

ANKSIOZNOST I PERCEPCIJA RODITELJSKOG PONAŠANJA KAO INDIKATORI NAVIKA HRANJENJA ADOLESCENTICA

Ana Havelka Meštrović

Klinička bolnica Dubrava, Klinika za psihijatriju
Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb
ana.havelka @zvu.hr

Anđela Ćurić

Hrvatski studiji Sveučilišta u Zagrebu
Borongajska 83d, 10 000 Zagreb

Sažetak

Provedeno istraživanje temeljilo se na ispitivanju simptoma anksioznosti i percepcije roditelja kod adolescentica. Uzorak sudionica je iz dva grada (Zagreb i Split), kako bismo provjerili kulturološke razlike u stilovima odgoja i poremećajima hranjenja. U istraživanju su sudjelovale 143 sudionice; 75 iz Splita i 68 iz Zagreba. Korišteni instrumenti bili su: Upitnik navika hranjenja (EAT-26) autorica Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (2005), Skala dječje anksioznosti (SKAN) autorice Purić (1992) i Skala percepcije roditelja (Perceptions of Parents Scale - POPS) autorica Merkaš i Brajša-Žganec (2009). Dobiveni rezultati istraživanja potvrđuju važnost anksioznosti i obiteljskih čimbenika u nastanku poremećaja hranjenja. Sudionice s više simptoma poremećaja hranjenja anksioznije su te doživljavaju svoje majke kao manje uključene u odgoj i kao manje tople. Doživljaj majčine podrške autonomije nije se pokazao značajnim, kao ni percepcija očeve uključenosti, podrške autonomije i topline. Kao dobri prediktori nastanka poremećaja hranjenja pokazali su se simptomi anksioznosti i percepcija očeve autonomije.

Ključne riječi: anksioznost, percepcija roditelja, navike hranjenja, roditeljska uključenost

UVOD

Spoznaje o starim egipatskim i grčkim kulturama govore o ritualnom gladovanju sličnom kao kod anoreksije nervoze. Tijekom srednjeg vijeka i rane renesanse nastavila su se izgladnjivanja po uzoru na svece Katoličke crkve, a u 19. stoljeću počeo se idealizirati “bolesnički izgled”, što se događalo zbog utjecaja tuberkuloze koja je vladala. Krajem 19. stoljeća anoreksija nervoza je prepoznata kao medicin-

ski poremećaj, a psihološke hipoteze o uzrocima poremećaja pojavile su se polovinom 20. stoljeća. Psihodinamske teorije prve su se usmjerile na nesvjesne seksualne konflikte i oralnu fazu razvoja kao izvore kasnijih poremećaja hranjenja i time dale smjernice brojnim drugim teoretičarima (Miller i Pumariega, 2001).

Otad do danas, dijete i kure mršavljenja dio su svakodnevnih razgovora, pri čemu ne izostaje informiranost o postojanju poremećaja hranjenja koji je problem karakterističan za industrijalizirane zemlje Zapada. Dva poremećaja koja su najviše zaokupila javnost jesu anoreksija nervoza i bulimija nervoza, koje pogađaju 3% žena tijekom života, s time da bulimija ima veću prevalenciju (Walsh i Devlin, 1998).

Oba su se poremećaja prvi put pojavila 1980. godine u DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual) kao podvrsta poremećaja djetinjstva i adolescencije (Davison, Neale, 1999). Pubertet i adolescencija su praćeni normativnim razvojnim promjenama koji to razdoblje čine kritičnim za razvoj poremećaja hranjenja. U tom periodu pojavljuju se značajni životni stresori, koji uključuju povećanje tjelesne težine te formiranje odnosa s vršnjacima i stjecanje vlastitog identiteta (Hill i Pallin, 1998). Istraživanja govore da čak 40-70% adolescentica žele biti mršavije te pokazuju nezadovoljstvo nekim aspektima svog tijela (bokovi, struk, stražnjica). Kao rezultat toga, djevojke započinju dijetu koja za osam puta povećava vjerojatnost pojave poremećaja hranjenja (Dalle Grave i De Luca).

Ključno svojstvo anoreksije je iskrivljena slika vlastitog tijela, a ona je i mogućći uzrok poremećaja. Iskrivljenu sliku tijela koje je uočljivo premršavo prati intenzivan strah od debljine te samoizgladnjivanje koje uzrokuje brojne fiziološke promjene (Davison, Neale, 1999). Do službenog prihvatanja bulimije kao poremećaja hranjenja dolazi tek 1980. godine. Obilježen je prejedanjem i izbjegavanjem dobitka na težini (npr. povraćanjem), (Kaplan i Sadock, 1998). Slučajevi u kojima se pacijentima ne može dijagnosticirati anoreksija nervoza, a ni bulimija nervoza, upućuju na neodređeni poremećaj hranjenja. Taj poremećaj uključuje i poremećaj nekontroliranog jedenja (binge eating disorder), koji se spominje kao zaseban poremećaj. Prevalencija poremećaja nekontroliranog jedenja se kreće od 0,7 do 4% u zdravoj populaciji (DSM IV, 1996). Kako bi se smanjila pojavnost poremećaja, nužno je znanje o rizičnim čimbenicima koji dovode do poremećaja te o zaštitnim čimbenicima koji djeluju na određeni poremećaj (Phelps, Dempsey, Sapia i Nelson, 1999). Osim brojnih bioloških, psiholoških i sociokulturalnih čimbenika, obiteljski kontekst je neizostavan u istraživanju poremećaja hranjenja. U istraživanju obiteljskog konteksta i nastanka poremećaja hranjenja, istraživači su se posebno orijentirali na teoriju privrženosti, koja razmatra kako roditelji reagiraju na dječje potrebe (Farber, 2008). Stilovi privrženosti mogu biti povezani sa stvaranjem slike o sebi i o drugima koju ljudi stvaraju na temelju privrženosti s primarnim skrbnicima. O tom ovisi stvaranje bliskih odnosa, primanje i davanje emocija i ljubavi, stoga su ti podaci značajni za shvaćanje osobnog razvoja i psihopatologije. Iz toga proizlazi povezivanje poremećaja hranjenja sa stilovima privrženosti te se kod oboljelih od

poremećaja hranjenja pokazao prevladavajućim nesigurni stil privrženosti (Ramsey i Treasure, 2000). Osim nepovoljnog stila privrženosti, anoreksiju i bulimiju nervozu karakterizira i poremećena obiteljska dinamika. Bruch (1973, 1978) opisuje obiteljski okoliš pogodan za razvoj poremećaja hranjenja kao prezaštićujući, nametljiv i kontrolirajući s malo prostora za samoizražavanje. Tako se anoreksija može smatrati oblikom protesta i pokušaja izražavanja autonomije. Slično tome, Pallazoli (1978) prikazuje važnost odanosti, žrtvovanja i nepostojanja konflikata kod obitelji s anoreksičnim članom. Zamjećuje i da majke adolescentica koje boluju od anoreksije potječu iz ruralne tradicije te preferiraju obilnu, zdravu prehranu i život tipične majke domaćice. To je često u neskladu sa zahtjevima urbanog života te se kod anoreksičnih djevojaka poremećaj hranjenja može smatrati reakcijom konflikt s majkom.

Obitelji bulimičnih osoba često su okarakterizirane kao manje kohezivne i ekspresivne te konfliktno i hostilno nastrojene, što dovodi do razvoja nesigurnosti i osjećaja neučinkovitosti kod djece. Zbog nezdravih interakcija s roditeljima dijete ne može razviti pozitivnu sliku o sebi, ali razvija potrebu za pozitivnim vrednovanjem okoline. Stoga postoji opasnost od podlijevanja društvenom pritisku, velikoj samokritičnosti i težnji za mršavošću (Suldo i Sandberg, 2000). Nedostatak komunikacije i potiskivanje emocija dovode do tihog protesta, čiji se simptomi očituju kroz anoreksiju ili bulimiju nervozu koja postaje stil života (Fairburn i Burnell, 2002).

Budući da patologija hranjenja ima svrhu regulacije emocija, opravdano je istražiti ulogu anksioznosti u poremećajima hranjenja (Arnou, Kenardy i Agras, 1995; Greeno, Wing i Shiffman, 2000; Heatherton i Baumeister, 1991; Powell i Thelen, 1996). Podaci istraživanja Kaye i sur. (2004) pokazuju da preko polovine žena oboljelih od anoreksije pokazuju prisutnost barem jednog anksioznog poremećaja, najčešće generaliziranog anksioznog poremećaja, opsesivno-kompulzivnog poremećaja i socijalne fobije. Anksiozni poremećaji pojavljuju se ranije nego anoreksija nervoza, što također može upućivati na pretpostavku da anksioznost prethodi razvoju anoreksije nervoze. Slično navedenim istraživanjima i kod oboljelih od bulimije nervoze zabilježena je povijest anksioznih poremećaja. U većini slučajeva, anksiozni poremećaji prethode nastanku bulimije nervoze (Bulik i sur., 1996).

Provedenim istraživanjem pokušali smo provjeriti odnos simptoma poremećaja hranjenja i anksioznosti te percepcije roditelja kao mogućih indikatora poremećaja hranjenja. Ispitali smo jesu li simptomi poremećaja hranjenja povezani s različitom razinom anksioznosti kod sudionica te s drukčijom percepcijom majčine i očeve uključenosti, podrške autonomije i topline. Također, pokušali smo utvrditi doprinos anksioznosti i majčine i očeve uključenosti, podrške autonomije i topline u objašnjenju varijance simptoma poremećaja hranjenja. Pretpostavlja se da će sudionice iz kritične skupine s obzirom na navike hranjenja izvijestiti o većem broju anksioznih simptoma te percipirati majku kao slabije uključenu, podržavajuću i toplu. Očekuje se da percepcija oca neće biti različita kod sudionica, bez obzira na simptome.

U odnosu na kulturološke razlike između dvije regije u Hrvatskoj (Zapadna Hrvatska i južna Dalmacija) ispitivali smo razlike majčine i očeve uključenosti, podrške autonomije i topline u odnosu na kulturološki aspekt, te postojanje razlika u razvoju poremećaja hranjenja u odnosu na regiju u kojoj adolescentice pohađaju školu.

METODA

Sudionici

Budući da se poremećaji hranjenja pojavljuju pretežito kod žena, u ovom istraživanju sudjelovale su ispitanice. Uzorak iz Zagreba i Splita je prigodni. Ispitanice su iz Zagreba i Splita kako bi se pokušale kontrolirati moguće kulturološke razlike na stilove odgoja i navike hranjenja

Podaci su prikupljeni u splitskoj i zagrebačkoj općoj gimnaziji, a uzorak sudionica je prigodni. Od ukupno $N = 143$ sudionice, $N = 75$ je iz Splita, a $N = 68$ iz Zagreba. Raspon dobi sudionica je od 15 do 18 godina, a prosječna dob je $M = 16,4$ godine.

Korišteni instrumentarij

Upitnik navika hranjenja (Eating Attitude Test- EAT-26) autorica Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian, 2005) namijenjen je ispitivanju odstupajućih ponašanja i navika hranjenja. Primjenom upitnika na uzorku hrvatskih srednjoškolkica i studentica izdvojena su tri faktora: bulimija i zaokupljenost hranom, dijeta i socijalni pritisak vezan za hranjenje (Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian, 2005).

Faktor bulimije i zaokupljenosti hranom sadrži čestice koje su indikativne za mjerenje misli o hrani i bulimičnog ponašanja kao što je prejedanje, samoizazvano povraćanje i prekomjerno vježbanje (npr. "Dok provodim tjelesne vježbe, mislim na kalorije koje trošim").

Drugi faktor-dijeta, odnosi se na izraženu želju za mršavošću, provođenjem dijete te izbjegavanje visokokalorične hrane (npr. "Zaokupljena sam mišlju o hrani").

Treći faktor je socijalni pritisak vezan za hranjenje i mršavost (npr. "Drugi ljudi misle da sam premršava"), (Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian, 2005).

Pri rješavanju upitnika sudionici odgovaraju na 26 čestica izraženih na Likertovoj skali od 1 do 6. Pritom odabiru stupanj koji nabolje opisuje njihovo ponašanje i doživljavanje, s tim da 1 označava "nikad", a 6 "uvijek". Ukupan rezultat na upitniku se računa zbrajanjem bodova na svim česticama te najviše bodova dobiva odgovor koji je indikativan za neko patološko ponašanje ili doživljavanje. Odgovori koji upućuju na izražene navike hranjenja dobivaju 3 boda ("uvijek"), sljedeći

dobivaju 2 boda (“*uglavnom*”) te 1 bod (“*često*”). Odgovori “*ponekad*”, “*rijetko*” i “*nikad*” se ne boduju. Rezultat iznad 20 smatra se kritičnim. Raspon rezultata za uzorak hrvatskih srednjoškolkica kreće se od 0 do 51, a pouzdanost tipa unutrašnje konzistencije (Cronbachov alfa) je 0,85 (Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian, 2005).

U provedenom istraživanju pouzdanost unutrašnje konzistencije iznosi 0,87.

Skala dječje anksioznosti autorice Purić (1992) namijenjena je ispitivanju anksioznosti djece školske dobi. Sastoji se od 27 tvrdnji koje obuhvaćaju različite anksiozne simptome te sudionici trebaju procijeniti točnost ili netočnost svake tvrdnje. Tvrdnje označene kao točne boduju se jednim bodom i upućuju na postojanje simptoma anksioznosti, a netočne se ne boduju. Veći broj bodova upućuje na veću anksioznost, a mogući raspon bodova kreće se od 0 do 27. Autorica navodi vrijednost 10 kao prosječan rezultat, ali ne navodi vrijednost kritičnog rezultata koji bi upućivao na povišenu anksioznost. Sadržajem upitnika obuhvaćena su tri područja anksioznosti:

- a) ispitna anksioznost; anksioznost koja se odnosi na nastavne i ispitne situacije
- b) socijalna anksioznost; anksioznost u kontaktima s ljudima
- c) opća anksioznost koja nije vezana uz specifične situacije (Caser, 1997). Pouzdanost unutrašnje konzistencije SKAN upitnika pokazala se visokom; Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0,83 (Purić, 1992).

U provedenom istraživanju Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti iznosi 0,7.

Skala percepcije roditelja (*Perceptions of Parents Scale – POPS*) autora Robbinsa (1994), koju su za hrvatsku populaciju prevele i prilagodile Merkaš i Brajša-Žganec (2009) namijenjena je ispitivanju dječjeg doživljavanja roditelja. Upitnik se sastoji od 21 pitanja koja se odnose na majčinu uključenost, podršku autonomije i toplinu te od 21 pitanja koja se odnose na očevu uključenost, podršku autonomije i toplinu. Uključenost se odnosi na roditeljsku predanost, dostupnost djetetu te znanje i interes o djetetovu životu.

Podrška autonomije odnosi se na poticanje djetetove slobode izbora, razvoja samostalnosti i nezavisnosti.

Toplina se odnosi na roditeljsko pokazivanje osjećaja i ljubavi prema djetetu.

Čestice su izražene na Likertovoj skali od 1 do 7 stupnjeva, gdje 1 označava potpuno neslaganje s tvrdnjom, a 7 potpuno slaganje s tvrdnjom. Odgovori sudionika boduju se prema priloženom ključu bodovanja. Cronbachov alfa koeficijent za skalu majčine uključenosti iznosi 0,82, za skalu majčine podrške autonomije 0,84, a za skalu majčine topline 0,86. Isti koeficijenti za skale očeve uključenosti, podrške autonomije i topline iznose 0,83, 0,85 i 0,85 (Merkaš i Brajša-Žganec, 2009).

Cronbachov alfa koeficijent u ovom istraživanju za skalu majčine uključenosti iznosi 0,8, za skalu majčine podrške autonomije iznosi 0,83 te za skalu majčine topline 0,84. Cronbachovi alfa koeficijenti za skale očeve uključenosti, podrške autonomije i topline iznose 0,88, 0,89 i 0,9.

Na temelju podataka o tjelesnoj težini i visini sudionica izračunat je njihov indeks tjelesne mase. Ta se mjera dobiva dijeljenjem tjelesne težine u kilogramima s kvadratom visine u metrima. Nakon toga se može odrediti je li osoba ispodprosječne, prosječne ili iznadprosječne težine. *ITM* manji od 17,5 pokazuje ekstremno ispodprosječnu težinu, a manji od 18,5 povećava vjerojatnost nastanka negativnih posljedica pothranjenosti. Normalan *ITM* kreće se od 20 do 25, a onaj od 25 do 30 označava iznadprosječnu težinu. *ITM* iznad 30 označava pretilost (Pokrajac-Bulian, Živčić- Bećirević, Vukmanović i Forbes, 2005).

Postupak istraživanja

Ispitivanje je provedeno u veljači 2010. godine, tijekom redovne nastave, uz odobrenje nadležnih osoba školskih ustanova i odobrenje roditelja djeteta. Roditelji su potpisali informirani pristanak o prihvaćanju provođenja istraživanja s njihovim djetetom. Istraživanje je proveo školski psiholog, a sudjelovale su učenice 2. i 3. razreda opće gimnazije koje su tog dana bile prisutne na nastavi.

Prije početka ispitivanja sudionicama je pročitana uputa o načinu popunjavanja upitnika te je naglašena anonimnost podataka i dobrovoljnost sudjelovanja. Ispitanicama je usmeno objašnjeno kako za sudioništvo u istraživanju neće primiti novčanu niti drugu nagradu, te da u bilo kojem trenutku mogu odustati od popunjavanja upitnika.

Predviđeno vrijeme ispitivanja bilo je 45 minuta, odnosno 1 školski sat, no trajalo je oko 30 minuta. Sudionice su samostalno popunjavale upitnike, uz napomenu da postave pitanje ako dođe do nejasnoća u ispunjavanju.

Cilj istraživanja

Opći cilj provedenog istraživanja je provjera odnosa navika hranjenja i anksioznosti te percepcije stila ponašanja roditelja kao mogućih indikatora navika hranjenja.

Istraživanjem ćemo uz opći cilj provjeriti i navike hranjenja kod adolescentica u Hrvatskoj, te ćemo utvrditi simptome anksioznosti kod učenica srednjih škola. S obzirom da je uzorak ispitanika iz dva grada (Zagreb i Split), pokušat ćemo provjeriti i razlike u stilovima odgoja i navikama hranjenja u odnosu na dva grada u Hrvatskoj, s obzirom na sociokulturološku paradigmu.

Problemi istraživanja

Ispitati upućuju li navike hranjenja na različitu razinu anksioznosti kod sudionica te na drukčiju percepciju majčine i očeve uključenosti, podrške autonomije i topline.

Utvrđiti doprinos anksioznosti i majčine i očeve uključenosti, podrške autonomije i topline u objašnjenju varijance navike hranjenja.

Hipoteze istraživanja

1. Sudionice iz kritične skupine s obzirom na navike hranjenja izvijestit će o većem broju anksioznih simptoma te percipirati majku kao slabije uključenu, podržavajuću i toplu, dok percepcija oca neće biti različita kod sudionica, bez obzira na simptome.

2. Odnos anksioznosti i percepcije majčine uključenosti, podrške autonomije i topline bit će značajni prediktori navika hranjenja. Zbog istaknutije uloge majke u odgoju kćeri, očekujemo da očeva uključenost, podrška autonomije i toplina neće značajno predviđati navike hranjenja.

REZULTATI

Tablica 1. Prikaz deskriptivnih podataka za uzorak djevojaka na skali percepcije roditelja, upitniku anksioznosti i prehrambenih navika (EAT-26) te indeksu tjelesne mase (N=143)

Varijabla		<i>M</i>	<i>SD</i>	Raspon
Eat-26		9,57	7,804	0-45
Majka	Uključenost	31,49	7,199	7-49
Otac*		28,76	7,837	8-52
Majka	Podrška autonomije	43,47	9,571	13-63
Otac*		42,31	9,786	14-63
Majka	Toplina	33,51	7,602	11-49
Otac*		32,91	8,06	10-60
Anksioznost		10,17	4,859	0-26
Indeks tjelesne mase		20,69	2,106	16-27

Legenda:

M - aritmetička sredina

SD - standardna devijacija

Raspon - opaženi raspon rezultata postignutih na navedenim mjernim instrumentima i mjeri indeksa tjelesne mase

Otac* (N = 135) - rezultati sudionica koje nisu u kontaktu s ocem izostavljeni su iz analize

Rezultati Tablice 2 potvrđuju razliku percepcije majčine uključenosti i topline između djevojaka iz Splita i Zagreba. Sudionice iz Splita percipiraju majku kao uključenu ($M = 32,83$, $t = 2,49$; $p < 0,05$) i topliju ($M = 34,86$, $t = 2,34$; $p < 0,05$) nego što je to slučaj kod sudionica iz Zagreba. Uzorci se ne razlikuju u navikama hranjenja, anksioznosti i majčinoj podršci autonomije.

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih podataka za uzorak sudionica s obzirom na mjesto prebivališta te t-test razlike skupina iz Splita (N = 78) i Zagreba (N = 65) po EAT-26 upitniku i percepciji majčine uključenosti, podrške autonomije i topline

		<i>M</i>	<i>SD</i>	Raspon rezultata	<i>t</i>	<i>p</i>
Eat-26	Split	9,52	7,360	1-45	-0,8	0,94
	Zagreb	9,63	8,363	0-34		
Majčina uključenost	Split	32,83	6,677	18-49	2,49	0,014*
	Zagreb	29,88	7,517	7-42		
Majčina podrška autonomije	Split	43,45	8,691	13-58	-0,027	0,97
	Zagreb	43,49	10,610	17-63		
Majčina toplina	Split	34,86	6,673	16-49	2,34	0,02*
	Zagreb	31,91	8,356	11-42		
Anksioznost	Split	10,14	4,526	2-23	-0,072	0,943
	Zagreb	10,20	5,268	0-26		

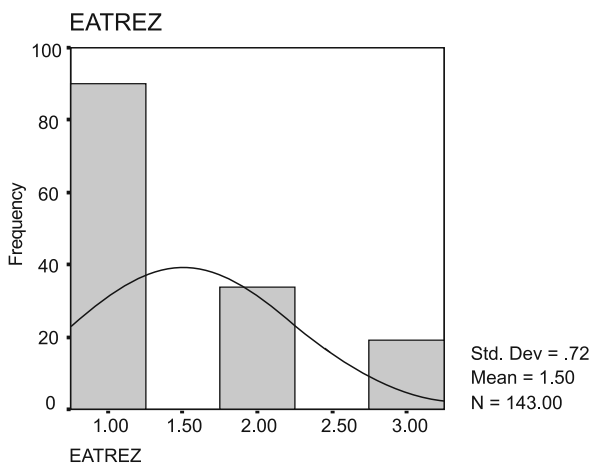
* $p < 0,05$

Legenda:

M - aritmetička sredina

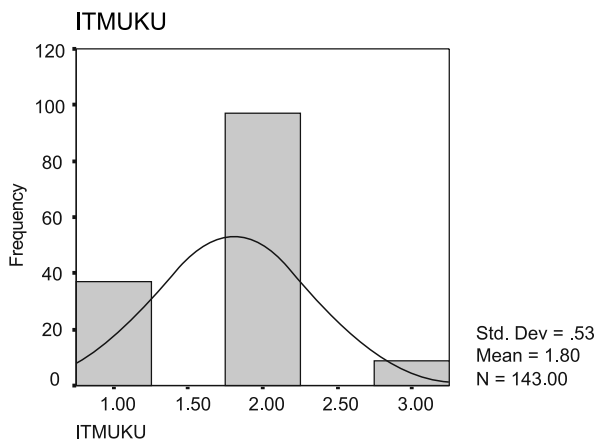
SD - standardna devijacija

Raspon - opaženi raspon rezultata postignutih na navedenim mjernim instrumentima i mjeri indeksa tjelesne mase



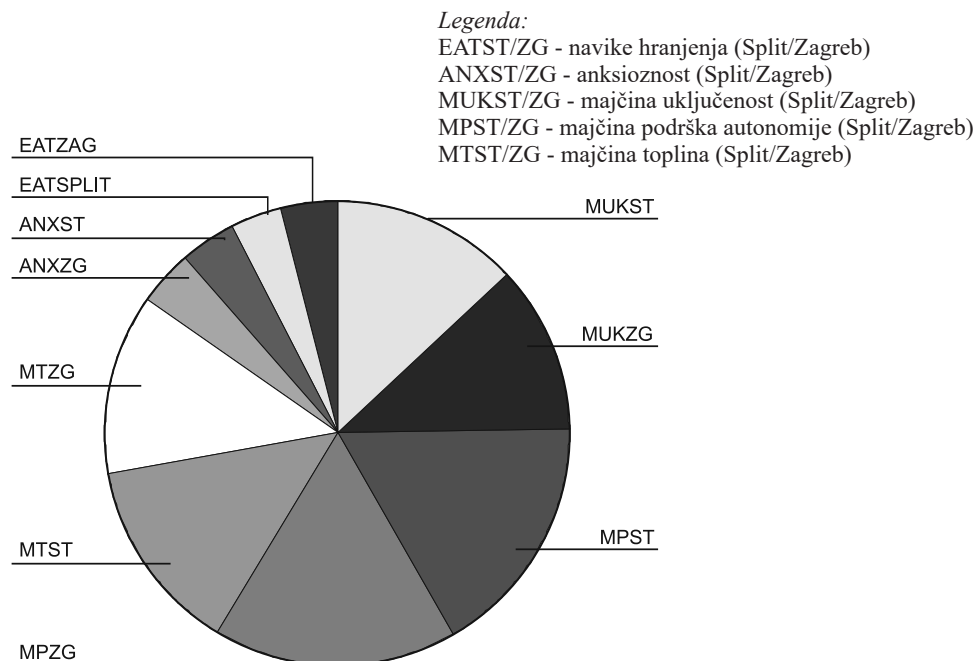
Slika 1. Frekvencija rezultata sudionica na *Eat-26* upitniku

Slika 1. pokazuje raspodjelu koja je blago pozitivno asimetrična, što je u skladu s očekivanjima, budući da se ispitivanje provodilo na nekliničkom uzorku djevojaka. Najviše djevojaka spada u prvu-niskorizičnu skupinu, dok je najmanja kritična skupina djevojaka s većim brojem navika hranjenja.



Slika 2. Raspodjela indeksa tjelesne mase (ITM) sudionica

Slika 2. prikazuje indeks tjelesne mase (ITM) koji je normalno raspodijeljen na uzorku sudionica. U prvu skupinu spadaju sudionice ispodprosječnog ITM-a ($n = 37$, 26%), u drugoj skupini su sudionice prosječnog ITM-a ($n = 97$, 67,8%), a iznadprosječan ITM, odnosno granicu s pretilosti pokazuje 9 (6,3%) sudionica.



Slika 3. Frekvencija rezultata sudionica na Eat-26 upitniku, upitniku anksioznosti i skali percepcije majke s obzirom na mjesto prebivališta; Split (N=78), Zagreb (N=65)

Kako bi ispitali postoji li statistički značajna razlika u izraženosti anksioznih simptoma između tri skupine sudionica formiranih prema rezultatima na *EAT-26* upitniku, provedena je analiza varijance. Razlika je testirana Scheffeovim testom.

Rezultati Tablice 3 pokazuju da se niskorizična i kritična skupina sudionica na *EAT-26* upitniku značajno razlikuju po anksioznim simptomima. Vidljivo je da je kritična skupina anksioznija ($M = 10,16$) od niskorizične skupine ($M = 9,47$), što je u skladu s očekivanjima.

Tablica 3. Usporedba skupina sudionica na *EAT-26* upitniku s rezultatima na upitniku anksioznosti ($N = 143$)

EAT-26-skupine	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Razlika između grupa	Razlika između grupa	<i>p</i>
niskorizična ¹	90	9,47	4,49	1-2	-0,786	0,71
srednjorizična ²	34	10,26	4,8	2-3	3,000	0,09
kritična ³	19	10,16	5,645	1-3*	3,785	0,008*

* $p < 0,05$

Legenda:

¹ niskorizična skupina sudionica na upitniku *EAT-26* (≤ 9)

² srednjorizična skupina na upitniku *EAT-26* (10-18)

³ kritična skupina s obzirom na rezultate na upitniku *EAT-26* (≥ 19)

n - broj sudionica u svakoj skupini

M - aritmetička sredina rezultata svake skupine sudionica

SD - standardna devijacija

p - značajnost razlika skupina sudionica

Tablica 4. Usporedba skupina sudionica na *EAT-26* upitniku s rezultatima na skali majčine uključenosti ($N=143$)

EAT- 26 skupine	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Razlika između grupa	Razlika između grupa	<i>p</i>
niskorizična ¹	90	33,66	6,628	1-2	0,596	0,531
srednjorizična ²	34	30,97	6,939	2-3	0,159	0,196
kritična ³	19	27,15	8,869	1-3*	6,420	0,003*

* $p < 0,05$

Legenda:

¹ niskorizična skupina sudionica na upitniku *EAT-26* (≤ 9)

² srednjorizična skupina na upitniku *EAT-26* (10-18)

³ kritična skupina s obzirom na rezultate na upitniku *EAT-26* (≥ 19)

n - broj sudionica u svakoj skupini

M - aritmetička sredina rezultata svake skupine sudionica

SD - standardna devijacija

p - značajnost razlika skupina sudionica

Analizom varijance ispitali smo razliku između tri skupine sudionica na *EAT-26* upitniku s obzirom na percipiranu majčinu uključenost, podršku autonomije i toplinu. Razlike su testirane Scheffeovim testom.

Temeljem podataka iz Tablice 4 vidimo da se niskorizična i kritična skupina sudionica na *EAT-26* upitniku značajno razlikuju po percepciji majčine uključenosti. Kao što je očekivano, niskorizična skupina sudionica pokazuje veću uključenost majke ($M = 33,66$) od kritične skupine ($M = 27,15$).

Tablica 5. Usporedba skupina sudionica na *EAT-26* upitniku s rezultatima na skali majčine topline ($N=143$)

EAT- 26 skupine	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Razlika između grupa	Razlika između grupa	<i>p</i>
niskorizična ¹	90	34,77	6,578	1-2	0,8719	0,841
srednjorizična ²	34	33,71	7,246	1-3*	2,509	0,014*
kritična ³	19	28,15	10,478	2-3*	5,5480	0,034*

* $p < 0,05$

Legenda:

¹ niskorizična skupina sudionica na upitniku *EAT-26* (≤ 9)

² srednjorizična skupina na upitniku *EAT-26* (10-18)

³ kritična skupina s obzirom na rezultate na upitniku *EAT-26* (≥ 19)

n - broj sudionica u svakoj skupini

M - aritmetička sredina rezultata svake skupine sudionica

SD - standardna devijacija

p - značajnost razlika skupina sudionica

Tablica 6. Testiranje razlike skupina sudionica na *EAT-26* upitniku i rezultata na skali majčine podrške autonomije ($N = 143$)

EAT- 26 skupine	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
niskorizična ¹	90	44,21	9,295	1,569	2	0,212
srednjorizična ²	34	43,47	9,271			
kritična ³	19	39,95	11,053			

$p < 0,05$

Legenda:

¹ niskorizična skupina sudionica na upitniku *EAT-26* (≤ 9)

² srednjorizična skupina na upitniku *EAT-26* (10-18)

³ kritična skupina s obzirom na rezultate na upitniku *EAT-26* (≥ 19)

n - broj sudionica u svakoj skupini

M - aritmetička sredina rezultata svake skupine sudionica

SD - standardna devijacija

F - Fisherov *F*, omjer u analizi varijance

df - stupnjevi slobode

p - značajnost razlika skupina sudionica

Tablica 7. Testiranje razlika skupina sudionica na *EAT-26* upitniku s obzirom na očevu uključenost, podršku autonomije i toplinu (N = 143)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Očeva uključenost						
1	85	28,61	8,551	0,340	2	0,712
2	32	28,37	6,014			
3	18	30,16	7,374			
Očeva podrška autonomije						
1	85	41,31	10,556	1,221	2	0,298
2	32	43,91	7,920			
3	18	44,22	8,729			
Očeva toplina						
1	85	32,8	8,541	0,055	2	0,946
2	32	32,91	6,702			
3	18	33,5	8,326			

$p < 0,05$

Legenda:

¹ niskorizična skupina sudionica na upitniku *EAT-26* (≤ 9)

² srednjorizična skupina na upitniku *EAT-26* (10-18)

³ kritična skupina s obzirom na rezultate na upitniku *EAT-26* (≥ 19)

n - broj sudionica u svakoj skupini

M - aritmetička sredina rezultata svake skupine sudionica

SD - standardna devijacija

F - Fisherov *F*, omjer u analizi varijance

df - stupnjevi slobode

p - značajnost razlika skupina sudionica

Percepcija majčine topline pokazala se većom kod sudionica s manje simptoma poremećaja hranjenja. Kao što je vidljivo iz prethodne tablice, postoje značajne razlike između srednjorizične i kritične skupine prema *EAT-26* upitniku, kao i između niskorizične i kritične skupine. Niskorizična i srednjorizična skupina se ne razlikuju po percepciji majčine topline.

Pri provjeri razlike skupina sudionica na *EAT-26* upitniku i rezultata na skali majčine podrške autonomije nije dobivena značajna razlika. Stoga nije provedeno daljnje testiranje parametrijskim testovima i zaključeno je kako se skupine različite rizičnosti za razvoj poremećaja hranjenja ne razlikuju u majčinoj podršci autonomije.

Kako bi se dobio uvid u to kako se tri skupine sudionica podijeljene prema rezultatima na *EAT-26* upitniku razlikuju s obzirom na očevu uključenost, podršku autonomije i toplinu, provedena je analiza varijance i rezultati su prikazani u sljedećoj tablici.

Rezultati pokazuju da nema razlike u očevoj uključenosti, podršci autonomije i toplini s obzirom na izraženost simptoma poremećaja hranjenja.

Tablica 8. Regresijska analiza za kriterijsku varijablu navika hranjenja prema upitniku EAT-26

PREDIKTORI	<i>r</i>	β	<i>p</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>
Anksioznost	0,243**	0,205	0,02*	0,397	0,158	3,394	0,002*
Majčina uključenost	-0,24**	-0,136	0,247				
Majčina podrška autonomije	-0,14	0,158	0,21				
Majčina toplina	-0,254**	-0,251	0,09				
Očeva uključenost	0,05	-0,047	0,67				
Očeva podrška autonomije	0,137	0,257	0,04*				
Očeva toplina	0,026	-0,089	0,47				

***p* < 0,01

**p* < 0,05

Legenda:

r - Pearsonov koeficijent korelacije prediktora s kriterijem

β - standardizirani koeficijent u multiploj regresiji

p - značajnost regresijskih koeficijenata

R - koeficijent multiple korelacije

Iz Tablice 8 vidimo da je koeficijent multiple korelacije ($R = 0,397$) statistički značajan ($F = 3,394$; $p < 0,05$). Prediktorima je objašnjeno 15,8% varijance kriterijske varijable – navike hranjenja, što pokazuje koeficijent determinacije R^2 , koji iznosi 0,158. Anksioznost i očeva podrška autonomije pokazali su se značajnim prediktorima simptoma poremećaja hranjenja.

RASPRAVA

Proučavanjem područja navike hranjenja adolescentica izdvojene su varijable koje su se pokazale značajnima u kontekstu razvoja mogućih poremećaja hranjenja. Kao neki od neizostavnih čimbenika koji prate nastanak i tijekom poremećaja navike hranjenja ističu se anksiozni simptomi i karakteristike obitelji pojedinca. Provedeno istraživanje temeljilo se na ispitivanju simptoma anksioznosti i percepcije ponašanja roditelja kod adolescentica, koje su najrizičnija skupina za razvoj poremećaja hranjenja. U obzir su uzeti i indeks tjelesne mase te mjesto prebivališta sudionica, Split i Zagreb.

Smatrano je da su kulturološke razlike između Splita i Zagreba nedovoljno velike da bi obuhvaćale i razliku splitskog i zagrebačkog uzorka na upitniku navika hranjenja (EAT-26). Ipak, potencijalne razlike su provjerene te se pokazalo da nema značajne razlike u navikama hranjenja između splitskih i zagrebačkih adolescentica. Također, nije bilo razlike u iskazanim simptomima anksioznosti niti u majčinoj

podrški autonomije. Percepcija majčine uključenosti i topline jedine su varijable po kojima se uzorci razlikuju, s tim da sudionice iz Splita percipiraju majku kao uključeniju i topliju (Tablica 2).

Na temelju rezultata sudionica na EAT-26 upitniku formirane su tri skupine s obzirom na izraženost simptoma poremećaja hranjenja.

Prema autoricama upitnika Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (2005) rezultat 20 i iznad smatra se kritičnim te 7,6% srednjoškolki iz uzorka istraživanja koje su provele Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (2005) prelazi tu granicu.

Ako bi se i u ovom istraživanju za granicu kritičnosti smatrao rezultat 20, onda bi 12,6% djevojaka zadovoljavalo taj kriterij. Međutim, u ovom istraživanju je i 19 postignutih bodova na EAT-26 upitniku smatrano kritičnim rezultatom. Devetnaest i više bodova postiglo je 13,3% sudionica (Slika 1), što smo smatrali vjernim prikazom izraženosti simptoma poremećaja navika hranjenja kod sudionica. Osim toga, željeli smo postići što veću vjerodostojnost rezultata ubrajanjem sudionica s rezultatom 19, koji je na samoj granici kritičnosti u kritičnu skupinu s obzirom na navike hranjenja. S obzirom na dob sudionica i osjetljivost ispitivanog područja, postoji mogućnost prikrivanja ili uljepšavanja odgovora koji su mogli rezultirati nižim, ali neistinitim rezultatima.

Prema dobivenim rezultatima, gotovo dvostruko više sudionica pokazuje kritičan rezultat na EAT-26 upitniku nego što se to pokazalo u istraživanju Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (2005). Budući da je ovo istraživanje provedeno 5 godina poslije, ti bi podaci mogli biti indikativni za porast rizika od razvoja poremećaja hranjenja.

U srednjorizičnu skupinu s obzirom na navike hranjenja ušlo je 23,8% sudionica (Slika 1) Ta skupina je formirana na način da uključuje sve sudionice koje su postigle rezultat između 10 i 19 na EAT-26 upitniku. Budući da prosječan rezultat na EAT-26 upitniku iznosi 9,57 (Tablica 1), rezultat 10 smatran je donjom granicom srednjorizične skupine. Svi rezultati ispod toga karakteriziraju niskorizičnu skupinu sudionica s najmanje simptoma poremećaja hranjenja (62,9%), (Slika 1).

Navedeni rezultati upućuju na pretežno zdrave navike hranjenja kod ispitivanih adolescentica. Većina ih spada u niskorizičnu skupinu, a zatim i u srednjorizičnu skupinu koje ne pokazuju navike hranjenja te se ne smatraju zabrinjavajućom skupinom. Nasuprot tome, kritična skupina sudionica je ona na koju se usmjerava pažnja zbog izraženih simptoma poremećaja hranjenja. Iako zauzima najmanji udio u ukupnom broju sudionica (13,3%), taj podatak nije zanemariv, pogotovo u usporedbi s istraživanjem Ambrosi-Randić i Pokrajac-Bulian (2005) u kojemu 7,6% sudionica spada u kritičnu skupinu.

Stoga se u ovom istraživanju provjeravala razlika između tri skupine sudionica formiranih prema EAT-26 upitniku kako bi se pobliže utvrdile karakteristike svake skupine. U obzir su uzete varijable koje su u bliskom odnosu s poremećajima hranjenja te bi trebale razlikovati navedene skupine sudionica.

Indeks tjelesne mase smatra se jednim od rizičnih čimbenika u nastanku poremećaja navika hranjenja. Osobe s poremećajem hranjenja zabrinute su za vlastitu težinu koju pokušavaju smanjiti i kontrolirati na neprikladan način. Problem prekomjerne težine i borba s mršavljenjem važni su i za prevenciju i tretman poremećaja hranjenja koji mogu nastati zbog socijalnog pritiska, tjelesnog nezadovoljstva, provođenja dijete.

Slika 2 prikazuje indeks tjelesne mase (ITM) koji je normalno raspodijeljen na uzorku sudionica. Najviše sudionica je prosječnog ITM-a, međutim zabrinjavajući podatak mogao bi biti taj da je čak 26% sudionica ispodprosječnog ITM-a. Nasuprot tome, 6,3% sudionica pokazuje natprosječan ITM i zadovoljava kriterij gojaznosti. Te dvije skupine sudionica smatraju se posebno osjetljivima za razvoj poremećaja hranjenja. Gojaznost je tipičnija za osobe oboljele od bulimije nepurgativnog tipa te osobe s poremećajem prekomjernog jedenja. Za osobe oboljele od anoreksije restriktivnog tipa karakterističan je ispodprosječan ITM, odnosno pothranjenost.

U ovom istraživanju sudionice iz različitih skupina podijeljenih po ITM-u nisu se razlikovale po navikama hranjenja. Ti su podaci očekivani zbog dobi sudionica, odnosno adolescencije kao razdoblja koje podrazumijeva intenzivan biološki razvoj. Zbog toga visina i težina su podložne promjenama, a time ni ITM nisu stabilizirani i ne mogu sigurno upućivati na poremećaj u navikama hranjenja kao što se to očekuje u starijoj životnoj dobi.

Dosadašnji nalazi potvrdili su varijablu anksioznost kao važnu odrednicu ili popratnu pojavu poremećaja navika hranjenja. Dobiveni rezultati upućuju na to da je kritična skupina sudionica koja pokazuje najviše zabrinjavajućih navika hranjenja ujedno je i skupina s najviše anksioznih simptoma. Time se sudionice s najmanje zabrinjavajućih navika hranjenja značajno razlikuju od kritične skupine sudionica te pokazuju najmanje simptoma anksioznosti. Srednjorizična skupina sudionica nije se pokazala različitom od ostalih s obzirom na simptome anksioznosti (Tablica 3).

Podaci se podudaraju s nalazima istraživanja koji pretpostavljaju da anksioznost prethodi nastanku anoreksije i bulimije nervoze. Kod već oboljelih od anoreksije i bulimije nervoze često je zabilježena povijest anksioznih poremećaja. Smatra se da do potrebe za kontrolom uzimanja hrane dolazi zbog potrebe za kontrolom emocija i anksioznosti.

Obiteljski kontekst može biti u određenoj vezi s nastankom anksioznosti i poremećaja hranjenja. Razvoj djetetove privrženosti roditeljima, osobito majci, uvelike određuje djetetov psihosocijalni i biološki razvoj. Stoga su obiteljski odnosi često "okidač" ili zaštitni čimbenik za razvoj psihičkih poremećaja. Poznato je da se uz razvoj anksiozne, odnosno nesigurne privrženosti pojavljuje i povišena anksioznost kod djece. Rezultati provedenog istraživanja prikazuju da se niskorizična i kritična skupina sudionica na EAT-26 upitniku značajno razlikuju po percepciji majčine uključenosti. Kao što je očekivano, niskorizična skupina sudionica pokazuje veću uključenost majke. Sudionice s najviše zabrinjavajućih navika hranjenja percipiraju majku kao slabije uključenu od ostalih sudionica.

Usporedba skupina sudionica na EAT-26 upitniku s rezultatima na skali majčine topline pokazala je da sudionice sa zdravijim navikama hranjenja percipiraju majku kao topliju. Kao što je vidljivo iz Tablice 5, postoje značajne razlike između srednjorizične i kritične skupine prema EAT-26 upitniku, te između niskorizične i kritične skupine. Sudionice s više zabrinjavajućih navika hranjenja doživljavaju svoje majke kao hladnije, što se podudara s nalazima istraživanja. Nedostatak komunikacije i potiskivanje emocija karakteristično je za majke i obitelji oboljelih od poremećaja hranjenja te anoreksija i bulimija nervoza postaju manifestacija zatumljenih potreba i emocija (Davison, Neale, 2002). Obiteljski okoliš pogodan za razvoj poremećaja hranjenja opisuje se kao prezaštićujući, nametljiv i kontrolirajući, s malo prostora za samoizražavanje. Istraživanjem nije potvrđena značajnost majčine podrške autonomije za navike hranjenja. Pri provjeri razlike skupina sudionica na EAT-26 upitniku i rezultata na skali majčine podrške autonomije nije dobivena značajna razlika (Tablica 6).

Sudionice percipiraju majčinu podršku autonomije neovisno o vlastitim navikama hranjenja. To se može objasniti različitom interpretacijom pitanja koja se odnose na majčinu podršku autonomije. U adolescentskoj dobi veliku važnost zauzima osamostaljivanje, pokušaj izgradnje vlastitog identiteta i razvoj autonomije. Tada kod adolescenata može nastupiti konflikt između želje za vlastitom autonomijom i potrebom za roditeljima, njihovim nadzorom i usmjeravanjem koje još uvijek trebaju. To je moguć razlog za dobiveni neznačajni rezultat kod majčine podrške autonomije koja se čini neznačajnom za navike hranjenja u ovom istraživanju.

Osim istraženih varijabli koje se odnose na percepciju majke, zanimalo nas je kakvo je djelovanje očeve uključenosti, podrške autonomije i topline. Očevi osoba oboljelih od poremećaja hranjenja smatraju se hladnima i distanciranima, međutim naši rezultati to nisu mogli potvrditi. Kao što je prikazano u Tablici 7, nema razlike u očevoj uključenosti, podršci autonomije i toplini s obzirom na izraženost simptoma poremećaja hranjenja.

Razlog tomu može biti ispitivani uzorak zdravih sudionica koje pokazuju navike hranjenja, ali ne može se tvrditi o dijagnozi anoreksije ili bulimije nervoze. Zbog toga ni njihovi rezultati ne odgovaraju potpuno nalazima istraživanja već oboljelih osoba. Također, ako se uzme u obzir spol i dob sudionica, može se zaključiti da je za većinu mladih djevojaka moguće značajniji odnos s majkom nego s ocem. Očekivajuće je da će majka imati značajniju ulogu i da će doživljaj majke biti bolji pokazatelj rizičnosti razvoja poremećaja prehrane kod sudionica.

Za ispitivanje prediktivnosti anksioznosti i percepcije majčine i očeve uključenosti, podrške autonomije i topline za navike hranjenja provedena je regresijska analiza. Rezultati prikazani u Tablici 8 pokazuju da su anksioznost ($\beta = 0,205$, $p < 0,05$) i percepcija očeve podrške autonomije ($\beta = 0,257$, $p < 0,05$) značajni prediktori nastanka poremećaja navike hranjenja. Iz prikaza korelacija prediktora s upitnikom navika hranjenja (EAT-26) vidljivo je da su sve korelacije niske, ali ne i neznačajne. Anksioznost je najbolje povezana s rezultatom na EAT-26 upitniku. Ta-

kođer, uočava se da se s porastom anksioznosti povećavaju i simptomi poremećaja hranjenja. Taj podatak je u skladu s očekivanjima i podacima drugih istraživanja.

Gubitak kontrole u prehrani povezuje se s neugodnim emocijama i depresivnošću i anksioznošću kod djece i adolescenata. Navedeni nalazi mogu se smjestiti u okvir modela afektivne regulacije koji prikazuje kako osobe koje gube kontrolu nad hranom počinju s prejedanjem kako bi postigle olakšanje od negativnih emocija (Perry i Earlyzald, 1995).

Očeva podrška autonomije je slabije od anksioznosti povezana s rezultatima na EAT-26 upitniku, ali je svejedno značajan prediktor simptoma poremećaja hranjenja ($\beta = 0,257, p < 0,05$). Iz Tablice 9 može se vidjeti da rezultati upućuju na pozitivnu povezanost, odnosno da veći broj simptoma poremećaja hranjenja prati i doživljaj očeve veće podrške autonomije.

Taj bi se rezultat mogao protumačiti različitom interpretacijom podrške autonomije. Moguće je da sudionice odgovore na pitanja koja se odnose na podršku autonomije precjenjuju zbog težnje za većom autonomijom. Također postoji mogućnost da percepcija očeve podrške autonomije ustvari odražava očevu manju uključenost koju sudionice doživljavaju kao mogućnost za ostvarenje autonomije. Adolescentice s velikom podrškom autonomije sklonije su same donositi odluke koje ne moraju uvijek biti ispravne. Uz slobodu odabira stila života i ponašanja uključen je rizik od konformiranja koje može značiti i promjenu navika hranjenja, provođenje dijete, težnju prema mršavosti ili izgladnjivanju.

Dobiveni rezultati upućuju na to da su anksioznost i percepcija roditelja važni čimbenici u problematici razvoja poremećaja navike hranjenja. Posebno je važan obiteljski kontekst na koji je potrebno obratiti pozornost. Stil privrženosti prema roditeljima stvoren u ranom djetinjstvu mogao bi biti ključan za razvoj simptoma anksioznosti kod djeteta, a i za kasniju percepciju roditelja ispitanu u ovom istraživanju. Slabiji doživljaj majčine topline i uključenosti u odgoj, uz povišene anksiozne simptome upućuju na visoki rizik od razvoja poremećaja hranjenja.

Poremećaji hranjenja postaju sve učestaliji i zahvaćaju sve mlađu populaciju, stoga se ovim putem može olakšati njihova prevencija i liječenje.

Provedeno istraživanje pokazuje smjer za daljnje bavljenje područjem navika i poremećaja hranjenja te se otklanjanjem njegovih nedostataka može doći do unaprijeđenja istraživanja tog područja. Buduće istraživanje trebalo bi imati veći uzorak i kontrolu dječje percepcije roditelja. Kako bi se dobio širi znanstveni prikaz, potrebno je uključiti i roditelje u istraživanje te usporediti njihovu samopercepciju s dječjom percepcijom roditelja. Preporuča se i ispitivanje roditeljske anksioznosti, posebno majčine, te ispitivanje simptoma poremećaja hranjenja kod roditelja koji bi mogli biti vrlo indikativni za navike hranjenja kod djece. Pritom bi se moglo uzeti u obzir i djelovanje okoline, odnosno pritisak vršnjaka i medija koji su dosad imali potvrđenu ulogu u nastanku poremećaja hranjenja. Zahvaćanjem šireg konteksta i ulaskom u sam korijen razvoja poremećaja hranjenja, pruža se mogućnost za interdisciplinarnim rješavanjem i djelovanjem na taj već rašireni problem.

ZAKLJUČAK

Provedenim istraživanjem simptomi anksioznosti i percepcija majke i oca potvrdili su se kao važni čimbenici za nastanak poremećaja navika hranjenja. Pokazalo se da se skupine sudionica podijeljene prema stupnju rizičnosti za razvoj poremećaja navika hranjenja razlikuju po količini iskazanih simptoma anksioznosti i percepciji ponašanja majke. Sudionice s više simptoma su anksioznije i doživljavaju ponašanje majke kao manje uključene u odgoj i manje emocionalno tople od skupine s najmanje rizika za razvoj poremećaja navika hranjenja. Doživljaj majčine podrške autonomije nije se pokazao značajnim, kao ni percepcija očeve uključenosti, podrške autonomije i topline. Kao dobri prediktori nastanka poremećaja navika hranjenja pokazali su se simptomi anksioznosti te percepcija očeve podrške autonomije. Podaci provedenog istraživanja potvrđuju važnost anksioznosti i stilova roditeljskog ponašanja u nastanku poremećaja navika hranjenja. Vezano uz kulturološki kontekst, preliminarni podaci pokazuju da je percepcija majčine uključenosti i topline različita u odnosu na mjesto prebivališta, s tim da sudionice iz Splita percipiraju majku kao uključenu i topliju.

LITERATURA

- Ambrosi-Randić, N., Pokrajac-Bulian, A. (2005). Psychometric properties of the eating attitude test and children's eating attitudes in Croatia. *Eating weight disorders*, 10, 76-82.
- Američka psihijatrijska udruga (1996). *DSM-IV, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: Međunarodna verzija sa MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Anestis, M.D., Holm-Denoma, J.M., Gordon, K.H., Schmidt, N.B., Joiner, T.E. (2008). The role of anxiety sensitivity in eating pathology. *Cognitive Therapy Research*, 32, 370-385.
- Arnou, B., Kenardy, J., Agras W.S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79-90.
- Bruch, H. (1973). Thin fat people. *Journal of American Medical Women's Association*, 28, 187-188.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage, The Enigma of Anorexia Nervosa*. Massachusetts: Harvard University.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R. (1996). The significance of a history of childhood sexual abuse in bulimia nervosa. *Journal of Clinical and Forensic Medicine*, 3, 187.
- Carter, J.C., Fairburn, C. G. (1997). Treating binge eating problems in primary care. *Addictive Behaviors*, 20, 765-772.
- Dalle-Grave, R., De Luca, L., Oliosi, M. (1997). Eating attitudes and prevalence of eating disorders: a survey in secondary schools in Lecce, southern Italy. *Eating and Weight Disorders*, 2, 34-7.

- Davison, G.C., Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.C., Agras, W.S., Walsh, T., Kraemer, H. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: Time Course and Mechanisms of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Farber, S.K., Jackson, C.C., Tabin, J.K., Bachar, E. (2008). Death and Annihilation Anxieties in Anorexia Nervosa, Bulimia, and Self Mutilation. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 289-305.
- Garner, D.M, Garfinkel, P.E. (1979). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.
- Greeno, C.G, Wing, R.R, Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Heatherton, T.F., Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Hill, A., Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: Related issues in 8-year-old girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 405-414.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kaye, W. (2004). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behavior*, 94 121-135.
- Merkaš, M., Brajša-Žganec, A. (2009). *Relation between need satisfaction and perceptions of parents in college students*. Neobjavljeni rad. Zagreb.
- Miller, M.N., Pumariega, A.J. (2001). Culture and Eating Disorders: A Historical and Cross-Cultural Review. *Psychiatry*, 64, 93-108.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation- from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Leon, G.R, Fulkerson, J.A, Perry, C.L, Early-Zald, M.B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.
- Phelps, L., Dempsey, M., Sapia, J., Nelson, M. (1999) Body Dissatisfaction in College Women: Identification of Risk and Protective Factors to Guide College Counseling Practices. *Journal of College Counseling*, 6, 124.
- Pokrajac-Bulian, A., Živčić- Bećirević, I., Vukmanović, S., Forbes, G. (2005) Nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i navike hranjenja kod studentica i njihovih majki. *Psihologijske teme*, 14, 57-70.
- Powell, A.L., Thelen, M.H. (1996). Emotions and cognitions associated with bingeing and weight control behavior in bulimia. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 317-328.
- Zaić, A. (2005). *Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi*. Diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Ward, R., Ramsay J., Treasure, J. (2002). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Robbins, P.R. (1994). *Anorexia and Bulimia*. Berkeley Heights, NJ: Enslow Publishers.

- Suldo, S., Sandberg, D. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15, 59-73.
- Walsh, B.T, Devlin, M. J. (1998). Eating Disorders: Progress and Problems. *Science*, 5368, 387-390.

ANXIETY AND PERCEPTION OF PARENTAL BEHAVIOR AS INDICATORS OF EATING HABITS IN ADOLESCENTS

Summary

The aim of this research was to investigate anxiety symptoms and perception of parents among female adolescents. We also examined the difference between eating habits and perception of mothers in two cultural settings: Split and Zagreb; 143 female high school adolescents from Split and Zagreb participated in this research; 75 from Split and 68 from Zagreb. The participants completed the Eating Attitude Test (EAT-26; Ambrosi-Randić and Pokrajac-Bulian 2005), Scale of Children's Anxiety (Purić, 1992) and Perceptions of Parents Scale (*POPS*; Merkaš and Brajša-Žganec, 2009). The results confirmed the importance of anxiety and family factors in the development of eating disorders. Participants with more symptoms of eating disorders showed more symptoms of anxiety and perceived their mothers as less involved and less warm. The perception of mother's support of autonomy wasn't significant in any aspect of the research, nor was the perception of father's involvement, warmth and autonomy support. Symptoms of anxiety and perception of father's autonomy turned out to be the only significant predictors of eating disorder's symptoms.

Key words: anxiety, perception of parents, eating disorders, parental involvement