroida i različitih dodataka prehrani u svrhu povećanja mišićne mase i približavanja idealu snažnog i moćnog muškarca (95).

1.1.8.4. Objektivizacijska teorija

Feministice su više puta naglašavale da mediji i brojni muškarci tretiraju žene kao objekte čija je primarna svrha postojanja pružanje seksualne gratifikacije muškarcima (96). Objektivizacijska teorija smatra da žene u odnosu na muškarce puno češće tijekom života dobivaju poruke od svojih roditelja, vršnjaka, muškaraca i medija da je njihov izgled najvažniji pokazatelj njihove vrijednosti kao osobe te su rutinski kritizirane od strane okoline (97). S obzirom da nezadovoljavanje favoriziranog standarda izgleda ima velike osobne i socijalne posljedice, žene vrlo pomno konstantno motre svoj izgled i kako izgledaju drugima (98). One žene koje su izrazito angažirane oko svog izgleda imaju veći rizik da postanu pretjerano zabrinute oko percipiranih mana u izgledu te budu manje zadovoljne svojim tijelom. Objektivizacijska teorija je nastala kao pokušaj objašnjenja iskustava žena (97) i korištena je kao pokazatelj da žene doživljavaju veću objektivizaciju od muškaraca te su više angažirane oko monitoringa izgleda tijela (99, 100).

Prema objektivizacijskoj teoriji (97), ukoliko žene žive u okruženju u kojem je njihov fizički izgled konstantno podložan evaluaciji i kritici tada je značajno povećana vjerojatnost da

razviju poremećene navike hranjenja i poremećaje hranjenja. Tijekom vremena žene počinju internalizirati svakodnevna seksualno objektivizacijska iskustva, a internalizacijom objektivizirane tjelesne perspektive razvija se tjelesni sram (101). S obzirom da su kulturalni ideali ljepote preteško ostvarivi za većinu žena, osjećaj srama nastoji se reducirati mijenjanjem oblika tijela (npr. držanjem dijete) ili razvijanjem poremećenih navika hranjenja (npr. prejedanje) kao strategijom suočavanja s emocionalnim distresom povezanim s tjelesnim sramom (78). Općenito govoreći, žene doživljavaju pritisak da postignu ideal mršavosti te zbog toga imaju veći rizik za razvoj poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja koji promiču mršavost, kao što su anoreksija i bulimija (99).

Primjena objektivizacijske teorije na muškarce rezultirala je neujednačenim rezultatima, najvećim dijelom zbog zanemarivanja spolnih razlika vezano uz idealan izgled i oblik tijela (102). Oehlhof, Musher-Eizenman, Neufeld i Hauser (103) su ispitujući samoobjektivizaciju i idealni oblik tijela na studentima oba spola pokazali da su viši rezultati na skali samoobjektivizacije kod žena bili povezani sa željom za vitkijim tijekom, a kod muškaraca sa željom za mišićavijim tijelom.

Važna komponenta tradicionalne muške uloge je očekivanje da su muškarci snažni i društveno dominantni (104). Imati snažno i mišićavo tijelo predstavlja jedan od načina za demonstraciju muškog ideala moći. Snažno i moćno tijelo uključuje veću tjelesnu masu zbog mišića ili tjelesne masti, iako se visok postotak masti, odnosno gojaznost, ne smatra moćnim (99).

S obzirom da je tijekom vremena medijski prikaz muškaraca postao naglašeno objektiviziran, spomenuti teorijski okvir postaje sve više relevantan i kod muškaraca (99). Iako muškarci u prosjeku ne doživljavaju toliko česte i ozbiljne kritike na račun svog tijela u odnosu na žene, izgled njihovih tijela također je predmet kritike drugih žena i muškaraca (105) te su izloženi medijskim prikazima moćnih i mišićavih muških tijela (106). Kao posljedicu toga, anganžirat će se više oko svog fizičkog izgleda.

Objektivizacija muškog tijela i internalizacija idealnog muškog tijela povezana je sa većim nezadovoljstvom tijelom, tjelesnim sramom i poremećenim navikama hranjenja kod muškaraca (76, 107-109). Muškarci koji teže idealnom obliku muškog tijela, primjerice onom kakvo imaju bodybuilderi ili muški modeli u časopisima, nezadovoljniji su svojim tijelom (102, 110). Također, muškarci koji teže mišićavijem tijelu žele izgledati snažnije i moćnije u svrhu približavanja tradicionalnoj muškoj ulozi (99).

Tjelesni sram značajno posreduje u odnosu između samoobjektivizacije i poremećenih navika hranjenja (76, 101). Izloženost objektiviziranim medijskim slikama muškaraca i žena povezana je sa većom samoobjektivizacijom i tjelesnim sramom kod oba spola (111).

Više istraživanja ukazalo je na značajnu povezanost između seksualne orijentacije i poteškoća vezanih uz tjelesni izgled (112, 113), odnosno rezultati istih upućuju na postojanje više razine seksualne objektivizacije u muškoj homoseksualnoj populaciji. U odnosu na heteroseksualne muškarce, homoseksualni muškarci u prosjeku iskazuju znatno veće nezadovoljstvo tijelom i češće poremećene navike hranjenja (112, 114), te ih se može uspoređivati sa heteroseksualnim ženama. Oglašavanje i mediji usmjereni na homoseksualnu populaciju muškaraca obično su fokusirani na idealizirano muško tijelo (115), dok analiza sadržaja osobnih oglasa za traženje poznanstava ukazuje da se i heteroseksualni i homoseksualni muškarci više fokusiraju na fizički izgled potencijalnog partnera, odnosno partnerice, u odnosu na žensku populaciju.

Homoseksualni muškarci iskazuju višu razinu samoobjektivizacije i tjelesnog srama nego heteroseksualni muškarci (116). Također, homoseksualni muškarci sa višom razinom samoobjektivizacije češće su razvijali poremećene navike hranjenja i poremećaje hranjenja. Kod homoseksualnih žena potrebna su dodatna istraživanja, jer su dosadašnji rezultati neujednačeni (101, 117).

Vršnjački pritisak

Sociokulturni utjecaj predstavlja najispitivaniji i najviše dokumentirani utjecaj na zadovoljstvo tijelom i razvoj poremećaja hranjenja (65, 118-120). Zapadna kultura postavlja nerealistične i nedostižne standarde ljepote zbog kojih su pojedinci nezadovoljni vlastitim tjelesnim izgledom. Nezadovoljstvo tijelom može rezultirati ponašanjima kojima je primarni cilj promjena oblika i težine tijela, pri čemu u ekstremnim slučajevima dolazi do razvoja poremećaja hranjenja koji se očituju u anoreksičnim i bulimičnim simptomima.

Stice i Show (121) specificirali su mehanizme kojima sociokulturni pritisak dovodi do poremećaja hranjenja. Osnovni tripartitni model pokazuje da percipirani pritisak vezan uz izgled od strane vršnjaka, medija, obitelji dovodi do poremećaja hranjenja direktno ili

indirektno preko procesa internalizacije kulturnih ideala i nezadovoljstva tijelom.

Nekoliko je različitih verzija tog modela, pri čemu neki uključuju i utjecaj psihološkog funkcioniranja (npr. samopoštovanje, depresija i sl.) na poremećaje hranjenja, no svi modeli kao primarne utjecaje navode obitelj, vršnjake i medije (118, 122).

Utjecaj sociokulturnih pritisaka na nezadovoljstvo tijelom uslijed internalizacije ideala mršavosti prvotno je razvijen za pojašnjenje modela razvoja poremećaja hranjenja kod djevojaka (65), no novija istraživanja pokazuju da je prikladan i za razumijevanja poremećenih navika hranjenja kod mladića (123).

Utjecaj medija i obitelji na nezadovoljstvo tijelom i poremećene navike hranjenja vrlo je opsežno dokumentiran. Brojna korelacijska i eksperimentalna istraživanja pokazala su negativni učinak prezentiranja nerealnih ideala ljepote u medijima (na televiziji, internetu, časopisima, itd.) na zadovoljstvo vlastitim tijelom i navike hranjenja (91, 124), kao i utjecaj roditelja (naročito majki) na nezadovoljstvo tijelom i poremećene navike hranjenja (125-129).

Utjecaj vršnjaka na razvoj poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja počeo se više istraživati tek u novije vrijeme, za razliku od drugih oblika utjecaja vršnjaka na ponašanje pojedinca (130-132). U periodu adolescencije vršnjaci i pripadnost grupi imaju izrazito važnu ulogu te je njihov utjecaj daleko snažniji i značajniji u odnosu na druga životna razdoblja (133).

Podložnost vršnjačkom pritisku često dolazi od želje pojedinca da se uklopi u grupne norme i bude prihvaćen od vršnjaka, odnosno što više želi biti član grupe to mu je teže odoljeti vršnjačkom pritisku (134). Vršnjaci su neizostavni dio odrastanja pojedinca koji sudjeluju u procesu socijalizacije te facilitiraju osjećaj identiteta, odnosno osobina ličnosti, stavova, vrijednosti, fizičkih karakteristika i ponašanja pojedinca (135).

Prilikom objašnjavanja razvoja osjećaja identiteta često se koristi Eriksonova teorija razvoja identiteta (136). Prema Eriksonu, osobe se u dobi od dvanaeste do dvadesete godine nalaze u petom stadiju psihosocijalnog razvoja koji on naziva „identitet naspram difuziji identiteta“. Tijekom tog razdoblja osobe su suočene s brojnim psihofizičkim promjenama te intenzivnim rastom i razvojem. Mlade osobe nastoje spoznati tko su one i izgraditi vlastiti identitet u procesu uspostavljanja autonomije dok balansiraju između ovisnosti o roditeljima i samostalnosti.

Erikson (136) je smatrao da je psihosocijalni proces razvoja identiteta naročito relevantan za istraživanja pripadnosti grupi i vršnjačkog utjecaja. Pripadnosti grupi esencijalna je za zdrav

razvoj identiteta u adolescenciji. Vršnjačke grupe mogu imati izrazito pozitivan utjecaj na razvoj pojedinca jer mu pomažu u prilagođavanju pojedincima ili drugim grupama, dijeljenju uspjeha i poraza, učenju komunikacije i empatije, procjenjivanju sebe i drugih, kritikom i ocjenama suočavaju pojedinca s njegovim ponašanjem što mu pomaže da bude socijalno i kognitivno kompetentiji. Također, omogućavaju pojedincu da istražuje ideologije, testira vlastitu sposobnost uspostave prisnih vršnjačkih odnosa te da prestane biti psihološki ovisan o roditeljima, a da pritom zadrži određeni osjećaj pripadnosti. Sigurnost i podrška svojstvena pripadnosti grupi omogućava adolescentima da se lakše nose sa stresom i nesigurnošću u vlastiti self (136, 137). Adolescencija je period povećane samosvjesti zbog čega su podrška i vrednovanje od strane vršnjaka kroz taj period izričito važni za izgradnju zdravog selfa. Kvaliteta prijateljstva, kao što su povjerenje, komunikacija i prihvaćanje, ima pozitivan učinak na adolescente povećavajući im samopoštovanje i zadovoljstvo životom (138).

U razdoblju adolescencije pojedinci usvajaju neke od karakteristika vršnjaka s kojima se druže i osobito su podložni vršnjačkom pritisku (139, 140).

Steinberg i Monahan (141) navode dva objašnjenja povećane podložnosti vršnjačkom pritisku u razdoblju adolescencije.

Prema jednom objašnjenju, vršnjaci služe kao referentna grupa koja definira socijalni kontekst tijekom rane i srednje adolescencije (142). Kada se počinju svrstavati u skupine adolescenti osjećaju pritisak da usvoje vrijednosti, stil i interese koje podržava skupina vršnjaka. Iako pojedinac sa vršnjačkom grupom dijeli određene zajedničke karakteristike, nikada u potpunosti nije jednak drugim članovima grupe, pa tako onim svojim karakteristikama i ponašanjima koje se razlikuje od ostalih može vršiti utjecaj na grupu. Na taj način adolescenti reguliraju ponašanje jedni drugih s ciljem jačanja solidarnosti i uniformnosti unutar grupe te time stvaraju i zadržavaju grupni identitet koji ih razlikuje od drugih adolescenata i grupa (143).

Drugo objašnjenje više je usmjereno na pojedinca negoli na socijalni kontekst. Prema tom objašnjenju, veća podložnost vršnjačkom pritisku rezultat je promjena u osjetljivosti pojedinca na pritisak vršnjaka. Naglašena važnost vršnjaka usmjerava adolescente prema mijenjanju vlastitog ponašanja s ciljem uklapanja u skupinu (144). Veća je vjerojatnost da će slijediti skupinu kako bi izbjegli njeno odbacivanje zbog toga što im je više stalo do mišljenja prijatelja (143). Pojačana podložnost vršnjačkom pritisku tijekom rane adolescencije vjerojatno je posljedica toga što adolescenti još nisu emocionalno spremni postati neovisni, pa im vršnjaci služe kao pomoć pri osamostaljivanju (145). Također, neka preliminarna istraživanja pokazuju da sustavi u mozgu važni za obradu socijalnih informacija prolaze

remodeliranje tijekom puberteta što zasigurno može dovesti do povećane svijesti i usmjerenosti pažnje na mišljenje vršnjaka (146).

Nisko samopoštovanje i osjećaj usamljenosti kod mladih povećavaju podložnost vršnjačkom pritisku (147), kao i niži socioekonomski status i lošija kvaliteta odnosa s drugim važnijim osobama (roditelji, drugi članovi obitelji, prijatelji) (148).

Iako adolescentima vršnjaci predstavljaju vrlo važnu komponentu u životu, istraživanja utjecaja vršnjaka većim dijelom su bila usmjerena na negativne aspekte tog utjecaja poput uključivanja u rizična ponašanja pušenja, konzumacije droga, alkohola te delikventnog ponašanja (149-153).

1.2.1. Vršnjački pritisak i poremećaji hranjenja

Adolescenti njeguju tzv. kulturu izgleda, odnosno velika većina njih mnogo vremena troši na preokupacije o izgledu, iznose ih i raspravljaju o njima u razgovoru s prijateljima (154).

U kontekstu utjecaja vršnjaka na razvoj poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja, adolescenti međusobnim druženjem mogu razviti slične stavove i vrijednosti vezane uz izgled i slične nezdrave strategije promjene izgleda (155).

Primjerice, Crandall (156) je na temelju istraživanja provedenog među mladim odraslim djevojkama u dva ženska studentska udruženja u trajanju od godine dana ustanovio da su se na kraju godine epizode prejedanja pojedinačnih studentica mogle predvidjeti na temelju epizoda prejedanja grupe. Meyer i Waller (157) proveli su slično istraživanje koje je ispitalo promjenu u stavovima o slici tijela, restrikcijama unosa hrane i epizodama prejedanja na grupi djevojaka koje su planirale živjeti zajedno za vrijeme studija te su nakon 14 tjedana zajedničkog života utvrdili sličnije samoprocjene stavova o slici tijela i bulimičnim ponašanjima.

Paxton, Schutz, Wertheim i Muir (158) utvrdili su da članice vršnjačke grupe imaju slične rezultate na mjerama zabrinutosti tjelesnim izgledom, dijetama i ekstremnim načinima mršavljenja. Hutchinson i Rapee (159) ispitali su utjecaj društvenih mreža i vršnjačkog utjecaja na zabrinutost slikom tijela, restriktivnim dijetama, ekstremnim načinima mršavljenja i epizodama prejedanja kod adolescentica te su ustanovili da članice vršnjačke grupe postižu slične rezultate na mjerama držanja dijete, ekstremnim načinima mršavljenja i epizodama prejedanja, no ne i zabrinutosti slikom tijela. Velik broj djevojaka tijekom srednje škole provodi dosta vremena razgovarajući s prijateljicama o tjelesnoj težini, izgledu i dijetama. Ispitivanje odnosa između nezadovoljstva tijelom kod adolescentica, poremećenih navika hranjenja, kvalitete istospolnih prijateljstava i uvjerenja o mršavosti u

interpersonalnim relacijama, uz kontrolu varijable depresivnosti, pokazalo je konzistentnu povezanost nezadovoljstva tijelom, poremećenih navika hranjenja i negativne kvalitete prijateljskih odnosa (160).

Općenito govoreći, kod ženske populacije prevladavaju razgovori o debljini (eng. „fat talk“), dijetama i drugim metodama mršavljenja, dok su razgovori muške populacije više orijentirani na povećanje mišićne mase (161, 162).

Vršnjaci oba spola često uspoređuju svoj izgled (163), no djevojke to čine češće od mladića (164) te su usporedbe izgleda kod djevojaka značajniji dugoročni prediktori nezadovoljstva tijelom (165).

Vršnjaci direktno stvaraju pritisak kod pojedinca upućivanjem direktnih komentara o izgledu tijela i strategijama promjene tijela. Komentari poput „Trebala bi smršaviti.“ ili „Izgledao bi bolje da imaš nešto više mišića.“ mogu utjecati na zadovoljstvo tijelom, strategije promjene tijela i poremećaje hranjenja kod mladića i djevojaka (166, 167).

Neumark-Sztainer, Falkner, Story, Perry, Hannan i Mulert (168) pronašli su da postoji značajna povezanost između percipiranih komentara na račun težine i aktualne težine ispitanika. O učestalijim komentarima na račun težine, koji su ih uznemiravali, češće su izvještavali adolescenti iznadprosječne i ispodprosječne težine u odnosu na adolescente prosječne težine. Pretili adolescenti, od toga 63 % djevojaka i 58 % mladića, najčešće su dobivali komentare na račun težine od strane svojih vršnjaka, a potom i članova obitelji. Percipirani komentari na račun težine bili su značajno povezani sa poremećenim navikama hranjenja kod iznadprosječno i ispodprosječno teških djevojaka i mladića. Primjerice, kod iznadprosječno teških adolescenata koji su učestalo dobivali komentare na račun težine ukupno 29 % djevojaka i 18 % mladića izvijestilo je epizodama prejedanja nakon istih (168).

Razgovori o izgledu i kritike na račun izgleda značajni su prediktori nezadovoljstva tijelom i kod djevojaka i mladića, uz medijski utjecaj internalizacije ideala tjelesnog izgleda (169).

Česti negativni komentari od strane vršnjaka povećavaju incidenciju poremećenih navika hranjenja kod adolescenata i pojavu ozbiljnijih depresivnih i anksioznih simptoma te znatno nižeg samopoštovanja.

Veća učestalost negativnih vršnjačkih komentara, kao i zadirivanja i ismijavanja na temu tjelesnog izgleda povećava diskrepancu između idealnog i percipiranog izgleda, kao i vjerojatnost razvoja nekog od poremećaja hranjenja i depresivne simptomatologije (170, 171). Haines i suradnici (167) su ispitujući studente ustanovili da je njih čak 25 % barem nekoliko puta u godini bilo zadirivano na račun težine te da je zadirivanje na račun težine predviđalo

razvoj poremećenih navika hranjenja kod adolescenata u razdoblju od pet godina. Zadirrivane djevojke frekventnije su držale dijete, dok su zadirrivani mladići više inicirali epizode prejedanja i prakticirali nezdrave načine kontrole težine.

Zadirrivanje zbog tjelesnog izgleda kod značajnog broja djevojaka i mladića bilo je povezano s niskim zadovoljstvom tijelom, niskim samopoštovanjem, visokom razinom depresivnih simptoma te razmišljanjima i pokušajima suicida, čak i nakon kontrole stvarne tjelesne težine (172). Vršnjaci naročito utječu na poremećene navike hranjenja kada pojedinci misle da će se više sviđati svojim vršnjacima ako izgube na težini (173, 174). Već kod dječaka i djevojčica od 3. do 6. razreda ustanovljeno je da njih 15 % smatra da bi se više sviđali svojim vršnjacima da su mršaviji, pri čemu je utvrđeno da je takvo vjerovanje značajan prediktor poremećaja hranjenja (175).

Kad se govori o spolnim razlikama u percepciji prihvaćanja vršnjaka na osnovu slike tijela među srednjoškolcima, utvrđeno je da su djevojke bile sklonije mišljenju da prihvaćanje vršnjaka ovisi o njihovoj mršavosti u usporedbi s mladićima (173). S druge strane, mladići su više orijentirani na mišićavost tijela nego na mršavost kojoj više teže djevojke (176), te su skloniji različitim načinima povećanja mišićne mase, uključujući i nezdrave, ako smatraju da će im to pomoći da budu bolje prihvaćeni od strane vršnjaka (177).

Ispitivanjem percipiranog pritiska i prihvaćanja vršnjaka na temelju istaknutog tjelesnog atributa za djevojke – mršavosti i za mladiće – mišićavosti, uz pretpostavljen značaj ITM-a i dobi, utvrđeno je da su djevojke iznadprosječne težine i mladići ispodprosječne težine percipirali najveći vršnjački pritisak vezano uz izgled tijela (154). U usporedbi s ostalim djevojkama, djevojke iznadprosječne težine u najvećoj mjeri su smatrale da bi bile prihvaćenije od strane vršnjaka da su mršavije, za razliku od djevojaka ispodprosječne težine koje su u najmanjoj mjeri smatrale isto.

Kod mladića, oni ispodprosječne težine percipirali su najveći pritisak za povećanje mišićne mase u odnosu na ostale mladiće. Za percepciju prihvaćanja kod mladića značajnom se pokazala dob, pri čemu su stariji mladići smatrali su da je njihovo prihvaćanje od strane vršnjaka snažnije povezano s mišićavom građom u odnosu na mlađe (154).

Zaključno, brojna istraživanja su pokazala da vršnjaci mogu na pojedinca vršiti pritisak direktnim komentarima i ponašanjem, kao i indirektnim pritiskom kod kojeg su zahtjevi vršnjaka suptilnije iskazani. U slučaju indirektnog pritiska, ponašanje prema pojedincu se mijenja u vidu većeg prihvaćanja ili odbacivanja iz grupe, ovisno o tome ponaša li se pojedinac u skladu s očekivanjima vršnjaka ili ne (178). Vršnjački pritisak ne mora biti nužno

iskazan, već je dovoljno je da pojedinac percipira postojanje istog i posljedično razvije negativnu sliku tijela i poremećene navike hranjenja te poremećaje hranjenja.

Ipak, važno je naglasiti da vršnjaci mogu imati i pozitivan utjecaj na one pojedince koji su pretjerano fokusirani na težinu i izgled tijela na način da osiguravaju zaštitnu okolinu unutar koje je osobu moguće odgovoriti od daljnjih nezdravih ponašanja za gubitak i kontrolu tjelesne težine, kao što su držanje striktnih dijeta i samoinducirano povraćanje (155). Na taj način prijatelji i vršnjaci mogu spriječiti adolescente od razvijanja poremećenih navika hranjenja koji mogu rezultirati razvojem nekog od poremećaja hranjenja.

Jedan od nedovoljno istraživanih faktora koji također može smanjiti vjerojatnost nezadovoljstva tijelom i učestalost neadekvatnih ponašanja za gubitak težine je prijateljstvo sa osobom koja ima tjelesnu težinu veću od prosječne ili ima prekomjernu tjelesnu težinu. Prema teoriji socijalnog potkrepljenja, pojedinci internaliziraju stavove o tjelesnoj težini i izgledu tijela ovisno o grupi podrške te prisutnost jednog ili više prijatelja u grupi vršnjaka koji imaju veću tjelesnu težinu od prosječne može štititi adolescenta od opterećenosti idealom mršavosti, jer će manje važnosti pridavati vjerovanju da mršavost doprinosi socijalnom prihvaćanju (164). Također, bit će zadovoljniji svojim izgledom jer će se moći usporediti s nekim tko teži više od njega.

Daljnje istraživanja faktora koji utječu na rizik i onih koji sprečavaju adolescente od započinjanja s poremećenim navikama hranjenja može pomoći razvoju efikasnijih preventivnih i/ili intervencijskih programa.

1.3. Sram

1.3.1. Općenito o sramu

Nemogućnost diferencijacije osjećaja vlastite vrijednosti od estetike izgleda poticaj je za razvoj simptoma poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja (179), odnosno osobe s poremećajima hranjenja vlastitu vrijednost obično procjenjuju u terminima izgleda zbog čega često podliježu razmišljanjima koja izazivaju osjećaj srama (63). Sram se sve češće smatra centralnim fenomenom poremećaja hranjenja (180, 181).

Sram je kompleksan fenomen koji obuhvaća psihološke, kulturalne, socijalne i etičke aspekte

ljudskog iskustva. Sram je snažna emocija koju pojedinac osjeća nakon negativnog samovrednovanja te doživljava da je neadekvatan i inferioran u određenom pogledu (182-184).

Doživljaj srama je multifacetno iskustvo i sastoji se složenog seta osjećaja, kognicija, ponašanja, fizičkih reakcija i interpersonalnih odnosa (185, 186). Emocionalna komponenta osnovni je aspekt srama. Sram je složena emocija koja objedinjuje različite druge emocije poput ljutnje, straha, anksioznosti ili gađenja. Ukoliko se osoba srami emocija koje doživljava, naročito ako se izražavanje neke od tih emocija smatra socijalno nepoželjnom, primjerice izražavanje ljutnje, nastojat će ih potisnuti. Kognitivna komponenta srama ogleda se u kognicijama i internaliziranim vjerovanjima o sebi kao neadekvatnoj osobi, osobi s manama koja je inferiorna u usporedbi s drugima. Ponašajna komponenta iskazuje se u vidu spuštanja pogleda te izbjegavanja kontakta očima, isprekidanog govora, prekrivanja lica rukama, skrivanja od okoline, bježanja, povlačenja ili pak fizičkog napadanja drugih kako bi se prikrio sram. Fizička reakcija kod srama može, primjerice, biti crvenjenje u licu, dok se interpersonalni aspekt referira na odnos između osobe koja osjeća sram i osobe zbog koje se pojedinac srami.

Sram se smatra posljedicom i izvorom psihopatologije, naročito kada se razmatra u terminima dispozicijskog srama, odnosno sklonosti osobe da reagira sramom u određenim situacijama, i srama kao socijalnog fenomena, pri čemu se sram smatra osnovnim sredstvom za održavanjem kontrole i socijalnog poretka u društvu (187, 188).

Po nekim autorima, sram predstavlja emocionalni odgovor koji pomaže pojedincu u procesu prilagodbe u određenim situacijama (189). Uslijed osjećaja srama dolazi do povlačenja u svrhu samozaštite osobe od mogućnosti da bude emocionalno povrijeđena u situacijama konfrontacije s, primjerice, povredama u odnosima s drugim ljudima, ili u situacijama koje karakterizira nedostatak odgovora druge strane. Povlačenje predstavlja napor da se prekine ili promijeni narav odnosa. Takva reakcija može zaštititi osobu od invazije na njezin self te će joj na taj način pomoći očuvati odnose i osjećaj identiteta. Ukoliko je osjećaj srama čest i preplavljujući tada gubi funkciju zaštite i postaje autodestruktivan. Sram postaje disregulator samopoštovanja i reakcija srama postaje sama po sebi problem. Osobe koje su preplavljene osjećajem srama obično se izoliraju od okoline ne dozvoljavajući sebi mogućnost ozdravljujućih i podržavajućih odnosa sa drugim ljudima.

S obzirom da je sram iskustvo usmjereno na self, za doživljaj srama nužna je samosvijest. Sram uključuje socijalnu usporedbu i javlja se kao reakcija na socijalno odbacivanje i druge događaje koji ugrožavaju samopouzdanje, socijalni status i osjećaj pripadnosti pojedinca (186, 190).

Sram je povezan s kognitivnim i afektivnim aspektima selfa poput samopouzdanja, samopoimanja i slike tijela koji igraju važnu ulogu u socijalnom kontekstu (191).

Po Morrisonu (192), sram je osjećaj koji se razvija kao pokušaj selfa da se riješi izrazito neugodnog subjektivnog iskustva, najčešće povezanog sa osjećajem neuspjeha ili neadekvatnosti. Sram se nalazi u podlozi brojnih neuroza te može rezultirati pojavom depresije, manije ili osjećaja bijesa. Ukoliko roditelji ne pomognu djetetu da razvije osjećaj osobne vrijednosti, dijete počinje osjećati sram. Društvo kao takvo također uzrokuje sram kroz opće stavove o siromaštvu, rasnoj pripadnosti, starenju i slično.

Steiner (193) smatra da sram sprječava potencijalno poniženje. Gilbert (194) u svom evolucijskom modelu srama naglašava socijalni aspekt srama, odnosno sram smatra posljedicom kognicija o tome „što drugi misle o meni“. Prema tom modelu osoba osjeća sram jer anticipira negativnu evaluaciju moćnijih drugih smatrajući da je relativno nisko na socijalnoj ljestvici, a ta potčinjena razina nije nešto što želi ili joj je čak nametnuta.

Drugi autori, primjerice Tangney (195), stavljaju naglasak na osobni aspekt srama, odnosno na ono „što pojedinac misli o sebi“. Sukladno tome, pojedinac osjeća sram kada doživljava da je podbacio u odnosu na određene standarde koje je internalizirao te self doživljava kao loš ili moralno oštećen. Ove dvije dimenzije srama nisu međusobno isključive, već se nadopunjuju.

Gilbert (194) je te dvije vrste evaluacije nazvao interni i eksterni sram. Kod internog srama fokus pažnje je usmjeren prema unutra, na informacije o sebi i unutar sebe. Dakle, interni sram odnosi se na unutrašnja proživljavanja pojedinca, samoevaluaciju i njegov osjećaj da je neadekvatan, inferioran, nemoćan i neprivlačne osobnosti. Često se povezuje s intenzivnim samokritiziranjem i mržnjom prema sebi (196).

Eksterni sram fokusiran je na vjerovanje da drugi negativno procjenjuju osobne karakteristike, osobine ličnosti ili ponašanje pojedinca te ga doživljavaju kao neadekvatnog, bezvrijednog ili neprivlačnog. Kod eksternog srama često je primarno prisutna anksioznost da će izloženost drugima dovesti do socijalnog odbacivanja i deevaluacija, stoga postoji motivacija da se neprivlačni aspekti selfa sakriju od drugih (196). Također, kod eksternog srama pažnja je usmjerena prema van, odnosno procesiraju se informacije o tome što se događa u mislima

drugih, pa se eksterni sram najčešće i pojavljuje u interpersonalnim situacijama. Kada je osoba ponavljano izložena situacijama u kojima proživljava iskustvo eksternog srama, navedena iskustva mogu potaknuti interni sram. Također, visoka razina internog srama može potaknuti razvoj eksternog srama, na što ukazuju i empirijski podaci o značajnoj pozitivnoj korelaciji internog i eksternog srama (197).

Iako se na sram najčešće referira kao na jednu od nepoželjnih emocija, Wurmser (198) navodi da je važno razlikovati pozitivni od negativnog osjećaja srama. Pozitivni osjećaj srama može se opisati kao poštovanje prema drugim ljudima i samom sebi. Takav osjećaj srama štiti bliske socijalne odnose sa drugim ljudima i regulira intimnost te definira granice privatnosti. Pozitivni osjećaj srama može imati i ograničavajuću funkciju čija je svrha spriječiti pojedinca da se izgubi u idejama vlastite grandioznosti (199).

1.3.2. Sram i poremećaji hranjenja

Povezanost srama i različitih psihopatoloških poremećaja počela se istraživati prije dva desetljeća (35) nakon što su se početkom 90-ih godina prošlog stoljeća započele konstruirati skale za mjerenje srama (npr. skala za mjerenje internog srama: *Internalised Shame Scale*, ISS; 200; skala za mjerenje eksternog srama: *Other As Shamer*, OAS; 201, 202).

Dosadašnja istraživanja pokazuju da je sram značajno povezan s brojnim psihičkim poremećajima (188), kao što je depresija (201, 203, 204) socijalna anksioznost (186), posttraumatski stresni poremećaj (205, 206), poremećaji ličnosti, naročito granični poremećaj ličnosti (207) te zloupotreba alkohola i droga (200).

Jedno od prvih istraživanja odnosa između srama i poremećaja hranjenja provela je Frank 1991. godine koja je na uzorku od 94 studentica ispitivala povezanost srama i krivnje zbog jedenja sa različitim psihopatologijama (188). Ispitivanjem je utvrđeno da žene sa simptomima poremećaja hranjenja doživljavaju više razine srama i krivnje u odnosu na zdrave žene i žene s depresivnim simptomima te su osjećaji srama i krivnje razlikovali simptome poremećaja hranjenja od ostale psihopatologije. Iako su obje skupine, i skupina žena s depresivnim simptomima i skupina žena sa simptomima poremećaja hranjenja, iskazale značajnu razinu srama i krivnje vezanih uz jedenje, osobe sa simptomima poremećaja hranjenja iskazale su značajno više razine srama i krivnje u usporedbi sa skupinom s depresivnim simptomima.

Slične rezultate dobio je i Cook (200) ispitivanjem internog srama. Cook je konstruirao Skalu internog srama (Internal Shame Scale - ISS) i primijenio ju na različitim kliničkim grupama. Utvrdio je da osobe s poremećajima hranjenja imaju značajno više razine internog srama od ostalih kliničkih grupa.

Grabhorn, Stenner, Stangier i Kaufhold, (208) pronašli su da pacijenti s poremećajima hranjenja pokazuju više razine internaliziranog osjećaja srama u odnosu na pacijente sa anksioznim poremećajima i depresivnom simptomatologijom. Ispitivanje internog srama kod pacijentica sa zdravstvenim problemima koji imaju psihološke implikacije (poremećaj kompulsivnog prejedanja i vulvodinija) ustanovilo je da obje kliničke grupe, i grupa pacijentica s kompulsivnim poremećajem hranjenja i grupa pacijentica s vulvodinijom, imaju značajno više razine srama od nekliničke grupe (209). Pritom je grupa pacijentica s kompulsivnim poremećajem prejedanja iskazala značajno više razine internog srama od grupe s vulvodinijom. Također, sram je u grupi pacijentica s kompulsivnim poremećajem hranjenja bio značajno povezan sa zabrinutošću oblikom i težinom tijela.

Drugo istraživanje provedeno na pacijentima s kompulsivnim poremećajem hranjenja koje je ispitivalo spolne razlike u internaliziranom sramu pokazalo je da se razina internog srama nije značajno razlikovala prema spolu, te da su i muškarci i žene iskazivali podjednaku razinu internog srama, čak i nakon kontrole razine depresije i samopoštovanja (210). No fokus srama razlikovao se po spolu te je kod muškaraca sram bio više povezan s nezadovoljstvom tijelom, a kod žena sa zabrinutosti tjelesnom težinom.

Gee i Troop (211) su prilikom ispitivanja situacijskog i eksternog srama na nekliničkom uzorku od sedamdeset žena s obzirom na izraženost simptoma poremećaja hranjenja i depresivnih simptoma ustanovili značajnu povezanost mjera srama kod žena koje su aktualno iskazivale simptome poremećaja hranjenja ili su preboljele poremećaje hranjenja, čak i nakon kontrole depresivnih simptoma.

Ispitivanje razine internog i eksternog srama provedeno na kliničkom uzorku žena s poviješću poremećaja hranjenja utvrdilo je visoke razine eksternog i internog srama na cjelokupnom uzorku, kao i povezanost srama s poremećajima hranjenja i nakon kontroliranja depresivnosti (212). Žene s anoreksičnim simptomima imale su više razine eksternog srama u usporedbi s ženama s bulimičnim simptomima, dok je s druge strane interni sram bio više povezan s bulimičnim simptomima. Grupa žena kod kojih je postojala indikacija za poremećaj hranjenja iskazivala je najvišu razinu internog srama u usporedbi s grupom u remisiji bolesti i

nekliničkim grupama. Razina eksternog srama bila je najviša u grupi kod koje je postojala indikacija za bolest, no osobe u remisiji također su iskazivale povišene razine eksternog srama u usporedbi s nekliničkim grupama što upućuje da eksterni sram perzistira kao problem i nakon uspješnog izlječenja poremećaja hranjenja (212).

Sanftner, Barlow, Marschall i Tangney (35) pokazali su da su nezadovoljstvo tijelom i težnja za mršavošću značajno povezani sa sramom. Sram se u situacijama povezanim sa hranjenjem pokazao snažnim prediktorom ozbiljnosti simptoma poremećaja hranjenja. Također, ustanovljeno je da je sram izrazito povezan sa bulimičnim simptomima u kliničkim i nekliničkim grupama studenata (196, 213).

Sweetingham i Waller (214) su pokazali da je zadirkivanje od strane vršnjaka i maltretiranje od strane članova obitelji povezano sa većim nezadovoljstvom tijelom u odrasloj dobi kod žena sa poremećajima hranjenja, pri čemu osjećaj srama ima ulogu medijatorske varijable između zadirkivanja i nezadovoljstva tijelom. Sram se pokazao i medijatorom između seksualnog zlostavljanja od strane člana obitelji i bulimičnog ponašanja kod odraslih žena (215). Osobe sa poremećajima hranjenja imaju izraženiji osjećaj tjelesnog srama, čak i nakon tretmana i uspostavljanja kontrole nad simptomima (183).

1.3.4. Mehanizmi povezanosti srama i poremećaja hranjenja

Jedno od prvih pojašnjenja načina na koji sram potiče razvoj poremećenih navika hranjenja može se iščitati iz opisa klijentice psihoanalitičarke Hilde Bruch, Karol, koji je napisan 20-ak godina prije negoli su uopće počela znanstvena istraživanja na tom području (216). U izvještaju se spominje sram u vidu Karolinih osjećaja da je promašaj i njene želje da ne postane loša osoba te se isti dovode u vezu s njezinim poremećenim navikama hranjenja, odnosno ponašanjima samoizgladnjivanja koje je koristila kao sredstvo za izbjegavanje takvih osjećaja i sudbine.

Uzimajući u obzir više faktora, Goss i Gilbert (180) opisali su cirkularnost srama proučavajući patološka ponašanja kod poremećaja kompulsivnog prejedanja i bulimije nervoze. Za pojavu eksternog i internog srama pokazali su se važnim biološki faktori, kao što su geni i temperament, osobni faktori, kao što su zlostavljanje, kritičnost, zadirkivanje i odbijanje te sociokulturni faktori, kao što je primjerice usmjerenost kulture u kojoj osoba živi na tjelesnu težinu. Primjerice, osoba koja je doživjela traumatično iskustvo, u smislu da je bila zanemarivana ili zlostavljana, moguće nije imala prilike naučiti alternativne načine razlikovanja ili regulacije afektivnih stanja, već je počela, kako bi izbjegla snažne negativne

emocije srama, pribjegavati jedenju u svrhu regulacije svog afektivnog stanja. No, prejedanje i eventualno kompenzatorno ponašanje, primjerice povraćanje, održavaju osjećaj srama te na taj način potiču ponovnu regulaciju afekta.

Anoreksične i restriktivne simptome Goss i Gilbert (180) objašnjavaju na ponešto drugačiji način, kroz cirkularnost osjećaja srama i ponosa. Interni i eksterni sram potiču restriktivna ponašanja kroz negativno potkrepljenje, a uspješna restrikcija unosa hrane rezultira osjećajem ponosa, odnosno održava restriktivne simptome i gubitak težine kroz pozitivno potkrepljenje. Kvalitativno istraživanje provedeno na ženama koje boluju od anoreksije nervoze upućuje da i kod anoreksije postoji cirkularnost srama u smislu da osjećaj srama tijekom vremena može voditi osjećaju sve većeg srama te tako održavati i pogoršavati simptome anoreksije nervoze (189).

Nekoliko je pretpostavki o ulozi srama u poremećajima hranjenja i prirodi odnosa ta dva konstrukta (217). Moguće je da je sram faktor vulnerabilnosti za razvoj poremećaja hranjenja, odnosno da su osobe sklone sramu osjetljivije na poremećaje hranjenja. Druga mogućnost je da je sram posljedica poremećaja hranjenja, odnosno da je dio fenomenologije poremećaja hranjenja te se manifestira s razvojem ostalih simptoma poremećaja hranjenja. Također je moguća njihova kombinacija ili pak mogućnost da je neki treći faktor zadužen za tendenciju reagiranja sramom, kao i za vjerojatnost razvoja simptoma poremećaja hranjenja (217). Najvjerojatnije se radi o kombinaciji tih različitih međuodnosa. Skarderud (199) pretpostavlja da iskustvo srama može postati samoodržavajuće kroz disregulaciju samopoštovanja i predisponiranjem određenih pojedinaca za razvoj poremećaja hranjenja što, zauzvrat, može voditi daljnjem sramu zbog ponašajnih ekspresija poremećaja hranjenja.

1.3.5. Tjelesni sram kod poremećaja hranjenja

Specifična vrsta srama koju osoba osjeća vezano uz izgled vlastitog tijela naziva se tjelesni sram (218, 219). Koncept tjelesnog srama može se koristiti kod različitih psiholoških poremećaja koji su usmjereni na tijelo poput seksualnog zlostavljanja, tjelesnog dismornog poremećaja ili, u ovom slučaju, poremećaja hranjenja (35).

Tjelesni sram mogao bi imati uzročnu ulogu u razvoju i održavanju poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja (220). Osobe s poremećajima hranjenja izbjegavaju se suočiti s vlastitim tijelom te gledati njegov odraz u ogledalu ili drugoj reflektirajućoj površini, jer je to za njih vrlo bolno iskustvo prilikom kojeg osjećaju sram prema vlastitom tijelu. Kao

što je već spomenuto, osobe s poremećajima hranjenja koriste tjelesni sram kako bi kontrolirale svoje poremećene navike hranjenja i time postigle željeni oblik i težinu tijela, no takva ponašanja vode do daljnjeg intenziviranja i produbljenja tjelesnog srama (180).

Markham, Thompson i Bowling (221) sugerirali su da su internalizacija mršavog ideala, uspoređivanje vlastitog izgleda sa drugima, nisko tjelesno samopouzdanje i nisko samovrednovanje rizični faktori za doživljavanje i povećanje tjelesnog srama.

Tjelesni sram može se odnositi i na funkcioniranje tijela, što je čest razlog srama u pretilih osoba koje mogu osjećati tjelesni sram jer nisu sposobne obavljati svakodnevne aktivnosti koje većina ljudi obavlja bez većeg napora, kao što su primjerice duge šetnje ili fizičko vježbanje, što ih može motivirati da ograniče unos hrane (35).

Ozbiljnost izraženosti simptoma poremećaja hranjenja izrazito je povezana sa sramom u situacijama hranjenja i tjelesnim sramom (220). Tjelesni sram pokazao se medijatorom povezanosti različitih varijabli s poremećajima hranjenja i nezadovoljstvom tijelom. Primjerice, u retrospektivnom istraživanju Andrewsa (222) tjelesni sram je bio medijator povezanosti zlostavljanja u djetinjstvu i bulimije, dok je u istraživanju koje su proveli Moradi, Dirks i Matteson (223) tjelesni sram bio medijator povezanosti internalizacije i promatranja tijela sa poremećajima hranjenja. Također, na uzorku pacijenata s poremećajima hranjenja kompozitna mjera srama koja je uključivala tjelesni sram, uz karakterološki i ponašajni sram, bila je medijator povezanosti između zadirkivanja vršnjaka zbog tjelesnog izgleda i nezadovoljstva tijelom (214).

Istraživanja tjelesnog srama utvrdila su njegov veći značaj za simptomatologiju poremećaja hranjenja od generalnog srama (219, 224, 225).

Burney i Irwin (220) su pronašli da je sram značajnija emocija od krivnje kod žena s problematičnim navikama hranjenja te da se tjelesni sram pokazao boljim prediktorom od mjere općeg srama.

Swan i Andrews (183) su uspoređivanjem tjelesnog srama između kliničkih grupa žena koje su u remisiji ili imaju aktualnu dijagnozu poremećaja hranjenja te kontrolne grupe utvrdile značajno više razine tjelesnog srama kod kliničkih grupa u usporedbi s kontrolnom grupom. Doran i Lewis (226) su utvrdili da je tjelesni sram samostalni prediktor patologije hranjenja na kliničkom uzorku žena i muškom nekliničkom uzorku, dok su tjelesni sram i karakterološki sram predviđali patologiju hranjenja na nekliničkom uzorku žena.

U nekim istraživanjima tjelesni sram se raščlanio na trenutni sram, odnosno sram koji osoba doživljava u odnosu na trenutnu veličinu tijela, i anticipirani tjelesni sram, odnosno sram koji

se anticipira u slučaju da osoba dobije na težini (227). Trenutni tjelesni sram pokazao se jačim prediktorom epizoda prejedanja kod žena koje su imale povijest poremećaja hranjenja, kao i kod žena koje nisu imale poremećaje hranjenja, dok se anticipirani tjelesni sram pokazao jačim prediktorom osjećaja i ponašanja povezanih sa izbjegavanjem dobijanja na težini, kao što su strah od debljanja, post ili konzumiranje samo dijetalne hrane te pretjerano vježbanje. Iskustvo srama je averzivno i osobe modificiraju svoje ponašanje u cilju reduciranja tih osjećaja, primjerice pokušavaju izgubiti na težini sa namjerom reduciranja postojećeg tjelesnog srama (218). Također, osobe mogu modificirati svoje ponašanje u cilju da potpuno izbjegnu pojavu osjećaja srama. Primjerice, ako osoba smatra da bi dobivanje na težini bilo sramotno može preventivno početi držati dijetu umjesto da počne držati dijetu u svrhu gubitka na težini.

Troop i Redshaw (218) proveli su longitudinalno istraživanje u trajanju od 2,5 godine na kliničkom uzorku žena koje su preboljele ili imaju poremećaj hranjenja u kojem se tjelesni sram pokazao značajnim prediktorom simptoma anoreksije nervoze u navedenom periodu praćenja, dok doprinos općeg srama nije bio značajan za povećanje simptoma poremećaja hranjenja u istom periodu. Pritom je trenutni tjelesni sram predvidio povećanje stupnja pothranjenosti i pogrešnu percepciju veličine tijela, dok je anticipirani tjelesni sram predviđao povećanje straha od dobivanja na težini. Trenutni tjelesni sram i anticipirani tjelesni sram nisu međusobno isključivi, jer osobe mogu osjećati istovremeno osjećaje trenutnog tjelesnog srama kao i anticipaciju još većeg tjelesnog srama ako dobiju na težini.

Kroskulturalno istraživanje provedeno na koreanskom i njemačkom nekliničkom uzorku ustanovilo je značajnu povezanost tjelesnog srama s nezadovoljstvom tijelom, ponašanjima provjeravanja tijela, anksioznosti vezanom uz socijalni izgled te s poremećajima hranjenja kod muškaraca i žena (35). Također, tjelesni sram pokazao se kao medijator odnosa između nezadovoljstva tijelom, odnosno ponašanja provjeravanja tijela i bulimičnih simptoma kod žena, pri čemu je medijacija ponašanja provjeravanja tijela i bulimičnih simptoma bila značajna samo kod njemačkog uzorka. Zbog premalog uzorka isti modeli nisu bili testirani na muškarcima.

Sukladno rezultatima istraživanja sram, naročito tjelesni sram, ima značajan doprinos u razvoju poremećaja hranjenja i predstavlja ozbiljan emocionalni simptom više različitih kliničkih poremećaja, uključujući poremećaje hranjenja (228).

S obzirom da su sram i tjelesni sram još uvijek nedostavno istraženi i da postoji samo nekoliko instrumenata za mjerenje tjelesnog srama potrebna su daljnja istraživanja u svrhu potpunijeg

razumijevanja uloge srama i tjelesnog srama u razvoju poremećaja hranjenja, naročito kod muškaraca za koje su podaci vrlo oskudni. Također, malo je informacija o doživljaju srama i tjelesnog srama u različitim kulturama.

1.4. Nezadovoljstvo tijelom

1.4.1. Uloga slike tijela kod poremećaja hranjenja

Brojna istraživanja ukazuju na povezanost razvoja poremećaja hranjenja s poremećenom slikom o vlastitom tijelu i nezadovoljstvom tjelesnim izgledom (35, 229, 230).

Slika tijela je složen, višedimenzionalni konstrukt koji uključuje perceptivne, kognitivne i afektivne aspekte tjelesnog iskustva (231-233). Perceptivno iskustvo tijela podrazumijeva mentalnu sliku vlastitog tijela, njegovih pojedinih dijelova i tjelesnih iskustava. Kognitivni aspekt slike tijela odnosi se na usmjerenost pažnje na tijelo, mišljenje i vjerovanja o vlastitom tijelu, dok afektivni aspekt uključuje različita emocionalna iskustva koja osoba proživljava vezano uz izgled. Kognitivna i afektivna komponenta slike tijela određuju stav, odnosno zadovoljstvo vlastitim tijelom (231).

Perceptivni aspekt slike tijela najčešće se mjeri ispitivanjem točnosti procjene veličine vlastitog tijela u odnosu na njegovu pravu veličinu pomoću prikaza niza figura tijela različite težine (234). Iskrivljena slika tijela tipična je za osobe oboljele od poremećaja hranjenja, koje iako su jasno pothranjene, svoju težinu smatraju normalnom ili čak drže da su predebele (12). Zanimljivo je da, s druge strane, u većini slučajeva daju vrlo precizne procjene tjelesne težine drugih oboljelih pacijenata, a ne shvaćaju da sami izgledaju isto ili gore (235).

Poremećena slika tijela perzistira jer su oboljele osobe selektivno usmjerene na aspekte vlastitog tijela kojima su nezadovoljne te svoje tijelo ili pojedine dijelove tijela doživljavaju pretjerano krupnim, debelim ili zaokruženim (236, 237).

Iako je iskrivljena slika tijela naglašenija kod osoba s poremećajima hranjenja nego kod kontrolnih skupina, većina žena ima nerealnu percepciju vlastitog tijela i često precjenjuje težinu svojeg tijela smatrajući se debljima nego što stvarno jesu (231).

Što se muškaraca tiče, klasično istraživanje Fallona i Rozina (238) o percepciji tijela muškaraca pokazalo je da muškarci realno procjenjuju vlastitu težinu i prema tome da su

zadovoljni vlastitim tijelom. Taj podatak objašnjavao je niske incidencije dijeta, anoreksije i bulimije nervoze kod muškaraca, no kasnija istraživanja nisu potvrdila spomenute rezultate. Ustvrdilo se da nerealne procjene tijela muškaraca mogu ići u dva smjera (dio muškaraca želi biti mršaviji, a dio krupniji nego što jest) te da su spomenuti rezultati posljedica neprecizne metodologije računanja prosječnih vrijednosti sveukupnih procjena tijela (239).

Kasnija istraživanja pokazala su da procjene točnosti veličine tijela muškaraca ne zahvaćaju srž pogrešne percepcije tijela koju muškarci rade. Umjesto težine tijela muškarcima je bitniji oblik, odnosno mišićavost tijela (229), stoga su konstruirane posebne skale za procjenu tijela muškaraca na kojima su figure varirale i prema mišićavosti (240).

1.4.2. Uloga spola kod nezadovoljstva tijelom

Nezadovoljstvo tijelom povezano je s različitim problematičnim navikama hranjenja i predstavlja jedan od značajnih rizičnih faktora za razvoj poremećaja hranjenja (121, 231, 241, 242). Nezadovoljstvo tijelom značajno je povezano s negativnim afektom, kao što je depresija ili sram, poremećenim mišljenjem, kao što je opsesivno mišljenje, i ponašanjem, kao što je držanje dijete i posljedični razvoj nekog od poremećaja hranjenja (35, 243-245).

Nezadovoljstvo tijelom definira se kao subjektivna negativna procjena vlastitog izgleda ili izgleda pojedinog dijela tijela (246, 247), odnosno diskrepanca između percipiranog i idealnog tjelesnog izgleda (82, 242, 248) te uključuje simptomatski različite kognitivne, ponašajne i emocionalne aspekte (35).

Iako već s dvije godine razvijamo pojam o sebi, tek u dobi od 4-6 godina, kada se počinjemo uspoređivati s drugima, stvaramo sliku o vlastitom tijelu i usporedno počinjemo iskazivati nezadovoljstvo vlastitim tijelom, odnosno zabrinutost zbog tjelesne težine (249). Postoje indikacije da se nezadovoljstvo tijelom javlja ranije kod djevojčica nego kod dječaka te da kod djevojčica nezadovoljstvo tijelom izraženije nego kod dječaka (250).

Nezadovoljstvo tijelom u ranom uzrastu vrlo je problematično jer može dovesti do razvoja problematičnih navika hranjenja i poremećaja hranjenja u adolescenciji (3). Istraživanje provedeno na šestogodišnjim djevojčicama pokazalo je da ih čak 40 % želi biti mršavije (230), dok je čak polovica djevojčica završnih razreda osnovne škole nezadovoljno vlastitom tjelesnom težinom i izgledom tijela (251).

Većina istraživanja nezadovoljstva tijelom provodi se na mladim djevojkama koje se nalaze u adolescentnom periodu i doživljavaju brojne promjene tijela koje donosi pubertetsko razdoblje zbog kojih predstavljaju posebno ranjivu skupinu za razvoj poremećaja hranjenja (8, 252). Nezadovoljstvo tijelom gotovo je normativna pojava kod mladih djevojaka. Istraživanje provedeno na američkim adolescenticama pokazalo je da je njih čak 63 % nezadovoljno svojom tjelesnom težinom (253), dok je istraživanje Sticea i Whitentona (254) pokazalo da otprilike 25 % adolescentica dostiže klinički značajnu razinu nezadovoljstva tijelom. Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović (242) su utvrdile da je čak 35,6 % hrvatskih adolescentica nezadovoljno ili jako nezadovoljno svojom tjelesnom težinom, a njih 19,4 % nezadovoljno je svojim izgledom.

Iako je nezadovoljstvo tijelom prevalentnije među ženama nego među muškarcima, važno je naglasiti da se pojavljuje kod oba spola (60). Nezadovoljstvo tijelom kod muškaraca doživljava se i iskazuje drugačije od onog u žena (61, 255, 256). U istraživanju koje su proveli Neumark-Sztainer i suradnici (60), 46 % adolescentica i 26 % adolescenata iskazalo je nisko zadovoljstvo tijelom, a najveće nezadovoljstvo tijelom imale su pretile djevojke (59 %) i pretili mladići (48 %).

Muškarci se za razliku od žena više usmjeravaju na pozitivne aspekte vlastitog tijela što se obično shvaćalo kao da muškarci nisu zabrinuti u vezi slike vlastitog tijela (161). Iz tog razloga do nedavno slika tijela nije bila prepoznata kao važna u socijalnom i emocionalnom razvoju mladih muškaraca (257).

Žene su uglavnom nezadovoljne težinom i pribjegavaju različitim metodama smanjenja težine, dok su muškarci nezadovoljniji oblikom svojega tijela te, ovisno o indeksu tjelesne mase (ITM), žele povećati tjelesnu težinu ili izgubiti na težini - oni s visokim ITM žele izgubiti kilograme, dok oni s niskim ITM žele dobiti na težini (102, 258, 259).

1.4.3. Nezadovoljstvo tijelom i poremećaji hranjenja

Mnogi socijalni, interpersonalni i individualni faktori povezani su s nezadovoljstvom tijelom i poremećajima hranjenja (85, 230, 260, 261), no sociokulturalni faktori obično se spominju kao ključni u razvoju zabrinutosti za vlastitu težinu tijela (262). Spolne razlike u odnosu prema vlastitom tijelu svoje korijene imaju u različitim idealima ljepote.

Sve do prošlog stoljeća, tijelo istaknutih oblina bilo je ideal ženske ljepote, no dvadesetih godina 20. stoljeća žene u zapadnim zemljama su sve više počele prihvaćati mršavost kao ideal ženskog tijela. To je kulminiralo u šezdesetima pojavom Twiggi – vrlo mršave

manekenke koja je na visinu od 170 cm imala nešto više od 40 kg te je sa svojim androgenim izgledom bila uzor mnogim mladim ženama. Mršavost kao ideal ženske ljepote zadržao se do današnjih dana i, zabrinjavajuće, nikada kao u današnje vrijeme nije bio toliko nerealističan i nedostižan većini žena, pogotovo mladim djevojkama koje prolaze osjetljive puberalne promjene vlastitog tijela (263, 264).

Pod utjecajem promjena u neuroendokrinom sustavu tijelo mladih djevojaka se drastično i naglo mijenja početkom puberteta. Dobivaju menstruaciju i počinju se razvijati sekundarne spolne karakteristike koje dovode do promjene u veličini i obliku tijela, osobito na području grudi i bokova gdje se nakupljaju masne naslage. Pojavljuje se dlakavost u području pazuha i intimnih dijelova tijela, a neke djevojke dobivaju i akne (265). Iako se radi o normalnim, očekivanim promjenama tijela, one za mlade djevojke mogu biti vrlo stresne jer je neizvjesno koji će biti konačan ishod tog procesa. Promjene za njih mogu biti teško prihvatljive, naročito ako ne idu u željenom smjeru, pa mogu postati nezadovoljne različitim aspektima vlastitog tijela, kao što je tjelesna težina, oblik i/ili izgled pojedinih dijelova tijela što potom može rezultirati razvojem poremećenim navikama hranjenja i poremećajima hranjenja (87, 121).

Bez obzira radi li se o ranijem ili kasnijem razvoju, početak spolnog sazrijevanja i brzina odvijanja tjelesnih promjena izrazito su važni, jer djevojke koje se razvijaju različitom brzinom od većine svojih vršnjakinja imaju veći rizik za razvoj negativne slike vlastitog tijela te poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja od vršnjakinja koje se razvijaju usklađenijim tempom (266).

Iako se mršavost naglašava kao ideal ženske ljepote u zapadnoj kulturi, putem globalizacije sadržaji zapadne kulture postaju sve dostupniji i ostalim, nezapadnjačkim zemljama, koje su sve više pod njezinim utjecajem pa i one usvajaju mršavost kao standard ženske ljepote (65, 267, 268).

Izloženost mršavom ženskom idealu ljepote stvara pritisak za mršavošću, naročito kada se taj ideal internalizira (269). One žene koje internaliziraju socijalne standarde tjelesnog izgleda sklone su nezadovoljstvu tijelom i poremećenim stavovima i navikama hranjenja (270). Istraživanje koje su proveli Twamley i Davis (271) utvrđuje da je povezanost internalizacije sociokulturnih standarda i nezadovoljstva tijelom posebno izražena kod onih mladih žena koje se smatraju debelima, dok stvarna težina ne igra nikakvu ulogu. Drugim riječima, percepcija mladih žena da imaju višak kilograma, a ne stvarna težina, povezana je s većom vjerojatnosti da će biti nezadovoljne vlastitim tijelom (272). No, kako se visoki ITM ne

poklapa sa postojećim kulturalnim idealom ljepote, osobe koje imaju veliki ITM imaju veći rizik za razvoj nezadovoljstva tijelom (254).

Veća diskrepanca između idealnog i percipiranog izgleda potiče ulaganje pojačanog napora kako bi se smanjila ta razlika, najčešće primjenom brojnih riskantnih strategija kontrole tjelesne težine kao što su npr. restriktivne dijetete, učestalo vježbanje i razvoj bulimičnih simptoma (260, 273).

Istraživanja pokazuju da značajan dio adolescentica redovito koristi različite metode kontrole težine. Ovisno o istraživanju, od trećine do čak 80 % djevojaka pribjegava nekom obliku držanja dijetete, odnosno podliježe nezdravim metodama gubitka na težini, dok se podaci za mladiće kreću oko 20 % (274). Istraživanje provedeno na hrvatskim učenicima viših razreda osnovne škole i srednjoškolcima pokazuje da 31 % djevojaka i 18,4 % dječaka provodi umjerenu dijetetu, dok je 9,3 % djevojaka i 4,1 % dječaka na ekstremnoj dijeti (275). Druga istraživanja provedena na adolescenticama u Hrvatskoj pokazuju da više od polovice djevojaka provodi dijetetu (276), a čak 72,2 % majki adolescentica želi biti mršavije (270). Također, gotovo polovica adolescentica vjeruje da je njihova idealna težina niža od sadašnje za prosječno 3-4 kilograma (277).

Dok kod djevojaka nezadovoljstvo tijelom raste kada im se izgled sve više udaljava od vitkog i mršavog kulturalnog ideala ženske ljepote (278), kod mladića je situacija drugačija (279). Društveni ideal muškog tijela je V-oblik koji uključuje široka, mišićava ramena i uzak struk. Dječacima se nastupom puberalnih promjena povećava mišićna masa i prošire ramena, zbog čega je za njih pubertet obično pozitivno iskustvo (280). Iako pubertetske promjene proživljavaju svi adolescenti, vrijeme početka promjena može značajno varirati. Period puberteta u odnosu na vršnjake pokazao se važnijim od samog puberalnog razvoja per se.

Dječaci kod kojih prije ili kasnije od većine njihovih vršnjaka počinju puberalne promjene iskazuju više socijalnih, emocionalnih i društvenih problema nego što ih iskazuju vršnjaci kojima su puberalne promjene počele otprilike u podjednako vrijeme. Dječaci koji kasnije sazrijevaju skloniji su uzimati dodatke prehrani za povećanje mišićne mase nego dječaci koji ranije sazriju, što predviđa povećanje primjena strategija za povećanje mišićne mase, od kojih neke i nisu najzdravije (280). Također, skloniji su alternativnim navikama hranjenja koja uključuju primjerice ciklične ketogene dijetete. Neka istraživanja pokazuju da osobe koje usvoje takva sistematična ponašanja hranjenja imaju povećan rizik od razvoja anoreksije i

bulimije nervoze (281).

Nezadovoljstvo tijelom teže je mjeriti kod mladića jer dio njih želi promijeniti tjelesnu težinu, ali ne i oblik tijela i obrnuto te je potrebno razjasniti značenje nezadovoljstva tijelom tijekom mjerenja. Prikladne mjere nezadovoljstva tijelom kod mladića trebale bi razlikovati mjeru mišićavosti, kao što je dobivanje na težini uslijed povećanja mišića i reduciranje težine uslijed gubitka tjelesne masti (282).

Rizičnim faktorom za nezadovoljstvo tijelom kod muškaraca pokazala se internalizacija ideala muškog tijela (279). Nezadovoljstvo tijelom muškarci doživljavaju izlaganjem idealiziranom muškom tijelu u medijima, što je slično procesu razvoja nezadovoljstva tijelom kod žena (107). Nadalje, kod muškaraca koji teže idealnom tjelesnom obliku kakav imaju muškarci poput bodybuildera ili muških modela u časopisima postoji veći rizik za razvoj nezadovoljstva tijelom (102, 103).

Ispitivanje zadovoljstva tijelom kod specifičnih grupa muškaraca (atletičari, bodybuilderi, homoseksualni muškarci) pokazalo je da su bodybuilderi nezadovoljniji tijelom od onih koji nisu bodybuilderi te je utvrđeno da u usporedbi s heteroseksualnim muškarcima, homoseksualni muškarci žele biti mršaviji (283, 284).

Nezadovoljstvo tijelom kod muškaraca povezuje se sa brojnim riskantnim ponašanjima koja se odnose na povećanje mišićne mase, kao što su korištenje steroida i dodataka prehrani (95, 285), ovisnost o vježbanju i poremećaji hranjenja (286).

U ekstremnim slučajevima muškarci mogu razviti mišićnu dismorfiju, poremećaj koji se povezuje sa nezadovoljstvom tijelom i poremećajima hranjenja (95, 285). Mišićna dismorfija odnosi se na pretjeranu zaokupljenost razvojem mišića te može uzrokovati poremećaj slike tijela sličan anoreksiji. Naziva se još reverzna anoreksija ili bigoreksija, jer glavno obilježje osoba koje boluju od mišićne dismorfije jest da njihovi mišići za njih nikad nisu dovoljno izgrađeni, bez obzira koliko se trudili (287).

Što se tiče kliničke populacije, istraživanja pokazuju da muškarci i žene pokazuju sličnosti u nezadovoljstvu tijelom. Muškarci sa poremećajima hranjenja pokazuju veće nezadovoljstvo tijelom kao i žene s poremećajima hranjenja (35, 260). Nezadovoljstvo tijelom kod muškaraca također je povezano s primjenom različitih metoda za gubitak tjelesne težine, uključujući držanje posebnih dijeta i bulimične simptome, kao i kod žena. No, navedena povezanost odnosila se na muškarce koji žele izgubiti na težini, ali ne i one koje žele veću mišićnu masu.

2. HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

Hipoteza ovog istraživanja je slijedeća:

Sram, vršnjački pritisak i opće nezadovoljstvo tjelesnim izgledom te indeks tjelesne mase pozitivno su povezani i značajno pridonose objašnjenju razvijanja poremećenih navika hranjenja kod adolescenata.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je istražiti povezanost srama, vršnjačkog pritiska i nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase s problematičnim navikama hranjenja kod adolescenata.

Na osnovu cilja istraživanja formulirani su slijedeći problemi:

1. Utvrditi postojeće navike hranjenja, razine vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeks tjelesne mase kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob.
2. Ispitati povezanost vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase sa navikama hranjenja.
3. Ispitati doprinos vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase u objašnjenju navika hranjenja adolescenata.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 400 učenica i učenika srednjih škola u Gradu Zagrebu, polaznika prvog, drugog i trećeg razreda srednje škole. Od ukupnog uzorka, djevojke čine 46,8 % (N = 187), a mladići 53,3 % istoga (N = 213).

Prosječna dob djevojaka iznosi $M = 16,10$; $SD = 0,945$; totalni raspon godina među ženskim ispitanicima kreće se od 14 do 19. Prosječna dob mladića uključenih u istraživanje iznosi $M = 15,83$; $SD = 1,064$; godine muških ispitanika kreću se u rasponu od 14 do 18.

Od ukupnog uzorka adolescenata, njih 315 (80,6 %) ima normalan ITM s obzirom na spol i dob, od toga 168 mladića (78,9 %) i 147 djevojaka (82,6 %).

Većina ispitanika živi sa oba roditelja (74 %) dok njih petina živi sa jednim roditeljem (21,5%). Ukupno 4,5% ispitanika živi sa djedom i/ili bakom, odnosno nekim od rodbine, od toga 2,3 % mladića i 7 % djevojaka. Tri četvrtine roditelja ispitanika je u braku, dok je 18 % roditelja ispitanika rastavljeno. U izvanbračnoj zajednici živi 2,8 % roditelja ispitanika. Raspodjela stupnja obrazovanja roditelja vrlo je slična raspodjeli stručne spreme u populaciji. S obzirom na stupanj obrazovanja, roditelji većinom imaju završenu srednju školu (očevi 50,8%; majke 47 %), fakultet (očevi 30,8 %; majke 35,8 %) te višu školu (očevi 16,5 %; majke 14,8 %). U najmanjem broju slučajeva roditelji imaju završenu samo osnovnu školu (očevi 2 %; majke 2,5 %). Većini ispitanika zaposlena su oba roditelja (67,5 %), dok je otprilike jednoj trećini ispitanika zaposlen samo jedan od roditelja (30 %). Trenutno su nezaposlena oba roditelja kod malog broja ispitanika (2,5 %).

Ispitanici najčešće (89,3%) imaju jednog brata (43,5 %) ili sestru (44,5 %), dok su jedinci u manjini (10,8%).

U tablici 2 prikazane su neke sociodemografske karakteristike ispitanika uključenih u istraživanje.

Tablica 2. Prikaz ispitanih obiteljskih karakteristika djevojaka i mladića uključenih u istraživanje

	Spol		
	Muški	Ženski	Ukupno
	N (%)	N (%)	N (%)
S kim živate			
S roditeljima	161 (75,6%)	135 (72,2%)	296 (74,0%)
S jednim roditeljem	47 (22,1%)	39 (20,9%)	86 (21,5%)
Ostalo (djed i/ili baka, rodbina)	5 (2,3%)	13 (7,0%)	18 (4,5%)
Ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)	400 (100,0%)
Bračni status roditelja			
U braku	156 (73,2%)	140 (74,9%)	296 (74,0%)
U izvanbračnoj zajednici	6 (2,8%)	5 (2,7%)	11 (2,8%)
Rastavljeni	38 (17,8%)	34 (18,2%)	72 (18,0%)
Ostalo	13 (6,1%)	8 (4,3%)	21 (5,3%)
Ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)	400 (100,0%)
Obrazovanje oca			
Fakultet	60 (28,2%)	63 (33,7%)	123 (30,8%)
Viša škola	33 (15,5%)	33 (17,6%)	66 (16,5%)
Srednja škola	114 (53,5%)	89 (47,6%)	203 (50,8%)
Osnovna škola	6 (2,8%)	2 (1,1%)	8 (2,0%)
Ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)	400 (100,0%)
Obrazovanje majke			
Fakultet	72 (33,8%)	71 (38,0%)	143 (35,8%)
Viša škola	33 (15,5%)	26 (13,9%)	59 (14,8%)
Srednja škola	98 (46,0%)	90 (48,1%)	188 (47,0%)
Osnovna škola	10 (4,7%)	0 (0%)	10 (2,5%)
Ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)	400 (100,0%)
Radni status roditelja			
Zaposlena oba roditelja	147 (69,0%)	123 (65,8%)	270 (67,5%)
Zaposlen jedan roditelj	65 (30,5)	55 (29,4%)	120 (30,0%)
Nezaposlena oba roditelja	1 (0,5%)	9 (4,8%)	10 (2,5%)
Ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)	400 (100,0%)
Braća/sestre			
da	192 (90,1%)	165 (88,2%)	357 (89,3%)
ne	21 (9,9%)	22 (11,8%)	43 (10,8%)
ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)	400 (100,0%)

4.2. Psihologijski mjerni instrumenti

S obzirom da je odabir psihologijskih instrumenata od presudnog značenja u psihologijskim istraživanjima, prije kratkog opisa baterije testova i upitnika korištenih u aktualnom istraživanju, potrebno je naglasiti da odabrani testovi i upitnici imaju svoja ograničenja. Od ograničavajućih faktora posebno treba istaknuti limitirano vrijeme potrebno za ispunjavanje baterije zbog opterećenosti satnice u školama i brojnih dodatnih sadržaja koji su okupirali školski raspored učenika. Prilikom izbora testova i upitnika za aktualno istraživanje odabrani su testovi i upitnici koje je moguće primijeniti u kratkom vremenskom roku, koji su u čestoj upotrebi u istraživanjima te čije su metrijske karakteristike zadovoljavajuće.

Podaci su prikupljeni odabranim psihologijskim mjernim instrumentima metodom samoprocjene.

4.2.1. Strukturirani upitnik socio-demografskih podataka

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik o socio-demografskim podacima unutar kojeg su obuhvaćene slijedeće varijable: spol i dob ispitanika, razred koji pohađa, s kim živi (s roditeljima, s jednim roditeljem, ostalo), bračni status roditelja (u braku, u izvanbračnoj zajednici, rastavljeni, ostalo), ima li braće i sestara te ako ima, ukupan broj braće i sestara, stupanj obrazovanja roditelja (fakultet, viša škola, srednja škola, osnovna škola) i radni status roditelja (zaposlena oba roditelja, zaposlen jedan roditelj, nezaposlena oba roditelja). Upitnik se sastoji od ukupno devet pitanja.

4.2.2. Skala zadovoljstva tijelom (BODY SHAPE SATISFACTION SCALE - BSSS; Pingitore, Spring i Garfield, 1997)

Zadovoljstvo tijelom procjenjivalo se primjenom modificirane verzije Skale zadovoljstva oblikom tijela (288) koja se sastoji od deset čestica. Česticama se ispituje zadovoljstvo, odnosno nezadovoljstvo pojedinim tjelesnim obilježjima (visina, težina, oblik tijela, struk, ramena i sl.) na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva (vrlo zadovoljan – vrlo nezadovoljan). Ukupan rezultat određuje se zbrajanjem procjena i varira u rasponu od 10 do 50, pri čemu viši rezultat ukazuje na izrazitije nezadovoljstvo tijelom. Provedenom faktorskom analizom glavnih komponenti autori su pronašli jedan faktor koji dobro objašnjava podatke i za djevojke i za mladiće (288). Kako bi se provjerila faktorska struktura Skale zadovoljstva tijelom na našem uzorku, provedena je analiza glavnih komponenata s varimax rotacijom te je kao kriterij za ekstrakciju faktora korišten Guttman-Kaiser kriterij (vrijednost karakterističnog

korijena veća od 1). KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) mjera pokazala je da je matrica pogodna za ekstrakciju (KMO = 0,928), kao i Bartlettov test sfericiteta ($p < 0,01$). Ekstrahiran je jedan faktor koji objašnjava 62,11 % izmjerene varijance (Prilog 1). Pouzdanost Skale zadovoljstva tijelom tipa unutarnje konzistencije na ispitanom uzorku je zadovoljavajuća i iznosi Cronbach alfa 0,93, što je u skladu s podacima koje navode i ostali autori (289).

4.2.3. Skala težnje ka mišićavosti (DRIVE FOR MUSCULARITY SCALE – DMS; McCreary i Sasse, 2000)

Autori (290) su skalu konstruirali po uzoru na Upitnik navika hranjenja, EAT. Sastoji se od 15 čestica kojima se ispituje preokupacija sa mišićavošću, neovisno o postojećoj mišićnoj masi ili postotku tjelesne masti. Na svaku česticu odgovara se na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva (od nikada do uvijek), a potom se sve čestice reverzno kodiraju tako da viši ukupni rezultat pokazuje veću težnju ka mišićavosti. Zbrojivši odgovore u ukupni rezultat na DMS za svakog ispitanika, minimalni mogući rezultat je 15, a maksimalni 90 bodova. Jedna od prednosti ove skale nad ostalim subjektivnim skalama procjene slike tijela Likertova tipa je upravo to što sadrži tvrdnje širokog raspona ponašanja i stavova vezanih uz mišićav tjelesni izgled (110), uz dobra psihometrijska svojstva (291). Kada se analiziraju podaci za muške i ženske ispitanike zajedno, faktorskom analizom izdvoji se jedan faktor, međutim ukoliko se zasebno analiziraju rezultati samo muških ispitanika, izdvoje se dva faktora, koja čine dvije podskale: stavovi i slika tijela orijentirani na mišićavost te ponašanja izgradnje mišića (290). Faktorska struktura skale provjerena je na cjelokupnom uzorku analizom glavnih komponenata uz varimax rotaciju. Kao kriterij za ekstrakciju faktora korišten je Guttman-Kaiser kriterij (vrijednost karakterističnog korijena veća od 1). KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) mjera pokazala je da je matrica pogodna za ekstrakciju (KMO = 0,883), kao i Bartlettov test sfericiteta ($p < 0,01$). Ekstrahirana su dva faktora koji sveukupno objašnjavaju 57,15 % izmjerene varijance te su u skladu sa originalnim faktorima koje su dobili autori skale (Prilog 2). Prvi faktor objašnjava 30,88 % varijance i sadrži čestice od koje su vezane uz stavove prema mišićavosti (npr. *Mislim da moje ruke nisu dovoljno mišićave.*; *Mislim da bih imao više samopouzdanja da imam više mišićne mase.*). Drugi faktor objašnjava 27,27 % varijance i obuhvaća čestice koje se odnose na ponašanja usmjerena na povećanje mišića (npr. *Pijem proteinske napitke ili napitke za dobivanje tjelesne težine.*; *Dižem utege da bih izgradio mišiće.*). Pouzdanost skale tipa unutarnje konzistencije iznosi 0,89 (290, 292).

4.2.4. Skala tjelesnog srama (The Body Shame Subscale of the Objectified Body Consciousness Scale – BS-OBCS; McKinley i Hyde, 1996)

Sastoji se od 8 čestica koje ispituju osjećaj tjelesnog srama koji se javlja kada nisu zadovoljeni internalizirani kulturološki tjelesni standardi (npr. *Osjećam kao da nešto nije u redu sa mnom kada ne mogu kontrolirati svoju težinu.*) (293). Na svaku česticu odgovara se na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva (od izrazito se ne slažem do izrazito se slažem), pri čemu viši ukupni rezultat ukazuje na veću razinu tjelesnog srama i veću mogućnost javljanja ozbiljnih simptoma poremećaja hranjenja, jer se osoba smatra nedovoljno uspješnom u ispunjavanju kulturoloških očekivanja o izgledu ženskog, odnosno muškog tijela. Pouzdanost skale tipa unutarnje konzistencije je zadovoljavajuća i iznosi 0,86.

S obzirom da navedena skala nije do sada korištena kod nas, prijevod čestica za potrebe ovoga istraživanja izvršile su tri nezavisne osobe (jedna od njih je autorica, a ostalo dvoje su profesionalni prevoditelji s engleskog jezika) te su napravljene zasebne forme za muške i ženske sudionike.

4.2.5. Upitnik navika hranjenja (EATING ATTITUDES TEST – EAT 26; Garner i Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr i Garfinkel, 1982)

Konstruiran je 1979. godine (294) i najčešće je korišten jedinstveni upitnik samoprocjene poremećaja hranjenja u svrhu utvrđivanja odstupajućih stavova i ponašanja vezanih uz hranjenje. U originalnoj verziji sastojao se od 40 čestica koje su namijenjene samoprocjeni simptoma anoreksije i bulimije, ali je kasnije skraćen na 26 čestica, koje se i danas primjenjuju. Na svaku česticu odgovara se na skali Likertovog tipa od 6 stupnjeva (od uvijek do nikada), koja se potom rekodira. Ukupan rezultat na upitniku računa se zbrajanjem bodova na svim česticama, pri čemu najviše bodova dobiva onaj odgovor koji ide u smjeru patološkog doživljavanja ili ponašanja (276); viši ukupni rezultat ukazuje na veću vjerojatnost postojanja problematičnih navika hranjenja, odnosno poremećaja hranjenja. Rezultat do ili jednak 20 bodova ne smatra se rizičnim za postojanje poremećenih navika hranjenja, odnosno nekog od poremećaja hranjenja, dok rezultati viši od 20 bodova zahtjevaju dodatnu obradu od strane zdravstvenih stručnjaka. Faktorskom analizom upitnika izdvojena su tri zasebna faktora (276, 295): restrikcija ili oralna kontrola, bulimija i zaokupljenost hranom te dijeta. Oralna kontrola podrazumijeva samokontrolu prilikom unosa hrane te percipirani pritisak zbog mršavosti od strane socijalne okoline. Faktor bulimije i zaokupljenosti hranom sadrži čestice koje su indikativne za mjerenje misli o hrani i bulimičnog ponašanja, primjerice prejedanja,

samoizazvanog povraćanja te ostalih kompenzacijskih ponašanja npr. vježbanja. Treći faktor - dijeta, odnosi se na patološko izbjegavanje visokokalorične hrane, provođenje dijeta i želju za mršavošću (296) Brojna istraživanja potvrdila su visoku pouzdanost upitnika na kliničkim i nekliničkim uzorcima (276, 297, 298). Kako bi se ispitala faktorska struktura Upitnika navika hranjenja na našem uzorku ispitanika, povedena je faktorska analiza metodom glavnih komponenti uz varimax rotaciju. Za 7 faktora je vrijednost karakterističnog korijena bila veća od 1, no zadržano je 3 faktora na temelju *scree plot*-a i interpretabilnosti faktorskog rješenja. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) mjera pokazala je da je matrica pogodna za ekstrakciju (KMO= 0,880), kao i Bartlettov test sfericiteta ($p < 0,01$). Trofaktorskim rješenjem objašnjeno je gotovo 50 % cjelokupne varijance (Prilog 3). Prvim faktorom *dijeta* objašnjeno je 29,34 % cjelokupne varijance (npr. *Posebno izbjegavam hranu koja sadrži veliku količinu ugljikohidrata.*), drugim faktorom *zaokupljenost hranom i bulimija* je objašnjeno 11,06 % varijance (npr. *Osjećam da mi se život vrti oko hrane.*), a trećim faktorom *oralna kontrola/socijalni pritisak* 9,59 % cjelokupne varijance (npr. *Osjećam da bi drugi htjeli da više jedem.*). Pouzdanost Upitnika navika hranjenja tipa unutarnje konzistencije na ispitanom uzorku je zadovoljavajuća i iznosi Cronbach alfa 0,86. Upitnik je preveden na hrvatski jezik.

4.2.6. Skala podložnosti vršnjačkom pritisku (SPVP: Lebedina-Manzoni, Lotar i Ricijaš, 2008)

Razvijena je na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu u Zagrebu (134) na temelju Brownove i Clasenove konceptualizacije vršnjačkog pritiska prema kojoj se vršnjački pritisak javlja u pet područja života adolescenata i rezultata fokusnih grupa sa adolescentima. Skala podložnosti vršnjačkom pritisku sastoji se od 22 čestica koje se raspoređuju u pet faktora (odnosi s vršnjacima, fizički izgled, odnosi s roditeljima, rizična ponašanja i ponašanje u školi). Na svaku česticu odgovara se na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva (uopće nije točno – u potpunosti točno), pri čemu viši ukupni rezultat znači veću podložnost vršnjačkom pritisku. Faktorska struktura skale provjerena je na cjelokupnom uzorku analizom glavnih komponenata uz varimax rotaciju. KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) mjera pokazala je da je matrica pogodna za ekstrakciju (KMO = 0,856), kao i Bartlettov test sfericiteta ($p < 0,01$). Ekstrahirano je pet faktora koji sveukupno objašnjavaju 59,19 % izmjerene varijance, što je u skladu sa originalnom faktorskom strukturom (Prilog 4). Čestice saturirane na dva faktora pripale su onom faktoru, odnosno subskali kojom su više saturirane. Prvi faktor objašnjava 15,47 % varijance i sadrži čestice koje se tiču odnosa sa vršnjacima (npr. *Ne bih se družio/la s*

vršnjacima koje moje društvo ne prihvaća.). Drugi faktor objašnjava 12,85 % varijance i obuhvaća čestice koje se odnose na fizički izgled (npr. *Promijenio/la bih svoj izgled na nagovor svog društva.*). Treći faktor objašnjava 11,72 % varijance i odnosi se na odnose s roditeljima (npr. *Sklon/a sam prekršiti dogovor s roditeljima zbog očekivanja svojeg društva.*). Četvrti faktor objašnjava 8,79 % varijance i tiče se rizičnih ponašanja (npr. *Probao/la bih neku drogu ako to rade i drugi u mom društvu.*). Peti faktor objašnjava 7,35 % varijance i veže se uz ponašanje u školi (npr. *Iako to ne želim, markirao/la bih s nastave jer i drugi u mojem razredu to čine.*) (Tablica 6). Skala pokazuje zadovoljavajuću faktorsku strukturu i unutarnju konzistencija izraženu Cronbachovim alfa koeficijentom koja iznosi 0,87.

4.2.7. Indeks tjelesne mase (BODY MASS INDEX – BMI; Keys, 1972)

Indeks tjelesne mase (ITM) često se koristi kao metoda izračuna uhranjenosti te okvirni pokazatelj debljine i pretilosti (299), iako nije dovoljna mjera općeg zdravlja. Računa se tako da se tjelesna težina (u kilogramima) podijeli s tjelesnom visinom (u metrima) na kvadrat (300). Kod odrasle populacije, indeks tjelesne mase vrijednosti niži od 18,5 smatra se niskom težinom, od 18,5 do 24,99 prosječnom težinom, dok se indeks tjelesne mase veći od 25 smatra iznadprosječnom (25 – 29,9) i prekomjernom težinom (30 i veći). Što se vrijednosti ITM više smanjuje od granice postavljene na 18,5 to više upućuje na značajno podprosječnu težinu, odnosno pothranjenost.

S obzirom da se kod djece i adolescenata količina masnog tkiva mijenja s dobi i različita je s obzirom na spol, nakon izračunavanja ITM, njegova brojčana vrijednost uspoređuje se sa standardima za određenu dob (percentilne krivulje rasta) te se na taj način procjenjuje status djeteta/adolescenta u odnosu na drugu djecu/adolescente iste dobi i spola (301). Indeks tjelesne mase na percentilu pokazuje relativni položaj djeteta/adolescenta među ostalima istog spola i dobi. ITM za dobne kategorije, težina stanja i odgovarajući percentili korišteni u ovom istraživanju su slijedeći: pothranjenost (manje od 5. percentila), normalna težina (od 5. percentila do 85. percentila), prekomjerna težina (od 85. do 95. percentila) i pretilost (jednak ili veći od 95. percentila).

4.3. Postupak

Prikupljanje podataka provodilo se od studenog 2012. godine do svibnja 2013. godine u tri prigodno odabrane srednje škole na području Grada Zagreba (V. gimnazija, Škola

primijenjene umjetnosti i dizajna, I. tehnička škola TESLA). Škole u kojima je provedeno istraživanje međusobno se razlikuju po strukturi, zahtjevnosti i usmjerenju, kao i spolu polaznika.

Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta u Zagrebu, kao i od strane ravnatelja škola u kojima se istraživanje provodilo. Prije početka ispitivanja, zatražen je pismeni pristanak roditelja za sudjelovanje njihovog djeteta u istraživanju.

Ispitivanje je provedeno grupno u razredu tijekom održavanja redovne nastave. Prije početka ispitivanja svi su sudionici dali pisani pristanak za istraživanje u kojem su dobili podatke o cilju, svrsi i načinu provođenja samog istraživanja te verbalnu uputu o načinu popunjavanja upitnika. Prilikom davanja upute bila je naglašena povjerljivost i anonimnost podataka te dobrovoljnost sudjelovanja. Nakon davanja verbalne upute, uz napomenu da u slučaju nejasnoća mogu slobodno postavljati pitanja, ispitanici su samostalno popunjavali upitnike. Dodatno su ispunili podatke o dobi, spolu, obiteljskoj situaciji (s kim žive, status roditelja, imaju li braće i sestara te ako da, koliko) te o svojoj tjelesnoj težini i visini.

Tijekom provedbe istraživanja sudionicima su bili na raspolaganju vaga i krojački metar, za slučaj da ne znaju svoju trenutnu tjelesnu težinu, odnosno visinu. U slučaju vaganja ispitanicima je bila osigurana diskrecija. Ispitivanje je sa svakim razrednim odjeljenjem bilo provedeno jednokratno u trajanju od jednog školskog sata.

Istraživanje u školama provodili su autorica i apsolventice na studiju psihologije Filozofskog fakulteta u Zagrebu koje je autorica prethodno uvježbala kako različito davanje uputa ne bi utjecalo na samo istraživanje.

4.4. Statistički postupci

Istraživanje je dizajnirano kao korelacijsko i presječno. U statističkim analizama korišteni su slijedeći postupci:

- frekvencijske analize i deskriptivna statistika svih varijabli (navike hranjenja, vršnjački pritisak, razine srama i nezadovoljstva tijelom, indeks tjelesne mase)
- Pearsonov koeficijent korelacije u svrhu procjene povezanosti između rizičnih faktora za razvoj problematičnih navika hranjenja
- prikladni statistički postupci za utvrđivanje postojanja razlika između aritmetičkih sredina promatranih varijabli
- multiple regresijske analize u svrhu provjere doprinosa vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase (prediktorske varijable) u objašnjenju

navika hranjenja ispitanih adolescenata (kriterijska varijabla); analizirala se prediktivna snaga pojedinog rizičnog faktora u odnosu na razvoj poremećaja hranjenja kod djevojaka i mladića. Rezultati su smatrani statistički značajnima uz $p < 0,05$.

5. REZULTATI

U obradi prikupljenih podataka su, uz osnovnu deskriptivnu statistiku, korišteni i odgovarajući multivarijatni statistički postupci: hi-kvadrat testovi, analize varijance, te korelacijske i regresijske analize. Za testiranje razlika između dvije aritmetičke sredine korišten je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati će biti prikazani prema postavljenim problemima istraživanja. Osnovni socio-demografski podaci uzorka izneseni su u poglavlju o ispitanicima te su prikazani u Tablici 1, koja je prikazana u nastavku, i Tablici 2, koja je prikazana u poglavlju o ispitanicima. Iz navedenih tablica se saznaje da je ukupan uzorak u ovom istraživanju $N = 400$ ispitanika oba spola, od čega 46,8 % čine djevojke ($N = 187$), a mladići 53,3 % ($N = 213$). Može se smatrati da su ispitanici izjednačeni prema spolu. Prosječna dob djevojaka u uzorku iznosi $M = 16,10$; $SD = 0,945$; totalni raspon godina među ženskim ispitanicima kreće se od 14 do 19. Prosječna dob mladića uključenih u istraživanje iznosi $M = 15,83$; $SD = 1,064$; godine muških ispitanika kreću se u rasponu od 14 do 18. S obzirom da se dob ispitanika kreće u rasponu od šest vrijednosti, u daljnoj obradi rezultata dob se koristila kao kategorijalna varijabla. Pritom su dob od 14 i 15 godina, kao i dob od 17-19 godina spojene u zajedničke kategorije kako bi broj ispitanika unutar svake dobne skupine bio podjednak. U dobnoj skupini od 14-15 godina nalazi se 141 ispitanika (35,3 %), u dobi od 16 godina nalazi se 120 ispitanika (30,0 %), dok je u dobnoj skupini od 17-19 godina 139 ispitanika (34,8 %).

Tablica 1. Demografski pokazatelji ispitanika uključenih u istraživanje za dob prema spolu ispitanika.

Dob	Spol	
	muško	žensko
	N (%)	N (%)
14-15 godina	87 (40,8%)	54 (28,9%)
16 godina	57 (26,8%)	63 (33,7%)
17-19 godina	69 (32,4%)	70 (37,4%)
ukupno	213 (100,0%)	187 (100,0%)

Iz Tablice 1 je vidljivo da je broj ispitanika prema spolu u pojedinim dobnim kategorijama podjednak, s time da je najveći postotak mladića (40,8 %) u najmlađoj dobnoj kategoriji od

14-15 godina, dok je u odnosu na ostale dobne kategorije najveći postotak djevojaka (37,4 %) u najstarijoj dobnoj kategoriji od 17-19 godina.

Na temelju podataka prikazanih u Tablici 2, može se smatrati da su ispitanici izjednačeni prema socioekonomskom statusu.

Od ukupnog uzorka adolescenata, njih 315 (80,6 %) ima normalan ITM s obzirom na dob i spol, od toga 168 mladića (78,9 %) i 147 djevojaka (82,6 %).

5.1. Navike hranjenja, vršnjački pritisak, tjelesni sram, nezadovoljstvo tijelom, težnja ka mišićavosti i indeks tjelesne mase s obzirom na spol i dob ispitanika

Deskriptivni podaci i pouzdanosti upitnika korištenih za ispitivanje navika hranjenja, vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom i težnje ka mišićavosti prikazani su u Tablici 3. Upitnici su imali zadovoljavajuću pouzdanost tipa unutarnje konzistencije (Cronbachov $\alpha > 0,80$).

Tablica 3. Deskriptivni podaci i pouzdanosti upitnika korištenih u istraživanju

Instrumentarij	N	M	SD	min	max	Mogući raspon	α
Upitnik navika hranjenja (EAT 26)	399	9,95	8,99	1	60	0-78	0,86
Skala podložnosti vršnjačkom pritisku (SPVP)	400	45,52	11,59	22	109	22-110	0,87
Skala tjelesnog srama (BS-OBCS)	399	13,11	8,02	8	42	8-48	0,86
Skala zadovoljstva tijelom (BSSS)	400	23,62	9,50	10	50	10-50	0,93
Skala težnje ka mišićavosti (DMS)	398	30,19	13,04	15	90	15-90	0,89

Kako bi se ispitao prvi problem, odnosno utvrdile postojeće navike hranjenja, razine vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob provedeni su t-testovi za nezavisne uzorke, jednosmjerne analize varijance te hi-kvadrat testovi. T-test je korišten za utvrđivanje razlika srednjih vrijednosti (aritmetičkih sredina) na kontinuiranoj varijabli između dviju nezavisnih kategorija nominalne varijable (sve spomenute varijable prema spolu, osim ITM-a). Pritom je kao pripadajuća standardizirana mjera veličine učinka naveden Cohenov d izračunat prema formuli: $(M1-M2)/SD$, gdje M1 predstavlja aritmetičku sredinu za prvu kategoriju, M2 aritmetičku sredinu za drugu kategoriju, a SD ukupnu standardnu devijaciju. Jednosmjerna

analiza varijance (ANOVA) korištena je kada se utvrđivala razlika u aritmetičkim sredinama na kontinuiranoj varijabli između više od dvije kategorije nominalne varijable (sve spomenute varijable prema dobi, osim ITM-a). Hi-kvadrat testom ispitivala se statistička značajnost razlike između dvije kategorijalne varijable (ITM prema spolu i ITM prema dobi) te je kao standardizirana mjera veličine učinka naveden fi koeficijent korelacije (ϕ).

Od cjelokupnog uzorka 9 djevojaka je odbilo dati podatak o težini stoga za njih ITM nije mogao biti izračunat. Također, iz navedenog razloga ukupan broj ispitanika u pojedinim obradama varira. Ispitujući postoji li razlika u postotku mladića i djevojaka u pojedinoj kategoriji ITM-a (pothranjeni, prosječni, prekomjerno teški i pretili), ustanovljeno je da postoji statistički značajna razlika u postotku mladića i djevojaka koji se nalaze u različitim kategorijama ITM-a ($\chi^2 = 8,723$, $df = 3$, $p = 0,033$, $\phi = 0,149$). Četiri petine adolescenata (80,6 %) imalo je prosječni ITM, od toga ukupno 168 mladića (78,9 %) i 147 djevojaka (82,6 %). Podjednak postotak djevojaka i mladića je bio pothranjen (redom 6,2 % i 5,2 %), dok je više djevojaka imalo prekomjernu težinu (10,7 %) u odnosu na mladiće (9,9 %). Usporedbom broja mladića u djevojaka u kategoriji pretelih, ustanovljeno je da je veći broj mladića (6,1%) bio pretio u usporedbi s djevojkama (0,6 %).

Ustanovljeno je da postoji statistički značajna razlika u postotku adolescenata iz različitih dobnih skupina i pojedinih kategorija ITM-a ($\chi^2 = 15,150$ $df = 6$, $p = 0,019$, $\phi = 0,197$) (Tablica 4). Najstarija dobna skupina adolescenata imala je u najvećem postotku prosječan ITM (87,0 %), dok je srednja dobna skupina uključivala veći postotak pothranjenih (8,5 %) i prekomjerno teških (15,4 %) adolescenata u odnosu na stariju i mlađu skupinu. Najveći postotak pretelih adolescenata (6,6 %) nalazio se u najmlađoj dobnoj skupini. Dobiveni rezultati u skladu su s našim očekivanjima, kao i podacima o ITM adolescenata s obzirom na spol i dob iz literature.

Tablica 4. Razlike ispitanika prema ITM-u s obzirom na spol i dob

Indeks tjelesne mase												
pothranjenost		prosječni		prekomjerni		pretili		Ukupno		Hi-kvadrat test		
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	χ^2	p	φ
Spol										8,723	0,033	0,149
Muški	11	5,2%	168	78,9%	21	9,9%	13	6,1%	213	100,0%		
Ženski	11	6,2%	147	82,6%	19	10,7%	1	0,6%	178	100,0%		
Ukupno	22	5,6%	315	80,6%	40	10,2%	14	3,6%	391	100,0%		
Dob										15,150	0,019	0,197
14-15 god	5	3,7%	108	79,4%	14	10,3%	9	6,6%	136	100,0%		
16 god	10	8,5%	87	74,4%	18	15,4%	2	1,7%	117	100,0%		
17-19 god	7	5,1%	120	87,0%	8	5,8%	3	2,2%	138	100,0%		
Ukupno	22	5,6%	315	80,6%	40	10,2%	14	3,6%	391	100,0%		

Mladići i djevojke su se statistički značajno razlikovali prema navikama hranjenja ($t = -5,245$, $df = 287,04$, $p < 0,001$, $d = 0,53$), vršnjačkom pritisku ($t = 2,246$, $df = 396$, $p = 0,025$, $d = 0,23$), tjelesnom sramu ($t = -7,782$, $df = 307,93$, $p < 0,001$, $d = 0,78$), zadovoljstvu tijelom ($t = -4,915$, $df = 398$, $p < 0,001$, $d = 0,49$) i težnji ka mišićavosti ($t = -10,201$, $df = 372,15$, $p < 0,001$, $d = 1,02$). Prema samoprocjenama, djevojke su u prosjeku imale problematičnije navike hranjenja, veći osjećaj tjelesnog srama te su više bile nezadovoljne svojim tijelom, dok su mladići u prosjeku bili podložniji vršnjačkom pritisku te su više težili ka mišićavosti (Tablica 5). Dobiveni rezultati sukladni su sa nalazima većine istraživanja čiji rezultati i zaključci su prikazani u uvodnom dijelu ovog rada.

Tablica 5. Razlike u navikama hranjenja, vršnjačkom pritisku, tjelesnom sramu, nezadovoljstvu tijelom i težnji ka mišićavosti prema spolu

	Spol							
	Muški		Ženski		t-test			
	M	SD	M	SD	t	df	p	d
Navike hranjenja	7,74	6,18	12,45	10,85	-5,245	287,04	<0,001	0,53
Vršnjački pritisak	46,73	12,56	44,13	10,24	2,246	398	0,025	0,23
Tjelesni sram	10,32	5,78	16,30	8,98	-7,782	307,93	<0,001	0,78
Nezadovoljstvo tijelom	21,49	9,49	26,04	8,95	-4,915	398	<0,001	0,49
Težnja ka mišićavosti	35,65	13,53	23,96	9,12	10,201	372,15	<0,001	1,02

Mladići i djevojke su se statistički značajno razlikovali prema svim aspektima nezadovoljstva tijelom, osim u nezadovoljstvu visinom (Tablica 6). U odnosu na mladiće, djevojke su u prosjeku bile nezadovoljnije težinom, oblikom tijela, strukom, bokovima, bedrima, trbuhom, licem, građom tijela i ramenima. Zanimljiv je podatak da su i mladići i djevojke iskazali podjednako nezadovoljstvo visinom tijela. Dok rezultati dosadašnjih istraživanja u pravilu potvrđuju da su djevojke općenito nezadovoljnije i kritičnije prema svom tijelu, što je u skladu s njihovim iskazanim nezadovoljstvom svim dijelovima tijela obuhvaćenim u ovom istraživanju, mladićima se visina tijela pokazala kao jedna od važnijih komponenti tjelesnog izgleda.

Tablica 6. Razlike s obzirom na aspekte nezadovoljstva tijelom prema spolu ispitanika

Aspekti nezadovoljstva tijelom	Spol							
	Muški		Ženski		t-test			
	M	SD	M	SD	t	df	p	d
visina	2,18	1,27	2,13	1,09	0,013	398	0,674	
težina	2,35	1,11	2,90	1,26	-4,600	398	<0,001	0,46
oblik tijela	2,14	1,08	2,70	1,19	-4,896	398	<0,001	0,49
struk	2,13	1,14	2,48	1,25	-2,869	398	0,004	0,29
bokovi	2,09	1,14	2,65	1,19	-4,826	398	<0,001	0,48
bedra	2,14	1,15	2,85	1,27	-5,817	398	<0,001	0,58
trbuh	2,26	1,23	2,94	1,31	-5,293	398	<0,001	0,53
lice	2,10	1,14	2,51	1,18	-3,561	398	<0,001	0,36
građa tijela	2,14	1,19	2,63	1,20	-4,093	398	<0,001	0,41
ramena	1,97	1,19	2,27	1,22	-2,446	398	0,015	0,25

Iz priložene tablice (Tablica 7) vidljivo je da se različite dobne skupine ispitanika nisu statistički značajno razlikovale prema navikama hranjenja, vršnjačkom pritisku, tjelesnom sramu, nezadovoljstvu tijelom i težnji ka mišićavosti. Dobiveni rezultati upućuju da su s obzirom na dob prema navedenim varijablama sudionici bili prilično homogen uzorak, moguće uslijed suženog dobnog raspona. Neka od provedenih dosadašnjih istraživanja u skladu su dobivenim rezultatima te naglašavaju da prilikom ispitivanja različitih rizičnih faktora za razvoj poremećenih navika hranjenja treba obuhvatiti što veći dobní raspon sudionika oba spola, jer istraživanja provedena na muškoj populaciji upućuju da se

poremećene navike hranjenja, odnosno poremećaji hranjenja, kod njih češće razvijaju u kasnijoj dobi u odnosu na žensku populaciju.

Tablica 7. Razlike u navikama hranjenja, vršnjačkom pritisku, tjelesnom sramu, nezadovoljstvu tijelom i težnji ka mišićavosti prema dobi ispitanika

	Dob								
	14-15 godina		16 godina		17-19 godina		ANOVA		
	M	SD	M	SD	M	SD	F	df ₁ ,df ₂	p
Navike hranjenja	9,69	9,13	10,43	8,49	9,78	9,30	0,253	2,398	0,776
Vršnjački pritisak	46,65	11,69	45,19	11,60	44,65	11,47	1,108	2,399	0,331
Tjelesni sram	13,04	7,35	13,39	8,48	12,94	8,30	0,108	2,398	0,897
Nezadovoljstvo tijelom	23,12	9,75	24,00	9,23	23,80	9,52	0,314	2,399	0,731
Težnja ka mišićavosti	29,65	12,58	29,97	12,00	30,93	14,36	0,362	2,397	0,697

U slijedećoj tablici (Tablica 8) prikazani su rezultati utvđivanja razlika između različitih aspekata nezadovoljstva tijelom te različitih dobnih skupina ispitanika. Na temelju provedene ANOVE vidljivo je da se različite dobne skupine ispitanika nisu statistički značajno razlikovale prema pojedinim aspektima nezadovoljstva tijelom.

Tablica 8. Aspekti nezadovoljstva tijelom prema dobi ispitanika

Aspekti nezadovoljstva tijelom	Dob								
	14-15 godina		16 godina		17-19 godina		ANOVA		
	M	SD	M	SD	M	SD	F	df ₁ ,df ₂	p
visina	2,11	1,12	2,08	1,06	2,26	1,35	0,837	2,399	0,434
težina	2,49	1,24	2,69	1,24	2,65	1,17	1,028	2,399	0,359
oblik tijela	2,40	1,19	2,39	1,17	2,40	1,15	0,004	2,399	0,996
struk	2,30	1,25	2,32	1,15	2,27	1,21	0,059	2,399	0,943
bokovi	2,28	1,18	2,43	1,19	2,37	1,23	0,513	2,399	0,599
bedra	2,43	1,27	2,51	1,22	2,49	1,29	0,158	2,399	0,853
trbuh	2,50	1,32	2,77	1,35	2,49	1,26	1,796	2,399	0,167
lice	2,20	1,23	2,38	1,15	2,32	1,15	0,769	2,399	0,464
građa tijela	2,34	1,22	2,43	1,23	2,34	1,21	0,208	2,399	0,813
ramena	2,07	1,18	2,02	1,14	2,23	1,30	1,111	2,399	0,330

S obzirom da su se mladići i djevojke statistički značajno razlikovali u ključnim varijablama ovog istraživanja, odnosno varijablama navika hranjenja, vršnjačkom pritisku, težnji ka mišićavosti, nezadovoljstvu tijelom i tjelesnom sramu, analize u sklopu preostalih problema istraživanja provedeni su posebno za mladiće i djevojke.

5.2. Povezanost vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase sa navikama hranjenja

U svrhu odgovaranja na drugi problem ispitano je postoji li povezanost navika hranjenja sa vršnjačkim pritiskom, tjelesnim sramom, nezadovoljstvom tijelom, težnjom ka mišićavosti te indeksom tjelesne mase². U tu svrhu izračunati su Pearsonovi koeficijenti korelacije. Dobivene su statistički značajne pozitivne korelacije navika hranjenja sa vršnjačkim pritiskom ($r = 0,242$, $p < 0,001$), tjelesnim sramom ($r = 0,104$, $p < 0,001$), nezadovoljstvom tijelom ($r = 0,353$, $p < 0,001$) i težnjom ka mišićavosti ($r = 0,550$, $p < 0,001$). Nije utvrđena statistički značajna povezanost navika hranjenja i ITM-a ($r = 0,03$, $p = 0,959$).

Više odstupajuće navike hranjenja bile su povezane s većom podložnošću vršnjačkom pritisku, većim osjećajem tjelesnog srama, većim nezadovoljstvom tijelom te većom težnjom ka mišićavosti. Jednake značajnosti i smjerovi korelacija dobiveni su i na pojedinačnim analizama za mladiće i djevojke (Tablica 9). Pozitivne povezanosti između navedenih varijabli znače da su oni mladići i djevojke koji iskazuju veći broj odstupajućih navika hranjenja podložniji vršnjačkom pritisku, imaju veći osjećaj tjelesnog srama, nezadovoljniji su svojim tijelom i žele biti mišićaviji. Dobiveni rezultati u skladu su s očekivanjima, kao i sa nalazima brojnih drugih istraživanja spomenutih u uvodnom dijelu rada.

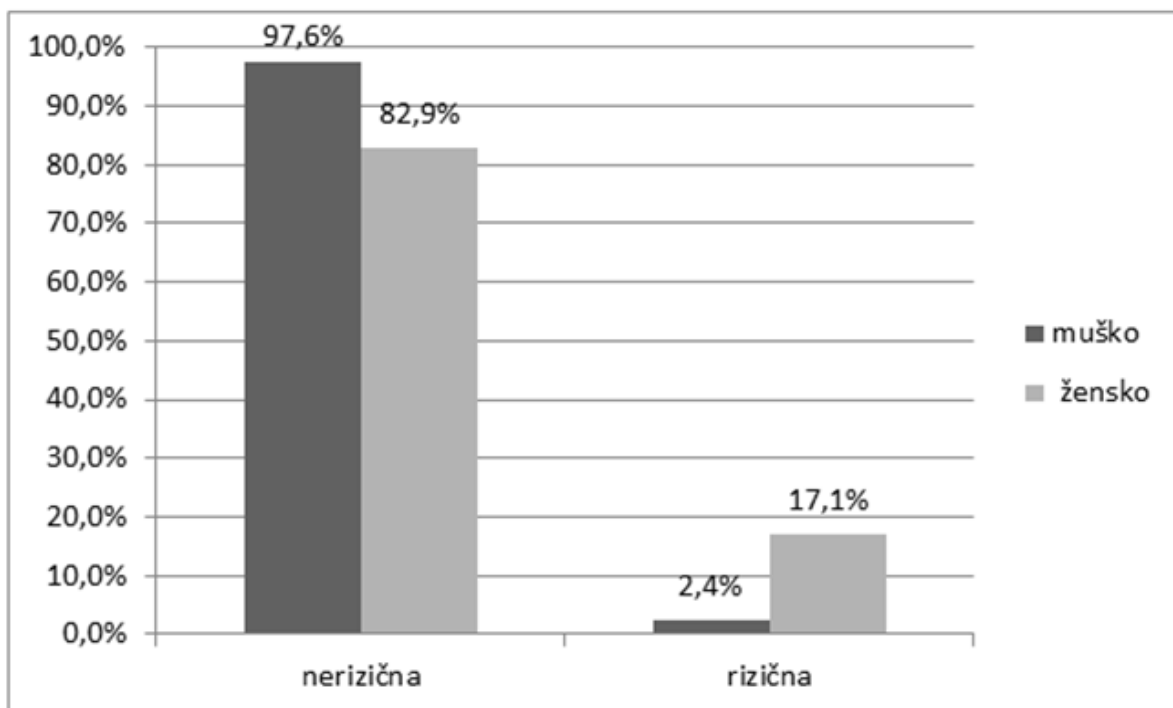
² Ispitane su razlike u navikama hranjenja, vršnjačkom pritisku, tjelesnom sramu, nezadovoljstvu tijelom, težnji ka mišićavosti prema obiteljskim karakteristikama, no nisu dobiveni statistički značajni rezultati. Zbog neznačajnosti razlika i opsega tablica ti rezultati nisu prikazani, niti su spomenute varijable uključene u regresijski model kojim su se predviđale navike hranjenja srednjoškolaca.

Tablica 9. Povezanost navika hranjenja s vršnjačkim pritiskom, tjelesnim sramom, nezadovoljstvom tijelom i težnji ka mišićavosti s obzirom na spol ispitanika.

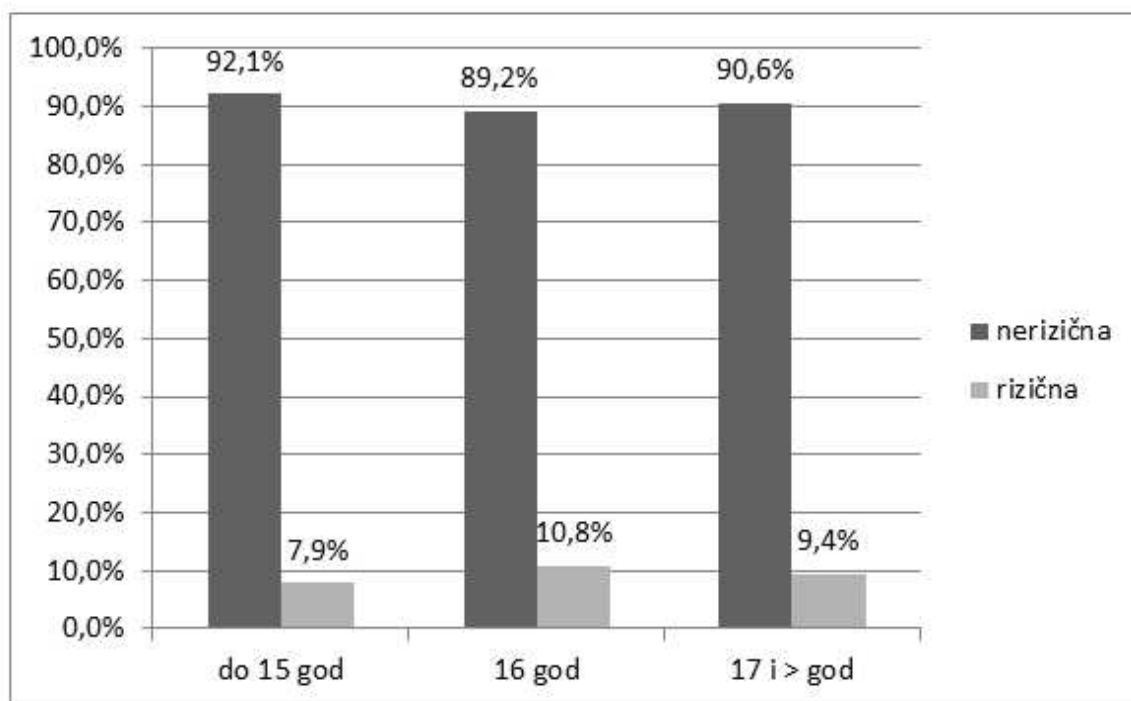
r	Navike hranjenja		Ukupno
	Ženski	Muški	
Vršnjački pritisak	0,359***	0,236**	0,242***
Tjelesni sram	0,566***	0,363***	0,104***
Nezadovoljstvo tijelom	0,446***	0,147*	0,353***
Težnja ka mišićavosti	0,251**	0,317***	0,550***
ITM	0,039	0,028	0,003

*p < 0,05; ** p < 0,01 ; ***p < 0,001

Pomoću Hi-kvadrat testa dodatno je provjerena značajnost razlike u izraženosti odstupajućih navika hranjenja prema spolu ispitanika. Na temelju rezultata koji su postigli na Upitniku navika hranjenja, ispitanici su podijeljeni na rizičnu i nerizičnu skupinu s obzirom na izraženost odstupajućih navika hranjenja. Nerizičnu skupinu činili su ispitanici čiji rezultat je nije prelazio ili je bio jednak 20 nakon rekodiranja čestica, dok su rizičnu skupinu činili oni ispitanici čiji je rezultat prelazio 20. Ukupno 37 (9,27 %) ispitanika imalo je rizičnu izraženost odstupajućih navika hranjenja. Kao što je prikazano na Grafu 1, ustanovljeno je da se postotak mladića i djevojka statistički značajno razlikuje prema izraženosti odstupajućih navika hranjenja ($\chi^2 = 25,707$, $df = 1$, $p < 0,001$, $\phi = 0,246$). Čak 32 (17,1 %) djevojke imale su rizičnu izraženost odstupajućih navika hranjenja u odnosu na 5 (2,4 %) mladića, odnosno veći postotak djevojaka je imalo povećan rizik da potencijalno razviju poremećaj hranjenja u odnosu na mladiće. Izraženost odstupajućih navika hranjenja nije se statistički značajno razlikovala prema dobi ($\chi^2 = 0,682$ $df = 2$, $p = 0,711$) (Graf 2).



Graf 1. Izraženost odstupajućih navika hranjenja prema spolu ($\chi^2=25,71$, $df=1$, $p<0,001$, $\phi=0,246$)



Graf 2. Izraženost odstupajućih navika hranjenja prema dobi ($\chi^2=0,682$ $df=2$, $p=0,711$)

5.3. Doprinos vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeksa tjelesne mase u objašnjenju navika hranjenja adolescenata

S ciljem odgovaranja na treći problem ovog istraživanja, odnosno utvrđivanja doprinosa vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom, težnje ka mišićavosti te indeksa tjelesne mase (prediktorske varijable) u objašnjenju navika hranjenja (kriterijska varijabla), provedene su multiple regresijske analize posebno za ženski i muški spol. Matrica korelacija varijabli uključenih u regresijske analize prikazane su u Tablicama 10 i 11.

Tablica 10. Korelacijska matrica varijabli vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom, težnje ka mišićavosti, indeksa tjelesne mase i navika hranjenja kod mladića

r	EAT	SPVP	BSOBCS	BSSS	DMS	ITM
EAT	1	0,236**	0,363***	0,147*	0,317***	0,028
SPVP		1	0,349***	0,331***	0,254***	0,101
BSOBCS			1	0,329***	0,375***	0,107
BSSS				1	0,278***	0,168*
DMS					1	-0,011
ITM						1

*p < 0,05; ** p < 0,01 ; ***p < 0,001

Legenda: EAT – Upitnik navika hranjenja; SPVP – Skala podložnosti vršnjačkom pritisku;

BS-OBCS – Skala tjelesnog srama; BSSS – Skala zadovoljstva tijelom;

DMS – Skala težnje ka mišićavosti.

Tablica 11. Korelacijska matrica varijabli vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom, težnje ka mišićavosti, indeksa tjelesne mase i navika hranjenja kod djevojaka

r	EAT	SPVP	BSOBACS	BSSS	DMS	ITM
EAT	1	0,359***	0,566***	0,446***	0,251**	0,039
SPVP		1	0,344**	0,274***	0,188*	-0,044
BSOBACS			1	0,573**	0,276***	0,211*
BSSS				1	0,135	0,275***
DMS					1	-0,077*
ITM						1

*p < 0,05; ** p < 0,01 ; ***p < 0,001

Legenda: EAT – Upitnik navika hranjenja; SPVP – Skala podložnosti vršnjačkom pritisku;

BS-OBCS – Skala tjelesnog srama; BSSS – Skala zadovoljstva tijelom;

DMS – Skala težnje ka mišićavosti.

Kod djevojaka se spomenuti regresijski model pokazao statistički značajnim te se njime objasnio 36 % varijance navika hranjenja ($R = 0,598$, $R^2 = 0,358$, $R^2_{adj} = 339$, $F_{(5,176)} = 19,047$, $p < 0,001$). Od pojedinačnih prediktora statistički značajni su bili tjelesni sram ($\beta = 0,409$, $t = 5,235$, $p < 0,001$) i nezadovoljstvo tijelom ($\beta = 0,171$, $t = 2,235$, $p = 0,027$). Više odstupajuće navike hranjenja objašnjavao je veći tjelesni sram i veće nezadovoljstvo tijelom (Tablica 12). Djevojke koje su iskazivale više odstupajućih navika hranjenja osjećale su veći tjelesni sram i bile su nezadovoljnije svojim tijelom. Dobiveni rezultati u skladu su s većinom rezultata dosadašnjih istraživanja.

Kod mladića je model također statistički značajan i njime je objašnjeno 18 % varijance navika hranjenja ($R = 0,421$, $R^2 = 0,177$, $R^2_{adj} = 157$, $F_{(5,210)} = 8,828$, $p < 0,001$). Od pojedinačnih prediktora statistički značajni su bili tjelesni sram ($\beta = 0,260$, $t = 3,572$, $p < 0,001$) i težnja ka mišićavosti ($\beta = 0,201$, $t = 2,873$, $p = 0,004$). Više odstupajuće navike hranjenja objašnjavao

je veći tjelesni sram i veća težnja ka mišićavosti (Tablica 12). Kod mladića, oni koji su iskazivali više odstupajućih navika hranjenja osjećali su veći tjelesni sram i željeli su biti mišićaviji, što se slaže s nalazima većeg dijela dosadašnjih istraživanja.

Tablica 12. Rezultati multiple regresijske analize za utvrđivanja doprinosa vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom, težnje ka mišićavosti te indeksa tjelesne mase (prediktorske varijable) u objašnjenju navika hranjenja adolescenata (kriterijska varijabla)

Kriterij:	Spol					
	Ženski			Muški		
	R	R ²	β	R	R ²	β
Navike hranjenja	0,598***	0,358***		0,421***	0,177***	
Vršnjački pritisak			0,136			0,102
Tjelesni sram			0,409***			0,260***
Nezadovoljstvo tijelom			0,171**			-0,027
Težnja ka mišićavosti			0,077			0,201**
ITM			-0,081			-0,011

*p < 0,05; ** p < 0,01 ; ***p < 0,001

6. RASPRAVA

Navike hranjenja, razine vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom, težnje za mišićavosti te indeks tjelesne mase kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob

Ovom istraživanju osnovni cilj je bio ispitati neke rizične faktore za razvoj poremećenih navika hranjenja, odnosno poremećaja hranjenja među adolescentima. Prije nego što su provedene glavne analize, ispitane su navike hranjenja, razina vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te indeks tjelesne mase kod srednjoškolaca s obzirom na spol i dob.

Kao indikativna mjera poremećaja hranjenja korišten je Upitnik navika hranjenja (EAT; 295). Radi se o mjeri samoprocjene odstupajućih stavova i ponašanja vezanih uz navike hranjenja, stoga je plauzibilno pretpostaviti da je izvjestan broj sudionika davao socijalno poželjne odgovore prilikom rješavanja upitnika. Ipak, ta mogućnost ne čini dobivene podatke manje zabrinjavajućima. Rizičnu izraženost odstupajućih navika hranjenja imalo je više od 9 % (37/400) sudionika cjelokupnog uzorka. Sukladno postavljenoj hipotezi, djevojke su imale statistički značajno više razine odstupajućih navika hranjenja od mladića. Slični rezultati dobiveni su dosadašnjim istraživanjima. Primjerice, Furnham, Badmin i Sneade (302) su na uzorku britanskih srednjoškolaca, koristeći sličnu mjeru odstupajućih navika hranjenja – opsežniju verziju Upitnika navika hranjenja (294), također utvrdili statistički značajno višu razinu odstupajućih stavova i ponašanja vezanih uz hranjenje kod djevojaka u odnosu na mladiće, iako su i rezultati dobiveni na mladićima bili viši od očekivanih. U ovom istraživanju rizičnu izraženost odstupajućih navika hranjenja imale su 32 djevojke (17,1 %) i 5 mladića (2,4 %). Postoci djevojaka i mladića čiji odgovori prelaze kritičnu vrijednost na EAT-u viši su od onih dobivenih u dosadašnjim istraživanjima provedenim na hrvatskim adolescentima. U istraživanju Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (303) dobiveno je da 7,6 % srednjoškolki i 11,3 % studentica postiže kritičan rezultat na EAT-u, dok su Pokrajac-Bulian, Mohorić i Đurović (242) utvrdile da 7,7 % djevojaka i 0,5 % mladića postiže povišen rezultat na EAT-u. Rezultati dobiveni aktualnim istraživanjem sukladni su onima dobivenim na uzorku adolescenata u Italiji, prema kojima oko 16 % djevojaka i oko 3 % mladića ima kritičnu izraženost odstupajućih navika hranjenja (304). Prilikom interpretacije dobivenih rezultata ipak treba uzeti u obzir činjenicu da oni adolescenti koji su iskazali rizičnu izraženost odstupajućih navika hranjenja ne zadovoljavaju nužno kriterije za neki od poremećaja hranjenja. Naime, EAT upitnik koji se koristio za mjerenje navika hranjenja predstavlja samo trijažnu mjeru. Ukoliko se želi dobiti pouzdaniji podatak o broju

srednjoškolaca s poremećajima hranjenja, bilo bi potrebno naknadno strukturiranim intervjuom provjeriti pogrešku tipa lažno pozitivnih slučajeva (294).

Navedeni podaci idu u prilog brojnim dosadašnjim istraživanjima koja su pokazala da su poremećaji hranjenja znatno učestaliji u ženskoj populaciji (305-307). Većina istraživanja stoga je primarno usmjerena na djevojke i žene, dok se poremećaji hranjenja u muškoj populaciji stavljaju u drugi plan, a često i zanemaruju. Ipak, istraživanja koja su ispitivala učestalost pojedinih poremećaja hranjenja s obzirom na spol ne daju ovako jednostrane rezultate. Dok istraživanja anoreksije nervoze i bulimije nervoze redovito upućuju na njihovu veću prevalenciju među ženskom populacijom u odnosu na mušku (2), većina istraživanja spolnih razlika vezanih uz poremećaj kompulzivnog prejedanja upućuje da je poremećaj kompulzivnog prejedanja kod muškaraca jednako učestao kao i kod žena (308, 309). Neka istraživanja čak ukazuju na obrnut slučaj. Primjerice, Hudson i suradnici (9) utvrdili su da prevalencija (graničnog) poremećaja kompulsivnog prejedanja kod muškaraca iznosi 1,9 %, dok je kod žena utvrđena značajno manja prevalencija koja iznosi 0,6 %. Pokazalo se da muškarci koji se kompulzivno prejedaju u značajno manjem broju od žena izvještavaju o ekstremnim ponašanjima kontrole težine poput povraćanja (310) te često prakticiraju različite kompenzatorne metode sa ciljevima koji su usmjereni primjerice na smanjenje postotka tjelesne masti i povećanje mišićne mase, pri čemu najčešće dobivanje na težini nastoje kompenzirati ekscesivnim vježbanjem (311). Shodno tome, da su zasebno analizirani simptomi pojedinih poremećaja hranjenja možda bi se dobile razlike koje ne idu isključivo u smjeru veće učestalosti odstupajućih navika hranjenja kod žena u odnosu na muškarce. Općenito govoreći, čini se da je spol manje istaknut faktor kod poremećaja hranjenja ako naglasak nije na težini tijela i ekstremnim kompenzatornim ponašanjima koje su češće pojave kod žena nego kod muškaraca. U slučaju da su u obzir uzete specifične metode modifikacije tijela karakterističnije za muškarce vjerojatno bi spolne razlike bile manje istaknute, što upućuje na to da su dijagnostički kriteriji poremećaja hranjenja u spomenutom pogledu spolno pristrani.

Sukladno postavljenoj hipotezi, ispitivanjem nezadovoljstva tijelom dobiveno je da su djevojke statistički značajno nezadovoljnije svojim tijelom od mladića. Na isto ukazuju i nalazi dosadašnjih istraživanja (60, 242, 312). Neka istraživanja nezadovoljstva tijelom ustanovila su da polovica ili čak više od polovice žena nije zadovoljno vlastitim tijelom (253, 313). Nezadovoljstvo tijelom u žena smatra se toliko prevalentnim i pervazivnim da ga neki stručnjaci u tom području čak nazivaju „normalnim“ (75, 314). Pogrešna percepcija težine i

negativna slika tijela uobičajena je među ženama, čak i kada imaju prosječni ITM. Primjerice, američko nacionalno istraživanje (The third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) (315) pokazalo je da čak 38 % žena normalne tjelesne težine smatra da je predebelo. Spomenuto istraživanje provedeno je na mladim djevojkama koje su još uvijek bile u fazi puberalnih promjena i prilagodbi na novi izgled vlastitog tijela. Stresu zbog neizvjesnosti ishoda razvojnog procesa doprinosi propaganda nerealistično vitkog ženskog tijela kojoj su djevojke svakodnevno izložene. S druge strane, tjelesne promjene mladića idu u smjeru razvoja poželjnih karakteristika muškog tijela koji je prisutan u društvu. Mladićima se nastupom puberalnih promjena razvija muskulatura, šire im se ramena čime se tijelo približava idealnom V obliku tijela koji predstavlja muški ideal ljepote tjelesnog izgleda.

Razlike u sagledavanju poželjnosti muških i ženskih razvojnih promjena potkrepljena su spolnim razlikama u nezadovoljstvu tijelom koje su ovim istraživanjem dobivene.

Analizirajući nezadovoljstvo pojedinim dijelovima tijela ustanovljeno je da su djevojke statistički značajno nezadovoljnije svim aspektima tjelesnog izgleda, odnosno tjelesnom težinom, oblikom i građom tijela, strukom, bokovima, bedrima, trbuhom, licem, pa čak i ramenima koja su za zadovoljstvo tijelom važniji muškarcima nego ženama (316). Navedeno potvrđuje da mladići sagledavaju razvojne promjene koje im se događaju kao puno pozitivnije iskustvo od djevojaka, što se odražava i na procjenu nezadovoljstva pojedinim dijelovima tijela. Iznimka je visina tijela za koju nije utvrđena statistički značajna razlika prema spolu. I mladići i djevojke iskazali su podjednako nezadovoljstvo visinom tijela. Muškarcima je visina tijela bitnija komponenta tjelesnog izgleda nego ženama (317), pa bi se očekivalo da će nezadovoljstvo visinom kod njih biti veće nego kod žena. No, moguće da razlika nije dobivena s obzirom da su djevojke općenito nezadovoljnije i kritičnije prema vlastitom tijelu, pa se to nezadovoljstvo odražava i na visinu za koju iskazuju podjednako nezadovoljstvo kao mladići.

U skladu sa hipotezom ovog istraživanja, dobivena je statistički značajna razlika između mladića i djevojaka u odnosu na težnju ka mišićavosti. U usporedbi sa djevojkama, mladići su u prosjeku više težili ka mišićavosti. Navedeni nalazi slažu se sa dobivenim rezultatima u drugim istraživanjima u kojima je utvrđena veća težnja ka mišićavosti kod muškaraca u odnosu na žene (260, 290). Težnja ka mišićavosti ogledala se u samoprocjeni ponašanja koja su usmjerena na povećanje mišića (kao što su primjerice uzimanje proteinskih napitaka i energetskih dodataka prehrani, uzimanje steroida te vježbanje u teretani) te stavova povezanih sa mišićavošću (mišljenja o nedovoljnoj razvijenosti muskulature i želje za povećanjem

mišića). Dakle, muškarci su se u prosjeku više nego žene angažirali u ponašanjima koja su usmjerena na povećanje mišića te su smatrali da im muskulatura nije dovoljno razvijena i htjeli ju povećati. Istraživanja pokazuju da što se muskulature tiče, žene obično teže atleskoj građi i nenametljivo definiranom tonusu mišića (npr. 318, 319), dok muškarce zanima mišićna masa, odnosno veličina mišića (320). Primjerice, Pope, Gruber, Mangweth, Bureau, Jouvent i Hudson (321) pokazali su da muškarci u prosjeku žele povećati mišićnu masu za 12 kilograma te su smatrali da žene žele muškarce koji u prosjeku imaju 13 kilograma više mišića nego što su ih oni sami imali. Spomenuto istraživanje ide u prilog pretpostavci da su muškarci više preokupirani mišićavošću nego žene, pa im razina mišićavosti predstavlja veći izvor nezadovoljstva nego ženama (259, 322). Ukoliko se težnja ka mišićavosti smatra pokazateljem nezadovoljstva vlastitom muskulaturom, iz navedenog proizlazi da oba spola pokazuju nezadovoljstvo tijelom, samo što je kod muškaraca nezadovoljstvo tijelom drugačije iskazano u odnosu na ono u žena. Iako su na mjerama procjene nezadovoljstva pojedinim dijelovima tijela u ovom istraživanju iskazali manje nezadovoljstvo od djevojaka, mladići su na indirektnijim mjerama procjene ponašanja i stavova o mišićavosti indicirali veće nezadovoljstvo tijelom od žena. Navedene razlike vjerojatno su posljedica različitih kulturalnih normi vezanih uz tjelesni izgled. S obzirom da je glavna karakteristika muškog tjelesnog ideala mišićavost, a ženskog vitka linija (bez naglašene muskulature), fokus muškaraca je više usmjeren na karakteristike tijela vezane uz mišićavost, a kod žena na vitku liniju. Istraživanja tako konzistentno pokazuju da je dominantni izvor nezadovoljstva kod žena tjelesna težina te one kao glavnu strategiju za gubitak na težini primjenjuju različite dijete i restrikcije unosa hrane (121, 323). S druge strane, muškarci umjesto dijete kao glavnu metodu oblikovanja tijela koriste vježbanje, bez obzira žele li izgubiti ili dobiti na tjelesnoj težini (324, 325). U novije vrijeme, Adoniov kompleks je termin koji se sve češće koristi za opisivanje cijelog spektra zaokupljenosti tijelom kod muškaraca, uključujući i opsesivnost koja je životno ugrožavajuća (325). Prema grčkoj mitologiji, Adonis je bio polubog i smatrao se ultimativnim primjerom muške ljepote, a izgled njegovog tijela predstavljao je idealne muške proporcije. Adoniov kompleks postaje sve učestaliji i javlja se sve ranije tijekom životne dobi. Pope i suradnici (325) su pronašli da su dječaci već u osnovnoj školi iskazivali nezadovoljstvo izgledom svog tijela, što može u kasnijoj dobi dovesti do niskog samopouzdanja i/ili depresivnih simptoma, kao i razvoja poremećenih navika hranjenja, odnosno nekog od poremećaja hranjenja. Kao što je već spomenuto, poremećaj kompulzivnog prejedanja smatra se učestalijim kod muškaraca. Muškarci koji se kompulzivno prejedaju imaju negativnu percepciju svoj tjelesnog izgleda i osjećaju se manje vrijedno. Također,

muškarci su više skloni od žena uzimati proteinske dodatke prehrani (280) te anaboličke androgene steroide (326). Osim uzimanja raznih suplemenata, uključujući i one ilegalne, sve više muškaraca odlučuje se i za brojne kozmetičke zahvate te estetske operacije.

Iako su dobiveni rezultati ovog istraživanja u skladu s drugim istraživanjima vezano uz nezadovoljstvo tijelom s obzirom na spol, važno je naglasiti da muškarci rjeđe otvoreno razgovaraju o svom nezadovoljstvu tijelom, jer ih se društveno i kulturalno većinom uvjetuje da se ne bi trebali brinuti o izgledu tijela te dijeliti osjećaje o istom.

Utvrđena je statistički značajna razlika u vršnjačkom pritisku prema spolu. Mladići su u prosjeku pokazali veću podložnost vršnjačkom pritisku od djevojaka. Do sada provedena istraživanja uglavnom su također ukazivala na manju otpornost mladića na vršnjački pritisak u usporedbi s djevojkama, vezano i uz neutralna i uz antisocijalna ponašanja (134, 327, 328). Mogući razlog ovakvih razlika jesu karakteristike socijalnih interakcija s vršnjacima u adolescenciji. Kod djevojaka druženja su uglavnom usmjerena na manju grupu prijateljica s kojima obično ostvaruju individualne, dublje odnose kroz međusobno povjeravanje i rasprave, dok se mladići više druže u većim grupama te su odnosi površniji i više su usmjereni na zajedničke aktivnosti (329, 330). Čini se da je mladićima u pogledu druženja s većom grupom vršnjaka važnija pripadnost grupi nego djevojkama te da stoga iskazuju veću podložnost pritisku vršnjaka. Također, moguće je da mladići međusobno vrše veći pritisak jedni na druge kako bi uživali u zajedničkim aktivnostima ili se izborili bolji socijalni status u grupi, dok djevojke vjerojatno vrše pritisak iskazujući ga suptilno kroz razgovor ili očekivanje da im se u određenom pogledu prikloni. S obzirom da se razina vršnjačkog pritiska ispitivala Skalom podložnosti vršnjačkom pritisku (134), odnosno mjerom samoprocjene (kao što je i inače slučaj), mladići su možda procijenili veću podložnosti vršnjačkom pritisku jer se među njima vršnjački pritisak direktnije iskazuje negoli kod djevojka, pa im ga je u formi postavljenih čestica upitnika bilo lakše prepoznati nego ženskom spolu.

Statistički značajne spolne razlike dobivene su s obzirom na tjelesni sram – djevojke su u usporedbi s mladićima izvjestile o većem tjelesnom sramu. Tjelesni sram ispitivao se Skalom tjelesnog srama (BS-OBCS; 293) koja mjeri osjećaj tjelesnog srama kada nisu zadovoljeni internalizirani kulturološki i tjelesni standardi. Do sada provedena istraživanja spolnih razlika u tjelesnom sramu vrlo su oskudna. Jedno istraživanje u kojem se nije direktno ispitivao tjelesni sram, već je mjera srama uz karakterološki sram uključivala i tjelesni sram, proveli su Doran i Lewis (226). Ispitivali su sram na kliničkom uzorku žena s poremećajima hranjenja,

nekliničkom uzorku žena i nekliničkom uzorku muškaraca. Klinička skupina žena imala je značajno više razine tjelesnog srama od nekliničkih skupina, no nekliničke skupine su se također značajno razlikovale u sramu – žene su iskazivale veći sram u odnosu na muškarce. Također je važno naglasiti da se tjelesni sram pokazao značajnim prediktorom poremećaja hranjenja i kod žena i kod muškaraca.

Nekoliko je mogućih objašnjenja dobivenih spolnih razlika u tjelesnom sramu u aktualnom istraživanju. U zapadnim društvima sveprisutne su društvene poruke u kojima se žensko tijelo predstavlja kao objekt koji je vrijedan isključivo kao predmet divljenja ili iskorištavanja od strane drugih (97), a podrazumijevaju mršav tjelesni izgled (293) što stvara diskrepancu između stvarne i idealne slike tijela kod mladih žena te može dovesti do razvoja tjelesnog srama (293, 331). Iako se u zapadnim kulturama tijekom vremena i medijski prikaz muškaraca sve više objektivizira (76, 99, 331), objektivizacija ženskog tijela u odnosu na muško tijelo je i dalje više izražena. Uzmemo li u obzir i da tjelesne promjene koje djevojke proživljavaju u razdoblju adolescencije idu u suprotnom smjeru od društvenih standarda ljepote, dok tjelesne promjene u mladića idu u smjeru muških standarda tjelesnog izgleda, ne iznenađuje što je tjelesni sram kod djevojaka veći. Većem tjelesnom sramu kod djevojaka moguće doprinosi i pritisak za tjelesnom privlačnošću kojem su djevojke izložnije u romantičnim interakcijama s mladićima, a koja postaju aktualna u adolescenciji, s obzirom da muškarci stavljaju veći naglasak na fizički izgled (potencijalne) partnerice nego žene na muškarčev tjelesni izgled (332).

Ustanovljeno je postojanje statistički značajne razlike u postotku mladića i djevojaka koji se nalaze u različitim kategorijama ITM-a, što je i očekivano s obzirom na građu tijela i prosječno veću visinu mladića u odnosu na djevojke. Iako je većina mladića i djevojaka imala normalan ITM, veći postotak djevojaka je imalo prekomjernu težinu u odnosu na mladiće. Veći postotak mladića je bio pretio u usporedbi s djevojkama, dok je podjednak postotak djevojaka i mladića je bio pothranjen. Ukupno 72 adolescenata imalo je ITM koji je odstupao od prosječnog. Naročito ITM veći od prosjeka može predstavljati povećan rizik za razvoj poremećenih navika hranjenja, s obzirom da dosadašnja istraživanja upućuju da je većina adolescenata, naročito djevojke, imala težinu veću od prosjeka prije razvoja poremećenih navika hranjenja (18).

Statistički značajna razlika ustanovljena je između različitih kategorija ITM-a i dobnih skupina sudionika. Najstarija dobnja skupina adolescenata imala je u najvećem postotku prosječan ITM, dok je srednja dobnja skupina uključivala veći postotak pothranjenih i

prekomjerno teških adolescenata u odnosu na stariju i mlađu skupinu. Najveći postotak pretilih adolescenata nalazi je u najmlađoj dobnoj skupini. Dobiveni rezultati u skladu su s očekivanjima, kao i podacima o promjeni ITM tijekom adolescencije (333).

Ispitivane su razlike u navikama hranjenja, razini vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama i nezadovoljstva tijelom prema dobi. Razlike između navedenih varijabli nisu se pokazale statistički značajnim. Dobne skupine od 14-15 godina, 16 godina te od 17-19 godina imale su podjednake navike hranjenja, razinu vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama i nezadovoljstva tijelom što upućuje da su s obzirom na dob prema navedenim varijablama sudionici bili prilično homogen uzorak.

Aktualnim istraživanjem obuhvaćeni su srednjoškolci u dobi od 14-19 godina što predstavlja dobno-razvojnu skupinu najpodložniju za razvoj poremećaja hranjenja. Meta-analitičko istraživanje koje su proveli Smink i suradnici (2) ukazuje da je, od kada je prije nekoliko desetljeća godina nastupio značajan porast broja osoba oboljelih od poremećaja hranjenja, razina incidencije poremećaja hranjenja ostala stabilna za sve dobne skupine, osim za adolescentnu populaciju u dobi od 15-19 godina, kod koje je i dalje u porastu. Pri tom treba naglasiti da se isto odnosi na incidenciju poremećaja hranjenja u ženskoj populaciji, dok istraživanja provedena na muškoj populaciji upućuju da poremećaji hranjenja kod njih češće započinju u kasnijoj dobi u odnosu na žensku populaciju, u prosjeku nakon dvadesete godine starosti (52). Prema tome, nedobivanje značajnih dobnih razlika u navikama hranjenja vjerojatno je dijelom posljedica razlika vezanih uz početak razvoja poremećenih navika hranjenja s obzirom na spol ispitanika, a dijelom su posljedica suženog dobnog raspona sudionika koji su sudjelovali u istraživanju.

Shodno tome, nezadovoljstvo tijelom i tjelesni sram, koji su povezani s poremećenim navikama hranjenja, također su unutar ispitane dobne strukture očekivano bez značajnih razlika. Neka istraživanja (334) ukazuju da se prihvaćanje promjena na tijelu koje se odvijaju u pubertetu u vidu većeg zadovoljstva tijelom pojavljuju u dobi od 18 godina, a tek 11/400 (2,75%) sudionika ovog istraživanja imalo je 18 i više godina.

Iako dobne razlike u težnji ka mišićavosti nisu dosad ispitivane, pretpostavljeno je da će kod mlađih mladića težnja ka mišićavosti biti veća s obzirom da se još nisu do kraja razvili, dok bi težnja ka mišićavosti kod djevojaka s godinama mogla rasti s obzirom da dobivaju sve više (nepoželjnog) masnog tkiva, kao i zbog činjenice da recentna istraživanja sve češće upućuju da ideal poželjnog ženskog tijela postaje atletsko i više mišićavo oblikovano tijelo (335) koje simbolizira naporan rad i uloženi trud, samokontrolu, disciplinu i moć.

Prema teorijskim postavkama socioemocionalnog razvoja, adolescencija je period u kojem dolazi do uspostave emocionalne neovisnosti od roditelja. No, prije uspostave emocionalne autonomije, adolescenti ovisnost o roditeljima zamjenjuju ovisnošću o vršnjacima i stoga su podložniji njihovom pritisku tijekom adolescencije (336). Dosadašnja istraživanja podložnosti vršnjačkom pritisku upućuju da je podložnost vršnjačkom pritisku najizraženija oko 14. godine i zatim se linearno smanjuje od 14. do 18. godine života (337). Aktualno istraživanje, međutim, nije uspjelo potvrditi ovakav trend te nisu dobivene dobne razlike u vršnjačkom pritisku.

Povezanost i predikcija navika hranjenja s razinom vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom, težnje ka mišićavosti te ITM-om

Uzimajući u obzir teorijske postavke o specifičnostima muškog i ženskog spola u varijablama koje su predmet interesa ovog istraživanja, kao i dobivene rezultate aktualnog i drugih dosadašnjih istraživanja, povezanost i predikcija navika hranjenja s razinom vršnjačkog pritiska, srama, nezadovoljstva tijelom te ITM-om ispitivani su zasebno za muški i ženski spol.

Od ispitivanih povezanosti navika hranjenja sa vršnjačkim pritiskom, tjelesnim sramom, nezadovoljstvom tijelom, težnjom ka mišićavosti i ITM-om pokazalo se da su s navikama hranjenja statistički značajno pozitivno povezane bile sve varijable osim ITM-a za cjelokupni uzorak, kao i posebno za mladiće i djevojke.

Dobivena statistički značajna povezanost navika hranjenja i vršnjačkog pritiska i za mladiće i djevojke sukladna je očekivanjima s obzirom da su postojeća istraživanja ukazivala na podjednake rezultate (154, 168, 172). Dosad korištene mjere vršnjačkog pritiska koje su se dovodile u vezu s poremećenim navikama hranjenja obično su podrazumijevale čestice o pritisku vezanom uz karakteristike tjelesnog izgleda koje se tiču tjelesne težine i oblika tijela kao što su mršavost i mišićavost (154, 174, 177) ili su ispitivani drugi vidovi vršnjačkog utjecaja na navike hranjenja poput sličnosti vršnjaka u razmišljanju i ponašanjima koja se tiču izgleda i strategija promjena tijela, zadirkivanja i (negativnih) komentara zbog tjelesnog izgleda, i sl. Ovo je istraživanje kao mjeru vršnjačkog pritiska koristilo Upitnik vršnjačkog pritiska koji obuhvaća različita područja pritiska vršnjaka – pritisak za prihvaćanjem među vršnjacima, pritisak na fizički izgled, pritisak vezan uz odnose s roditeljima, pritisak na rizična ponašanja te pritisak vezan uz ponašanje u školi. Dakle, obuhvaćen je širi koncept

vršnjačkog pritiska negoli se dosad ispitivao. Usto, čestice koje su se odnosile na tjelesni izgled ticale su se frizure, odjeće i fizičkog izgleda općenito – karakteristika koje nisu direktno vezane uz tjelesnu težinu i oblik tijela. Drugim riječima, što su mladići i djevojke generalno podložniji vršnjačkom pritisku to više iskazuju odstupajuće navike hranjenja, bez obzira je li vršnjački pritisak izravno vezan uz tjelesnu težinu i oblik tijela. Ipak, plauzibilno je pretpostaviti da, ako je pojedinac sklon vršnjačkom pritisku u različitim aspektima mišljenja i ponašanja, koja se ne odnose na prije spomenute ključne komponente tjelesnog izgleda, da će i u tim aspektima biti jednako podložan pritisku vršnjaka.

Sukladno pretpostavkama, i za mladiće i za djevojke dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost navika hranjenja i tjelesnog srama što potvrđuje dosadašnje nalaze o povezanosti srama i odstupajućih navika hranjenja (188, 210). Iako se koncept tjelesnog srama dosad više ispitivao na ženama nego muškarcima (183, 220, 226), rezultati ovog istraživanja upućuju da je tjelesni sram kod muškaraca značajan faktor za razvoj poremećenih navika hranjenja hranjenja kao i kod žena. Analizom sadržaja čestica Skale tjelesnog srama, koja je u ovom istraživanju korištena za mjerenje tjelesnog srama, može se uočiti da su usmjerene na ponašanja koja se većinom odnose na kontrolu tjelesne težine i oblika i koja zato što se ne provode (dovoljno) izazivaju tjelesni sram. Taj negativni afekt koji pojedinac osjeća jer određena ponašanja ne provodi (u dovoljnoj mjeri) vjerojatno ga potiču da se u tim aktivnostima angažira, a pribjegavanje njima pak povećava rizik od razvoja poremećenih navika hranjenja, odnosno nekog od poremećaja hranjenja (274, 338). Iako je provedeno istraživanje korelacijskog tipa te je rizično govoriti o uzročno-posljedičnim odnosima, čini se razumnim pretpostaviti da bi sram vjerojatnije mogao biti uzrok poremećaja hranjenja nego obratno. Potencijalno kauzalna uloga tjelesnog srama za poremećene navike hranjenja konzistentna je s nalazima drugim istraživanjima koja su pokazala doprinos objektivizacije ženskog, a u određenoj mjeri i muškog tijela u medijima, na poremećaje hranjenja (76, 78, 99, 108). S obzirom da su medijski prikazi žena i muškaraca nerealistični, oni su za najveći broj ljudi vrlo teško ostvarivi. Ukoliko pojedinac internalizira objektiviziranu tjelesnu perspektivu, suočavanje s vlastitim tjelesnim izgledom može biti vrlo neugodno iskustvo koje izaziva osjećaj srama. Osjećaj srama stoga se nastoji reducirati pribjegavanjem različitim metodama promjene i kontrole tjelesne težine i oblika tijela koje u konačnici mogu dovesti do razvoja nekog od poremećaja hranjenja.

Nezadovoljstvo tijelom bilo je statistički značajno pozitivno povezano s navikama hranjenja i kod djevojaka i mladića. Rezultati su očekivani s obzirom da je nezadovoljstvo tijelom jedan od najispitivanijih rizičnih faktora koji se dovodi u vezu s poremećenim navikama hranjenja i poremećajima hranjenja (121, 242). Iako su mnoga istraživanja pokazala da adolescentni mladići imaju pozitivnije stavove vezane uz vlastiti tjelesni izgled, i oni, kao i djevojke, što su nezadovoljniji svojim tijelom to imaju više odstupajućih navika hranjenja. Istraživanjima su dobiveni slični rezultati i za klinički uzorak muškaraca sa poremećajima hranjenja, koji kao i žene s poremećajima hranjenja, iskazuju veće nezadovoljstvo tijelom od onih koji nemaju razvijen poremećaj hranjenja (35, 260).

Slično tome, dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost težnje ka mišićavosti i navika hranjenja i kod djevojaka i kod mladića. Dosadašnja istraživanja, naročito na hrvatskoj populaciji vrlo su se malo bavila povezanosti poremećenih navika hranjenja i težnje ka mišićavosti. Jedno istraživanje na tu temu proveli su McCabe i suradnici (323) te utvrdili snažnu pozitivnu povezanost između držanja djeteta s ciljem povećanja mišića i vježbanja s ciljem povećanja težine i kod djevojaka i mladića. Slične rezultate dobili su i O'Dea i Rawstorne (339). Ipak, većina istraživanja bila je usmjerena na mušku populaciju pošto je mišićna masa glavna karakteristika privlačnosti muškog tijela, dok je interes za težnjom za mišićavosti kod žena marginalan. Suprotne rezultate od spomenutih u aktualnom istraživanju dobio je Magallares (340) svojim istraživanjem na muškim studentima. Oni studenti koji su imali visoke rezultate na skali maskuliniteta imali su manje odstupajuće navike hranjenja i više su težili ka mišićavosti. Prema rezultatima istraživanja Magallaresa (340), čini se da snažan muški identitet koji teži ka mišićavosti ima manji rizik za razvoj odstupajućih navika. Navedeno istraživanje ukazuje na potrebu daljnjeg ispitivanja dobivenih povezanosti te mogućih medijacijskih/moderatorskih efekata nekih drugih koncepata u ispitivanju odnosa težnje ka mišićavosti i poremećaja hranjenja.

Nije dobivena statistički značajna povezanost ITM-a i navika hranjenja ni kod djevojaka ni kod mladića. Dobiveni rezultati nisu u podudarnosti s očekivanjima pošto su dosadašnja istraživanja pokazala da osobe koji imaju visok ITM imaju veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja. Navedeno se osobito odnosi na žensku populaciju s visokim ITM-om, čiji izgled se ne poklapa sa postojećim kulturalnim idealom ljepote (254), dok se u slučaju muškaraca odnos ITM-a i navika hranjenja pokazao ponešto drugačijim. Oni muškarci koji imaju nizak

ITM obično žele dobiti na težini, odnosno muskulaturi dok oni koji imaju visok ITM se žele riješiti viška masnog tkiva, odnosno smršaviti (341).

Provedene multiple regresijske analize pokazale su različit značaj pojedinih varijabli (vršnjačkog pritiska, tjelesnog srama, nezadovoljstva tijelom, težnje ka mišićavosti te indeksa tjelesne mase) u objašnjenju navika hranjenja kod mladića i djevojaka. Kod mladića statistički značajan doprinos u objašnjenju navika hranjenja dale su varijable tjelesnog srama i težnje ka mišićavosti, dok su se kod djevojaka kao statistički značajni prediktori pokazali tjelesni sram i nezadovoljstvo tijelom. Važno je istaknuti podatak da je postotak objašnjene varijance navika hranjenja kod djevojaka dvostruko veći od postotka objašnjene varijance navika hranjenja kod mladića. Dobivene razlike u objašnjenju varijanci navika hranjenja mogle bi upućivati da su poremećene navike hranjenja kod mladića povezane sa nekim drugim varijablama koje nisu bile obuhvaćene aktualnim istraživanjem. Recentna longitudinalna istraživanja rizičnih faktora za razvoj poremećenih navika hranjenja kod adolescentnih mladića ukazuju na važnost prisutnih simptoma depresije te usamljenosti (342). Dodatna poteškoća u ispitivanju poremećenih navika hranjenja kod mladića i muškaraca proizlazi i iz činjenice da još uvijek ne postoje mjerni instrumenti za ispitivanje poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja prilagođeni isključivo muškoj populaciji. Također, istraživanja su bazirana na malim uzorcima sa različitim karakteristikama ispitanika i različitom metodologijom, što bi moglo dodatno pojasniti nekonzistentne rezultate između istraživanja (342). Potrebna su dodatna, po mogućnosti također longitudinalna istraživanja navika hranjenja kod mladića, u svrhu boljeg razumijevanja psihopatologije poremećenih navika hranjenja te mogućnosti razvoja specifičnih preventivnih intervencija za isto.

Dobiveni rezultati kod djevojaka u ovom istraživanju u skladu su sa postavkama objektivizacijske teorije (97) koja promatra razvoj poremećenih navika hranjenja, odnosno poremećaja hranjenja, kod ženske populacije kao posljedicu konstantne evaluacije i kritiziranja izgleda ženskog tijela od strane društva u kojem žive. Uslijed nemogućnosti postizanja društveno idealnog izgleda tijela, žene postaju nezadovoljne svojim tijelom i počinju ga se sramiti (101). Osjećaj tjelesnog srama nastoje reducirati mijenjanjem oblika tijela (npr. držanjem dijete) ili razvijanjem poremećenih navika hranjenja (npr. prejedanje) kao strategijom suočavanja s emocionalnim distresom povezanim s tjelesnim sramom (78).

Primjena objektivizacijske teorije na muškarce rezultirala je neujednačenim rezultatima, najvećim dijelom zbog zanemarivanja spolnih razlika vezano uz idealan izgled i oblik tijela

(102). Kod muške populacije, viši rezultati na skali samoobjektivizacije bili su povezani sa željom za mišićavijim tijelom (103) koje predstavlja važnu komponentu tradicionalne muške uloge (104). Objektivizacija muškog tijela i internalizacija idealnog muškog tijela povezana je sa većim nezadovoljstvom tijelom, tjelesnim sramom i poremećenim navikama hranjenja kod muškaraca (76, 99, 107, 108), što je u skladu s rezultatima dobivenim u provedenom istraživanju.

Uloga tjelesnog srama kod poremećaja hranjenja tek se nedavno počela ispitivati, dok ispitivanja na Hrvatskoj populaciji u potpunosti izostaju. Međutim, rezultati dobiveni ovim istraživanjem ukazuju da je potreba za ispitivanjem ove samosvjesne emocije u razvoju i održavanju poremećaja hranjenja nužna. Povrh ukazivanja na potrebu za većim znanstvenim ispitivanjem srama kod poremećaja hranjenja, rezultati aktualnog istraživanja imaju praktičnu primjenu – ukazuju na značaj usmjeravanja na tjelesni sram u kreiranju preventivnih programa i u psihoterapijskom procesu. Važnost fokusiranja na varijablu srama ukazala su istraživanja terapije poremećaja hranjenja. Primjerice, Becker, Arrindell, Perloe, Fay i Striegel-Moore (343) su pronašli da je sram kod značajnog broja osoba sa razvijenim poremećajima hranjenja bio prepreka traženju pomoći, dok Swan i Andrews (183) ukazuju da čak i kada oboljele osobe zatraže pomoć, osjećaj srama može ih spriječiti u samootkrivanju i zadovoljavajućem ishodu terapije.

Ovim istraživanjem pretpostavljeno je da je tjelesni sram jedan od rizičnih faktora za razvoj nekog od poremećaja hranjenja, no s obzirom da je istraživanje korelacijskog tipa ono ne isključuje mogućnost da se radi o recipročnom odnosu, odnosno da se tjelesni sram pojavljuje i tijekom razvoja poremećaja hranjenja, odnosno da je posljedica poremećaja hranjenja. Kada se situacija sagledava na ovakav obrnuti način, tada tjelesni sram više rasvjetljava prirodu simptoma poremećaja hranjenja negoli njihovu etiologiju na koju je ovaj rad usmjeren.

Kod budućih istraživanja srama i poremećaja hranjenja potrebno je uzeti u obzir i neke druge varijable. Primjerice, neka istraživanja su pokazala da je sram povezan s drugim varijablama kao što je primjerice povijest zlostavljanja u mladosti (205). Osim toga, valja spomenuti da tjelesni sram nije jedina vrsta srama koju osobe s poremećajima hranjenja doživljavaju, već su mogući i sram zbog negativnih osjećaja, sram zbog neuspjeha, sram zbog doživljenog seksualnog zlostavljanja, sram zbog gubitka samokontrole, sram zbog socijalne izolacije, zbog same dijagnoze nekog od poremećaja hranjenja i sl. (181, 189).

Iako se nezadovoljstvo tijelom dosad spominjalo u brojnim istraživanjima kao jedan od najznačajnijih prediktora u razvoju poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja (162, 241), varijabla nezadovoljstva tijelom u ovom istraživanju pokazala se kao značajan prediktor samo kod djevojaka. Mlade djevojke žive u društvu koje šalje poruku da je „vitko jednako lijepo“ te su suočene sa socijalnim pritiskom da zadovolje taj standard ljepote. Zbog toga mnoge djevojke pribjegavaju različitim metodama smanjenja i kontrole tjelesne težine te oblikovanja tijela koje vode k razvoju poremećenih navika hranjenja, odnosno u određenom broju i poremećajima hranjenja. Feministički autori tvrde da su preziranje debljine i precjenjivanje mršavosti oblici rasizma i mizoginije, uzmemo li u obzir činjenicu da žene u prosjeku imaju deset do petnaest posto više tjelesne masnoće od muškaraca (241). Potrebno je i dalje raditi na promociji zdravog tjelesnog izgleda koji uključuje normalan ITM i tako dati priliku djevojkama da prihvate svoje tijelo onakvo kakvo je, naročito u jeku promjena s kojima se suočavaju tijekom perioda adolescencije. Dodatni razlog za promociju zdravog izgleda je podatak da je osjećaj vlastite vrijednosti kod žena u velikoj mjeri determiniran njihovim tjelesnim izgledom. Iako se varijabla nezadovoljstva tijelom nije pokazala kao značajan prediktor poremećenih navika hranjenja kod mladića, problem nezadovoljstva tijelom kod adolescentnih mladića počeo se sve više prepoznavati (162). Nužna su daljnja istraživanja, po mogućnosti longitudinalna, u svrhu otkrivanja faktora koji utječu na negativnu percepciju izgleda tijela kod muške populacije.

Kod mladića se, uz tjelesni sram, kao značajan prediktor navika hranjenja pokazala težnja ka mišićavosti. Poremećaje hranjenja se općenito smatra ženskim poremećajima, no time se zanemaruje prisutnost druge krajnosti kod muškarca, a to je težnja k povećanju mišića koja može rezultirati razvojem poremećenih navika hranjenja i poremećaja hranjenja, naročito u slučaju ekstremnog povećanja mišića. Mladići ulaskom u adolescenciju postaju svjesniji izgleda svog tijela, kao i idealnog muškog tijela kojeg promovira društvo u kojem žive. Ukoliko izgled njihovog tijela ne zadovoljava kriterije idealnog muškog tijela te uslijed pritiska svojih vršnjaka i okoline, sve više mladića započinje sa vježbanjem i uzimanjem suplemenata, uključujući i ilegalne, u svrhu razvijanja veće mišićne mase, zanemarujući pritom zdravstvene rizike (325). Slično kao i djevojke, mladići imaju problema sa iskrivljenom slikom tijela što utječe na njihovo samopouzdanje. Za razliku od djevojaka, koje obično misle da su predebele, mladići sa iskrivljenom slikom tijela misle da im mišići nisu dovoljno veliki, pri čemu se sagledavaju svoje tijelo u cjelini što rezultira diskrepancom između stvarnog i idealnog selfa. Ovaj fokus na vjerovanje da nije dovoljno mišićav može

zaokupiti pojedica do te mjere da razvije depresivne i opsesivne simptome te napusti prijatelje ili posao. Iako se ne smatra psihičkim poremećajem, stručnjaci u području mišićne distrofije (popularno poznata kao bigoreksija) smatraju ju patološkom. Mišićna distrofija se smatra obrnutom anoreksijom i obično se pojavljuje kod muškaraca (344). U tom smislu, težnja ka mišićavosti stvara distres kod muškaraca jer teže zadovoljiti mišićavi tjelesni standard koji društvo nameće i time se povećava rizik za razvoj problema poput mišićne distrofije. Leone, Sedory i Gray (325) navode da se osoba sa razvijenom mišićnom distrofijom smatra svoje mišiće neadekvatnim, iako u realitetu oni uopće nisu takvi. U skladu sa svojim pogrešnim vjerovanjem, takve osobe će kompulzivno vježbati, trošiti velike količine novca na različite suplemente prehrani, iskazivati poremećene navike hranjenja, pa čak i zlorabiti droge. Navedeni problem je osobito ozbiljan kada mladići i muškarci započnu sa uzimanjem anaboličkih steroida u svrhu povećanja mišićne mase. S obzirom na zdravstvene rizike koji su povezani s uzimanjem anaboličkih steroida kao što su primjerice ginekomastija, smanjenje testisa, smanjen broj spermija, povećana dlakavost, značajan porast krvnog tlaka, visoki kolesterol, agresivnost i ispadi bijesa, povećan rizik od srčanog i/ili moždanog udara, istraživači i kliničari sve više tvrde da je uzimanje te vrste steroida simptom problema sa slikom tijela (345).

Također je zabrinjavajući i podatak da je učestalost uporabe anaboličkih steroida jednaka učestalosti bulimije i veća je od učestalosti anoreksije u žena (345). Prema tome, u budućim bi se istraživanjima trebala detaljnije ispitati mišićna distrofija kod muškaraca te rizični faktori za njen razvoj i faktori koji ju održavaju.

Vršnjački pritisak se u regresijskom modelu nije pokazao kao statistički značajan prediktor ni kod mladića ni kod djevojaka. Moguće da bi vršnjački pritisak bio značajan prediktor da je korištena neka od mjera koja se odnosi isključivo na pritisak povezan sa tjelesnim izgledom. Osim toga, ne treba zanemariti činjenicu da se u ovom radu vršnjački pritisak gledao isključivo kao negativni faktor. No, vršnjački pritisak sam po sebi nije negativan, već može biti i pozitivan, odnosno zaštitni faktor od razvoja poremećenih navika hranjenja, odnosno nekog od poremećaja hranjenja. Primjerice, nekoliko studija pokazalo je pozitivan utjecaj vršnjaka (158), te iako su neke vršnjačke grupe usmjerene na promjenu tjelesne težine i oblika, u drugim vršnjačkim skupinama se pojedince može odgovarati od primjene nezdravih načina smanjenja tjelesne težine i oblikovanja tijela. Primjerice, Rodin, Striegel-Moore i Silberstein (155) su pronašli da bliska prijateljstva s osobama koje nisu zabrinute težinom mogu biti protektivni faktor. Slično ukazuje i istraživanje Wertheima, Paxton, Schutz i Muir

(346) koji su dobili da odgovaranje od dijete od strane prijatelja smanjuje vjerojatnost neprestanog uključivanja u ponašanja gubitka tjelesne težine.

Konačno, ITM se u modelu nije pokazao kao statistički značajan prediktor ni kod mladića ni kod djevojaka u objašnjenju navika hranjenja, što je očekivano s obzirom da nije utvrđena ni povezanost ITM-a s navikama hranjenja na bivarijantnoj razini.

Zaključna razmatranja

Aktualno istraživanje provedeno je na nekliničkoj populaciji hrvatskih srednjoškolaca jer je cilj bio utvrditi neke od rizičnih faktora u najpodložnijoj dobno-razvojnoj populaciji za razvoj poremećenih navika hranjenja, odnosno poremećaja hranjenja. Iako je korišten prigodni uzorak te je mogućnost generalizacije rezultata ograničena, istraživanje je ukazalo da su poremećaji hranjenja još uvijek nedovoljno istraživana tema i nedovoljno izložena očima javnosti. Bitka koja se vodi protiv poremećaja hranjenja još nije dobivena, čak štoviše postaje sve teža jer poremećaji hranjenja među adolescentskom populacijom postaju sve izraženiji problem. Pojava poremećaja hranjenja u sve mlađim dobnim skupinama posebice je problematična sa zdravstvenog aspekta. Poremećene navike hranjenja mogu dovesti do drastičnog gubitka ili povećanja tjelesne mase i rezultirati brojnim zdravstvenim komplikacijama, a neke od njih su za mlade adolescente potencijalno ireverzibilne poput osteopenije i osteoporoze, zaostatka u rastu i spolnom razvoju (21). Osim toga, poremećaji hranjenja su, nakon debljine i astme, treća kronična bolest po učestalosti kod adolescenata te su među psihijatrijskim bolestima na prvom mjestu prema smrtnosti što upućuje na ozbiljnost poremećaja naročito kod mladih ljudi (56). Utvrđivanje rizičnih faktora stoga se čini nužnim kako bi se simptomi poremećaja hranjenja pravovremeno otkrili te se primijenili odgovarajući intervencijski postupci kako bi se izbjegle potencijalno drastične posljedice koje ova skupina poremećaja ima.

Doprinos ovog istraživanja je što je utvrđen značaj nekih novih rizičnih faktora, naročito tjelesnog srama, koji se pokazao značajnim rizičnim faktorom i kod mladića i djevojaka. U svrhu što boljeg ispitivanja istog, potrebno je razmišljati u smjeru konstrukcije novih psihologijskih testova ili baterije testova koje bi na bolji način obuhvatile konstrukt tjelesnog srama. Također se ukazala potreba za dodatnim ispitivanjem ove tematike kod muške populacije, pogotovo težnje ka mišićavosti koja se može razviti do patoloških razmjera i rezultirati mišićnom distrofijom, muškim pandanom anoreksije.

7. ZAKLJUČAK

1. Nađena je statistički značajna pozitivna povezanost navika hranjenja mladića i djevojaka s vršnjačkim pritiskom, tjelesnim sramom, nezadovoljstvom tijelom i težnjom ka mišićavosti, dok se povezanost s ITM-om nije pokazala statistički značajnom. Različite dobne skupine ispitanika nisu se statistički značajno razlikovale prema navikama hranjenja, vršnjačkom pritisku, tjelesnom sramu, nezadovoljstvu tijelom i težnji ka mišićavosti.
2. Dobivene su statistički značajne pozitivne korelacije navika hranjenja sa vršnjačkim pritiskom, tjelesnim sramom, nezadovoljstvom tijelom i težnjom ka mišićavosti. Nije utvrđena statistički značajna povezanost vršnjačkog pritiska i ITM-a.
3. Provedenom regresijskom analizom utvrđeno je da su tjelesni sram i nezadovoljstvo tijelom bili najznačajniji prediktori za razvoj poremećenih navika hranjenja kod djevojaka, dok su kod mladića statistički značajni bili tjelesni sram i težnja ka mišićavosti.

8. SAŽETAK

Poremećaji hranjenja definiraju se kao poremećaji kojima su osnovna obilježja patološke prehrambene navike i ponašanje. Zbog pretjerane zabrinutosti i usmjerenosti na kontrolu oblika i težine tijela, oboljele osobe pribjegavaju neprimjerenim, neredovitim ili kaotičnim unosom hrane što rezultira zdravstvenim problemima tjelesne i psihološke prirode.

Cilj istraživanja je bio ispitati incidenciju problematičnih navika hranjenja u populaciji adolescenata u Gradu Zagrebu te ispitati u kojoj mjeri vršnjački pritisak, sram i nezadovoljstvo tjelesnim izgledom doprinose razvoju istih.

U istraživanju je sudjelovalo 400 učenica i učenika srednjih škola u Gradu Zagrebu, polaznika prvog, drugog i trećeg razreda srednje škole. Od ukupnog uzorka, djevojke čine 46,8 % (N = 187), a mladići 53,3 % istoga (N = 213). Prosječna dob djevojaka u uzorku iznosi $M = 16,10$; $SD = 0,945$; totalni raspon godina među ženskim ispitanicima kreće se od 14 do 19. Prosječna dob mladića uključenih u istraživanje iznosi $M = 15,83$; $SD = 1,064$; godine muških ispitanika kreću se u rasponu od 14 do 18. Od ukupnog uzorka adolescenata, njih 315 (80,6 %) ima normalan ITM s obzirom na dob i spol, od toga 168 mladića (78,9 %) i 147 djevojaka (82,6%).

Dobiveni rezultati ukazuju da se na temelju poznavanja varijabli vršnjačkog pritiska, srama i nezadovoljstva tijelom te težnje ka mišićavosti mogu predviđati navike hranjenja adolescenata oba spola. Kao najznačajniji prediktori navika hranjenja kod djevojaka pokazali su se tjelesni sram i nezadovoljstvo tijekom, dok su se kod mladića najznačajnijim prediktorima navika hranjenja pokazali tjelesni sram i težnja ka mišićavosti. Intrigantan je podatak da se ITM nije pokazao značajnim prediktorom za navike hranjenja kod oba spola.

Ključne riječi: poremećene navike hranjenja, adolescenti, nezadovoljstvo tijelom, vršnjački pritisak, tjelesni sram

9. SUMMARY

THE RELATIONSHIP OF BODY SHAME, PEER PRESSURE AND BODY DISSATISFACTION WITH ADOLESCENTS EATING BEHAVIOURS

Eating disorders are classified as disorders whose basic characteristics are pathological eating habits and behaviors. Due to excessive worry and focus on controlling the shape and weight of the body, the person's resort to improper, irregular or chaotic food intake resulting in health problems of physical and psychological in nature. Numerous studies are conducted to investigate factors influencing eating and weight-related problems, given the alarming prevalence of such behaviours among adolescents. Peers are important component of adolescents' social context and represent a powerful influence on body-related behaviours. Body dissatisfaction has been confirmed as one of the most significant factors in the development and maintenance of subclinical and clinical eating pathology. While the majority of females desired thinner physique, males often express their body dissatisfaction in terms of muscle tone and size. The relationship between shame, especially body shame, and eating pathology has received increased attention in recent years.

The aim of this research was to determine the incidence of disordered eating behaviors in non clinical population of high school students in Zagreb, Croatia, and to examine the extent to which peer pressure, body shame and body dissatisfaction contribute to the development of disordered eating habits.

The study included 400 male and female high school students. Demographic data were collected with structured questionnaire, whereas data on self-reported eating habits, peer pressure, body shame, body satisfaction and body mass index (BMI) were collected with Eating Attitudes Test (EAT-26), Peer Pressure Questionnaire, Body Shape Satisfaction Scale (BSSS), Drive for Muscularity Scale (DMS), and Body Shame Scale (BS-OBCS). Body Mass Index (BMI) number was plotted on the BMI-for-age growth charts to obtain a percentile ranking that indicated the relative position of the adolescent's BMI number among peers of the same sex and age. Of the total sample, girls made up 46.8% (N = 187; average age M = 16.10; SD = 0.945) and boys made up 53.3% (N = 213; average age M = 15.83; SD = 1.064). Majority of adolescents had normal BMI for age.

The results indicated that the most predictive factors in explanation of disordered eating habits among girls were body shame and body dissatisfaction, while among boys the most predictive factors of disordered eating habits were body shame and drive for muscularity.

This study provides further evidence of the experience of body dissatisfaction, body shame and drive for muscularity among adolescents and suggests that these factors are associated with disordered eating behaviours. Future longitudinal research designed to specifically explore aforementioned risk factors is needed, and would enhance our understanding of eating disorder aetiology.

Key words: disordered eating behaviours, adolescents, body dissatisfaction, peer pressure, body shame

10. LITERATURA

1. Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., i Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823-831.
2. Smink, F. R. E., van Hoeken, D., i Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
3. Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y. A., Kohn, M., i Elliot, E. J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia*. 190(8), 410-414.
4. Nicholls, D. E., Lynn, R., i Viner, R. M. (2011). Childhood eating disorders: British national surveillance study. *The British Journal of Psychiatry*, 198(4), 295-301.
5. Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 201–214.
6. Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., i Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
7. Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Williams, R. J., i Thompson, J. K. (2007). The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 582-606.
8. Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A. i Hoek, H.W. (2008). Epidemiology of eating disorders: an update. U: S. Wonderlich, J. E. Mitchell, M. de Zwaan, i H. Steiger (Ur.), *Annual Review of Eating Disorders: Part 2* (str. 58-68). Oxford: Radcliffe Publishing
9. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., i Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
10. Edwards, S., i Launder, C. (2000). Investigating muscularity concerns in male body image: Development of the Swansea Muscularity Attitudes Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 120-124.
11. Story, M., Stevens, J., Evans, M., Cornell, C. E., Juhaeri, J., Gittelsohn, J., Going, S. B., Clay, T. E., i Murray, D. M. (2001). Weight Loss Attempts and Attitudes toward Body Size, Eating, and Physical Activity in American Indian Children: Relationship to Weight Status and Gender. *Obesity Research*, 9(6), 356-363.

12. Američka psihijatrijska udruga (stručni urednik hrvatskog izdanja: Folnegović-Šmalc, V.) (1996). DSM – IV: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Svjetska zdravstvena organizacija (stručni urednik hrvatskog izdanja: Folnegović-Šmalc, V.). Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: MKB-10 – deseta revizija: klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
14. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
15. Marčinko, D. (2013). Poremećaji hranjenja – dijagnoza, klinička slika, pojavnost, psihodinamika i terapijska obilježja. U: D. Marčinko i suradnici (ur.): Poremećaji hranjenja - Od razumijevanja do liječenja (str. 1-20). Zagreb: Medicinska naklada.
16. Walsh, B. T. (2013). The Enigmatic Persistence of Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 477-484.
17. Davison, G. C., i Neale, J. M. (1999). Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
18. Swenne, I. (2001). Changes in body weight and body mass index (BMI) in teenage girls prior to the onset and diagnosis of an eating disorder. *Acta Paediatrica*, 90(6), 677-681.
19. Vidović, V., Jureša, V., Marković, J., i Nemčić-Moro, J. (1996). Dieting behavior and eating attitudes in Croatian female adolescents. *Collegium Antropologicum*, 20(2), 337-343.
20. Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., i Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318(7186), 765-768.
21. Jurčić, Z. (2004). Razvojna dimenzija anoreksije i bulimije nervoze. *Medix*, 52, 40-45.
22. Vidović, V. (1998). *Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*. Zagreb: 4P Biblioteka časopisa „Psiha“.
23. Attia E., Becker A. E., Bryant-Waugh R., Hoek H. W., Kreipe R. E., Marcus M. D., Mitchell J. E., Striegel R. H., Walsh B. T., Wilson G. T., Wolfe B. E., Wonderlich S. (2013). Feeding and eating disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 1;170(11):1237-9.
24. Vidović, V. (2009). Poremećaji hranjenja i jedenja u ranoj dojenačkoj dobi, djetinjstvu i adolescenciji. *Medicus*, 18(2), 185-191.
25. Powers, P.S. i Santana, C. A. (2002). Childhood and adolescent anorexia nervosa. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(2), 219-35.
26. Bowman, M. L. (1998). Bulimia: From syncope to obsession. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(2), 83-92.

27. Grabhorn, R., Stenner, H., Kaufhold, J., Overbeck, G., i Stangier, U. (2005). Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(2), 179-193.
28. Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., i Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 629-638.
29. Kornhuber, J., Friess, F., Weinacker, B., Hocke, V., i Schmidtke, A. (1996). Weight reduction in bulimia nervosa by abuse of thyroid hormones. *Der Nervenarzt*, 67(7), 614-616.
30. Wilson, G. T. i Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: Diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*. 42(7), 603–610.
31. Grave, R. D., i Calugi, S. (2007). Eating disorder not otherwise specified in an inpatient unit: the impact of altering the DSM-IV criteria for anorexia and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 15(5), 340-349.
32. Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., i Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217.
33. Thomas, J. J., Vartanian, L. R., i Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135(3), 407-433.
34. Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., i Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687–705.
35. Ko, N. (2010). *The Role of Body Shame, Social Appearance Anxiety, and Body Checking Behavior on Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors: A Cross-Cultural Study in Germany and Korea*. Neobjavljeni doktorski rad. Freiburg: Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. i. Br.
36. Johnson, J.G., Spitzer, R. L., i Williams, J. B. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(8), 1455-1466.
37. Palčevski, G., i Peršić, M. (2005). Tjelesne komplikacije poremećaja hranjenja. *Paediatrica Croatica*, 52(1), 121-125.

38. Rome, E. S., Ammerman, S., Rosen, D. S., Keller, R. J., Lock, J., Mammel, K. A., O'Toole, J., Rees, J. M., Sanders, M. J., Sawyer, S. M., Schneider, M., Sigel, E., i Silber, T. J. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*, *111*(1), 98-108.
39. McElroy, S. L., Kotwal, R., i Keck, P. E. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*, *8*(6), 686–695.
40. Folnegović-Šmalc, V. (2004). Anoreksija - komorbiditet i diferencijalna dijagnoza. *Medix*, *52*, 48-49.
41. Santos, M., Richards, C. S., i Bleckley, M. K. (2007). Comorbidity between depression and disordered eating in adolescents. *Eating Behaviors*, *8*(4), 440–449.
42. Spoor, S. T., Stice, E., Bekker, M. H., Van Strien, T., Croon, M. A., i Van Heck, G. L. (2006). Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(8), 700–707.
43. Monro, F., i Huon, G. (2005). Media-portrayed idealized images, body shame, and appearance anxiety. *International Journal of Eating Disorders*, *38*(1), 85-90.
44. Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B., i Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(8), 801-809.
45. Cassin, S. E., i von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916.
46. Díaz Marsá, M., Carrasco Perera, J.L., Prieto López, R., Sáiz Ruiz, J. (2000). Role of personality in eating behavior disorders. *Actas Españolas Psiquiátricas*, *28*, 29-36.
47. Wade, T. D., Keski-Rahkonen, A., i Hudson, J. (2011). Epidemiology of eating disorders. U: M. Tsuang i M. Tohen (Ur.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology (3rd ed.)* (str. 343-360). New York: Wiley.
48. Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., i Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(14), 1125-1132.
49. Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(2), 121-128.
50. Swanson, S., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., i Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national

- comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723,
51. Keski-Rakhonen, A., Raevuori, A. i Hoek, H. (2008). Epidemiology of eating disorders: an update. *Annual Review of Eating Disorders, Part 2*, Oxford: Radcliffe Publishing, 58-68.
 52. O'Dea J., Abraham S. F. (2002). Eating and exercise disorders in young college men. *Journal of American College Health*, 50:273-278.
 53. Franko, D. L., Keel, P. K., Dorer, D. J., Blais, M. A., Delinsky, S. S., Eddy, K. T., Charat, V., Renn, R., i Herzog, D. B. (2004). What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine*, 34(5), 843-853.
 54. Pisetsky, E. M., Thornton, L. M., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., i Bulik, C. M. (2013). Suicide attempts in women with eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1042-1056.
 55. Preti, A., Rocchi, M. B., Sisti, D., Camboni, M. V., i Miotto, P. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6-17.
 56. Knez, R., Pokrajac-Bulian, A., i Peršić, M. (2008). Epidemiologija poremećaja hranjenja u djece i adolescenata. *Paediatrica Croatica*, 52(1), 111-115.
 57. Troisi, A., Di Lorenzo, G., Alcini, S., Nanni, R. C., Di Pasquale, C., i Siracusano, A. (2006). Body dissatisfaction in women with eating disorders: relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 449-453.
 58. Bardone-Cone, A. M., Joiner, T. E., Crosby, R. D., Crow, S. J., Klein, M. H., le Grange, D., Mitchell, J. E., Peterson, C. B., i Wonderlich, S. A. (2008). Examining a psychosocial interactive model of binge eating and vomiting in women with bulimia nervosa and subthreshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 887-894.
 59. Wade, T. D., i Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1, 2.
 60. Neumark-Sztainer, D., Goeden, C., Story, M., i Wall, M. (2004). Associations between body satisfaction and physical activity in adolescents: implications for programs aimed at preventing a broad spectrum of weight-related disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 12(2), 125-137.
 61. Presnell, K., Bearman, S. K., i Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389-401.

62. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. i Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
63. Sanftner, J. L., Barlow, D. H., Marschall, D. M., i Tangney, J. P. (1995). The relation of shame and guilt to eating disorder symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 315-324.
64. Kelly, A. C., i Carter, J.C. (2013). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 148–161.
65. Striegel-Moore, R. H., i Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198.
66. Natenshon, A. H. (1999). When your child has an eating disorder: A step by step workbook for parents and other caregivers. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
67. Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 83–88.
68. Costin, C. (2007). The eating disorder sourcebook. 3rd edition, McGraw Hill Professional.
69. Schwartz, M. i Gay, P. (1996). Physical and sexual abuse and neglect and eating disorder symptoms. U: Schwartz, M. i Cohn L. (ur.), Sexual abuse and eating disorders (str. 91-108), New York: Brunner/Mazel.
70. Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic- developmental paradigm. U: Johnson, C. (ur.), Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia (str. 354-373), New York: Guilford Press.
71. Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and Theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139, 1531-1538.
72. Corcos, M. i Jeammet, P. (2001). Eating disorders: psychodynamic approach and practice. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 55(8), 479-488.
73. Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., i Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738.
74. Stice, E., Ng, J., i Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 518-525.
75. Cash, T.F., i Smolak, L. (2011). Understanding body images: Historical and contemporary perspectives. U: T. F. Cash i L. Smolak (Ur.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (str. 3-11). New York: Guilford Press.

76. Calogero, R. M. (2009). Objectification Processes and Disordered Eating in British Women and Men. *Journal of Health Psychology, 14*(3), 394-402.
77. Kozak, M., Frankenhauser, H., i Roberts, T. A. (2009). Objects of desire: Objectification as a function of male sexual orientation. *Psychology of Men & Masculinity, 10*(3), 225–230.
78. Engeln-Maddox, R., Miller, S. A., i Doyle, D. M. (2011). Tests of objectification theory in gay and lesbian samples: Mixed evidence for proposed pathways. *Sex Roles, 65*(7-8), 518-532.
79. Fairburn, C. G., Cooper, Z., i Shafran, R. (2003) Cognitive behavior therapy for eating disorders: A ‘transdiagnostic’ theory and treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*(5), 509–528.
80. Fairburn, C. G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. A., i O'Connor, M. E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 103-109.
81. Shafran, R., Lee, M., Payne, E., i Fairburn, C. G. (2007). An experimental analysis of body checking. *Behaviour Research and Therapy, 45*(1), 113-121.
82. Polivy, J. i Herman, C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*, 187-213.
83. Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Thompson, D., Barton, B., Schreiber, G. B., i Daniels, S. R. (2004). Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 36*(3), 315-327.
84. Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: A meta analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(4), 421–433.
85. Shroff, H., i Thompson, J. K. (2006). Peer influences, body image dissatisfaction, eating, dysfunction, and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology, 11*, 533-551.
86. Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. N., i Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
87. Stice, E., i Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy, 29*(2), 257-276.
88. Vander Wal, J. S., Gibbons, J. L., i Grazioso, M.P. (2008). The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *Eating Behaviors, 9*(3), 277-284.
89. Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825-848.

90. Johnson, F. i Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress; A Prospective Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-225.
91. Groesz, L. M., Levine, M. P., i Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1-16.
92. Ricciardelli, L. A., i McCabe, M. P. (2001). Dietary restraint and negative affect as mediators of body dissatisfaction and bulimic behavior in adolescent girls and boys. *Behaviour Research and Therapy*; 39:1317–1328.
93. Smolak, L., i Murnen, S. K. (2004). A feminist approach to eating disorders. U: J. K. Thompson (Ur.), *Handbook of eating disorders and obesity* (str. 590–605). New York: Wiley.
94. Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
95. Smolak, L., Murnen, S., i Thompson, J. K. (2005). Sociocultural influences and muscle building in adolescent boys. *Psychology of Men and Masculinity*, 6, 227-239.
96. Bordo, S. (1993). *Unbearable weight*. London: University of California Press.
97. Fredrickson, B. L., i Roberts, T. A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
98. McKinley, N. M., i Hyde, J. S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 181–216.
99. Frederick, D. A., Forbes, G. B., Grigorian, K. E., i Jarcho, J. M. (2007). The UCLA Body Project 1: Gender and ethnic differences in self-objectification and body satisfaction among 2,206 undergraduates. *Sex Roles*, 57(5-6), 317-327.
100. Tiggeman, M., i Kuring, J. (2004). The Role of Objectification in Disordered Eating and Depressed Mood. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 299-311.
101. Kozee, H. B., i Tylka, T. L. (2006). A test of objectification theory with lesbian women. *Psychology of Women Quarterly*, 30(4), 348-357.
102. McCabe, M. P. i Ricciardelli, L. A.(2004). Weight and Shape Concerns of Boys and Men. U J. K. Thompson (ur.). *Handbook of eating disorders and obesity* (str. 606-634). New York: Wiley,.
103. Oehlhof, M. E., Musher-Eizenman, D. R., Neufeld, J. M., i Hauser, J. C. (2009). Self-objectification and ideal body shape for men and women. *Body Image*, 6(4), 308-310.

104. Kilmartin, C. T. (2007). *The Masculine Self*. Cornwall-on-Hudson, New York: Sloan Publishing.
105. Strelan, P., i Hargreaves, D. (2005). Reasons for exercise and body esteem: Men's responses to self-objectification. *Sex Roles*, 53(7-8), 495-503.
106. Frederick, D. A., Fessler, D. M. T., i Haselton, M. G. (2005). Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? *Body Image*, 2(1), 81-86.
107. Baird, A. L., i Grieve, F. G. (2006). Exposure to male models in advertisements leads to a decrease in men's body satisfaction. *North American Journal of Psychology*, 8(1), 115-122.
108. Rohlinger, D. A. (2002). Eroticizing men: Cultural influences on advertising and male objectification. *Sex Roles*, 46(3-4), 61-74.
109. Frederick, D.A., Buchanan, G.M., Sadeghi-Azar, L., Peplau, L.A., Haselton, M.G., Berezovskaya, A., i Lipinski, R.E. (2007). *Desiring the muscular ideal: Men's body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana*. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103-117.
110. Cafri, G., i Thompson, J. K. (2004). Measuring male body image: A review of the current methodology. *Psychology of Men and Masculinity*, 5(1), 18-29.
111. Aubrey, J. S. (2006). Exposure to Sexually Objectifying Media and Body Self-Perceptions among College Women: An Examination of the Selective Exposure Hypothesis and the Role of Moderating Variables. *Sex Roles*, 55, 159-172.
112. Peplau, L.A., Frederick, D.A., Yee, C., Maisel, N., Lever, J., i Ghavami, N. (2009). Body Image Satisfaction in Heterosexual, Gay, and Lesbian Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 713-725.
113. Tiggemann, M., Martins, Y., i Kirkbride, A.B. (2007) Oh to be lean and muscular: Body image ideals in gay and heterosexual men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(1), 15-24.
114. Morrison, M. A., Morrison, T. G., i Sager, C. L. (2004). Does body satisfaction differ between gay men and lesbian women and heterosexual men and women?: A meta-analytic review. *Body Image*, 1(2), 127-138.
115. Saucier, J. A., i Caron, S. L. (2008). An investigation of content and media images in gay men's magazines. *Journal of Homosexuality*, 55(3), 504-523.
116. Kozak, M., Frankenhauser, H. i Roberts, T-A. (2009). Objects of desire: Objectification as a function of male sexual orientation. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 225-230.
117. Haines, M. E., Erchull, M. J., Liss, M., Turner, D. L., Nelson, J. A., Ramsey, L. R., i Hurt, M. M. (2008). Predictors and effects of self-objectification in lesbians. *Psychology of Women Quarterly*, 32(2), 181-187.

118. Becker, A. E., i Hamburg, P. (1996). Culture, the media, and eating disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(3), 163-167.
119. Keery, H., Van den Berg, P., i Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the tripartite influence model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image*, 1(3), 237-251.
120. Grabe, S., Ward, L. M., i Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460.
121. Stice, E., i Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
122. Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., i Covert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007-1020.
123. Halliwell, E., i Harvey, M. (2006). Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. *British Journal of Health Psychology*, 11(2), 235-248.
124. Holmstrom, A. J. (2004). The effects of the media on body image: A meta-analysis. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 48(2), 196-217.
125. Keel, P. K., Fulkerson, J. A., i Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre-and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 203-216.
126. Elfhag, K., i Linné, Y. (2005). Gender differences in associations of eating pathology between mothers and their adolescent offspring. *Obesity Research*, 13(6), 1070-1076.
127. Fulkerson, J. A., McGuire, M. T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., i Perry, C. L. (2002). Weight-related attitudes and behaviors of adolescent boys and girls who are encouraged to diet by their mothers. *International Journal of Obesity*, 26(12), 1579-1587.
128. Keery, H., Eisenberg, M. E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., i Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1), 105-111.
129. Vincent, M. A., i McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 205-221.
130. Eisenberg, M., i Neumark-Sztainer, D. (2008). Peer harassment and disordered eating. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 155-164.

131. Tremblay, L., i Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating Behaviors*, 10(2), 75-83.
132. Dishion, T. J., i Tipsord, J. M. (2011). Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annual Review of Psychology*, 62, 189-214.
133. Gardner, M., i Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635.
134. Lebedina-Manzoni, M., Lotar, M., i Ricijaš, N. (2008). Podložnost vršnjačkom pritisku kod adolescenata–izazovi definiranja i mjerenja. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(3), 401-419.
135. Epstein, J. L. (1989). The selection of friends. U: T. J. Berndt i G. W. Ladd (Ur.). *Peer relationships in child development* (str. 158-187). New York: Wiley.
136. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton Company.
137. Dodge K., Gonzales, N. (2009): Family and peer influences on adolescent behavior and risk-taking. Paper presented at IOM Committee on the Science of Adolescence Workshop, Washington, DC.
138. Nelson, S. E., i Dishion, T. J. (2004). From boys to men: Predicting adult adaptation from middle childhood sociometric status. *Development and Psychopathology*, 16(2), 441-459.
139. Urberg, K. A., Luo, Q., Pilgrim, C., i Degirmencioglu, S. M. (2003). A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: Individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence. *Addictive Behaviors*, 28(7), 1243-1256.
140. Dishion, T. J., i Dodge, K. A. (2005). Peer contagion in interventions for children and adolescents: Moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(3), 395-400.
141. Steinberg, L., i Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43(6), 1531-1543.
142. Dishion T. J. i Tipsord J. M. (2011). Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annual Review of Psychology*, 62:189-214.
143. Brown, B. (2004). Adolescents' relationships with peers. U: R. Lerner i L. Steinberg (Ur.), *Handbook of adolescent psychology* (str. 363–394). New York: Wiley.
144. Urberg, K. A., Tolson, J. M., i Degirmencioglu, S. M. (1998). Friendship selection in adolescent friendship networks. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 703-710.
145. Steinberg, L., i Silverberg, S. B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Development*, 57, 841-851.

146. Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E., i Pine, D. S. (2005). The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35(2), 163-174.
147. Bukowski, W.M., Velasquez, A.M., i Brendgen, M. (2008): Variation in Patterns of Peer Influence: Considerations of Self and Other. U: M.J. Prinstein i K.A. Dodge (Ur). *Understanding peer influence in children and adolescents*(str. 125- 140). New York: Guilford Press.
148. Burton, A. B., Ray, G. E., i Mehta, S. (2003). Children's Evaluations of Peer Influence: The Role of Relationship Type and Social Situation. *Child Study Journal*, 33(4), 235–255.
149. Aseltine, R. H. (1995). A reconsideration of parental and peer influences on adolescent deviance. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 103-121.
150. Curran, P. J., Stice, E., i Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 130-140.
151. Matsueda, R. L., i Anderson, K. (1998). The dynamics of delinquent peers and delinquent behavior. *Criminology*, 36(2), 269-308.
152. Kobus, K. (2003). Peers and adolescent smoking. *Addiction*, 98, 37-55.
153. Yanovitzky, I. (2005). Sensation Seeking and Adolescent Drug Use: The Mediating Role of Association With Deviant Peers and Pro-Drug Discussions. *Health Communication*, 17, 67-89.
154. Jones, D. C., i Crawford, J. K. (2006). The peer appearance culture during adolescence: Gender and body mass variations. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 243-255.
155. Peterson, K. A., Paulson, S. E., i Williams, K. K. (2007). Relations of eating disorder symptomology with perceptions of pressures from mother, peers, and media in adolescent girls and boys. *Sex Roles*, 57(9-10), 629-639.
156. Crandall, C. S. (1988). Social contagion of binge eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(4), 588–598.
157. Meyer, C., i Waller, G. (2001). Social convergence of disturbed eating attitudes in young adult women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(2), 114-119.
158. Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., i Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 255-266.

159. Hutchinson, D. M., i Rapee, R. M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1557-1577.
160. Schutz, H., i Paxton, S. (2007). Friendship quality, body dissatisfaction, dieting and disordered eating in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 67-83.
161. McCabe, M. P. i Ricciardelli, L. A. (2003). Body image and strategies to lose weight and increase muscle among boys and girls. *Health psychology*, 22(1), 39-46.
162. Jones, D. C., & Crawford, J. K. (2005). Adolescent boys and body image: Weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 629-636.
163. Jones, D. C. (2001). Social Comparison and Body Image: Attractiveness Comparisons to Models and Peers Among Adolescent Girls and Boys. *Sex Roles*, 45, 645-664.
164. Schutz, H. K., Paxton, S. J., i Wertheim, E. H. (2002). Investigation of body comparison among adolescent girls. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(9), 1906–1937.
165. Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 40(5), 823–835.
166. Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., i Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60.
167. Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., i Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117(2), 209-215.
168. Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. I Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 26(1):123-31.
169. Lawler, M., i Nixon, E. (2011). Body dissatisfaction among adolescent boys and girls: the effects of body mass, peer appearance culture and internalization of appearance ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71.
170. Janssen, I., Craig, W. M., Boyce, W. F., i Pickett, W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5), 1187-1194.

171. Brown, B. B., Bakken, J. P., Ameringer, S. W., i Mahon, S. D. (2008). A comprehensive conceptualization of the peer influence process in adolescence. U: M. J. Prinstein i K. Dodge (Ur.), *Peer influence processes among youth* (str. 17–44). New York: Guildford Publications.
172. Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., i Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(8), 733-738.
173. Oliver, K. K., i Thelen, M. H. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior Therapy*, 27(1), 25-39.
174. Gerner, B., i Wilson, P. H. (2005). The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 313-320.
175. Maloney, M. J., McGuire, J., Daniels, S. R., i Specker, B. (1989). Dieting behaviors and eating attitudes in children. *Pediatrics*, 84, 482–489.
176. Smolak, L., Levine, M. P., i Thompson, J. K. (2001). The use of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire with middle school boys and girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 216-223.
177. Eisenberg, M. E., Wall, M., Shim, J. J., Bruening, M., Loth, K., i Neumark-Sztainer, D. (2012). Associations between friends' disordered eating and muscle-enhancing behaviors. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2242-2249.
178. Ngee Sim, T., i Fen Koh, S. (2003). A domain conceptualization of adolescent susceptibility to peer pressure. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 57-80.
179. Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, i M. A. P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, 157-177. Washington, DC: Hemisphere.
180. Goss, K., i Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioural functional analysis. U: P. Gilbert i J. Miles (Ur.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (str. 219–255). Hove, UK: Brunner-Routledge.
181. Keith, L., Gillanders, D., i Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(4), 317-327.
182. Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(3), 174-189.
183. Swan, S., i Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 367-378.

184. Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., i Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 947-966.
185. Power, M. J., i Dalglish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Hove: Psychology Press.
186. Gilbert, P., i Miles, J. N. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29(4), 757-774.
187. Leeming, D., i Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A critical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(3), 375-396.
188. Goss, K., i Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 303-316.
189. Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 81-97.
190. Van Vliet, K. J. (2008). Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 233-245.
191. Kaufman, G. (1989). *The Psychology of Shame*. New York: Springer.
192. Morrison, A. (1989). *Shame: The Underside of Narcissism*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
193. Steiner, J. (2006). Seeing and being seen: narcissistic pride and narcissistic humiliation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 939-951.
194. Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113-147.
195. Tangney, J.P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. U Tagney, J. P. I Fisher, K. W. (ur.), *Self-Conscious Emotions: Shame, Guilt, Embarrassment and Pride* (114-139), New York, Guilford Press.
196. Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. U Gilbert, P. i Miles, J. (ur.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (3-34), London: Brunner-Routledge.
197. Gilbert, P., Allan, S., i Goss, K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(1), 23-34.
198. Wurmser, L. (1981). *The Mask of Shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

199. Skårderud, F. (2003). Sh@ me in Cyberspace. Relationships without faces: the e-media and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *11*(3), 155-169.
200. Cook, D. R. (1994). *Internalized shame scale: professional manual*. Menomonie, WI: Channel Press.
201. Allan, S., Gilbert, P., i Goss, K. (1994). An exploration of shame measures—II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, *17*(5), 719-722.
202. Goss, K., Gilbert, P., i Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The „Other As Shamer“ scale. *Personality and Individual Differences*, *17*(5), 713-717.
203. Cheung, M. P., Gilbert, P., i Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual differences*, *36*(5), 1143-1153.
204. Kim, S., Thibodeau, R., i Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *137*(1), 68-96.
205. Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., i Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(1), 69–73.
206. Leskela, J., Dieperink, M., i Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(3), 223-226.
207. Ruesch, N., Lieb, K., Goettler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W., i Bohus, M.(2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 500-508.
208. Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., i Kaufhold, J.(2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: The mediating role of shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(1),12–19
209. Masheb, R. M., Grilo, C. M., i Brondolo, E. (1999). Shame and its psychopathologic correlates in two women’s health problems: Binge eating disorder and vulvodynia. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *4*(4), 187-193.
210. Jambekar, S. A., Masheb, R. M., i Grilo, C. M. (2003). Gender Differences in Shame in Patients with Binge-Eating Disorder. *Obesity research*, *11*(4), 571-577.
211. Gee, A., i Troop, N. A. (2003). Shame, depressive symptoms and eating, weight and shape concerns in a non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *8*(1), 72-75.
212. Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., i Treasure, J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *16*(6), 480-488.

213. Hayaki, J., Friedman, M. A., i Brownell, K. D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 3(1), 73-83.
214. Sweetingham, R., i Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(5), 401-407.
215. Murray, C., i Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 186-191.
216. Fox, J. R., i Goss, K. (2012). *Eating and its Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
217. Keith, L., Gillanders, D. i Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 317-327.
218. Troop, N. A., i Redshaw, C. (2012). General shame and Bodily Shame in Eating Disorders: A 2.5-Year Longitudinal Study. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 373-378.
219. Slater, A., i Tiggemann, M. (2010). Body image and disordered eating in adolescent girls and boys: A test of objectification theory. *Sex roles*, 63(1-2), 42-49.
220. Burney, J., i Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of clinical psychology*, 56(1), 51-61.
221. Markham, A., Thompson, T., i Bowling, A. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1529-1541.
222. Andrews, B. (1997). Bodily shame in relation to abuse in childhood and bulimia: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 41-49.
223. Moradi, B., Dirks, D., i Matteson, A. V. (2005). Roles of Sexual Objectification Experiences and Internalization of Standards of Beauty in Eating Disorder Symptomatology: A Test and Extension of Objectification Theory. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 420-428.
224. Rørtveit, K., Åström, S., i Severinsson, E. (2009). The feeling of being trapped in and ashamed of one's own body: A qualitative study of women who suffer from eating difficulties. *International journal of mental health nursing*, 18(2), 91-99.
225. Unikel, C., Von Holle, A., Bulik, C. M., i Ocampo, R. (2012). Disordered eating and suicidal intent: The role of thin ideal internalisation, shame and family criticism. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 39-48.
226. Doran, J., i Lewis, C. A. (2012). Components of Shame and Eating Disturbance Among Clinical and Non-clinical Populations. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 265-270.
227. Troop, N. A., Sottrilli, S., Serpell, L., i Treasure, J. L. (2006). Establishing a useful distinction between current and anticipated bodily shame in eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(2), 83-90.

228. Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 29-42.
229. Thompson, J. K., Shroff, H., Herbozo, S., Cafri, G., Rodriguez, J., i Rodriguez, M. (2007). Relations among multiple peer influences, body dissatisfaction, eating disturbance, and self-esteem: A comparison of average weight, at risk of overweight, and overweight adolescent girls. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(1), 24-29.
230. Park, S. Y. (2005). The influence of presumed media influence on women's desire to be thin. *Communication Research, 32*(5), 594-614.
231. Pokrajac-Bulian, A. (1998). Nezađovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji. *Društvena istraživanja, 7*, 581-601.
232. Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image, 1*(1), 1-5.
233. Grogan, S. (2008). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (2nd ed.). Hove, UK: Routledge.
234. Thompson, J.K., i Van den Berg, P. (2002). Measuring body image attitudes among adolescents and adults. U: T. F. Cash i T. Pruzinsky (Ur.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (str. 142-153). New York: Guilford Press.
235. Probst, M., Pieters, G., i Vanderlinden, J. (2008). Evaluation of body experience questionnaires in eating disorders in female patients (AN/BN) and nonclinical participants. *International Journal of Eating Disorders, 41*(7), 657-665.
236. Cash, T. F., i Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*(2), 107-126.
237. Furnham, A., Badmin, N., i Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology, 136*(6), 581-596.
238. Fallon, A. E., i Rozin, P. (1985). Sex differences in perceptions of desirable body shape. *Journal of abnormal psychology, 94*(1), 102-105.
239. Mishkind, M. E., Rodin, J., Silberstein, L. R., i Striegel-Moore, R. H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist, 29*(5), 545-562.
240. Lynch, S. M., i Zellner, D. A. (1999). Figure preferences in two generations of men: The use of figure drawings illustrating differences in muscle mass. *Sex roles, 40*(9-10), 833-843.

241. Pokrajac-Bulian, A., Stubbs, L. i Ambrosi-Randić, N. (2004). Različiti aspekti slike tijela i navike hranjenja u adolescenciji. *Psihologijske teme*, 13, 91-104.
242. Pokrajac-Bulian, A., Mohorić, T., i Đurović, D. (2007). Odstupajuće navike hranjenja, nezadovoljstvo tijelom i učestalost provođenja dijete kod hrvatskih srednjoškolaca. *Psihologijske teme*, 16(1), 27-46.
243. Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., i Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 324-333.
244. Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., i Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.
245. Johnson, F., i Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 119-125.
246. Jonstang, I. C. (2009). The effect of body dissatisfaction on eating disorder symptomatology: mediating effects of depression and low self-esteem: a partial test of the Dual-Pathway Model. Neobjavljeni magistarski rad. Oslo: Odsjek za psihologiju Sveučilišta u Oslu.
247. Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., i Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081-1089.
248. Stice, E., Ng, J., & Shaw, H (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 518-525.
249. Murnen, S. K., Smolak, L., Mills, J. A., i Good, L. (2003). Thin, sexy women and strong, muscular men: Grade-school children's responses to objectified images of women and men. *Sex Roles*, 49(9-10), 427-437.
250. Smolak, L. (2002). Body image development in children. U: T. F. Cash i T. Pruzinsky (Ur.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (str. 13-21). New York: Guilford Press.
251. Blowers, L. C., Loxton, N. J., Grady-Flessner, M., Occhipinti, S., i Dawe, S. (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, 4(3), 229-244.
252. Isomaa, R., Isomaa, A. L., Marttunen, M., Kaltiala-Heino, R., i Björkqvist, K. (2009). The prevalence, incidence and development of eating disorders in finnish adolescents - a two-step 3-year follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 199-207.
253. Frederick, D. A., Peplau, L. A., i Lever, J. (2006). The swimsuit issue: Correlates of body image in a sample of 52,677 heterosexual adults. *Body Image*, 3(4), 413-419.

254. Stice, E., i Whittenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology*, 38(5), 669-678.
255. Halliwell, E., i Dittmar, H. (2004). Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 104-122.
256. Van Den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., i Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4(3), 257-268.
257. Cohane, G. H., i Pope, H. G. (2001). Body image in boys: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 29(4), 373-379.
258. Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208.
259. Furnham, A., i Calnan, A. (1998). Eating disturbance, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *European Eating Disorders Review*, 6(1), 58-72.
260. Heywood, S., i McCabe, M. P. (2006). Negative affect as a mediator between body dissatisfaction and extreme weight loss and muscle gain behaviors. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 833-844.
261. Hall 2009
262. Thompson, J. K.; Heinberg, L. J.; Altabe, M.; Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
263. Hawkins, N., Richards, P. S., Granley, H. M., i Stein, D. M. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating disorders*, 12(1), 35-50.
264. Pidgeon, A., i Harker, R. A. (2013). Body-focused anxiety in women: Associations with internalization of the thin-ideal, dieting frequency, body mass index and media effects. *Open Journal of Medical Psychology*, 2(4), 17-24.
265. Wertheim, E., i Paxton, S. (2011). Body image development in adolescent girls. U: T. Cash i L. Smolak (Ur.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice & Prevention* (str. 76-84) London: Guilford Press.
266. Koff, E., i Rierdan, J. (1993). Advanced pubertal development and eating disturbance in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 14(6), 433-439.

267. Hatata, H., Awaad, M., El sheikh, M., i Refaat, G. (2009). Body Image Dissatisfaction and its Relationships with Psychiatric Symptomatology, Eating Beliefs and Self Esteem in Egyptian Female Adolescents. *Current Psychiatry*, 16(1), 35-45.
268. Swami, V., Frederick, D. A., Aavik, T., Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D., Andrianto, S., Arora, A., Brännström, A., Cunningham, J., Danel, D., Doroszewicz, K., Forbes, G. B., Furnham, A., Greven, C. U., Halberstadt, J., Hao, S., Haubner, T., Hwang, C. S., Inman, M., Jaafar, J. L., Johansson, J., Jung, J., Keser, A., Kretzschmar, U., Lachenicht, L., Li, N. P., Locke, K., Lönnqvist, J. E., Lopez, C., Loutzenhiser, L., Maisel, N. C., McCabe, M. P., McCreary, D. R., McKibbin, W. F., Mussap, A., Neto, F., Nowell, C., Alampay, L. P., Pillai, S. K., Pokrajac-Bulian, A., Proyer, R. T., Quintelier, K., Ricciardelli, L. A., Rozmus-Wrzesinska, M., Ruch, W., Russo, T., Schütz, A., Shackelford, T. K., Shashidharan, S., Simonetti, F., Sinniah, D., Swami, M., Vandermassen, G., van Duynslaeger, M., Verkasalo, M., Voracek, M., Yee, C. K., Zhang, E. X., Zhang, X., Zivcic-Becirevic, I. (2010). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the International Body Project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(3), 309-325.
269. Dittmar, H., i Howard, S. (2004). Thin-ideal internalization and social comparison tendency as moderators of media models' impact on women's body-focused anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(6), 768-791.
270. Pokrajac-Bulian, A., Ambrosi-Randić, N., i Kukić, M. (2008). Thin-Ideal Internalization and Comparison Process as Mediators of Social Influence and Psychological Functioning in the Development of Disturbed Eating Habits in Croatian College Females. *Psihologijske teme*, 17(2), 221-245.
271. Twamley, E. W., i Davis, M. C. (1999). The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *Journal of social and clinical psychology*, 18(4), 467-489.
272. Balcetis, E., Cole, S., Chelberg, M. B., i Alicke, M. (2013). Searching out the ideal: Awareness of ideal body standards predicts lower global self-esteem in women. *Self and Identity*, 12(1), 99-113.
273. Rukavina, T., i Pokrajac-Bulian, A. (2006). Thin-ideal internalization, body dissatisfaction and symptoms of eating disorders in Croatian adolescent girls. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(1), 31-37.

274. Patton, G. C., Carlin, J. B., Shao, Q., Hibbert, M. E., Rosier, M., Selzer, R., i Bowes, G. (1997). Adolescent dieting: healthy weight control or borderline eating disorder?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 299-306.
275. Ambrosi-Randić, N. (2000). Perception of current and ideal body size in preschool age children. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 885-889.
276. Pokrajac-Bulian, A., Živčić-Bećirević, I., Vukmanović, S., i Forbes, G. (2005). Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, 14(1), 57-70.
277. Gladović, B. (1999.). *Nezadovoljstvo vlastitim tjelesnim izgledom kod studenata i studentica*. Neobjavljeni diplomski rad. Rijeka: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Rijeci.
278. Oswald, D. L., Franzoi, S. L., i Frost, K. A. (2012). Experiencing Sexism and Young Women's Body Esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(10), 1112-1137.
279. Blond, A. (2008). Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. *Body Image*, 5(3), 244-250.
280. Ricciardelli, L. A., i McCabe, M. P. (2011). Body image development in adolescent boys. U: T. F. Cash i L. Smolak (Ur.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (str. 85-92). New York: Guilford Press.
281. Cafri, G., Thompson, J. K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., i Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical psychology review*, 25(2), 215-239.
282. Tiggemann, M. (2004). Body image across the life span: stability and change. *Body image*, 1(1), 29-41.
283. Herzog, D. B., Newman, K. L., i Warshaw, M. (1991). Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males. *The Journal of nervous and mental disease*, 179(6), 356-359.
284. Hallsworth, L., Wade, T., i Tiggemann, M. (2005). Individual differences in male body-image: An examination of self-objectification in recreational body builders. *British journal of health psychology*, 10(3), 453-465.
285. Cafri, G., van den Berg, P., i Thompson, J. K. (2006). Pursuit of muscularity in adolescent boys: relations among biopsychosocial variables and clinical outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 283-291.
286. Ricciardelli, L. A., i McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological Bulletin*, 130(2), 179-205.

287. Thompson, J. K., i Cafri, G. (2007). *The Muscular Ideal: Psychological, Social and Medical Perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
288. Pingitore, R., Spring, B., i Garfieldt, D. (1997). Gender differences in body satisfaction. *Obesity Research*, 5(5), 402-409.
289. van den Berg P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M, Guo. J., Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4(3), 257-68.
290. McCreary, D. R., i Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48(6), 297-304.
291. Wojtowicz, A. i von Ranson, K. (2006). Psychometric evaluation of two scales examining muscularity concerns in men and women. *Psychology of Men and Masculinity*, 7(1), 56-66.
292. McCreary, D. R., Saucier, D. M., i Courtenay, W. H. (2005). The Drive for Muscularity and Masculinity: Testing the Associations Among Gender-Role Traits, Behaviors, Attitudes, and Conflict. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(2), 83-94.
293. McKinley, N. M. i Hyde, J. S. (1996). The objectified body consciousness scale: Development and validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-215.
294. Garner, D. M., i Garfinkel, P. Egoss. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279.
295. Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., i Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
296. Kansi, J. (2003). The Narcissistic Personality Inventory: Applicability in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 441-448.
297. Berger, U., Wick, K., Hölling, H., Schlack, R., Bormann, B., Brix, C., Sowa, M., Scwartz, D., i Strauß, B. (2011). P02-116-Screening of disordered eating in 12 year old girls and boys: Psychometric analysis of the German versions of SCOFF and EAT-26. *European Psychiatry*, 26, 712.
298. Rivas, T., Bersabé, R., Jiménez, M., i Berrocal, C. (2010). The eating attitudes test (EAT-26): reliability and validity in Spanish female samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1044-1056.
299. Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M., i Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *Jama*, 303(3), 242-249.
300. Keys, A., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Kimura, N., i Taylor, H. L. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*, 25(6), 329-343.

301. Mei Z., Grummer-Strawn L. M., Pietrobelli A., Goulding A., Goran M. I., Dietz W. H. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 7597–985.
302. Furnham, A., Badmin, N., i Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology*, 136(6), 581.
303. Ambrosi-Randić, N., i Pokrajac-Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitudes test and children's eating attitudes test in Croatia. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(4), 76-82.
304. Miotto, P., De Coppi, M., Frezza, M., i Preti, A. (2003). The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. *Psychiatry Research*, 119(1), 145-154.
305. Tylka, T. L., i Subich, L. M. (2002). A preliminary investigation of the eating disorder continuum with men. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 273-279.
306. Wittchen, H.-U., i Jacobi, F.(2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.
307. Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19(4), 389-394.
308. Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., i Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440.
309. Reagan, P., i Hersch, J. (2005). Influence of race, gender, and socioeconomic status on binge eating frequency in a population-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 252-256.
310. Hay, P. (1998). The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 371-382.
311. Anderson, C. B., i Bulik, C. M. (2004). Gender differences in compensatory behaviors, weight and shape salience, and drive for thinness. *Eating Behaviors*, 5(1), 1-11.
312. Wang, Z., Byrne, N. M., Kenardy, J. A., i Hills, A. P. (2005). Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating Behaviors*, 6(1), 23-33.
313. Adkin, A. and Strivers, K. (2008). *Body Satisfaction among Adolescent, Hong Kong: Macmillan Press.*

314. Rodin, J., Silberstein, L., i Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. U: T. B. Sonderegger (Ur.), *Psychology and gender: 1984 Nebraska Symposium Motivation* (str. 267–308) . Lincoln: University of Nebraska Press.
315. Chang, V. W., i Christakis, N. A. (2003). Self-perception of weight appropriateness in the United States. *American journal of preventive medicine*, 24(4), 332-339.
316. Shepeliak, N. (2006). *Gender and Cultural Differences in Body Dissatisfaction and Self-esteem*. Honors College Theses. Paper 35.
317. Pierce, C. A. (1996). Body height and romantic attraction: A meta-analytic test of the male-taller norm. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 24(2), 143-149.
318. Lenart, E. B., Goldberg, J. P., Bailey, S. M., Dallal, G. E., i Koff, E. (1995). Current and ideal physique choices in exercising and nonexercising college women from a pilot athletic image scale. *Perceptual and Motor Skills*, 81(3), 831-848.
319. Homan, K., McHugh, E., Wells, D., Watson, C., i King, C. (2011). The effect of viewing ultra-fit images on college women's body dissatisfaction. *Body Image*, 9(1), 50-56.
320. Moore, C. D. C. (1990). Body image and eating behavior in adolescent boys. *American Journal of Diseases of Children*, 144(4), 475-479.
321. Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., Jouvent, R., i Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297-1301.
322. Andersen, A.E., Cohn, L. and Holbrook, T. (2000). *Making Weight: Men's Conflicts with Food, Weight, Shape and Appearance*. Carlsbad, CA: Gurze.
323. McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., i Finemore, J. (2002). The role of puberty, media and popularity with peers on strategies to increase weight, decrease weight and increase muscle tone among adolescent boys and girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 145-153.
324. Drewnowski, A., Kurth, C. L., i Krahn, D. D. (1995). Effects of body image on dieting, exercise, and anabolic steroid use in adolescent males. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 381-386.
325. Walsh, R. R. (2008). *Body image perceptions in adolescent males*. Neobjavljeni magistarski rad. The Graduate School University of Wisconsin-Stout Menomonie, WI.
326. Pope Jr, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R., i Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.
327. Berndt, T. J. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology*, 15(6), 608-616.

328. Vasta, R., Miller, A. S., i Ellis, S. (2004). *Child psychology*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
329. McNelles, L. R., i Connolly, J. A. (1999). Intimacy between adolescent friends: Age and gender differences in intimate affect and intimate behaviors. *Journal of Research on Adolescence*, 9(2), 143-159.
330. Lundby, E. (2013). “You can’t buy friends, but . . . ” children’s perception of consumption and friendship. *Young Consumers*. 14. 360-374.
331. Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: Thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(3), 289-323.
332. Buss, D. M. (2007). The evolution of human mating. *Acta Psychologica Sinica*, 39(3), 502-512.
333. Freedman, D. S., Kettel Khan, L., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., Berenson, G. S. (2005). The Relation of Childhood BMI to Adult Adiposity: The Bogalusa Heart Study . *Pediatrics*, 115(1), 22-27.
334. Rauste-von Wright, M. (1989). Body image satisfaction in adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 18(1), 71-83.
335. Dworkin, S. L. i Wachs, F. L. (2009). *Body panic: gender, health, and the selling of fitness*. New York, New York University Press.
336. Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. U: S. S. Feldman i G. R. Elliot (Ur.) *At the threshold: The developing adolescent* (str.255-276). Cambridge, MA: Harvard University Press.
337. Steinberg, L., i Monahan, K. (2007). Age Difference in Resistance to Peer Influence (MacArthur Juvenile Capacity Study). *Development Psychology*, 43(6) 1531-1543.
338. Halvarsson, K., Lunner, K. Westerberg, J. i Sjoden, P. O. (2000). Prediction of disturbed eating attitudes in adolescent girls: A 3 year longitudinal study of eating patterns, self-esteem and coping. *Acta Universitatis Upsaliensis*, Uppsala.
339. O’Dea, J. A., i Rawstorne, P. R. (2001). Male adolescents identify their weight gain practices, reasons for desired weight gain, and sources of weight gain information. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(1), 105-107.
340. Magallares, A. (2013). Masculinity, drive for Muscularity and eating concerns in Men. *Revista Suma Psicológica*, 20(1), 83-88.
341. Valls, M., Callahan, S., Rousseau, A. i Chabrol, H. (2014). Eating disorders and depressive symptoms: An epidemiological study in a male population. *Encephale*, 40(3):223-30.

342. Abebe, D. S., Torgersen, L., Lien, L., Hafstad G. S. i von Soest, T. (2014) Predictors of disordered eating in adolescence and young adulthood: A population-based, longitudinal study of females and males in Norway. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 128–138.
343. Becker, A. E., Arrindell, A. H., Perloe, A., Fay, K., i Striegel-Moore, R. H. (2010). A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: Perspectives from ethnically diverse health care consumers. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 633-647.
344. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191-198.
345. Spitzer, B. L., Henderson, K. A., i Zivian, M. T. (1999). Gender differences in population versus media body sizes: A comparison over four decades. *Sex Roles*, 40(7-8), 545-565.
346. Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., i Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of psychosomatic research*, 42(4), 345-355.

11. ŽIVOTOPIS

Jelena Mustapić rođena je 19.04.1979. godine u Rijeci. Osnovnu i srednju školu završila je u Metkoviću i Rijeci. Godine 1997. upisala je studij psihologije na Filozofskom fakultetu u Rijeci, na kojem je diplomirala 2002. godine.

Od 1999. godine aktivno sudjeluje u radu Klinike za psihijatriju i Regionalnog centra za psihotraumu Kliničkog bolničkog centra u Rijeci, gdje je obavila i prošireni vježbenički staž. Tijekom 2005-2009 zaposlena je u Centru za forenzičku psihijatriju, Neuropsihijatrijska bolnica Dr. Ivan Barbot, Popovača. Od 2009-2011 bila je voditeljica Centra za djecu, mlade i obitelj MODUS Društva za psihološku pomoć. Od 2011. godine zaposlena je kao viši stručni savjetnik u Centru za dijagnostiku Uprave za zatvorski sustav, Ministarstvo pravosuđa RH.

Od 2009. godine mentorica je psiholozima pripravnicima u području savjetodavne i penološke psihologije.

Završila je četverogodišnju edukaciju iz područja integrativne Gestalt terapije, uvodnu edukaciju iz grupne analize i psihodrame te dvogodišnju edukaciju iz kognitivno-bihevioralne terapije. Educirana je za tretmanski rad s maloljetnim i odraslim počiniteljima nasilnih djela u obitelji te sudjeluje kao trener u edukaciji ostalih stručnjaka za rad s navedenom populacijom. Aktualno se dodatno educira u inozemstvu za rad sa osobama oboljelim od poremećaja hranjenja.

Članica je više domaćih i međunarodnih društava iz područja psihologije i psihoterapije.

Aktivno je sudjelovala na više domaćih i međunarodnih stručnih i znanstvenih skupova te objavila nekoliko radova iz područja kliničke i forenzičke psihologije i psihijatrije u domaćim i međunarodnim časopisima. Autorica je poglavlja u dvije knjige iz forenzičke psihijatrije.

Njen stručni i znanstveni interes usmjeren je na područje kliničke, penološke, forenzičke i savjetodavne psihologije, primarno na poremećaje hranjenja i poremećaje osobnosti.

12. PRILOZI

Prilog 1. Rezultati faktorske analize s varimax rotacijom za Skalu zadovoljstva tijelom

BSSS	F 1	h²
visina	0,515	0,265
težina	0,786	0,617
oblik tijela	0,861	0,741
struk	0,846	0,716
bokovi	0,871	0,759
bedra	0,845	0,714
trbuh	0,823	0,677
lice	0,648	0,420
građa tijela	0,860	0,739
ramena	0,750	0,563
Karakteristični korijen	6,21	
% objašnjene varijance	62,11	

Prilog 2. Rezultati faktorske analize s varimax rotacijom za skalu Težnje za mišićavošću

DMS	Faktori		h ²
	F1	F2	
Pijem proteinske napitke ili napitke za dobivanje tjelesne težine.		0,710	0,515
Razmišljam o tome da počnem uzimati anaboličke steroide.		0,660	0,449
Koristim proteinske ili energetske dodatke prehrani.		0,774	0,620
Drugi misle da prečesto vježbam.		0,768	0,594
Osjećam krivnju ako propustim trening-vježbe za povećanje mišićne mase.		0,746	0,589
Mislim da moj raspored vježbanja ometa druga područja mog života.		0,730	0,556
Dižem utege da bih izgradio mišiće.		0,503	0,397
Nastojim dnevno unijeti u organizam što više kalorija.		0,530	0,354
Mislim da moje ruke nisu dovoljno mišićave.	0,746		0,579
Osjećao bih se snažnijim kad bih dobio još malo mišićne mase.	0,810		0,698
Želio bih da sam mišićavije građe.	0,850		0,745
Mislim da moja prsa nisu dovoljno mišićava.	0,813		0,678
Mislim da bih bolje izgledao da dobijem dodatnu mišićnu masu.	0,854		0,772
Mislim da bih imao više samopouzdanja da imam više mišićne mase.	0,850		0,741
Mislim da moje noge nisu dovoljno mišićave.	0,509		0,286
Karakteristični korijen	4,633	3,940	
% objašnjene varijance	30,884	26,269	

Prilog 3. Rezultati faktorske analize s varimax rotacijom za Upitnik navika hranjenja

EAT	Faktori			h ²
	F1	F2	F3	
Osjećam se nelagodno nakon što pojedem slatkiše.	0,84			0,721
Zaokuplja me želja da postanem mršaviji/a.	0,816			0,703
Nakon jela imam snaža osjećaj krivnje	0,816			0,699
Zaokupljen/a sam mišlju da imam previse sala.	0,813			0,702
Držim dijetu.	0,81			0,656
Volim da mi je želudac prazan.	0,71			0,504
Izbjegavam jesti kad sam gladan/a.	0,697			0,517
Dok fizički vježbam mislim na kalorije koje trošim.	0,679			0,474
Izbjegavam hranu koja sadrži šećer.	0,672			0,491
Posebno izbjegavam hranu koja sadrži veliku količinu ugljikohidrata.	0,661			0,503
Osjećam potrebu za povraćanjem nakon obroka.	0,641			0,500
Jedem dijetalnu hranu.	0,614			0,380
Užasava me pomisao na prekomjernu težinu.	0,6			0,380
Svjesan/na sam kalorične vrijednosti hrane koju trošim.	0,392			0,158
Treba mi više vremena nego drugima da pojedem svoj obrok.				0,169
Previše vremena i misli posvećujem hrani.		0,827		0,726
Osjećam da mi se život vrti oko hrane.		0,803		0,683
Zaokupljen/a sam mišlju o hrani.		0,766		0,627
Počeo/la sam se prežderavati do te mjere da mi se čini da više neću moći prestati.		0,692		0,482

Povraćam nakon jela.		0,43		0,292
Uživam u isprobavanju novih kaloričnih vrsta hrane.		0,41		,0203
Osjećam da bi drugi htjeli da više jedem.			0,849	0,725
Osjećam da me drugi tjeraju da jedem.			0,784	0,697
Drugi misle da sam premršav/a.			0,779	0,633
Usitnjavam hranu na manje zalogaje.			0,37	0,161
Mogu se dobro kontrolirati u vezi s hranom.			0,351	0,211
Karakteristični korijen	7,629	2,875	2,492	
% objašnjene varijance	29,344	11,057	9,585	

Prilog 4. Prikaz faktorske strukture za Skalu podložnosti vršnjačkom pritisku

UVP	Faktori					h ²
	F1	F2	F3	F4	F5	
Ne bih se družio/la s vršnjacima koje moje društvo ne prihvaća.	0,771					0,657
Izbjegavam neke vršnjake jer ih izbjegavaju i ostali članovi mog društva.	0,524					0,472
Družio/la bih se s vršnjacima koji mi se ne sviđaju ako će to utjecati na moju popularnost u grupi.	0,515		0,385			0,439
Ne bih se družio/la s nepopularnim vršnjacima kako bi me članovi mog društva bolje prihvaćali.	0,431					0,392
Promijenio/la bih frizuru na nagovor svojih prijatelja.		0,743				0,622
Na nagovor svojih prijatelja kupio/la bih odjeću ili obuću koju baš i ne želim.		0,70		0,310		0,568
Promijenio/la bih svoj izgled na nagovor svog društva.		0,651				0,554
Iako to ne želim, svoj fizički izgled usklađujem s izgledom drugih u svom društvu jer oni to od mene traže.	0,372	0,423				0,379
Neću izabrati curu/dečka koja/i se ne sviđa mojem društvu.		0,411				0,360
Sklon/a sam prekršiti dogovor s roditeljima zbog očekivanja svojeg društva.			0,750			0,649
Na nagovor vršnjaka radio/la bih stvari s kojima se moji roditelji ne slažu			0,70			0,571
Na nagovor drugih, ostao/la bih vani dulje iako se moji roditelji tome protive.			0,614			0,551
Važne odluke radije bih donio/donijela u skladu s očekivanjima društva nego roditelja.			0,512			0,436
Upustio/la bih se u seksualni odnos ako bi me prijatelji na to nagovarali.				0,751		0,653
Upustio/la bih su u seksualni odnos ako se u mom društvu to očekuje.				0,745		0,641
Sudjelovao/la bih u krađi ili nekoj nedozvoljenoj radnji na nagovor svojeg društva.				0,657		0,556
Ismijavao/la bih i govorio/la bih loše o drugim vršnjacima ako bih time bio/la bolje prihvaćen/a				0,578		0,485

Probao/la bih neku drogu ako to rade i drugi u mom društvu.				0,532		0,457
Iako to ne želim, u školi bih sudjelovao/la u „psinama“ ako prijatelji to od mene traže.				0,436	0,422	0,396
Kad bi većina razreda neopravdano izostala s nastave, i ja bih to učinio/la.	0,326				0,781	0,698
Iako to ne želim, markirao/la bih s nastave jer i drugi u mojem razredu to čine.					0,743	0,621
Pod nastavom sudjelujem u „zabavnim igrama“ (kartanje, potapanje brodova i sl.) kako se moji prijatelji ne bi naljutili.					0,378	0,281
Karakteristični korijen	3,287	2,521	2,342	1,936	1,861	
% objašnjene varijance	15,47	12,86	11,72	8,79	7,35	