UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

ODELJENJE ZA PSIHOLOGIJU

Gorica D. Vuksanović

Psihološke determinante prejedanja: mehanizmi emocionalne regulacije u okviru kognitivno-bihejvioralne perspektive

Doktorska disertacija

Beograd, 2026.

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Gorica D. Vuksanović

Psychological Determinants of Binge Eating: Mechanisms of Emotional Regulation within a Cognitive-Behavioral Perspective

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2026.

Mentor:

dr Nikola Petrović, docent
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

Članovi komisije:

dr Ivan Ristić, docent
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

dr Sonja Janičić, docentkinja
Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu

dr Damjana Dimitrijević, docentkinja
Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu

Datum odbrane: _____

ZAHVALNICA

Pre svega, iskrenu zahvalnost dugujem svim učesnicima istraživanja koji su svojim učešćem omogućili njegovu realizaciju. Imajući u vidu osetljivost teme, posebno cenim njihovu spremnost da učestvuju u istraživanju i na taj način doprinesu njegovoj realizaciji

Posebnu zahvalnost dugujem svom mentoru, doc. dr Nikoli Petroviću, na strpljenju, razumevanju i podršci tokom izrade ove disertacije. Zahvalna sam na poverenju i prostoru koji mi je pružio da samostalno razvijam svoje ideje i istraživački pravac, kao i na spremnosti da sa razumevanjem isprati sve izazove, nedoumice i različite faze koje su pratile ovaj proces.

Zahvaljujem doc. dr Damjani Dimitrijević na podršci, dragocenim sugestijama i spremnosti da svojim stručnim uvidima doprinese unapređenju ovog rada.

Zahvalnost dugujem i doc. dr Ivanu Ristiću na pažljivom čitanju rada i korisnim sugestijama koje su doprinele njegovoj većoj jasnoći, preciznosti i kvalitetu.

Doc. dr Sonji Janičić zahvaljujem na korisnim komentarima i sugestijama koje su mi pomogle da pojedine delove disertacije dodatno sagledam, preciziram i unapredim.

Na kraju, najveću ličnu zahvalnost dugujem svojoj porodici i prijateljima na razumevanju, strpljenju i podršci koju su mi pružali tokom ovog dugog i zahtevnog procesa. Njihova podrška bila je važan oslonac na putu do završetka ove disertacije.

Sažetak

Prejedanje predstavlja složen psihološki fenomen povezan sa kognitivnim, emocionalnim i regulatornim procesima. Cilj ovog istraživanja bio je da se ispitaju odnosi između izraženosti simptoma prejedanja i teorijski relevantnih psiholoških faktora, kao i pretpostavljene medijacione i moderatorske putanje u okviru integrisanog kognitivno-bihejvioralnog modela.

Istraživanje je sprovedeno na prigodnom, simptomatski selektovanom uzorku od 375 ispitanika sa BES skorom ≥ 18, pri čemu su većinu uzorka činile žene. Podaci su prikupljeni putem anonimnog onlajn upitnika. Primenjeni su Skala prejedanja, Upitnik uverenja o ishrani, Skala držanja dijete, Skala depresije, anksioznosti i stresa, Skala teškoća u regulaciji emocija, Skala frustracione netolerancije, Skala samokritičnosti, Skala sklonosti ka osećaju krivice i stida i Upitnik psihološke fleksibilnosti. Interna konzistentnost instrumenata bila je zadovoljavajuća do visoka (α = .68–.97). Analiza podataka sprovedena je u programima SPSS i R, primenom korelacione analize, hijerarhijske regresije, medijacionih i moderatorskih modela sa bootstrap procedurom, kao i integrisanog modela moderirane medijacije.

Rezultati su pokazali da su uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost ostvarili statistički značajan jedinstveni doprinos objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja. U jednostavnijim medijacionim modelima utvrđeni su statistički značajni indirektni efekti samokritičnosti preko negativnog afekta i uverenja o ishrani preko emocionalne disregulacije. Očekivani moderatorski efekti frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti nisu potvrđeni. Integrisani model bio je statistički značajan i objasnio je približno jednu trećinu varijanse izraženosti simptoma prejedanja, ali hipoteza o integrisanom modelu moderirane medijacije nije potvrđena u svom pretpostavljenom kompleksnom obliku, jer ključne pretpostavljene medijacione i moderatorske putanje nisu bile statistički značajne.

Dobijeni nalazi ukazuju na značaj istovremenog razmatranja kognitivnih, samoevaluativnih, emocionalnih i regulatornih faktora povezanih sa izraženošću simptoma prejedanja. Istovremeno, rezultati pokazuju da pretpostavljeni odnosi između ovih faktora nisu u potpunosti potvrđeni u okviru integrisanog modela, čime se pruža osnova za njegovo dalje teorijsko preciziranje i empirijsku proveru.

***Ključne reči**: prejedanje, uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost, negativni afekt, emocionalna disregulacija, psihološka infleksibilnost, kognitivno-bihejvioralni model.*

Naučna oblast: Društveno-humanističke nauke
Uža naučna oblast: Psihologija

Psychological Determinants of Binge Eating: Mechanisms of Emotion Regulation within a Cognitive-Behavioral Perspective

Summary

Binge eating represents a complex psychological phenomenon associated with cognitive, emotional, and regulatory processes. The aim of this study was to examine the relationships between the severity of binge-eating symptoms and theoretically relevant psychological factors, as well as the hypothesized mediation and moderation pathways within an integrated cognitive-behavioral model.

The study was conducted on a convenience, symptomatically selected sample of 375 participants with BES scores ≥ 18, the majority of whom were women. Data were collected using an anonymous online questionnaire. The following instruments were administered: the Binge Eating Scale, Eating Beliefs Questionnaire, Eating Disorder Examination Questionnaire – Restraint subscale, Depression Anxiety Stress Scales, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Frustration Discomfort Scale, Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale, Guilt and Shame Proneness Scale, and Acceptance and Action Questionnaire-II. The internal consistency of the instruments ranged from satisfactory to high (α = .68–.97). Data were analyzed using SPSS and R, employing correlational analysis, hierarchical regression, mediation and moderation models with bootstrap procedures, as well as an integrated moderated mediation model.

The results showed that eating beliefs, dieting, self-criticism, and psychological inflexibility made statistically significant unique contributions to explaining the severity of binge-eating symptoms. In the simpler mediation models, statistically significant indirect effects were found for self-criticism through negative affect and for eating beliefs through emotion dysregulation. The hypothesized moderating effects of frustration intolerance and psychological inflexibility were not supported. Although the integrated model was statistically significant and explained approximately one-third of the variance in binge-eating symptom severity, the hypothesis of an integrated moderated mediation model was not supported in its hypothesized complex form, as the key mediation and moderation pathways were not statistically significant.

The findings highlight the relevance of simultaneously considering cognitive, self-evaluative, emotional, and regulatory factors associated with binge-eating symptom severity. At the same time, the results indicate that the hypothesized relationships among these factors were not fully supported within the integrated model, providing a basis for further theoretical refinement and empirical examination of the proposed model.

Keywords: *binge eating, eating beliefs, dieting, self-criticism, negative affect, emotion dysregulation, psychological inflexibility, cognitive-behavioral model.*

Scientific field: Social sciences and humanities
Scientific subfield: Psychology

SADRŽAJ

UVOD..... 1
I TEORIJSKI DEO..... 4
Istorijski razvoj i konceptualizacija pojma prejedanja 4
Faktori rizika u razvoju prejedanja.....6
Teorijski okviri i modeli prejedanja**……...**11
Teorija dijetetske restrikcije.....11
Teorija emocionalne regulacije 12
Teorija izbegavanja samosvesnosti (Escape Theory).....14
Dual Pathway Model prejedanja.....15
Kognitivno-bihejvioralni model.....16
Teorije „trećeg talasa“ (Third-Wave modeli) 17
Transdijagnostički kognitivno-bihejvioralni model 18
Teorijska ograničenja postojećih modela i potreba za integrisanim kognitivno-bihejvioralnim pristupom.....18
Integrisani kognitivno-bihejvioralni model psiholoških determinanti prejedanja 21
II METODOLOŠKI DEO 33
PREDMET ISTRAŽIVANJA 33
Ciljevi istraživanja 33
Hipoteze istraživanja.....36
Varijable u istraživanju.....38
Instrumenti.....39
Uzorak.....44
Postupak istraživanja.....46
Plan obrade podataka 46
REZULTATI ISTRAŽIVANJA 48
Deskriptivna statistika i pouzdanost instrumenata 48
Korelaciona analiza.....48
Prediktorski efekti psiholoških varijabli na izraženost simptoma prejedanja 49
Uloga negativnog afekta kao medijatora model 2a 50
Uloga emocionalne disregulacije kao medijatora model 2b 51
Moderacioni efekat frustracione netolerancije Model 3a.....53
Moderacioni efekat psihološke infleksibilnosti Model 3b 54
Integrisani model moderirane medijacije Model 4 55
Sociodemografske i antropometrijske karakteristike i izraženost simptoma prejedanja.....58

DISKUSIJA 65
Korelacioni odnosi i direktni psihološki prediktori izraženosti simptoma prejedanja 66
Medijaciona uloga negativnog afekta u odnosu između samokritičnosti, stida i krivice i izraženosti simptoma prejedanja 70
Medijaciona uloga emocionalne disregulacije u odnosu između uverenja o ishrani, držanja dijeta i izraženosti simptoma prejedanja 72
Moderatorska uloga frustracione netolerancije u odnosu između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja.....74
Moderatorska uloga psihološke infleksibilnosti u odnosu između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja.....75
Integrisani model moderirane medijacije 77
Integrativna interpretacija nalaza i teorijske implikacije.....83
Sociodemografske i antropometrijske karakteristike i izraženost simptoma prejedanja.....86
Značaj i ograničenja istraživanja 89
Praktične implikacije dobijenih rezultata i smernice za buduća istraživanja 92
ZAKLJUČCI 95
LITERATURA 98
PRILOZI.....115

UVOD

Prejedanje predstavlja obrazac ponavljanih epizoda konzumiranja hrane praćen subjektivnim osećajem gubitka kontrole, koji je svoje jasno teorijsko i dijagnostičko određenje dobio tek u okviru savremenih modela poremećaja ishrane. Iako su epizode nekontrolisanog unosa hrane opisivane i u ranijim medicinskim i psihoanalitičkim zapisima, sistematsko proučavanje prejedanja započinje sredinom XX veka, a njegova nozološka samostalnost potvrđena je u savremenim klasifikacionim sistemima (American Psychiatric Association, 2013; Spitzer i sar., 1992). U tom okviru, centralna karakteristika poremećaja prejedanja jeste ponavljani subjektivni osećaj gubitka kontrole nad unosom hrane, praćen izraženim emocionalnim distresom i negativnom samoevaluacijom. Savremena literatura ukazuje da se prejedanje ne može posmatrati samo kao problem u regulaciji ishrane, već kao složen psihološki fenomen koji uključuje međusobno delovanje kognitivnih, emocionalnih i bihejvioralnih procesa. Ovakav pristup omogućava da se prejedanje sagleda ne samo kao simptom poremećaja ishrane, već i kao način suočavanja sa neprijatnim unutrašnjim stanjima, posebno u situacijama pojačanog emocionalnog distresa.

Prejedanje se ne razvija izolovano od šireg društvenog i kulturnog okruženja, već je oblikovano načinom na koji društvo definiše hranu, telesni izgled i kontrolu ishrane. Značenje hrane i telesnog izgleda značajno se menjalo kroz istoriju i različite kulture. U tradicionalnim društvima hrana je bila primarno povezana sa preživljavanjem, dok u savremenim industrijalizovanim i postindustrijalizovanim društvima dobija snažnu simboličku i identitetsku funkciju. Istovremeno, razvoj potrošačke kulture i velika dostupnost hrane idu zajedno sa stalnim promovisanjem vitkosti kao ideala. Tako dolazi do svojevrsnog paradoksa – s jedne strane podstiče se uživanje u hrani, a s druge se naglašava kontrola i ograničavanje. Odstupanje od tog ideala često je praćeno osudom i negativnim odnosom prema sebi (Grabe i sar., 2008; Neumark-Sztainer i sar., 2006). U takvom okruženju, prejedanje se ne može posmatrati kao izdvojeno ponašanje, već kao rezultat uticaja ličnih karakteristika i šireg društvenog konteksta.

Epidemiološki podaci pokazuju da je poremećaj prejedanja najčešći poremećaj ishrane u opštoj populaciji i da je povezan sa brojnim psihološkim i somatskim posledicama (Hudson i sar., 2007; Kessler i sar., 2013). Prema dostupnim epidemiološkim podacima, poremećaj prejedanja predstavlja jedan od najčešćih poremećaja ishrane u opštoj populaciji. Istraživanja pokazuju da doživotna prevalenca iznosi približno 3,5% kod žena i 2,0% kod muškaraca, dok se međunarodne procene najčešće kreću između 1% i 3%, uz jednogodišnju prevalencu od oko 0,8% (Hudson i sar., 2007; Kessler i sar., 2013). U poređenju sa anoreksijom i bulimijom, poremećaj prejedanja javlja se značajno češće i prisutan je u različitim kulturnim sredinama (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Podaci iz Srbije i dalje su ograničeni i uglavnom zasnovani na specifičnim uzorcima, poput studentske populacije, pri čemu nalazi ukazuju na prisustvo simptoma prejedanja među mladima i potrebu za daljim istraživanjima ove problematike (Jovičić, 2015). Poremećaj prejedanja najčešće se javlja u kasnoj adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, često ima dugotrajan tok i može imati značajne posledice po psihološko i fizičko zdravlje (Hudson i sar., 2007; APA, 2013).

Pored povezanosti sa povišenim indeksom telesne mase, metaboličkim problemima i lošijim kvalitetom života, prejedanje je često povezano i sa depresivnošću, anksioznošću i drugim oblicima emocionalnog distresa (Javaras i sar., 2008; Mitchison i sar., 2014). Ipak, za razliku od nekih drugih poremećaja ishrane, epizode prejedanja se najčešće dešavaju u privatnosti i bez vidljivih ponašanja koja bi ih otkrila, zbog čega često ostaju neprepoznate i potcenjene.

Savremeni teorijski pristupi uglavnom su saglasni da prejedanje predstavlja način na koji osoba pokušava da reguliše neprijatne emocije. Kognitivno-bihejvioralni model (Fairburn, 2008; Cooper i sar., 2004) naglašava ulogu disfunkcionalnih uverenja o sebi, telu i ishrani, kao i rigidnih pravila u vezi sa hranom, koja povećavaju rizik za epizode gubitka kontrole. Prema ovom modelu, kada osoba previše vrednuje telesnu težinu i izgled, češće uvodi stroga ograničenja u ishrani, što na kraju može dovesti do gubitka kontrole i prejedanja.

Teorija dijetetske restrikcije (Herman & Polivy, 1985) ukazuje da stalna kontrola ishrane može učiniti pojedinca posebno osetljivim na emocionalne podsticaje, dok teorija izbegavanja samosvesnosti (Heatherton & Baumeister, 1991) objašnjava prejedanje kao način da se smanje neprijatna osećanja i negativna procena sebe. Dual Pathway model (Stice, 2001; Stice i sar., 2008) povezuje ova dva pravca i pokazuje da nezadovoljstvo telom vodi i ka restrikciji i ka porastu negativnih emocija, što povećava verovatnoću prejedanja. Iako se ovi pristupi delimično razlikuju, većina savremenih modela se slaže oko ključnih faktora koji doprinose prejedanju. Najčešće se izdvajaju nisko samopoštovanje, negativne emocije, teškoće u regulaciji emocija, restriktivni obrasci ishrane i specifična uverenja o hrani. Ovi faktori su međusobno povezani i u savremenim modelima se posmatraju kao procesi koji mogu doprineti nastanku i održavanju prejedanja, ali i pokrenuti njegove epizode.

U središtu ovih modela nalazi se negativna samoevaluacija kao važan psihološki mehanizam. Samokritičnost, stid i krivica mogu se posmatrati kao različiti oblici takvog odnosa prema sebi, koji se razlikuju po tome na šta su usmereni i kako osoba tumači svoje postupke i ličnu vrednost. Samokritičnost se odnosi na trajnu sklonost da osoba strogo i često negativno procenjuje sebe i svoje postupke, a povezana je sa izraženijim negativnim emocijama i neadekvatnim načinima suočavanja. Stid se odnosi na opšti negativan doživljaj sebe, dok je krivica više vezana za procenu konkretnog ponašanja (Tangney & Dearing, 2002). Istraživanja pokazuju da su ovi oblici samoevaluacije povezani sa prejedanjem i emocionalnim distresom (Duarte i sar., 2015; Masheb & Grilo, 2008).

Pored samoevaluacije, važnu ulogu imaju i disfunkcionalna uverenja o ishrani, kao što su dihotomno razmišljanje, rigidna pravila i načini opravdavanja gubitka kontrole (Cooper i sar., 2004; Polivy & Herman, 1985). Ovakva uverenja povezuju neprijatna emocionalna stanja sa samim ponašanjem, jer olakšavaju prelazak iz stanja napetosti u epizodu prejedanja.

Negativni afekt i emocionalna disregulacija smatraju se jednim od ključnih mehanizama u razvoju i održavanju prejedanja (Arnow i sar., 1995; Lavender i sar., 2015). Osobe koje teže regulišu emocije češće koriste hranu kao brz način da ublaže unutrašnju napetost. Teškoće u regulaciji emocija obuhvataju, između ostalog, nejasno prepoznavanje emocija, impulsivno reagovanje i nedostatak adekvatnih načina suočavanja, što je operacionalizovano kroz Skalu emocionalne disregulacije (Gratz & Roemer, 2004).

Sa druge strane, psihološka fleksibilnost i frustraciona tolerancija mogu imati zaštitnu ulogu. Psihološka fleksibilnost se odnosi na sposobnost da osoba podnese neprijatna unutrašnja iskustva bez impulzivnog reagovanja i izbegavanja (Hayes i sar., 2006). Frustraciona tolerancija podrazumeva kapacitet da se izdrže neprijatnost i napetost bez potrebe za brzim olakšanjem (Harrington, 2005). Kada je ova sposobnost niska, veća je verovatnoća da će osoba posegnuti za hranom kao načinom da odmah smanji napetost, čime se održava obrazac prejedanja.

Prejedanje se stoga može konceptualizovati kao rezultat disbalansa između intenziteta neprijatnih emocija i sposobnosti da se one regulišu. Zbog toga savremeni pristupi sve češće pokušavaju da objasne prejedanje kroz modele koji povezuju kognitivne, emocionalne i samoregulacione faktore. U tom okviru, negativne emocije i teškoće u njihovoj regulaciji mogu imati posredničku ulogu između kognitivnih faktora, kao što su samokritičnost, stid, krivica i uverenja o ishrani, i samog prejedanja. Sa druge strane, psihološka fleksibilnost i frustraciona tolerancija mogu uticati na to koliko su ovi odnosi izraženi.

U našoj sredini istraživanja koja sistematski ispituju odnose između ovih varijabli i njihovu ulogu u okviru integrisanog modela prejedanja i dalje su retka. Postojeća istraživanja uglavnom se bave pojedinačnim faktorima rizika, dok se ređe ispituje kako oni deluju zajedno u složenijim modelima koji uključuju medijacione i moderatorske odnose između psiholoških varijabli.

Polazeći od navedenih teorijskih i empirijskih saznanja, cilj ove disertacije jeste da se u okviru integrisanog kognitivno-bihejvioralnog modela ispita uloga kognitivnih i emocionalnih faktora u objašnjenju prejedanja. U modelu se ispituje doprinos samokritičnosti, stida, krivice i uverenja o ishrani kao kognitivnih prediktora prejedanja. Negativne emocije i teškoće u njihovoj regulaciji razmatraju se kao faktori koji mogu posredovati u odnosu između ovih varijabli i prejedanja. Sa druge strane, psihološka fleksibilnost i frustraciona tolerancija posmatraju se kao faktori koji mogu uticati na jačinu tih odnosa, odnosno da ih ublaže ili pojačaju.

Ovakav pristup omogućava bolje razumevanje psiholoških mehanizama koji stoje u osnovi prejedanja i doprinosi povezivanju kognitivnih, emocionalnih i samoregulacionih procesa u jedinstven okvir. Istovremeno, nalazi ovakvih istraživanja mogu biti značajni i u praksi, jer mogu doprineti razvoju preventivnih programa i psihoterapijskih pristupa koji su usmereni na smanjenje negativne samoevaluacije, bolje regulisanje emocija i jačanje efikasnijih načina suočavanja.

I TEORIJSKI DEO

Istorijski razvoj i konceptualizacija pojma prejedanja

Razvoj pojma prejedanja kao posebnog psihološkog fenomena odvijao se postepeno, zajedno sa promenama u razumevanju poremećaja ishrane i njihovih uzroka. Iako su epizode nekontrolisanog unosa hrane opisivane i ranije, njihovo sistematsko proučavanje počinje sredinom XX veka. Ključni doprinos dao je američki psihijatar Albert Stunkard (1955), koji je prvi detaljno opisao obrasce noćnog i epizodnog prejedanja i uveo termin *night eating syndrome*. Ovim pojmom označeni su specifični obrasci ishrane koji uključuju konzumiranje velikih količina hrane u kasnim večernjim satima, često bez prisustva fizičke gladi, ali uz izražen emocionalni naboj i subjektivni osećaj gubitka kontrole. Stunkardova istraživanja otvorila su put ka razumevanju prejedanja ne kao prostog kvantitativnog viška unosa hrane, već kao složenog ponašanja u čijoj osnovi stoje emocionalni i kognitivni procesi.

Tokom 1970-ih i 1980-ih godina poremećaj prejedanja se sve jasnije razdvaja od drugih poremećaja ishrane, kao što su anoreksija i bulimija. U tom periodu Herman i Polivy (1980, 1984) razvijaju teoriju dijetetske restrikcije, prema kojoj stroga kontrola ishrane i rigidna pravila mogu dovesti do suprotnog efekta – gubitka kontrole nad hranom. Njihov model pokazuje da prejedanje nije samo pitanje nedostatka samokontrole, već da nastaje kao rezultat pritiska da se stalno kontroliše ishrana, uz prisustvo neprijatnih emocija kao što su stres, anksioznost i stid. Na taj način, prejedanje se sve više razume kao način da se osoba nosi sa neprijatnim emocionalnim stanjima.

U ranijim dijagnostičkim klasifikacijama prejedanje nije bilo jasno definisano. U DSM-III (1980) bulimija je uvedena kao posebna dijagnostička kategorija, dok je u revidiranom izdanju DSM-III-R (1987) dijagnoza definisana kao bulimija nervoza. Međutim, ubrzo se pokazalo da postoje osobe koje imaju epizode prejedanja bez kompenzatornih ponašanja karakterističnih za bulimiju nervozu. Ovi nalazi ukazali su na mogućnost postojanja zasebnog poremećaja. Važan doprinos njegovom daljem definisanju dali su Spitzer i saradnici (1992, 1993), čija su istraživanja doprinela empirijskom izdvajanju i opisivanju poremećaja prejedanja. U DSM-IV (1994) predloženi kriterijumi za poremećaj prejedanja uključeni su u dodatak namenjen kriterijumima i kategorijama za dalje istraživanje, pri čemu poremećaj još nije imao status samostalne formalne dijagnoze. Taj status stekao je u DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Tokom 1990-ih i početkom 2000-ih godina brojna istraživanja dodatno su potvrdila da se radi o posebnom poremećaju. Pokazano je da osobe sa poremećajem prejedanja imaju ponavljane epizode gubitka kontrole nad jedenjem, koje su praćene osećanjima stida, krivice i gađenja, kao i izraženim psihološkim distresom, čak i bez kompenzatornih ponašanja (Fairburn & Cooper, 1993; Wilfley i sar., 2000; Grilo & Masheb, 2001). Ovi nalazi ukazuju da prejedanje nije samo problem količine hrane, već i način na koji osoba doživljava i pokušava da reguliše svoja emocionalna stanja.

Savremeni autori prejedanje opisuju kao složen fenomen u kojem se prepliću biološki, kognitivni, emocionalni i socijalni faktori (Fairburn i sar., 2003; Polivy & Herman, 2002). U njegovoj osnovi često se nalaze teškoće u regulaciji emocija, prisustvo negativnih osećanja i disfunkcionalni obrasci mišljenja u vezi sa hranom (Macht, 2008; Dakanalis i sar., 2015). U tom smislu, savremeni teorijski modeli prejedanje posmatraju kao kompleksno ponašanje koje ima emocionalnu, kognitivnu i motivacionu funkciju. Ono se sve češće razume kao način reagovanja na neprijatna emocionalna stanja, a ne samo kao problem vezan za ishranu.

Prejedanje se tako može posmatrati kao obrazac samoregulacije, u kojem hrana privremeno ublažava unutrašnju napetost i neprijatne emocije, ali dugoročno održava problem kroz ponavljanje istog ponašanja.

Klasifikacija i dijagnostički kriterijumi poremećaja prejedanja

Razvoj klasifikacije poremećaja prejedanja predstavlja važan korak u boljem razumevanju poremećaja ishrane. Duže vreme prejedanje se posmatralo kao deo bulimije ili kao nespecifičan oblik poremećene ishrane, bez jasnog statusa posebnog poremećaja. Savremeni dijagnostički sistemi ga, međutim, prepoznaju kao poseban klinički entitet, povezan sa specifičnim emocionalnim, kognitivnim i bihejvioralnim teškoćama, čestim psihološkim komorbiditetima i posledicama po svakodnevno funkcionisanje.

Uvođenje poremećaja prejedanja u DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) i njegovo uključivanje u ICD-11 (World Health Organization, 2022) dodatno potvrđuju da se danas posmatra kao zaseban poremećaj sa jasno definisanim dijagnostičkim kriterijumima i karakterističnim kliničkim obeležjima. Na taj način poremećaj prejedanja je jasnije razlikovano od drugih poremećaja ishrane, posebno bulimije, ali i od gojaznosti, koja se primarno posmatra kao somatsko stanje.

Prema dijagnostičkim kriterijumima DSM-5 klasifikacije, poremećaj prejedanja (Binge Eating Disorder – BED) predstavlja ponavljane epizode prekomernog unosa hrane u kratkom vremenskom periodu, uz prisutan osećaj gubitka kontrole nad jedenjem. Osnovna karakteristika poremećaja jeste doživljaj da osoba ne može da zaustavi jedenje niti da kontroliše koliko i šta jede tokom epizode. Za razliku od bulimije, ove epizode nisu praćene kompenzatornim ponašanjima, što predstavlja ključnu razliku između ova dva poremećaja (APA, 2013).

Da bi se postavila dijagnoza poremećaja prejedanja prema DSM-5, potrebno je da budu ispunjeni sledeći kriterijumi:

1. Ponavljane epizode prejedanja koje podrazumevaju unos znatno veće količine hrane nego što je uobičajeno u sličnim situacijama, uz izražen osećaj gubitka kontrole nad jedenjem.
2. Epizode prejedanja praćene su sa najmanje tri od sledećih karakteristika: jedenje znatno brže nego inače; jedenje do neprijatnog osećaja punoće; unos velike količine hrane i kada osoba nije fizički gladna; jedenje kada je osoba sama, usled osećaja stida; kao i izražena krivica, tuga, gađenje ili depresivno raspoloženje nakon epizode.
3. Prisutan je izražen psihološki distres u vezi sa prejedanjem.
4. Epizode prejedanja javljaju se najmanje jednom nedeljno tokom perioda od tri meseca.
5. Ne postoje redovna kompenzatorna ponašanja, kao što su samoinicirano povraćanje, upotreba laksativa, gladovanje ili preterano vežbanje, niti se epizode javljaju isključivo u okviru anoreksije ili bulimije.

ICD-11 dodatno potvrđuje ovu razliku tako što poremećaj prejedanja svrstava među poremećaje hranjenja i ishrane. Naglasak je na ponavljanim epizodama nekontrolisanog uzimanja hrane, praćenim osećajem gubitka kontrole i izraženim emocionalnim distresom, ali bez tipičnih kompenzatornih ponašanja. Na taj način se poremećaj prejedanja jasno razlikuje od pojačanog apetita, metaboličkih poremećaja i gojaznosti, koja se, iako često prisutna

zajedno sa njim, ne svrstava u kategoriju mentalnih poremećaja (WHO, 2022; Grilo i sar., 2009).

U ovom istraživanju prejedanje je definisano kao nivo izraženosti simptoma prejedanja utvrđen primenom Skale prejedanja (BES), na osnovu samoprocene ispitanika. Time se naglasak stavlja na izraženost simptoma koje ispitanici prijavljuju, a ne na prejedanje kao dijagnostičku kategoriju. U skladu sa tim, termin „prejedanje“ u daljem tekstu koristi se kada se govori o fenomenu u širem teorijskom smislu, dok se termin „izraženost simptoma prejedanja“ koristi kada se govori o ispitivanoj varijabli i njenim odnosima sa drugim psihološkim varijablama, dok se termin „poremećaj prejedanja“ koristi isključivo kada se govori o dijagnostičkoj kategoriji.

Faktori rizika u razvoju prejedanja

Prejedanje predstavlja složen psihološki i bihejvioralni fenomen čiji nastanak i održavanje proizlaze iz međudelovanja faktora iz različitih domena – bioloških, psiholoških, porodičnih i socijalnih, kao i zdravstvenih i komorbidnih mentalnih poremećaja.

Biološki faktori

Biološki doprinos razvoju poremećaja prejedanja obuhvata genetske, endokrine, metaboličke i neurobiološke mehanizme uključene u regulaciju apetita, sitosti i sistema nagrađivanja. Istraživanja ukazuju da se heriditet ovog poremećaja procenjuje u rasponu od oko 41% do 57% (Javaras i sar., 2008; Reichborn-Kjennerud i sar., 2004).

Iako ne postoji jedan specifičan gen odgovoran za poremećaj, kombinacija različitih genetskih varijacija može doprineti povećanoj nagradnoj vrednosti hrane, slabijoj regulaciji unosa ili pojačanoj osetljivosti na stres. Genetski faktori mogu doprineti individualnim razlikama u regulaciji telesne mase, apetita i energetskog balansa, ali njihov uticaj na prejedanje ne treba posmatrati kao direktan i deterministički, već u okviru složene interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Ovi nalazi ne impliciraju direktnu determinisanost prejedanja, već ukazuju na postojanje biološke predispozicije koja u interakciji sa psihološkim i socijalnim faktorima može doprineti razvoju poremećaja.

Metabolički faktori, uključujući promene u leptinskoj signalizaciji i leptinsku rezistenciju, povezani su sa regulacijom energetskog balansa, apetita i unosa hrane (Myers i sar., 2010). Pored toga, dopaminski sistem ima važnu ulogu u regulaciji nagrađivanja i motivacije. Individualne razlike u osetljivosti na nagradu, uključujući varijacije dopaminskih receptora, povezane su sa povećanom motivacionom vrednošću hrane i većom sklonošću ponavljanju epizoda prejedanja (Davis i sar., 2009).

Savremena istraživanja sve više ispituju i moguću ulogu crevne mikrobiote i osovine creva–mozak u poremećajima ishrane. Iako je ova oblast još u razvoju, nalazi ukazuju na povezanost mikrobioma sa procesima uključenim u regulaciju apetita, energetsku homeostazu i emocionalno funkcionisanje.

Konačno, određena somatska stanja mogu dodatno povećati rizik za razvoj prejedanja. Tako se kod sindroma policističnih jajnika beleži povećana učestalost poremećaja ishrane i obrazaca prejedanja, što se najčešće objašnjava složenom interakcijom hormonskog

disbalansa, metaboličkih faktora i psiholoških pritisaka povezanih sa telesnom težinom i izgledom (Cooney i sar., 2024).

Biološki faktori stoga predstavljaju osnovu vulnerabilnosti, ali njihovo dejstvo postaje klinički relevantno tek u interakciji sa psihološkim procesima i socijalnim okruženjem.

Neuropsihološki faktori

Neuropsihološka istraživanja sugerišu da su epizode prejedanja povezane sa specifičnim obrascima funkcionisanja neuronskih mreža uključenih u procesiranje nagrade, salijentnosti i inhibicijske kontrole. Jedan od često opisivanih modela podrazumeva neravnotežu između pojačane reaktivnosti sistema nagrade na podražaje hrane i relativno oslabljenih izvršnih kontrolnih mehanizama, što otežava inhibiciju i samoregulaciju u kritičnim situacijama (Balodis i sar., 2013; Schienle i sar., 2009). Istraživanja primenom savremenih metoda snimanja mozga ukazuju na značaj frontalnih regija, poput dorzolateralnog prefrontalnog korteksa, koje učestvuju u kontroli ponašanja, kao i strijatalnih struktura povezanih sa automatizovanim obrascima reagovanja i procesima nagrađivanja (Balodis i sar., 2013).

Pored toga, pojačana reaktivnost na visokokalorične podražaje i smanjena interoceptivna preciznost (npr. funkcije insule) mogu doprineti slabijem razlikovanju fiziološke gladi od emocionalne pobuđenosti, što olakšava "emocionalno jedenje" (Kerr i sar., 2016). Eksperimentalne studije takođe ukazuju da se kod osoba sklonih prejedanju deficiti izvršnih funkcija češće manifestuju situaciono – naročito pod stresom ili pri izloženosti hrani – nego kao globalno stabilno oštećenje (Wu i sar., 2018). Ponavljanje epizoda može dodatno učvrstiti disfunkcionalne obrasce kroz neuroplastične promene, čime se povećava rizik održavanja ponašanja (Stice & Yokum, 2016).

Psihološki faktori i emocionalni mehanizmi

Psihološki faktori imaju centralnu ulogu u objašnjenju zašto se kod pojedinaca sa biološkom vulnerabilnošću razvijaju i održavaju epizode gubitka kontrole nad jedenjem. U okviru modela regulacije afekta pretpostavlja se da prejedanje često funkcioniše kao maladaptivna strategija suočavanja sa neprijatnim emocionalnim stanjima (Heatherton & Baumeister, 1991; Haedt-Matt & Keel, 2011). Naime, emocije poput tuge, napetosti, stida, besa ili anksioznosti često prethode epizodi prejedanja, dok sam čin uzimanja hrane može dovesti do kratkotrajnog subjektivnog olakšanja.

Međutim, ovaj efekat je prolazan, te se nakon epizode neretko javljaju izražena osećanja krivice, stida i samokritike. Takva emocionalna reakcija dodatno pojačava negativni afekt i doprinosi održavanju začaranog kruga prejedanja, u kojem se neprijatna emocionalna stanja i epizode gubitka kontrole nad jedenjem međusobno uslovljavaju i pojačavaju (Polivy & Herman, 1993; Macht, 2008).

Negativni afekt, kao opšta tendencija ka doživljavanju neprijatnih emocionalnih stanja (npr. anksioznosti, tuge i razdražljivosti), dosledno se izdvaja kao jedan od značajnih psiholoških korelata prejedanja (Stice, 2002; Lavender i sar., 2015). Osobe koje češće doživljavaju intenzivne negativne emocije sklonije su da prejedanje koriste kao način ublažavanja unutrašnje napetosti i emocionalnog disbalansa.

Pored toga, važnu ulogu ima impulsivnost, naročito u vidu negativne urgentnosti, koja podrazumeva sklonost impulsivnom reagovanju u situacijama intenzivnog negativnog afekta. Empirijski nalazi ukazuju da je upravo ovaj aspekt impulsivnosti snažno povezan sa učestalošću epizoda prejedanja, što sugeriše da pojedinci u stanju izraženih neprijatnih emocija teže pribegavaju brzim i kratkoročnim načinima olakšanja, kao što je prejedanje (Fischer i sar., 2008; Smith i sar., 2007).

Dodatno, značajan doprinos imaju i teškoće u emocionalnoj svesnosti i regulaciji. Problemi u prepoznavanju, imenovanju i tolerisanju sopstvenih emocija ograničavaju mogućnost adaptivnog suočavanja, zbog čega se hrana često koristi kao brz i dostupni način samoumirenja i regulacije emocionalnog stanja (Danner i sar., 2014).

Nisko samopoštovanje se u literaturi često ističe kao značajan psihološki prediktor prejedanja, posebno kroz izražen osećaj neadekvatnosti i povećanu osetljivost na neuspeh (Button i sar., 1997; Fairburn i sar., 1993). Pojedinci sa negativnom slikom o sebi skloniji su da emocionalni distres doživljavaju intenzivnije, što može povećati verovatnoću pribegavanja prejedanju kao načinu suočavanja. U tom kontekstu, disfunkcionalna uverenja o hrani i telu, kao i rigidna pravila ishrane i „crno-belo“ razmišljanje, dodatno doprinose riziku od gubitka kontrole nad jedenjem. Čak i minimalno odstupanje od dijete ili planiranog režima može biti doživljeno kao neuspeh, što često dovodi do potpunog narušavanja kontrole i prelaska u epizodu prejedanja (Herman & Polivy, 1980; Cooper i sar., 2004).

Dodatno, perfekcionizam i izražena samokritičnost mogu pojačati unutrašnji pritisak i emocionalnu ranjivost, čime se olakšava prelazak u maladaptivne obrasce ponašanja, uključujući prejedanje (Dunkley & Grilo, 2007). Važno je naglasiti da ovi psihološki faktori najčešće ne deluju izolovano, već u međusobnoj interakciji: negativni afekt stvara unutrašnju tenziju, impulsivnost olakšava impulsivnu reakciju, dok obrasci emocionalne regulacije i disfunkcionalna uverenja usmeravaju izbor hrane kao dominantne strategije suočavanja sa stresom.

Socijalni i kulturni faktori

Društveni kontekst predstavlja važan okvir u kojem se razvijaju i održavaju obrasci prejedanja, posebno kroz promovisanje ideala vitkosti, pritiske povezane sa fizičkim izgledom i normalizaciju restriktivnih dijeta. U savremenom društvu, naglasak na mršavosti kao poželjnom standardu može doprineti razvoju nezadovoljstva sopstvenim telom, koje se u literaturi izdvaja kao jedan od najdoslednije potvrđenih rizičnih faktora za poremećaje hranjenja, uključujući i prejedanje (Stice i Shaw, 2002; Neumark-Sztainer i sar., 2006). Longitudinalna istraživanja ukazuju da izraženo nezadovoljstvo telom predviđa kasniji razvoj poremećenih obrazaca ishrane i epizoda gubitka kontrole (Stice, 2002; Allen i sar., 2008). Čini se da restrikcija hrane pod pritiskom ideala izgleda može paradoksalno povećati rizik za prejedanje, jer pojačava osećaj uskraćenosti i emocionalnu reaktivnost.

Stigmatizacija telesne težine, koja uključuje zadirkivanje, ismevanje i različite oblike diskriminacije, može predstavljati značajan stresor povezan sa emocionalnim jedenjem i epizodama prejedanja, posebno tokom osetljivih razvojnih perioda. Istraživanja pokazuju da ovakva iskustva doprinose razvoju negativnog odnosa prema sopstvenom telu i povećanoj emocionalnoj osetljivosti (Puhl i Latner, 2007; Haines i sar., 2006; Neumark-Sztainer i sar., 2002). Dodatno, mediji i društvene mreže imaju važnu ulogu u jačanju nerealnih standarda fizičkog izgleda. Stalna izloženost takvim idealima može dovesti do izraženije

samokritičnosti, većeg nezadovoljstva telom i učestalijih pokušaja restriktivne kontrole telesne težine (Perloff, 2014; Tiggemann i Slater, 2013).

Pored toga, dugotrajan osećaj socijalne isključenosti i marginalizacije povezan je sa većim rizikom za razvoj poremećaja hranjenja. U takvim uslovima, prejedanje se često javlja kao način ublažavanja emocionalnog distresa i neprijatnih unutrašnjih stanja (Rodgers i sar., 2018; Keski-Rahkonen, 2021).

Porodični faktori i iskustva iz detinjstva

Porodično okruženje ima značajnu ulogu u oblikovanju odnosa prema hrani, telu i načinima regulacije emocija. Disfunkcionalni porodični odnosi, kao što su česti konflikti, nedostatak emocionalne topline ili nepredvidiva i haotična porodična atmosfera, mogu doprineti osećaju nesigurnosti i pojačanoj emocionalnoj napetosti. U takvim uslovima, pojedinac može tražiti načine da se izbori sa neprijatnim emocijama, pri čemu se hrana često koristi kao lako dostupna strategija ublažavanja unutrašnjeg distresa (Fairburn i sar., 1998; Pike i Rodin, 1991; Leung i sar., 1996).

Komentari roditelja o telesnoj težini i fizičkom izgledu, kao i kritike u vezi sa ishranom, mogu imati dugoročan uticaj i dovode se u vezu sa većim rizikom za razvoj poremećenih obrazaca ishrane u kasnijem periodu, uključujući i epizode prejedanja (Keery i sar., 2005; Neumark-Sztainer i sar., 2010; Haines i sar., 2006). Takva iskustva često doprinose razvoju nezadovoljstva telom i pojačanoj osetljivosti na mišljenje drugih, što dodatno povećava emocionalnu ranjivost.

Dodatni rizik za razvoj prejedanja može predstavljati i prisustvo psihopatologije u porodici, poput depresije, anksioznosti, zloupotrebe supstanci ili poremećaja hranjenja. Odrastanje u takvom okruženju može doprineti većoj osetljivosti, kako zbog genetskih faktora, tako i kroz usvajanje obrazaca ponašanja i načina suočavanja sa stresom koji nisu uvek adaptivni (Lilenfeld i sar., 2008; Bulik i sar., 2002; Strober i sar., 2000).

U tom kontekstu, traumatska iskustva u detinjstvu, kao što su fizičko, seksualno i emocionalno zlostavljanje, kao i zanemarivanje, izdvajaju se kao važan, iako nespecifičan, rizični faktor za razvoj poremećaja hranjenja, posebno onih oblika koji uključuju prejedanje (Smolak i Murnen, 2002; Brewerton, 2007; Johnson i sar., 2002). Njihov uticaj često nije linearan, već se pojačava kumuliranjem, tako da veći broj i intenzitet trauma povećavaju verovatnoću kasnijeg razvoja poremećenih obrazaca ishrane (Ackard i Neumark-Sztainer, 2002; Allison i sar., 2007).

Dodatno, specifična iskustva vezana za hranu, poput njenog uskraćivanja ili korišćenja kao kazne, mogu doprineti osećaju nesigurnosti i promenjenom značenju koje hrana dobija. U takvim uslovima, kasnije se može javiti sklonost ka kompulzivnom unosu hrane kada je ona dostupna, ne samo zbog fizičke potrebe, već i kao način regulacije emocionalnih stanja (Johnson i sar., 2002).

Zdravstveni faktori i obrasci ishrane

Povišen indeks telesne mase i gojaznost često se dovode u vezu sa prejedanjem. Osobe koje imaju višak telesne mase češće su izložene zadirkivanju i negativnim komentarima, što može doprineti razvoju nezadovoljstva telom i drugih psiholoških faktora rizika za poremećaje ishrane (Hudson i sar., 2007; Kessler i sar., 2013; Puhl i Latner, 2007). Takođe, česte restriktivne dijete i tzv. „jo-jo“ efekat mogu narušiti prirodan odnos prema hrani. Stalno smenjivanje perioda ograničavanja i prejedanja otežava regulaciju gladi i sitosti, zbog čega se lakše javljaju epizode gubitka kontrole nad jedenjem (Polivy i Herman, 1985; Lowe i sar., 2006). Određena zdravstvena stanja, poput sindroma policističnih jajnika, dijabetesa tipa 2 i drugih metaboličkih poremećaja, takođe mogu biti povezana sa većim rizikom za prejedanje. Ovaj uticaj se može objasniti kombinacijom hormonskih i metaboličkih promena, ali i dodatnim psihološkim pritiskom da se ishrana strogo kontroliše (Cooney i sar., 2024; Hudson i sar., 2007; Blomquist i Grilo, 2011).

Komorbidni mentalni poremećaji

Komorbidni psihički poremećaji često se javljaju kod osoba sa poremećajem prejedanja i mogu imati važnu ulogu kako u nastanku, tako i u održavanju simptoma. Istraživanja pokazuju da veliki broj osoba sa ovim poremećajem tokom života ima barem jedan dodatni psihijatrijski poremećaj (Grilo i sar., 2009; Kessler i sar., 2013). Negativni afekt i depresivna simptomatologija često su izraženi kod osoba sa poremećajem prejedanja i povezani su sa težinom psihopatologije (Hudson i sar., 2007; Masheb i Grilo, 2008). Slično tome, anksiozni poremećaji povezani su sa stalnom napetošću i brigom, pri čemu hrana može postati način kratkotrajnog smanjenja nelagode (Hudson i sar., 2007; Udo i Grilo, 2019).

U kliničkoj praksi se često uočava i povezanost sa poremećajima ličnosti, posebno graničnim poremećajem ličnosti, gde impulsivnost i emocionalna nestabilnost mogu doprineti intenzitetu epizoda prejedanja (Grilo i sar., 2004). Povezanost je utvrđena i između ADHD-a i poremećaja ishrane (Yao i sar., 2019), kao i između simptoma ADHD-a i obrazaca prejedanja (Kaisari i sar., 2018).Takođe, značajna je i povezanost sa PTSP-om, gde traumatska iskustva, intruzivne misli i teškoće u regulaciji emocija mogu doprineti korišćenju hrane kao načina smanjenja napetosti i „otupljivanja“ neprijatnih doživljaja (Mitchell i sar., 2012). Prisustvo ovih komorbiditeta često je povezano sa težom kliničkom slikom i izraženijim simptomima prejedanja (Masheb i Grilo, 2008; Udo i Grilo, 2019).

Teorijski okviri i modeli prejedanja

Razumevanje fenomena prejedanja zahteva sagledavanje različitih teorijskih pristupa koji objašnjavaju njegove psihološke mehanizme i načine održavanja. Iako se ranije prejedanje posmatralo pre svega kao bihejvioralni ili nutritivni problem, savremena istraživanja ukazuju da je reč o složenom obrascu koji uključuje kognitivne, emocionalne i regulatorne procese (Fairburn, 2008; Polivy i Herman, 2019).

Najistaknutiji teorijski pristupi dodatno razrađuju ove procese. *Teorija dijetetske restrikcije* naglašava ulogu rigidnih pravila u ishrani i njihovu povezanost sa gubitkom kontrole (Polivy i Herman, 1985), dok *teorija regulacije emocija* ukazuje na to da se prejedanje koristi kao način smanjenja emocionalne napetosti (Polivy i Herman, 1993). *Teorija izbegavanja samosvesnosti* objašnjava prejedanje kao pokušaj bekstva od neprijatnih unutrašnjih stanja, poput stida i samokritike (Heatherton i Baumeister, 1991*). Kognitivno-bihejvioralni model* integriše ove pristupe i posmatra prejedanje kao rezultat međusobnog delovanja disfunkcionalnih uverenja, negativnog afekta i teškoća u regulaciji emocija (Fairburn, 2008).

Teorija dijetetske restrikcije

Teorija dijetetske restrikcije predstavlja jedan od najranijih modela za objašnjenje prejedanja. Prvobitno su je predstavili Herman i Mack (1975), a kasnije su je Herman i Polivy (1980, 1984, 1985) dodatno razradili i empirijski potvrdili. Osnovna ideja ovog pristupa jeste da hronično i rigidno ograničavanje unosa hrane, kroz striktne dijete i visoke standarde samokontrole, može imati suprotan efekat i povećati verovatnoću epizoda gubitka kontrole nad jedenjem. Drugim rečima, što je restrikcija i kontrola izraženije, veća je i vulnerabilnost za prejedanje.

Model polazi od toga da dijeta podrazumeva zanemarivanje unutrašnjih signala gladi i sitosti, uz stalnu usmerenost na hranu i kontrolu ishrane. Kako se ovi signali potiskuju, dolazi do pojačane osetljivosti na glad, ali i do sve češćih misli o hrani i izraženije žudnje, što otežava održavanje restrikcije. Ukoliko dođe do minimalnog „prekršaja“ u dijeti, bilo kroz konzumiranje zabranjene hrane ili odstupanje od plana, često nastaje efekat „sve ili ništa“ – dolazi do prekida restrikcije, slabljenja samokontrole i ulaska u epizodu prejedanja. (Herman & Polivy, 1985; Lowe, 2002). Drugim rečima, sama dijeta postaje paradoksalni okidač gubitka kontrole nad ishranom.

Psihološki faktori dodatno pojačavaju ovaj ciklus. Nisko samopouzdanje, nezadovoljstvo telom, socijalni i medijski pritisci, kao i emocionalni stres i perfekcionistička očekivanja otežavaju održavanje restriktivnog ponašanja i povećavaju verovatnoću gubitka kontrole. Epizode prejedanja zatim dodatno produbljuju osećaj neuspeha i samokritiku, što vodi novim pokušajima stroge kontrole i održava začarani krug restrikcije i prejedanja (Stice, 2001; Stice i sar., 2008). U tom procesu važnu ulogu imaju i mehanizmi koji povezuju kognitivne i emocionalne aspekte funkcionisanja – kontrola ishrane često postaje način suočavanja sa osećajem neadekvatnosti, dok prejedanje služi kao kratkotrajan način ublažavanja emocionalne napetosti.

Empirijska istraživanja u velikoj meri potvrđuju osnovne postavke ovog modela. Herman i Mack (1975) eksperimentalno su pokazali da restriktivni pojedinci, nakon manjeg „prekršaja“, konzumiraju više hrane nego osobe bez restrikcije, što predstavlja ključni dokaz za tzv. efekat suprotne regulacije (engl. *counter-regulatory effect*). Dugoročna istraživanja

ukazuju da restriktivne dijete dovode do povećane osetljivosti na signale gladi i izraženijih emocionalnih reakcija na hranu, čime se povećava ranjivost za kompulzivno jedenje (Stice i Whitenton, 2002; Stice i sar., 2013). Istovremeno, pokazano je da ovakvi obrasci ishrane mogu oslabiti izvršne funkcije i kontrolu impulsa, zbog čega osoba postaje podložnija spoljnim podražajima hrane (Dingemans i sar., 2017). Novija istraživanja dodatno ukazuju da hronična restrikcija može biti povezana i sa promenama na neurobiološkom nivou, posebno u sistemima nagrade i impulsivnosti, što otežava regulaciju unosa hrane i doprinosi održavanju problema (Guerrieri i sar., 2021).

Zahvaljujući jasnoći konstrukta i snažnoj empirijskoj podršci, teorija dijetetske restrikcije i dalje predstavlja jedan od ključnih okvira u istraživanju poremećaja ishrane. Njena vrednost ogleda se ne samo u teorijskom objašnjenju prejedanja, već i u mogućnostima praktične primene. Ovaj model omogućava prepoznavanje važnih tačaka za intervenciju, kao što su razvoj fleksibilnijeg odnosa prema ishrani, smanjenje rigidnih pravila i zabrana, kao i jačanje telesne i prehrambene svesnosti uz unapređenje emocionalne regulacije. U tom smislu, teorija dijetetske restrikcije ukazuje da stroga kontrola ishrane ne vodi ka stabilnoj samoregulaciji, već može doprineti gubitku kontrole, čime se objašnjava kako restriktivno ponašanje, socijalni pritisci i individualna ranjivost zajedno doprinose razvoju i održavanju prejedanja.

Teorija regulacije afekta

Emocije su složena psihološka stanja koja obuhvataju subjektivni doživljaj, fiziološke promene, kognitivne procese i obrasce ponašanja, a nastaju kao odgovor na spoljašnje ili unutrašnje događaje koji su važni za pojedinca (Lazarus, 1991). One su, prema funkcionalističkom pristupu, osnovni mehanizmi preživljavanja i prilagođavanja — informišu pojedinca o relevantnosti događaja, pokreću akciju i regulišu odnose sa okolinom (Ekman, 1992; Izard, 2009). Svaka emocija uključuje karakteristične impulse za ponašanje: strah podstiče izbegavanje, bes aktivira odbranu, a radost motiviše pristup (Frijda, 1988; Ekman & Cordaro, 2011). Dakle, emocije deluju kao „unutrašnji kompas“ koji povezuje percepciju i delovanje, ali i kao važan regulator socijalne interakcije, budući da se izražavaju kroz mimiku, govor tela i ton glasa.

Međutim, sposobnost da se emocije adekvatno prepoznaju, razumeju i upravljaju njima ključno određuje njihovu adaptivnu vrednost. Emocije same po sebi nisu ni pozitivne ni negativne; njihova funkcionalnost zavisi od konteksta i načina reagovanja (Lench i Carpenter, 2018). Kada je emocionalni odgovor previše intenzivan, prolongiran ili neusklađen sa situacijom, može postati izvor distresa i dovesti do maladaptivnih obrazaca mišljenja i ponašanja. Upravo tada ulogu preuzima emocionalna regulacija – proces kojim osoba pokušava da modifikuje sopstvene emocionalne reakcije kako bi održala psihološku stabilnost i ciljano ponašanje.

Savremene definicije emocionalne regulacije ističu da je reč o sposobnosti da se emocije prepoznaju, razumeju, tolerišu i usmeravaju na način koji omogućava efikasno funkcionisanje u skladu sa dugoročnim ciljevima (Gross, 2014; Gratz & Roemer, 2004). Ona ne podrazumeva potiskivanje emocija, već svesno upravljanje njihovim tokom – od inicijalne procene situacije do načina izražavanja i posledica. Emocionalna regulacija uključuje više međusobno povezanih aspekata: svest o emocijama, razumevanje njihovog značenja, prihvatanje neprijatnih emocija, sposobnost tolerancije distresa, inhibiciju impulsa i

fleksibilno korišćenje strategija koje omogućavaju zadržavanje funkcionalnog ponašanja u emocionalno zahtevnim situacijama (McRae & Gross, 2020).

Rani pristupi regulaciji emocija, pod uticajem racionalističkih teorija, posmatrali su emocije kao smetnju racionalnom mišljenju i odlučivanju (Frevert, 2016; Lench & Carpenter, 2018). Kasniji, savremeniji modeli, nasuprot tome, naglašavaju da emocije imaju informativnu i motivacionu vrednost – one signaliziraju šta je osobi važno i usmeravaju ponašanje prema zadovoljenju potreba i vrednosti (Gross, 2014). Zbog toga se u novijim teorijama ističe važnost svesnosti i prihvatanja emocija, a ne rigidne kontrole ili izbegavanja. Potiskivanje i negiranje emocija često vodi njihovom jačanju i pojavi psihološkog distresa (Hayes i sar., 1996; Aldao i sar., 2010).

Jedan od najuticajnijih modela u savremenoj psihologiji je prošireni procesni model emocionalne regulacije (Gross, 1998, 2002, 2014, 2015). Prema ovom modelu, regulacija može nastati u bilo kojoj fazi emocionalnog procesa i obuhvata pet ključnih mehanizama:

1. Izbor situacije – aktivno biranje ili izbegavanje konteksta koji može izazvati snažne emocije;
2. Modifikacija situacije – menjanje elemenata situacije radi smanjenja emocionalnog intenziteta (npr. traženje podrške, rešavanje problema);
3. Usmeravanje pažnje – preusmeravanje fokusa sa uznemirujućih aspekata na neutralne ili pozitivne;
4. Kognitivna promena – reinterpretacija značenja situacije, što menja emocionalni odgovor;
5. Modulacija odgovora – uticanje na fiziološke i ekspresivne aspekte već pokrenute emocije, npr. kroz disanje, relaksaciju ili regulaciju izraza lica.

Ove faze prikazuju da je emocionalna regulacija dinamičan proces koji povezuje kognitivne i bihejvioralne mehanizme, i da se može odvijati preventivno (pre nego što emocija u potpunosti nastane) ili reaktivno (nakon što se već ispoljila).

Efikasna regulacija emocija podrazumeva fleksibilnost – sposobnost da se prepozna kada, kako i u kojoj meri treba intervenisati u emocionalni proces. Adaptivne strategije, poput reinterpretacije i prihvatanja, doprinose blagostanju, boljoj emocionalnoj stabilnosti i uspešnijem funkcionisanju, dok neadaptivne, poput potiskivanja, ruminacije ili izbegavanja, doprinose razvoju anksioznosti, depresije i niskom samopoštovanju (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012; Ford i sar., 2018). Dakle, cilj emocionalne regulacije nije eliminacija emocija, već njihova integracija u ponašanje na način koji omogućava očuvanje kontrole i psihološke ravnoteže.

U psihološkoj literaturi, emocionalna regulacija se sve više sagledava kao osnovni mehanizam psihološke otpornosti. Osobe koje poseduju razvijenu sposobnost regulacije emocija uspevaju da zadrže usmerenost ka ciljevima i u situacijama visokog stresa, da odlože impulzivne reakcije i da adekvatno izraze emocije bez preplavljenosti njima. Nasuprot tome, rigidne, nefleksibilne i disfunkcionalne strategije regulacije dovode do hronične emocionalne tenzije, smanjene samokontrole i većeg rizika od psihopatoloških simptoma.

Emocionalna regulacija se može posmatrati kao ključna kompetencija psihološkog funkcionisanja. Ona obuhvata sposobnost balansiranja između emocionalne spontanosti i kognitivne kontrole, između izražavanja i inhibicije, između trenutnog emocionalnog zadovoljenja i dugoročnih ciljeva. Zdrava regulacija emocija ne znači odsustvo emocija, već sposobnost njihovog razumevanja, prihvatanja i korišćenja u službi adaptivnog i smislenog ponašanja.

Teorija izbegavanja samosvesnosti (Escape Theory)

Teorija izbegavanja samosvesnosti, koju su formulisali Heatherton i Baumeister (1991), predstavlja važan kognitivno-bihejvioralni pristup u objašnjenju prejedanja. Ovaj model polazi od toga da osobe, kada se suoče sa intenzivnim neprijatnim emocijama i negativnim doživljajem sebe, nastoje da smanje svest o tim iskustvima kroz ponašanja koja donose trenutno olakšanje, iako dugoročno mogu imati štetne posledice.

U tom smislu, prejedanje se ne javlja kao posledica fiziološke gladi, već kao način da se privremeno ublaže neprijatna unutrašnja stanja, poput osećaja neuspeha, samokritike i nesklada između sopstvenih i društveno postavljenih očekivanja.

Prema ovom modelu, pojedinci procenjuju sebe u odnosu na sopstvene standarde i očekivanja, koji određuju njihov osećaj lične vrednosti. Kada ti standardi nisu ispunjeni, javlja se neprijatno suočavanje sa sobom, praćeno osećanjima stida, krivice, tuge i neadekvatnosti (Lindsay-Hartz, 1984; Tangney i Dearing, 2002). Da bi se ova napetost ublažila, osoba nastoji da skrene pažnju sa takvih misli i osećanja.

U tom procesu, prejedanje može imati ulogu „bekstva“, jer se pažnja sa samokritičnih misli preusmerava na konkretna telesna iskustva, poput ukusa i osećaja hrane. Na taj način dolazi do kognitivnog sužavanja, gde fokus pažnje postaje uzak i usmeren na neposredne senzacije, dok se složeni misaoni procesi i samokontrola potiskuju. Kognitivno sužavanje dovodi do dezinhibicije kontrole ponašanja: pažnja se odvlači od dugoročnih ciljeva, a sposobnost regulacije unosa hrane slabi. Na taj način prejedanje postaje sredstvo emocionalne regulacije – pokušaj da se smanji unutrašnji doživljaj neuspeha i samokritike, po cenu privremenog gubitka kontrole i kasnijeg distresa. Nakon epizode prejedanja često se javljaju intenzivni osećaji stida, krivice i bespomoćnosti, čime se održava začarani krug u kojem pokušaj kratkotrajnog olakšanja dovodi do još većeg emocionalnog bola (Heatherton & Baumeister, 1991; Duarte i sar., 2016; Serpell i sar., 2020). Teorija objašnjava ovaj proces na tri nivoa: kognitivnom (negativne samoprocene), emocionalnom (snažan stid i krivica) i bihejvioralnom (prejedanje kao pokušaj bekstva). Njihova međusobna povezanost doprinosi održavanju problema – visoki unutrašnji standardi stvaraju emocionalnu napetost, a prejedanje, kao pokušaj da se ona ublaži, dodatno pojačava osećaj neuspeha i nezadovoljstva sobom

Empirijska istraživanja u velikoj meri potvrđuju pretpostavke ovog modela. Pokazano je da se negativne emocije pojačavaju neposredno pre epizoda prejedanja, dok se nakon njih privremeno smanjuju, ali to olakšanje ne traje dugo (Haedt-Matt i Keel, 2011). Ovakvi nalazi uklapaju se i u druge pristupe, koji ukazuju da se prejedanje koristi kao način ublažavanja neprijatnih emocija, kao i da nezadovoljstvo telom i restrikcija ishrane dodatno povećavaju rizik za ovakve obrasce ponašanja (Polivy i Herman, 1993; Leehr i sar., 2015; Herman i Polivy, 1984; Stice i sar., 2001).

U tom smislu, teorija izbegavanja samosvesnosti pruža jasno objašnjenje zašto prejedanje može imati funkciju emocionalnog „bekstva“ i neadekvatne samoregulacije. Stid, samokritika i visoki lični standardi imaju važnu ulogu u pokretanju ovog procesa, dok hrana postaje način da se, makar na kratko, smanji neprijatna samosvest i emocionalna napetost.

Model dvostrukog puta (Dual Pathway Model)

Među teorijskim okvirima koji objašnjavaju poremećaje u ishrani posebno se izdvaja model dva puta koji je predložio Stice (2001). Ovaj model pruža integrativan pogled na način na koji se psihološki, emocionalni i sociokulturni faktori udružuju u formiranju i održavanju disfunkcionalnih obrazaca ishrane. Njegova osnovna pretpostavka jeste da prejedanje nastaje kroz dve međusobno povezane putanje – restriktivnu i afektivnu – koje se zasnivaju na nezadovoljstvu telom i negativnim emocijama koje ono izaziva.

Polazna tačka ovog modela nalazi se u sociokulturnim pritiscima koji promovišu ideal vitkosti i fizičkog savršenstva. Pod uticajem medija, porodice i vršnjaka, osoba postepeno usvaja nerealne standarde izgleda i počinje da se poredi sa idealizovanim modelima, što dovodi do trajnog nezadovoljstva sopstvenim telom (Stice i Whitenton, 2002; Thompson i sar., 1999). Ovo nezadovoljstvo predstavlja centralni faktor iz kojeg se razvijaju dve putanje ka prejedanju. Prva, restriktivna putanja, odnosi se na pokušaje kontrole telesne težine kroz stroge dijete, izbegavanje određene hrane i rigidna pravila ishrane. Iako takvo ponašanje može kratkoročno stvoriti osećaj kontrole, dugoročno dovodi do fizičke i emocionalne iscrpljenosti. Kao što pokazuju klasični modeli (Herman i Polivy, 1984, 1985), hronična restrikcija povećava preokupaciju hranom, otežava samoregulaciju i povećava verovatnoću gubitka kontrole nad jedenjem. Na taj način formira se začarani krug: restrikcija vodi prejedanju, prejedanje izaziva krivicu i dodatno nezadovoljstvo telom, a to ponovo podstiče nove pokušaje restrikcije (Lowe, 2002).

Druga, afektivna putanja odnosi se na emocionalne posledice nezadovoljstva telom i osećaja neadekvatnosti. Stalno poređenje sa idealom i osećaj da sopstveni izgled ne odgovara tim standardima dovode do pojave stida, tuge, frustracije i anksioznosti. Ova neprijatna stanja često deluju kao neposredni okidači za prejedanje. U takvim situacijama, hrana može imati funkciju brzog ublažavanja emocionalne napetosti, jer donosi kratkotrajan osećaj utehe i olakšanja. Međutim, taj efekat ne traje dugo, pa se nakon epizode ponovo javljaju krivica i negativne emocije (Stice i sar., 2001; Haedt-Matt i Keel, 2011). Na taj način prejedanje postaje način suočavanja sa neprijatnim emocijama, koji se vremenom učvršćuje, jer privremeno smanjuje unutrašnju napetost.

Empirijska istraživanja snažno potvrđuju pretpostavke ovog modela. Brojne longitudinalne i eksperimentalne studije pokazale su da internalizacija ideala vitkosti i nezadovoljstvo telom predviđaju i dijetno ponašanje i porast negativnog afekta, koji zatim dovode do pojave simptoma prejedanja (Stice, 2001; Stice i sar., 2008). Nalazi ukazuju i da se negativni afekt pojačava neposredno pre epizoda prejedanja, dok se nakon njih privremeno smanjuje, ali to olakšanje kratko traje (Haedt-Matt i Keel, 2011; Cardi i sar., 2015). Pored toga, eksperimentalna istraživanja pokazuju da restrikcija hrane povećava osetljivost na prijatne podsticaje vezane za hranu, naročito u stresnim situacijama, čime se lakše prelazi iz kontrole u gubitak kontrole nad jedenjem (Herman i Polivy, 1984; Polivy i Herman, 1985).

Dual Pathway Model se prirodno uklapa u kognitivno-bihejvioralni okvir razumevanja prejedanja, jer obuhvata i kognitivne distorzije (npr. crno-belo razmišljanje o hrani, rigidna

pravila kontrole, precenjena važnost izgleda) i emocionalne procese (stid, krivicu, tugu i frustraciju) koji zajedno slabe samoregulaciju i pojačavaju potrebu za prejedanjem. Ovaj model je u skladu i sa drugim teorijskim pristupima. Uklapa se sa modelima regulacije emocija, koji ukazuju da se prejedanje koristi kao način ublažavanja neprijatnih osećanja (Polivy i Herman, 1993; Leehr i sar., 2015), kao i sa teorijom izbegavanja samosvesnosti, prema kojoj stid i samokritika podstiču „bekstvo“ u ponašanja poput prejedanja (Heatherton i Baumeister, 1991). Takođe, u skladu je sa nalazima koji ukazuju da su uverenja o emocionalnim posledicama jedenja povezana sa učestalošću epizoda prejedanja (De Young i sar., 2014).

Na taj način, Dual Pathway Model pruža jasan okvir za razumevanje kako se sociokulturni pritisci, nezadovoljstvo telom, restriktivna ishrana i negativne emocije međusobno povezuju i održavaju problem. Prejedanje se, u tom smislu, ne posmatra kao izolovan gubitak kontrole, već kao rezultat međudelovanja rigidne kontrole, emocionalne ranjivosti i potrebe za kratkotrajnim olakšanjem, što ovaj model čini posebno značajnim u savremenom kognitivno-bihejvioralnom pristupu.

Kognitivno-bihejvioralni model

Kognitivno-bihejvioralni model predstavlja jedan od najuticajnijih teorijskih okvira za razumevanje psiholoških mehanizama koji stoje u osnovi prejedanja, kao i za razvoj efikasnih terapijskih pristupa. Iako je prvobitno razvijen za objašnjenje bulimije nervoze, njegova primenljivost potvrđena je i u kontekstu prejedanja, s obzirom na to da oba poremećaja dele slične kognitivne, emocionalne i bihejvioralne procese (Fairburn i sar., 2003; Fairburn, 2008).

Osnovna pretpostavka modela jeste da se prejedanje održava kroz međusobno povezane kognitivne i emocionalne mehanizme. U središtu modela nalazi se precenjivanje značaja telesne težine i oblika tela za ličnu vrednost i samopoštovanje. Kada je samopoštovanje dominantno zasnovano na fizičkom izgledu, osoba razvija rigidna pravila u vezi sa ishranom i kontrolom telesne težine, što vodi restriktivnim obrascima ponašanja (Fairburn, 2008; Cooper i sar., 2004). Takva pravila vremenom postaju izvor frustracije i emocionalnog pritiska, jer se svako odstupanje od njih doživljava kao lični neuspeh. U tim situacijama aktivira se obrazac mišljenja „sve ili ništa“, pri čemu i minimalno kršenje dijetnih pravila može dovesti do gubitka kontrole nad jedenjem. Epizoda prejedanja tada donosi kratkotrajno olakšanje od neprijatnih emocionalnih stanja, ali je često praćena osećanjima krivice, stida i samokritike (Fairburn, 2008; Heatherton & Baumeister, 1991). Na taj način formira se samoodržavajući ciklus u kome restrikcija, prejedanje i negativna samoevaluacija međusobno pojačavaju i održavaju problem. Negativne emocije nakon epizode dodatno podstiču potrebu za ponovnim uspostavljanjem kontrole kroz još rigidnija pravila, čime se održava začarani krug poremećenog ponašanja u ishrani (Fairburn, 2008; Cooper i sar., 2004).

Pored toga, značajnu ulogu imaju i specifična uverenja o hrani i jedenju, koja mogu doprineti započinjanju i održavanju epizoda prejedanja. Ova uverenja često uključuju očekivanje da hrana donosi emocionalno olakšanje, ali i osećaj gubitka kontrole nad jedenjem, što dodatno otežava regulaciju ponašanja (Cooper i sar., 2004).

U okviru kognitivno-bihejvioralnog pristupa naglašava se značaj prekida začaranog kruga prejedanja kroz promenu načina razmišljanja, ponašanja i regulacije emocija. Jedan od prvih koraka odnosi se na uspostavljanje redovnog i uravnoteženog obrasca ishrane, čime se smanjuje izražena glad i verovatnoća impulsivnog jedenja. Istovremeno se radi na ublažavanju rigidnih pravila i zabrana u vezi sa hranom, kao i na preispitivanju

disfunkcionalnih uverenja o telu i telesnoj težini. Poseban fokus stavlja se na kognitivnu restrukturaciju, sa ciljem da se promeni način na koji osoba procenjuje sebe, odnosno da lična vrednost bude manje vezana za fizički izgled.

Paralelno sa tim, važan deo terapije odnosi se i na razvoj adekvatnijih strategija regulacije emocija, kako bi se smanjila potreba da se neprijatna osećanja ublažavaju kroz prejedanje. Na taj način, osoba postepeno razvija fleksibilniji odnos prema hrani i sopstvenom telu, uz jačanje samokontrole i stabilniji osećaj lične vrednosti.

Empirijska istraživanja u velikoj meri potvrđuju efikasnost kognitivno-bihejvioralnog pristupa u radu sa prejedanjem. Nalazi pokazuju da dolazi do smanjenja učestalosti epizoda prejedanja, ali i do poboljšanja emocionalnog funkcionisanja i slike o sebi (Hilbert i sar., 2019; Linardon i sar., 2017). U savremenim pristupima, poremećaji ishrane se posmatraju kao različiti oblici sličnog problema, koji karakterišu preterana usmerenost na telesnu težinu i izgled, rigidna kontrola ishrane i teškoće u regulaciji emocija (Fairburn, 2008).

U tom smislu, kognitivno-bihejvioralni model pruža jasno objašnjenje kako negativna slika o sebi, stroga kontrola i emocionalna ranjivost zajedno mogu dovesti do gubitka kontrole nad hranom. Promenom načina razmišljanja, ponašanja i odnosa prema emocijama, otvara se mogućnost da se ovaj začarani krug prekine i da se postigne stabilnije psihološko funkcionisanje.

Teorije „trećeg talasa“ (Third-Wave modeli)

Savremeni „treći talas“ kognitivno-bihejvioralnih pristupa proširuje klasične modele tako što menja fokus sa same promene misli na način na koji se osoba odnosi prema svojim mislima, emocijama i telesnim senzacijama. Umesto pokušaja da se neprijatna osećanja potisnu ili kontrolišu, naglasak je na njihovom prihvatanju, razvijanju svesnosti i većoj psihološkoj fleksibilnosti, odnosno sposobnosti da se neprijatna iskustva podnesu bez osuđivanja i da se reaguje u skladu sa ličnim vrednostima (Hayes i Hofmann, 2021).

U kontekstu prejedanja, ovakav pristup je posebno značajan, jer se upravo izbegavanje neprijatnih emocija i impulsivno reagovanje često nalaze u osnovi problema. Umesto da se emocije potiskuju, pažnja se usmerava na njihovo prepoznavanje i razumevanje, kao i na razvoj tolerancije na neprijatna stanja. To podrazumeva sposobnost da se nagon prepozna i „izdrži“ bez trenutne reakcije, odnosno bez automatskog posezanja za hranom.

Treći talas obuhvata više međusobno povezanih pristupa koji doprinose boljem razumevanju i regulaciji prejedanja. Pristupi zasnovani na prihvatanju, posvećenosti i punoj svesnosti (npr. ACT, mindfulness) pomažu osobi da prepozna nagon za hranom kao prolazno iskustvo, bez potrebe da na njega odmah reaguje, dok se kroz praksu pažljivog jedenja razvija sposobnost razlikovanja fizičke i emocionalne gladi (Hayes i sar., 2006; Kristeller & Wolever, 2011). Istovremeno, pristupi usmereni na emocije naglašavaju značaj razvoja tolerancije na neprijatna emocionalna stanja i smanjenja impulsivnog reagovanja (Berking i sar., 2022; Linehan, 1993). Kroz rad na dubljim obrascima, kao što su osećaj stida, neuspeha i visoki lični standardi, postaje moguće bolje razumeti mehanizme koji održavaju ciklus restrikcije, prejedanja i krivice (Gilbert, 2004; Kelly i sar., 2009). U tom procesu važnu ulogu ima i razvijanje saosećanja prema sebi, koje ublažava samokritiku i doprinosi prekidanju negativnog odnosa prema sebi (Neff, 2003; Gilbert, 2004).

Zajednički cilj ovih pristupa nije uklanjanje neprijatnih emocija, već razvijanje sposobnosti da se one prepoznaju, prihvate i podnesu bez automatskog posezanja za hranom (Hayes i sar., 2006; Kristeller & Wolever, 2011). Na taj način prejedanje se sagledava kao obrazac suočavanja koji može da se menja kroz veću svesnost, prihvatanje i fleksibilniji odnos prema sopstvenim iskustvima.

Transdijagnostički kognitivno-bihejvioralni model

Transdijagnostički kognitivno-bihejvioralni model (Fairburn, Cooper i Shafran, 2003) jedan je od najuticajnijih savremenih teorijskih okvira za razumevanje poremećaja ishrane. Nastao je kao proširena verzija ranijeg modela bulimije nervoze (Fairburn i sar., 1986), ali je primenljiv i na anoreksiju, poremećaj prejedanja i druge oblike disfunkcionalnog odnosa prema ishrani. Osnovna pretpostavka modela jeste da svi poremećaji ishrane dele zajedničku psihopatologiju — stabilan skup kognitivnih, emocionalnih i interpersonalnih procesa koji održavaju problem bez obzira na njegovu manifestaciju.

U središtu modela nalazi se disfunkcionalna shema samovrednovanja, gde osoba sopstvenu vrednost meri izgledom, težinom i kontrolom ishrane. Aktivacija ove sheme vodi rigidnim pravilima o hrani i cikličnim oscilacijama između restrikcije i prejedanja. Negativni afekt, perfekcionizam, nisko samopoštovanje i netolerancija na neprijatne emocije dodatno pojačavaju sklonost ka izbegavanju emocionalnog distresa kroz hranu. Na taj način prejedanje postaje strategija samoregulacije — privremeno olakšava napetost, ali dugoročno učvršćuje disfunkcionalni obrazac i osećaj gubitka kontrole.

Empirijska istraživanja ukazuju da kombinacija ovih faktora doprinosi razumevanju različitih oblika poremećaja ishrane, uključujući restriktivno ponašanje, epizode prejedanja i nezadovoljstvo telom (Lampard i sar., 2011; Dakanalis i sar., 2014). Posebno se izdvajaju nisko samopoštovanje, perfekcionizam i teškoće u regulaciji emocija, koji doprinose jačini i trajanju simptoma.

Model time obezbeđuje teorijski okvir koji omogućava da se različite kliničke slike (od restriktivnih do impulsivnih oblika) sagledaju kroz zajedničke mehanizme. On prejedanje tumači kao ishod međudejstva kognitivnih i emocionalnih disfunkcija koje podržavaju ponavljajuće cikluse kontrole i gubitka kontrole.

Teorijska ograničenja postojećih modela i potreba za integrisanim kognitivno-bihejvioralnim pristupom

Savremena literatura nudi više teorijskih okvira za razumevanje razvoja i održavanja prejedanja, među kojima se posebno izdvajaju teorija dijetetske restrikcije, modeli emocionalne regulacije, teorija izbegavanja samosvesnosti, model dvostrukog puta i kognitivno-bihejvioralni pristupi, uključujući transdijagnostički model poremećaja ishrane (Herman i Polivy, 1985; Polivy i Herman, 1993; Heatherton i Baumeister, 1991; Stice, 2001; Fairburn, Cooper i Shafran, 2003; Fairburn, 2008). Iako se razlikuju u pogledu mehanizama kojima pridaju centralni značaj, ovi pristupi prejedanje povezuju sa međusobnim delovanjem kognitivnih, emocionalnih i bihejvioralnih procesa. Posebno se ističu negativna samoevaluacija, neprijatna emocionalna stanja, rigidna pravila i restriktivni obrasci ishrane, kao i teškoće u samoregulaciji, koji mogu imati različite uloge u objašnjenju prejedanja (Heatherton i Baumeister, 1991; Cooper i sar., 2004; Fairburn, 2008).

Ipak, iako svaki od ovih modela pruža važne uvide, većina njih je usmerena na pojedinačne aspekte problema. Zbog toga su ograničeni u objašnjenju celokupne dinamike prejedanja, posebno kada je reč o tome kako se različiti faktori međusobno povezuju, u kojim uslovima postaju klinički značajni i zbog čega slični rizični uslovi kod nekih osoba dovode do razvoja prejedanja, dok kod drugih ne.

Teorija dijetetske restrikcije objašnjava paradoksalan odnos između rigidnih dijetnih obrazaca i gubitka kontrole u ishrani, ukazujući na značaj „sve ili ništa" mišljenja i kontraregulatornog efekta (Herman i Polivy, 1985). Međutim, u ovom okviru restrikcija se često posmatra kao glavna polazna tačka, dok se uloga emocionalnih procesa i individualnih razlika u podnošenju neprijatnosti ređe razrađuje kao sastavni deo modela. Iako je empirijski potvrđeno da restrikcija povećava ranjivost, ona sama po sebi ne može u potpunosti objasniti razlike među pojedincima. Naime, nisu sve osobe koje primenjuju restriktivne režime podjednako sklone prejedanju, niti se kod svih javlja gubitak kontrole istim intenzitetom. To ukazuje na postojanje dodatnih mehanizama u osnovi ovog procesa, posebno onih koji se odnose na način obrade emocija i kapacitete samoregulacije u situacijama stresa, frustracije i doživljaja neuspeha. Slično tome, modeli emocionalne regulacije doprinose razumevanju prejedanja kao načina ublažavanja neprijatnih emocija i unutrašnje napetosti, naglašavajući teškoće u prepoznavanju, tolerisanju i adekvatnom upravljanju emocijama (Polivy i Herman, 1993; Gratz i Roemer, 2004; Gross, 2014). Njihova posebna vrednost ogleda se u isticanju uloge emocionalnih okidača i mehanizma negativnog pojačanja, odnosno kratkotrajnog olakšanja koje doprinosi održavanju ovog ponašanja. Ipak, ograničenje ovih pristupa je u tome što su često primarno usmereni na emocije kao neposredni uzrok, dok se manje pažnje posvećuje kognitivnim procesima koji oblikuju način na koji osoba doživljava i procenjuje te emocije. Disfunkcionalna uverenja o sebi, telu i ishrani, rigidni standardi i izražena samokritičnost mogu prethoditi emocionalnom distresu, dodatno ga pojačavati i usmeravati način suočavanja. Drugim rečima, emocionalna disregulacija predstavlja važan deo ovog procesa, ali sama po sebi nije dovoljna da objasni poreklo i strukturu psihološke ranjivosti koja vodi ka prejedanju, niti u potpunosti razjašnjava kroz koje kognitivne procese emocije postaju okidač za gubitak kontrole nad jedenjem.

Teorija izbegavanja samosvesnosti posebno je značajna jer prejedanje objašnjava kao pokušaj „bekstva" od neprijatnih doživljaja o sebi, poput stida i samokritike, uz sužavanje pažnje i slabljenje samokontrole (Heatherton i Baumeister, 1991). Ovaj pristup jasno pokazuje zašto epizoda prejedanja može doneti kratkotrajno olakšanje, ali i zašto se nakon nje javljaju pojačani osećaji krivice i nezadovoljstva, čime se održava začarani krug. Ipak, i u ovom okviru ostaje otvoreno pitanje zbog čega slični unutrašnji doživljaji ne dovode kod svih osoba do istog ishoda. Naime, iako su stid i samokritika česti, ne razvijaju sve osobe potrebu da „pobegnu" kroz prejedanje, niti se kod svih javlja gubitak kontrole istog intenziteta. To ukazuje na značaj dodatnih faktora, posebno onih koji se odnose na sposobnost podnošenja neprijatnih emocija i odlaganja impulsivnog reagovanja. U tom smislu, razlike u kapacitetima samoregulacije mogu imati ključnu ulogu u tome da li će se neprijatna unutrašnja stanja pretvoriti u epizodu prejedanja ili će osoba uspeti da na njih odgovori na adaptivniji način.

Model dvostrukog puta predstavlja jedan od značajnih integrativnih okvira, jer povezuje sociokulturne pritiske, nezadovoljstvo telom i dve osnovne putanje razvoja simptoma: restriktivnu i afektivnu (Stice, 2001; Stice i sar., 2008). Na taj način model jasno pokazuje kako nezadovoljstvo telom može voditi i ka dijetnom ponašanju i ka porastu negativnih emocija, koji dalje povećavaju rizik za prejedanje. Ipak, iako ovaj model dobro objašnjava glavne pravce razvoja problema, u manjoj meri se bavi faktorima koji određuju

individualne razlike. Odnosno, ostaje nedovoljno razjašnjeno kada će restrikcija i negativni afekt dovesti do epizode prejedanja, a kada će ostati na nivou unutrašnje napetosti bez gubitka kontrole. Drugim rečima, model jasno ukazuje na to kojim putem se problem razvija, ali manje precizno objašnjava zašto se u određenom trenutku i kod određene osobe javlja prelazak iz ranjivosti u konkretno ponašanje. To upućuje na značaj dodatnih intrapersonalnih faktora, posebno onih koji se odnose na regulaciju emocija i kontrolu impulsa.

Savremeni kognitivno-bihejvioralni modeli, posebno u okviru transdijagnostičkog pristupa, objašnjavaju održavanje poremećaja ishrane kroz međusobno povezane procese, kao što su disfunkcionalno samovrednovanje, rigidna pravila ishrane, restriktivno ponašanje, negativne emocije i smenjivanje kontrole i gubitka kontrole nad jedenjem (Fairburn, 2008; Cooper i sar., 2004; Fairburn i sar., 2003). Njihova prednost je u tome što povezuju kognitivne, emocionalne i bihejvioralne aspekte problema i pružaju jasan okvir za razumevanje njegovog održavanja. Istovremeno, nalazi iz oblasti emocionalne disregulacije i pristupa „trećeg talasa“ ukazuju da postoji prostor za dodatno preciziranje ovog modela. Regulacioni kapaciteti, kao što su tolerancija neprijatnih emocija, tolerancija frustracije i psihološka fleksibilnost, često nisu u središtu objašnjenja, iako mogu imati važnu ulogu u razumevanju individualnih razlika. Time se otvara pitanje zašto kod nekih osoba kognitivna i emocionalna ranjivost dovodi do prejedanja, dok se kod drugih ispoljava na drugačiji način. Takođe, većina istraživanja ove faktore posmatra odvojeno, dok su ređa ona koja ispituju njihovo međudelovanje, odnosno način na koji se efekti prenose i pod kojim uslovima se pojačavaju ili slabe.

Pristupi „trećeg talasa“ dodatno naglašavaju da problem prejedanja nije samo u sadržaju disfunkcionalnih misli, već i u načinu na koji se osoba odnosi prema sopstvenim mislima, emocijama i telesnim senzacijama, odnosno u sklonosti ka izbegavanju neprijatnih iskustava i impulsivnom rasterećenju (Hayes i Hofmann, 2021). Njihov značaj ogleda se u isticanju psihološke fleksibilnosti i prihvatanja kao procesa koji mogu smanjiti potrebu za prejedanjem kao načinom regulacije emocija.

Međutim, ovi pristupi se češće zadržavaju na opštim procesima, dok se ređe povezuju sa klasičnim kognitivno-bihejvioralnim putanjama u jedinstvenom okviru. Time ostaje nedovoljno razjašnjeno na koji način se odnos prema unutrašnjim iskustvima uklapa u već poznate veze između disfunkcionalnih uverenja, negativnih emocija i ponašanja, kao i kako se istovremeno mogu obuhvatiti i rizični i zaštitni faktori u okviru jednog modela.

Postojeći modeli pružaju snažnu osnovu, ali ostavljaju teorijski važan prostor za integraciju: potrebno je preciznije objasniti kako kognitivne vulnerabilnosti (negativna samoevaluacija, samokritičnost, stid, krivica i disfunkcionalna uverenja o ishrani) vode ka prejedanju preko emocionalnih mehanizama, ali i kada se taj prenos pojačava ili prekida u zavisnosti od kapaciteta samoregulacije. Upravo ta teorijska “praznina” opravdava potrebu za proširenim kognitivno-bihejvioralnim pristupom koji zadržava jezgro KBT objašnjenja, ali ga dopunjuje eksplicitnim procesnim elementima: negativni afekt i emocionalna disregulacija se operacionalizuju kao posrednički mehanizmi preko kojih kognitivne vulnerabilnosti povećavaju rizik od prejedanja (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2014), dok se frustraciona tolerancija i psihološka fleksibilnost uvode kao regulacioni kapaciteti koji mogu modifikovati jačinu veza između distresa i ponašanja (Harrington, 2005; Hayes & Hofmann, 2021). Na taj način, prejedanje se ne sagledava samo kao posledica “nedostatka kontrole”, već kao rezultat dinamičke interakcije kognitivne ranjivosti, afektivnog distresa i regulacionih kapaciteta koji određuju da li će se neprijatnost tolerisati ili će se impulsivno rasteretiti hranom.

U skladu sa navedenim, integrisani kognitivno-bihejvioralni model omogućava razumevanje tri ključna pitanja: na koji način se rizični kognitivni procesi povezuju sa ponašanjem prejedanja kroz ispitivanje medijacionih mehanizama, pod kojim uslovima i kod kojih osoba su ovi procesi izraženiji kroz ispitivanje moderacionih mehanizama, kao i zbog čega isti rizični faktori ne dovode do istog intenziteta simptoma, ukazujući na značaj protektivnih kapaciteta. Polazeći od ove teorijske sinteze, u narednom poglavlju biće predstavljen integrisani kognitivno-bihejvioralni model prejedanja kao jedinstven, empirijski proverljiv okvir koji integriše kognitivne prediktore, emocionalne posrednike i regulacione moderatore

Integrisani kognitivno-bihejvioralni model psiholoških determinanti prejedanja

Savremeni kognitivno-bihejvioralni pristupi ukazuju da se prejedanje ne može objasniti jednim uzrokom, već da predstavlja višedimenzionalni fenomen koji nastaje kroz međusobno delovanje kognitivnih, emocionalnih i regulatornih procesa (Fairburn, 2008; Burton & Abbott, 2019). Iako postojeći modeli pružaju značajne uvide u pojedinačne mehanizme rizika, oni često ne objašnjavaju njihove međusobne odnose u jedinstvenom okviru koji preciznije određuje kako i pod kojim uslovima različiti oblici psihološke ranjivosti mogu biti povezani sa prejedanjem.

Polazi se od teorijske pretpostavke da prejedanje nastaje kao rezultat međudejstva kognitivnih, emocionalnih i regulatornih procesa, a ne kao posledica izolovanih faktora. U tom okviru, pretpostavlja se da kognitivne vulnerabilnosti deluju putem emocionalnog distresa, dok individualne razlike u regulatornim kapacitetima mogu menjati snagu i pravac ovih odnosa, što predstavlja osnov za teorijsko proširenje postojećih modela.

Teorijsko uporište ovog istraživanja zasniva se na integraciji kognitivno-bihejvioralnog modela poremećaja ishrane (Fairburn i sar., 1993; Cooper i sar., 2004), koncepata emocionalne regulacije (Gross, 1998; Gratz & Roemer, 2004), teorije frustracione tolerancije (Harrington, 2005) i psihološke fleksibilnosti (Hayes i sar., 2006), pri čemu se prejedanje razume kao rezultat međudejstva disfunkcionalnih uverenja, emocionalnog distresa i načina regulacije unutrašnjih iskustava.

U središtu modela nalaze se kognitivni faktori koji stvaraju osnovnu psihološku vulnerabilnost za razvoj prejedanja. Samokritičnost, stid i krivica doprinose negativnoj samoevaluaciji i doživljaju lične neadekvatnosti, čime pojačavaju emocionalni distres i osetljivost na stresne događaje (Dunkley & Grilo, 2007; Goss & Allan, 2009). Disfunkcionalna uverenja o ishrani i restriktivno dijetno ponašanje dodatno učvršćuju ovaj obrazac, jer nameću rigidna pravila i podstiču crno-belo razmišljanje o hrani i kontroli (Cooper i sar., 2004; Polivy & Herman, 2019). Kada se ove kognitivne sheme aktiviraju u kontekstu neuspeha, socijalnog poređenja ili doživljaja gubitka kontrole, dolazi do porasta negativnog afekta i unutrašnje napetosti, što povećava verovatnoću maladaptivnog reagovanja, uključujući epizode prejedanja.

Za razliku od pristupa koji kognitivne i emocionalne faktore posmatraju paralelno, predloženi okvir polazi od toga da negativni afekt i emocionalna disregulacija imaju posredničku ulogu između kognitivne vulnerabilnosti i prejedanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Haedt-Matt & Keel, 2011). Disfunkcionalna uverenja i samokritični obrasci ne dovode nužno direktno do prejedanja, već deluju preko pojačanog emocionalnog distresa i teškoća u

njegovoj regulaciji. Na taj način uspostavlja se jasna putanja od kognitivne ranjivosti, preko neprijatnih emocionalnih stanja, do ponašanja prejedanja. Osobe koje imaju teškoće u prepoznavanju, podnošenju i regulisanju emocija sklonije su da koriste hranu kao način brzog ublažavanja napetosti. Hrana tada ima funkciju regulacije afekta — kratkoročno donosi olakšanje, ali dugoročno doprinosi održavanju ciklusa prejedanja, krivice i ponovnog gubitka kontrole (Polivy & Herman, 1993; Lavender i sar., 2015).

Dodatna vrednost integrisanog modela ogleda se u uključivanju moderatorskih mehanizama koji objašnjavaju individualne razlike u intenzitetu i trajanju simptoma. Iako postojeći modeli dobro opisuju putanje rizika, ređe razjašnjavaju zbog čega negativne emocije kod nekih osoba ne dovode do prejedanja ili dovode do blažih oblika disfunkcionalnog ponašanja. U tom kontekstu, frustraciona tolerancija i psihološka fleksibilnost izdvajaju se kao važni regulacioni kapaciteti koji mogu ublažiti ili pojačati vezu između emocionalnog distresa i impulsa za prejedanjem. Frustraciona tolerancija omogućava osobi da podnese neprijatnost i odloži trenutno olakšanje bez impulsivne reakcije (Harrington, 2005; Duarte i sar., 2020), dok psihološka fleksibilnost podrazumeva sposobnost prihvatanja neprijatnih misli i emocija bez izbegavanja, uz zadržavanje ponašanja usklađenog sa ličnim vrednostima (Hayes i sar., 2006). Kada su ovi kapaciteti razvijeni, emocionalni distres ne mora nužno dovesti do prejedanja, jer osoba raspolaže adaptivnijim načinima suočavanja.

Na taj način, model istovremeno obuhvata rizične i zaštitne faktore. On integriše više međusobno povezanih nivoa: kognitivni, koji uključuje samokritičnost, stid, krivicu i uverenja o ishrani; afektivni, koji se odnosi na negativne emocije; regulatorni, koji obuhvata teškoće u upravljanju emocijama; i zaštitne kapacitete, kao što su frustraciona tolerancija i psihološka fleksibilnost. Kognitivne ranjivosti stvaraju osnovnu osetljivost, emocionalni i regulatorni procesi prenose njihov efekat, dok zaštitni kapaciteti određuju njegovu jačinu.

U tom okviru, prejedanje se ne posmatra kao izolovan gubitak kontrole, već kao rezultat međudelovanja negativne samoevaluacije, emocionalnog distresa i sposobnosti samoregulacije. Predloženi model omogućava istovremeno razumevanje načina na koji se psihološka ranjivost prevodi u ponašanje i uslova pod kojima je taj proces izraženiji ili slabiji. Time se prevazilazi odvojeno posmatranje faktora rizika i uspostavlja integrisan okvir koji doprinosi preciznijem razumevanju individualnih razlika u nastanku i održavanju prejedanja.

U nastavku sledi prikaz psiholoških faktora koji su obuhvaćeni ovim istraživanjem i rezultati istraživanja koji ukazuju na njihovu međusobnu povezanost.

Samokritičnost

Samokritičnost se može definisati kao trajna sklonost ka strogoj i negativnoj proceni sopstvenih misli, postupaka i osobina, praćena osećajem neadekvatnosti, krivice, stida i nezadovoljstva sobom (Blatt, 2004; Gilbert, 2014). Ovaj konstrukt podrazumeva obrazac mišljenja u kojem se greške i propusti doživljavaju kao potvrda lične nesposobnosti, dok se osećaj sopstvene vrednosti u velikoj meri vezuje za postignuće i ispunjenje visokih standarda. Za razliku od konstruktivne samorefleksije, koja omogućava učenje i prilagođavanje, samokritičnost je obeležena izraženim osuđujućim i kažnjavajućim unutrašnjim tonom. Takav odnos prema sebi dovodi do pojačanog emocionalnog distresa i smanjene otpornosti na stres, čime se povećava ranjivost za različite oblike neadaptivnog suočavanja (Zuroff i sar., 2021). Samokritičnost ima značajan uticaj na emocionalnu regulaciju. Iako pojedinci često veruju da će stroga samokritika doprineti promeni i boljoj kontroli ponašanja, istraživanja pokazuju da

ona zapravo pojačava negativne emocije i otežava proces samoregulacije (Joeng i Turner, 2015; Ehret i sar., 2015). Prema Gilbertovom modelu afektivne regulacije (2009), izražena samokritičnost održava hronično aktivan „sistem pretnje“, što dovodi do povećane emocionalne i fiziološke reaktivnosti. U takvim uslovima, osoba može imati osećaj ugroženosti i bez jasnih spoljašnjih razloga, dok unutrašnji dijalog postaje stalni izvor napetosti i samookrivljavanja. Kao posledica toga dolazi do narušene ravnoteže između sistema pretnje, motivacije i smirenja, čime se smanjuje sposobnost emocionalnog umirenja i razvijanja samoosnaživanja.

Istraživanja pokazuju da su visoka samokritičnost, emocionalna disregulacija i nisko samopoštovanje usko povezani faktori rizika za razvoj različitih psiholoških poteškoća (Luyten i Blatt, 2013; Werner i sar., 2019). Dugoročno, samokritičnost narušava osećaj lične vrednosti, dok rigidni unutrašnji standardi i izražen strah od neuspeha doprinose pojavi anksioznosti, depresivnosti i stida. Ovakav način razmišljanja posebno dolazi do izražaja u poremećajima ishrane, gde se lična vrednost često vezuje za telesni izgled i sposobnost kontrole ishrane (Dunkley i sar., 2012; Duarte i sar., 2015). U kontekstu prejedanja, samokritičnost ima dvostruku ulogu – može delovati i kao okidač i kao posledica epizoda prejedanja. Nakon gubitka kontrole nad jedenjem, javljaju se izraženi osećaji stida i nezadovoljstva sobom, koji dodatno pojačavaju emocionalni distres i povećavaju verovatnoću ponavljanja istog obrasca ponašanja (Heatherton i Baumeister, 1991; Kelly i sar., 2016). Na taj način formira se začarani krug u kome samokritika podstiče negativne emocije, one povećavaju rizik za prejedanje, a epizoda prejedanja donosi kratkotrajno olakšanje nakon kojeg sledi nova samokritika. Ovaj ciklus doprinosi održavanju emocionalne disregulacije i osećaja gubitka kontrole.

Model samokritike i samosaosećanja (Gilbert, 2004; Kelly i sar., 2009) pruža dodatno objašnjenje načina na koji odnos prema sebi utiče na emocije i ponašanje. Polazi od toga da način na koji osoba reaguje na sopstvene greške i slabosti ima važnu ulogu u regulaciji emocija. Samokritika, kao osuđujući odnos prema sebi, dovodi do pojačanog negativnog afekta, stida i krivice, dok samosaosećanje podrazumeva blaži i prihvatajući odnos prema sopstvenim nedostacima (Neff, 2003). Samosaosećanje uključuje ljubaznost prema sebi, osećaj da su greške deo zajedničkog ljudskog iskustva i svesnu prisutnost (mindfulness), čime doprinosi smanjenju negativnih emocija i ruminacija, ali i potrebe za neadaptivnim načinima suočavanja, poput prejedanja (Kelly i sar., 2009; Duarte i sar., 2015).

U tom kontekstu, prejedanje se može razumeti kao pokušaj privremenog ublažavanja unutrašnje napetosti. Hrana tada ima funkciju regulacije emocija, jer kratkoročno smanjuje intenzitet samokritičnih misli, ali dugoročno pojačava osećaj krivice i gubitka kontrole. Gilbert (2004) razlikuje samoporažavajuću (eng. *self-attacking*) i samokorektivnu (eng. *self-correcting*) samokritiku, pri čemu je kod poremećaja ishrane češće prisutna prva, koja održava negativne emocije i podstiče izbegavanje neprijatnih unutrašnjih stanja.

Ovaj model se nadovezuje na kognitivno-bihejvioralne pristupe, jer dodatno osvetljava ulogu intrapersonalnih procesa. Dok drugi modeli naglašavaju okidače i ponašajne obrasce, ovde se u fokus stavlja način na koji unutrašnji dijalog oblikuje emocionalno iskustvo i izbor strategija suočavanja. Samokritika tako doprinosi nastanku i održavanju negativnog afekta, dok samosaosećanje deluje zaštitno, smanjuje emocionalnu reaktivnost i omogućava fleksibilniji odnos prema sebi.

Stid i krivica

Stid i krivica predstavljaju samosvesne emocije koje nastaju kada osoba procenjuje sebe i svoje ponašanje u odnosu na lične i društvene standarde. Iako su međusobno povezani, stid i krivica razlikuju se prema tome na šta je negativna procena usmerena. Stid se javlja kada osoba negativno procenjuje sebe kao celinu, odnosno kada određeni nedostatak, neuspeh ili postupak doživljava kao pokazatelj sopstvene neadekvatnosti ili manje vrednosti. Nasuprot tome, krivica je prvenstveno usmerena na konkretno ponašanje koje osoba procenjuje kao pogrešno ili neprihvatljivo i praćena je osećajem odgovornosti za učinjeni postupak (Tangney & Dearing, 2002).

U kontekstu prejedanja, stid i krivica imaju značajnu ulogu u nastanku i održavanju problema, budući da osobe često internalizuju društvene ideale vitkosti, telesnog izgleda i samokontrole. Kada ovi standardi ostanu nedostižni, mogu se javiti osećaji neadekvatnosti, samokritičnosti i emocionalne nelagodnosti, što povećava verovatnoću korišćenja hrane kao načina suočavanja sa neprijatnim emocijama (Gilbert, 2004; Duarte i sar., 2015; Kelly i sar., 2009). Iako krivica u određenoj meri može imati adaptivnu funkciju jer podstiče korekciju ponašanja, u slučaju prejedanja ona često poprima disfunkcionalan oblik, praćen izraženom samokritikom i emocionalnim distresom (Tangney & Dearing, 2002). Nakon epizoda prejedanja, osećaji krivice mogu se intenzivirati i prerasti u stid, produbljujući emocionalnu patnju i doprinoseći održavanju začaranog kruga prejedanja, u kojem neprijatne emocije povećavaju verovatnoću novih epizoda jedenja radi kratkotrajnog emocionalnog olakšanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Duarte i sar., 2015).

Stid kod prejedanja često prevazilazi nezadovoljstvo telesnim izgledom ili pojedinačne epizode jedenja i zahvata širu sliku o sebi, utičući na način na koji osoba doživljava sopstvenu vrednost i identitet (Gilbert, 2004; Duarte i sar., 2015). Osobe koje se prejedaju neretko razvijaju osećaj lične neadekvatnosti, zbog čega problem nastoje da prikriju kroz različite oblike tajnosti i socijalnog povlačenja, kao što su skrivanje hrane, jedenje u osami ili izbegavanje obroka u prisustvu drugih (Masheb & Grilo, 2008; APA, 2013). Nasuprot tome, krivica je češće povezana sa konkretnim ponašanjem, odnosno sa samom epizodom prejedanja i doživljajem gubitka kontrole, ali se u kontekstu ponavljanih epizoda može intenzivirati i prerasti u stid, pri čemu gubi svoju adaptivnu funkciju i postaje izvor dodatnog emocionalnog distresa (Tangney & Dearing, 2002; Duarte i sar., 2015).

Ovakav obrazac može se razumeti u okviru teorije bekstva od samosvesti, prema kojoj prejedanje predstavlja pokušaj privremenog udaljavanja od neprijatnih misli, samokritike i emocionalnog bola. U tom procesu pažnja se kratkotrajno preusmerava sa samooptužujućih sadržaja na neposredno iskustvo jedenja, što dovodi do prolaznog osećaja olakšanja. Ipak, nakon epizode prejedanja najčešće dolazi do ponovne aktivacije samokritičnih procena, uz intenziviranje stida i krivice, čime se održava začarani krug emocionalne nelagodnosti i novih epizoda prejedanja.

Hronični, internalizovani stid, naročito telesni stid, smatra se i faktorom rizika i mehanizmom održavanja prejedanja. Nepovoljna iskustva tokom razvoja, poput kritike, ismevanja, odbacivanja ili različitih oblika emocionalnog zlostavljanja, mogu doprineti formiranju trajnog osećaja manje vrednosti i povećane sklonosti samokritičnosti, što kasnije povećava vulnerabilnost za emocionalne teškoće i maladaptivne strategije suočavanja, uključujući prejedanje. Vremenom se može razviti povratni obrazac u kojem prejedanje dovodi do osećaja gubitka kontrole, povećanog nezadovoljstva telom ili porasta telesne mase,

što dodatno pojačava stid, socijalnu izolaciju i emocionalnu disregulaciju, povećavajući verovatnoću novih epizoda prejedanja. Dodatno, društvena stigma povezana sa telesnom težinom i poremećajima ishrane, uključujući i negativna iskustva u zdravstvenom sistemu, može pojačati osećaj srama, podstaći skrivanje simptoma i odložiti traženje stručne pomoći.

. Empirijska istraživanja pokazuju da stid i krivica imaju važnu ulogu u održavanju prejedanja. Telesni stid i izražena samokritičnost povezani su sa češćim epizodama prejedanja i većim emocionalnim distresom, dok osećaj stida može povećati verovatnoću prejedanja kasnije istog ili narednog dana (Tangney & Dearing, 2002; Duarte i sar., 2015). Osobe sa višim nivoom stida češće izbegavaju druge, skrivaju problem i imaju izraženije simptome, dok krivica često vodi kratkotrajnim pokušajima stroge kontrole ishrane koji ne rešavaju problem dugoročno (Gilbert, 2004; Goss & Allan, 2009).

Važno je razlikovati stid i krivicu i u razumevanju i u tretmanu prejedanja. Krivica se češće odnosi na konkretno ponašanje i može podstaći promenu, dok stid uključuje negativno doživljavanje sebe i češće vodi povlačenju, tajnosti i ponavljanju epizoda prejedanja. Zato je važno raditi na razumevanju emocionalnih okidača i razvijanju zdravijih načina suočavanja sa neprijatnim emocijama, bez stalne samokritike i osuđivanja sebe, jer to može doprineti smanjenju simptoma i prekidanju začaranog kruga prejedanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Tangney & Dearing, 2002; Duarte i sar., 2015)

Negativni afekt

Negativni afekt se odnosi na relativno stabilnu sklonost ka češćem doživljavanju neprijatnih emocionalnih stanja i emocionalne napetosti. Ovaj konstrukt ne predstavlja samo prolazno raspoloženje, već trajniji obrazac emocionalnog funkcionisanja koji utiče na način na koji osoba opaža, tumači i reaguje na različite životne situacije (Watson & Clark, 1984; Tellegen, 1985). Osobe sa izraženijim negativnim afektom češće doživljavaju neprijatne emocije, teže podnose frustraciju i sklonije su napetosti i samokritičnosti.

Negativni afekt ima osnovu u pojačanoj emocionalnoj osetljivosti i većoj reaktivnosti na stres. Osobe sa izraženijim negativnim afektom češće pokazuju emocionalnu nestabilnost i povećanu osetljivost na stresne događaje, što se dovodi u vezu sa afektivnim aspektom neuroticizma (Costa & McCrae, 1992). Takve osobe češće doživljavaju situacije kao stresne ili neprijatne, više pažnje usmeravaju na negativne aspekte iskustva i teže se oporavljaju od neprijatnih emocionalnih stanja (Mathews & MacLeod, 2005). To može doprineti održavanju emocionalne napetosti i povećanoj osetljivosti na svakodnevne teškoće

U psihopatologiji, negativni afekt se smatra važnim faktorom povezanim sa različitim psihološkim teškoćama, uključujući depresivne i anksiozne poremećaje, kao i poremećaje ishrane (Harvey i sar., 2004; Krueger & Markon, 2006). Kada sposobnost regulacije emocija nije dovoljno razvijena, češće pribegavaju neadaptivnim načinima suočavanja, poput izbegavanja, potiskivanja emocija ili emocionalnog jedenja, koji privremeno mogu ublažiti nelagodnost, ali dugoročno doprinose održavanju emocionalnih teškoća (Aldao i sar., 2010).

U okviru prejedanja, negativni afekt ima značajnu ulogu u nastanku i održavanju problema. Hrana može postati način privremenog smanjenja emocionalne napetosti i neprijatnih osećanja, jer epizoda prejedanja kratkotrajno donosi osećaj olakšanja. Međutim, nakon toga često se javljaju stid, krivica i pojačana samokritičnost, što ponovo povećava emocionalnu nelagodnost i verovatnoću novih epizoda prejedanja (Heatherton & Baumeister,

1991). Na taj način formira se začarani krug u kojem negativni afekt i prejedanje međusobno doprinose održavanju problema.

Nalazi empirijskih istraživanja ukazuju da epizodama prejedanja najčešće prethodi porast neprijatnih emocionalnih stanja, dok se neposredno nakon epizode može javiti kratkotrajno olakšanje, koje zatim često prati porast negativnog afekta (Smyth i sar., 2007; Leehr i sar., 2015). Longitudinalna istraživanja pokazuju da visoki negativni afekt u adolescenciji predviđa razvoj obrazaca prejedanja u odraslom dobu (Stice i sar., 2001), dok eksperimentalna istraživanja pokazuju da indukcija negativnog raspoloženja povećava verovatnoću impulzivnog jedenja (Macht, 2008).

Negativni afekt, međutim, ne djeluje samostalno. On se povezuje s niskim samopoštovanjem, samokritičnošću, emocionalnom disregulacijom i rigidnim dijetalnim pravilima – faktorima koji zajedno doprinose ciklusu gubitka kontrole. Kada osoba ne uspe da održi stroge standarde u ishrani, često se javljaju osećanja neuspeha i stida, što može pojačati negativni afekt i oslabiti kontrolu impulsa (Fairburn i sar., 2003). Ovakav obrazac ukazuje da negativni afekt ne predstavlja samo posledicu prejedanja, već može delovati i kao psihološki okidač koji doprinosi održavanju problema.

U širem smislu, negativni afekt predstavlja emocionalnu pozadinu poremećaja ishrane. On doprinosi nezadovoljstvu telom, pojačava kognitivne distorzije o samokontroli i stvara potrebu da se neprijatnost ublaži brzim i dostupnim sredstvima, među kojima je hrana jedno od najučestalijih. Zato se u savremenim teorijskim modelima poremećaja prejedanja negativni afekt posmatra kao središnji proces koji povezuje emocionalnu vulnerabilnost i disfunkcionalne obrasce ishrane i ponašanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Fairburn, 2008). Razumevanje njegove uloge omogućava dublje sagledavanje psiholoških mehanizama prejedanja i isticanje važnosti emocionalne regulacije u prevenciji i tretmanu ovog poremećaja.

Emocionalna regulacija

Emocionalna regulacija ima važnu ulogu u razumevanju prejedanja i poremećaja ishrane. Ovaj konstrukt odnosi se na sposobnost prepoznavanja, razumevanja i upravljanja emocijama, kao i njihovog adekvatnog izražavanja (Gross, 2014; Gratz & Roemer, 2004). Kada su ove sposobnosti oslabljene, osoba može teže da se nosi sa neprijatnim emocijama i češće pribegava neadaptivnim načinima suočavanja, među kojima je i prejedanje (Heatherton & Baumeister, 1991; Macht, 2008). U tom smislu, prejedanje se može posmatrati kao pokušaj privremenog ublažavanja emocionalne napetosti i neprijatnih osećanja, pri čemu hrana postaje način suočavanja sa emocionalnim distresom

Osobe sklone prejedanju često intenzivnije doživljavaju emocije, ali istovremeno imaju teškoće u njihovom razumevanju, podnošenju i regulisanju (Whiteside i sar., 2007; Lavender i sar., 2015). Takvi obrasci ukazuju na emocionalnu disregulaciju, odnosno otežanu sposobnost upravljanja neprijatnim emocijama. Kognitivno-bihejvioralni modeli prejedanja polaze od pretpostavke da negativne emocije, poput tuge, stida, frustracije ili besa, često prethode epizodama prejedanja i podstiču neadaptivne misli, poput uverenja da se osoba ne može nositi sa neprijatnim osećanjima ili da hrana može doneti olakšanje (Fairburn et al., 1993; Polivy & Herman, 1985; Cooper i sar., 2004). Zbog toga prejedanje može predstavljati pokušaj brzog smanjenja emocionalne napetosti i neprijatnih osećanja. Iako takav obrazac

kratkotrajno donosi olakšanje, dugoročno može doprineti održavanju negativnih emocija i osećaja gubitka kontrole nad jedenjem (Macht & Simons, 2011; Leehr i sar., 2015).

Prema funkcionalnim modelima prejedanja, jedenje u odsustvu gladi može imati funkciju emocionalne regulacije i služiti ublažavanju neprijatnih emocija ili postizanju trenutnog osećaja olakšanja (Macht, 2008). Zbog toga se prejedanje ne posmatra samo kao problem kontrole impulsa, već i kao način suočavanja sa emocionalnom nelagodnošću, pri čemu hrana dobija emocionalnu funkciju (Spoor i sar., 2007). Empirijska istraživanja pokazuju da osobe sa izraženijim teškoćama u emocionalnoj regulaciji češće doživljavaju epizode prejedanja (Lavender i sar., 2015; Dingemans i sar., 2017; Berking i sar., 2022). Takođe, nalazi ukazuju da emocionalna disregulacija može povezivati negativni afekt i impulsivno jedenje, zbog čega se smatra važnim mehanizmom u nastanku i održavanju prejedanja (Haedt-Matt & Keel, 2011; Svaldi i sar., 2012).

Brojna istraživanja ukazuju na povezanost teškoća u emocionalnoj regulaciji sa prejedanjem. Nalazi pokazuju da osobe sa poremećajem prejedanja mogu imati izraženije teškoće u regulaciji emocija u poređenju sa osobama bez ovog poremećaja, dok se emocionalna disregulacija razmatra i kao jedan od mogućih posredničkih procesa u odnosu između negativnog afekta i epizoda prejedanja (Lavender i sar., 2015; Dingemans i sar., 2017). Teškoće u emocionalnoj regulaciji povezane su sa psihopatologijom i ponašanjima karakterističnim za poremećaj prejedanja, uključujući epizode prejedanja i gubitak kontrole nad jedenjem (da Luz i sar., 2023). Nalazi istraživanja dodatno ukazuju na značaj adaptivnijih strategija emocionalne regulacije u kontekstu manje izraženih teškoća povezanih sa prejedanjem i uspešnijeg suočavanja sa emocionalnim distresom (Berking i sar., 2022; Svaldi i sar., 2019).

U okviru ovog istraživanja, emocionalna regulacija se posmatra kao medijatorska varijabla koja povezuje negativni afekt i prejedanje. Polazi se od pretpostavke da teškoće u prepoznavanju, tolerisanju i regulisanju emocija mogu doprineti tome da osoba češće pribegava prejedanju kao načinu kratkotrajnog ublažavanja emocionalne neprijatnosti (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2015). U tom smislu, emocionalna disregulacija ne predstavlja direktan uzrok prejedanja, već mehanizam kroz koji neprijatna emocionalna stanja mogu povećati verovatnoću njegovog javljanja (Dingemans i sar., 2017; Berking i sar., 2022).

Posmatrano šire, emocionalna regulacija predstavlja važan psihološki proces u razumevanju prejedanja. Kada je sposobnost regulacije emocija oslabljena, emocionalno jedenje može postati način suočavanja sa neprijatnim osećanjima, pri čemu hrana kratkotrajno smanjuje napetost, ali dugoročno doprinosi održavanju osećaja krivice, stida i gubitka kontrole. Razumevanje ovih procesa važno je za prevenciju i tretman prejedanja, posebno u okviru kognitivno-bihejvioralnog pristupa koji naglašava razvoj adaptivnih strategija emocionalne regulacije.

Frustraciona tolerancija

Frustraciona tolerancija predstavlja važan aspekt samoregulacije i odnosi se na sposobnost podnošenja neprijatnosti, odlaganja trenutnog zadovoljenja i suočavanja sa teškoćama bez impulsivnog reagovanja (Ellis, 1962, 1994; Ciarrochi, 2002). Ovaj konstrukt podrazumeva sposobnost tolerisanja neprijatnih emocija i stresa, bez pribegavanja ponašanjima koja donose trenutno olakšanje, ali dugoročno mogu održavati problem. Osobe

sa višom frustracionom tolerancijom lakše podnose neprijatna iskustva i češće biraju ponašanja usmerena ka dugoročnim ciljevima.

Pojam niske frustracione tolerancije posebno je razvijen u okviru racionalno-emotivno-bihejvioralne terapije, prema kojoj emocionalne teškoće često proizlaze iz rigidnih i iracionalnih uverenja o sebi, drugima i svetu (Ellis, 1994). Uverenja poput „Ne mogu ovo da podnesem“ ili „Sve mora biti onako kako želim“ mogu dovesti do intenzivnijih emocionalnih reakcija i impulsivnih ponašanja usmerenih ka brzom smanjenju neprijatnosti (Dryden & Branch, 2008). Dugoročno, ovakav način reagovanja može otežati adaptivno suočavanje sa stresom.

Frustraciona tolerancija povezana je i sa sposobnošću odlaganja neposrednog zadovoljenja potreba i kontrole impulsa, koje predstavljaju važne aspekte samoregulacije (Mischel i sar., 2011). Kada je tolerancija na frustraciju niža, osoba češće traži trenutno olakšanje i teže odlaže zadovoljstvo, čak i kada to može imati nepovoljne posledice. To je posebno važno u razumevanju prejedanja, gde potreba za trenutnim smanjenjem emocionalne napetosti može nadjačati kontrolu ponašanja (Tangney i sar., 2004).

Frustraciona tolerancija je tesno povezana sa emocionalnom regulacijom. Niska tolerancija često podrazumeva korišćenje disfunkcionalnih strategija poput izbegavanja, potiskivanja ili ruminacije, umesto adaptivnih pristupa kao što su prihvatanje i kognitivna reinterpretacija (Aldao i sar., 2010). Manifestuje se kroz nestrpljenje, osećaj preplavljenosti i traženje spoljašnjih sredstava za regulaciju afekta (npr. hrana). Suprotno tome, visoka tolerancija omogućava racionalnije i fleksibilnije reagovanje u uslovima emocionalnog intenziteta.

Zbog svoje povezanosti sa samoregulacijom i suočavanjem sa stresom, frustraciona tolerancija se smatra važnim faktorom u razumevanju različitih emocionalnih i bihejvioralnih teškoća. Niska tolerancija povezuje se sa većom impulsivnošću, izraženijim emocionalnim teškoćama i otežanim suočavanjem sa stresom (Ellis, 2001; Tangney i sar., 2004). Savremeni terapijski pristupi, poput dijalektičko-bihejvioralne i terapije prihvatanjem i posvećenošću, naglašavaju značaj razvoja tolerancije na neprijatna emocionalna stanja i fleksibilnijeg načina reagovanja (Linehan, 1993; Hayes i sar., 2006; Juarascio i sar., 2013).

U kontekstu prejedanja, frustraciona tolerancija ima važnu ulogu jer utiče na sposobnost podnošenja neprijatnih emocija bez pribegavanja hrani kao načinu trenutnog olakšanja. Kada osoba teže podnosi emocionalni distres, hrana može postati brz način smanjenja napetosti i neprijatnih osećanja, iako takav obrazac dugoročno doprinosi održavanju problema (Fairburn i sar., 2003; Heatherton & Baumeister, 1991; Leehr i sar., 2015). Osobe sa nižom frustracionom tolerancijom češće imaju teškoće u održavanju kontrole nad ishranom, posebno u situacijama emocionalne napetosti, što može povećati verovatnoću emocionalnog jedenja i gubitka kontrole (Cooper i sar., 2004; Duarte i sar., 2020).

U okviru ovog istraživanja, frustraciona tolerancija se posmatra kao moderatorska varijabla koja može uticati na odnos između negativnog afekta i prejedanja. Pretpostavlja se da viša frustraciona tolerancija može ublažiti uticaj emocionalnog distresa na pojavu prejedanja, dok niža tolerancija može povećati verovatnoću da neprijatne emocije dovedu do gubitka kontrole nad jedenjem. Zbog toga se razvoj frustracione tolerancije smatra važnim aspektom prevencije i tretmana prejedanja

Psihološka fleksibilnost

Psihološka fleksibilnost odnosi se na sposobnost osobe da bude svesna i otvorena prema sopstvenim mislima, emocijama i telesnim senzacijama, bez potrebe da ih izbegava ili potiskuje. Istovremeno, ona podrazumeva sposobnost da osoba nastavi da se ponaša u skladu sa sopstvenim vrednostima i dugoročnim ciljevima, čak i kada su prisutna neprijatna osećanja ili emocionalna nelagodnost (Hayes i sar., 2006, 2012). Psihološka fleksibilnost ne znači odsustvo negativnih emocija, već sposobnost da se one prihvate i podnesu bez impulsivnog reagovanja ili izbegavanja (Bond i sar., 2011).

U okviru terapije prihvatanja i posvećenosti(ACT), , psihološka fleksibilnost povezuje se sa procesima poput prihvatanja emocija, usmerenosti na sadašnji trenutak i ponašanja koje je u skladu sa ličnim vrednostima (Hayes i sar., 2012). Kada je fleksibilnost oslabljena, osoba češće pribegava izbegavanju neprijatnih iskustava, rigidnim obrascima mišljenja i kratkoročnim načinima suočavanja. Dosadašnja istraživanja pokazuju da je niža psihološka fleksibilnost povezana sa većim emocionalnim teškoćama i manje adaptivnim strategijama suočavanja, dok viša fleksibilnost doprinosi boljem prilagođavanju i većoj emocionalnoj stabilnosti (Kashdan & Rottenberg, 2010; Levin i sar., 2014).

Psihološka fleksibilnost povezana je sa emocionalnom regulacijom, ali se od nje razlikuje. Dok emocionalna regulacija podrazumeva način na koji osoba upravlja emocijama, psihološka fleksibilnost odnosi se na sposobnost da osoba prihvati neprijatna osećanja i nastavi da se ponaša u skladu sa svojim vrednostima i ciljevima, uprkos njihovom prisustvu (Bond i sar., 2011; Levin i sar., 2014). To znači da osoba može osećati tugu, napetost ili frustraciju, ali da ne mora odmah reagovati impulsivno ili pokušavati da ta osećanja izbegne. Na taj način psihološka fleksibilnost doprinosi boljem podnošenju frustracije i emocionalne nelagodnosti.

Dosadašnja istraživanja pokazuju da je viša psihološka fleksibilnost povezana sa boljim prilagođavanjem, manjom emocionalnom reaktivnošću i boljom samoregulacijom, dok je niža fleksibilnost povezana sa rigidnim načinima mišljenja, izbegavanjem neprijatnih iskustava i većim emocionalnim teškoćama (Bond i sar., 2011; Kashdan & Rottenberg, 2010; Levin i sar., 2014). U kontekstu prejedanja, može se pretpostaviti da psihološka fleksibilnost smanjuje verovatnoću da osoba na stres i neprijatne emocije reaguje impulsivnim jedenjem kao načinom trenutnog olakšanja. Nasuprot tome, izraženije izbegavanje i psihološka rigidnost mogu povećati sklonost ka emocionalnom jedenju.

Zbog toga se psihološka fleksibilnost smatra važnim zaštitnim faktorom koji može doprineti boljem suočavanju sa stresom, većoj toleranciji na frustraciju i adaptivnijem emocionalnom funkcionisanju. U tom smislu, ona može imati značajnu ulogu u razumevanju ponašanja povezanih sa prejedanjem i načina na koji osobe reaguju na emocionalnu nelagodnost.

Uverenja o ishrani

Uverenja o ishrani predstavljaju skup stavova i pravila o hrani, telesnoj težini i kontroli ishrane, koji utiču na način na koji osoba doživljava hranu i reguliše ponašanje u vezi sa jedenjem. U kognitivno-bihejvioralnim modelima imaju važnu ulogu u razumevanju prejedanja, jer utiču na način razmišljanja o hrani, kontroli i telesnom izgledu (Cooper i sar., 2004). Ona uključuju procene o tome koja je hrana „dobra“ ili „loša“, koliko je važno

kontrolisati unos hrane, kao i lične procene sopstvene discipline i samokontrole. Kada su ovakva uverenja rigidna i previše stroga, mogu doprineti osećaju krivice, samokritičnosti i emocionalne nelagodnosti kada osoba odstupi od sopstvenih pravila.

Uverenja o ishrani oblikuju se pod uticajem porodice, društvenog okruženja i kulturnih poruka o telesnom izgledu i kontroli težine (Polivy & Herman, 2017). Kognitivno-bihejvioralni modeli ukazuju da takva uverenja često podstiču crno-belo razmišljanje, poput stava da je osoba „uspela“ ili „potpuno podbacila“ u kontroli ishrane, kao i preuveličavanje posledica odstupanja od dijetalnih pravila (Fairburn, 2008). Zbog toga i manje odstupanje od samonametnutih pravila može izazvati osećaj neuspeha, negativne emocije i povećati verovatnoću emocionalnog jedenja i prejedanja.

Empirijska istraživanja ukazuju na značaj uverenja o ishrani u razumevanju emocionalnog jedenja i prejedanja. Rigidna uverenja o hrani i potrebi za kontrolom ishrane povezana su sa izraženijim osećajem krivice nakon jedenja i većom sklonošću ka impulsivnom jedenju (Masuda & Stephens, 2013; Roehrig i sar., 2018). Samovrednovanje koje u velikoj meri zavisi od telesnog izgleda i težine povezano je sa izraženijom psihopatologijom povezanom sa ishranom i nepovoljnijim psihološkim funkcionisanjem kod osoba sa poremećajem prejedanja (Grilo i sar., 2008).

Kada osoba ima stroga i nefleksibilna pravila o ishrani, često dolazi do crno-belog načina razmišljanja, pri čemu se svako odstupanje doživljava kao neuspeh i gubitak kontrole. Takav način razmišljanja može povećati osećaj krivice, samokritičnosti i emocionalne napetosti, što dodatno povećava verovatnoću emocionalnog jedenja i prejedanja (Fairburn, 2008; Cooper i sar., 2004). Nasuprot tome, fleksibilniji odnos prema ishrani povezan je sa stabilnijim obrascima jedenja i manjom sklonošću emocionalnom jedenju (Blomquist & Grilo, 2011; White i sar., 2011).

Posebno značajna su istraživanja koja pokazuju da uverenja poput toga da hrana služi za smanjenje neprijatnih emocija ili da je teško zaustaviti jedenje nakon što ono počne imaju važnu ulogu u održavanju prejedanja i povezane su sa težinom simptoma (Burton i sar., 2018). Noviji nalazi ukazuju i da rigidna pravila o ishrani, perfekcionistički odnos prema telu i preterana usmerenost na težinu mogu povećati emocionalnu reaktivnost i doprineti održavanju ciklusa restrikcije i gubitka kontrole nad jedenjem (Wilson i sar., 2010; Messer i sar., 2024).

Uverenja o ishrani ne utiču samo na način razmišljanja o hrani, već i na emocionalne reakcije i ponašanja povezana sa jedenjem. Kada su rigidna i previše stroga, mogu doprineti osećaju krivice, samokritičnosti i emocionalnom jedenju, dok njihovo fleksibilnije sagledavanje može doprineti stabilnijem odnosu prema hrani i manjoj sklonosti prejedanju (Fairburn, 2008; Burton i sar., 2018).

Držanje dijeta

Držanje dijeta, odnosno restriktivna ishrana, smatra se jednim od važnijih faktora povezanih sa prejedanjem i poremećajima ishrane. U kognitivno-bihejvioralnim modelima prejedanja polazi se od pretpostavke da dugotrajna restrikcija hrane može imati paradoksalan efekat – pokušaji stroge kontrole telesne težine povećavaju osećaj gladi, preokupaciju hranom i psihološku napetost, što može povećati verovatnoću gubitka kontrole nad jedenjem (Polivy & Herman, 1985; Herman & Polivy, 2019). Iako dijeta podrazumeva svesno ograničavanje

unosa hrane radi regulacije telesne mase, u situacijama stresa, emocionalnog opterećenja ili produžene restrikcije kontrola može oslabiti, što povećava rizik od epizoda prejedanja.

Eksperimentalne studije ukazuju da i manje odstupanje od dijetalnih pravila može dovesti do prejedanja, posebno kada osoba takvo odstupanje doživi kao neuspeh ili gubitak samokontrole (Herman & Polivy, 1984). Restriktivna ishrana može povećati ne samo fiziološku glad već i preokupaciju hranom, zbog čega hrana dobija veći emocionalni značaj i postaje teža za kontrolu.

Nalazi longitudinalnih i epidemioloških istraživanja pokazuju da osobe koje često drže dijete imaju veći rizik od razvoja prejedanja, posebno tokom adolescencije i ranog perioda života (Patton i sar., 1999; Stice i sar., 2008; Goldschmidt i sar., 2012). Posebno su rizične stroge restriktivne strategije, poput izbacivanja većih grupa namirnica ili postavljanja nerealnih ciljeva mršavljenja, jer mogu doprineti nezadovoljstvu sobom, emocionalnoj napetosti i održavanju ciklusa restrikcije i prejedanja.

Teorija ograničavanja polazi od pretpostavke da osobe koje namerno ograničavaju unos hrane pokušavaju da kontrolišu jedenje oslanjajući se više na stroga pravila nego na prirodne signale gladi i sitosti (Herman & Polivy, 1980, 1984). Međutim, takva kontrola često je osetljiva na stres, emocionalna stanja i druge spoljašnje uticaje, zbog čega može doći do gubitka kontrole i emocionalnog jedenja (Lowe i sar., 2006; Van Strien i sar., 2007).

Empirijski nalazi pokazuju da viši nivoi kognitivne restrikcije i hronično držanje dijeta predviđaju emocionalno i kompulsivno jedenje, pri čemu rigidna kontrola dodatno povećava rizik (Van Strien i sar., 2007; Lowe i sar., 2006). Rigidna kontrola podrazumeva apsolutna pravila („nikada ne smem da jedem posle 18h“), dok fleksibilna kontrola uključuje umeren i realističan pristup ishrani, uz dozvoljavanje odstupanja bez samookrivljavanja (Westenhoefer, 1991). Istraživanja pokazuju da fleksibilna kontrola doprinosi stabilnijim obrascima ishrane i manjoj sklonosti prejedanju, dok rigidna kontrola pojačava osećaj neuspeha i rizik od gubitka kontrole (White i sar., 2011; Blomquist & Grilo, 2011).

Restriktivna ishrana ima i šire psihološke implikacije. Ona često postaje indikator samodiscipline i lične vrednosti, čime dobija moralnu dimenziju. Kada dođe do odstupanja od pravila, javljaju se stid, krivica i frustracija, što ponovo aktivira potrebu za emocionalnim olakšanjem putem hrane. Tako se formira samoodrživi ciklus restrikcije i prejedanja, u kojem hrana preuzima funkciju regulatora emocionalnog stanja (Fairburn, 2008; Herman & Polivy, 1985; Heatherton & Baumeister, 1991; Cooper i sar., 2004).

Zbog toga savremeni kognitivno-bihejvioralni pristupi ne naglašavaju strogu restrikciju, već razvijanje realnijeg i fleksibilnijeg odnosa prema hrani, uz prepoznavanje signala gladi i sitosti i smanjenje samokritičnosti. Takav pristup može doprineti stabilnijim obrascima ishrane i smanjenju rizika od prejedanja.

Indeks telesne mase

Indeks telesne mase (Body Mass Index – BMI) predstavlja jednostavan antropometrijski pokazatelj odnosa telesne težine i visine, koji se dobija stavljanjem telesne mase izražene u kilogramima u odnos sa kvadratom telesne visine izražene u metrima. Ova vrednost se koristi kao osnovni pokazatelj uhranjenosti i omogućava klasifikaciju osoba u kategorije pothranjenosti, normalne uhranjenosti, prekomerne težine i gojaznosti, u skladu sa

kriterijumima Svetske zdravstvene organizacije (WHO). Iako je BMI jednostavna i široko primenjena mera, ona ne uzima u obzir sastav tela, raspodelu masnog tkiva niti metaboličke faktore, pa se koristi kao orijentacioni, a ne apsolutni pokazatelj zdravstvenog rizika.

U kontekstu istraživanja o prejedanju, BMI ima važnu, ali ne presudnu ulogu. Prejedanje je prisutno kod osoba sa različitim vrednostima BMI-a, uključujući i one sa normalnom telesnom težinom, ali se češće povezuje sa većim rizikom od porasta telesne mase i metaboličkih komplikacija (Spitzer i sar., 1992; Yanovski i sar., 2000; Van Strien, 2018). Kod osoba koje su sklone epizodama prejedanja, naročito onih koje istovremeno primenjuju restriktivne dijete, dolazi do oscilacija u telesnoj težini, što može doprineti razvoju insulinske rezistencije, dislipidemije i drugih metaboličkih poremećaja. Ovi procesi stvaraju začarani krug u kojem se emocionalno i kompulsivno jedenje održavaju fiziološkim i psihološkim mehanizmima.

Empirijska istraživanja ukazuju da kombinacija depresivnih simptoma, niskog samopoštovanja i negativne slike tela povećava rizik od prejedanja i dugoročnog porasta telesne težine (Grilo i sar., 2007). Osobe sa izraženim nezadovoljstvom sopstvenim telom često pribegavaju restriktivnim oblicima kontrole ishrane, koji u kombinaciji sa emocionalnom disregulacijom dovode do gubitka kontrole nad unosom hrane. Time se stvara ciklus u kojem frustracija i nezadovoljstvo izgledom povećavaju rizik od epizoda prejedanja, dok posledično povećanje telesne mase dodatno pojačava negativnu samopercepciju.

Eksperimentalna istraživanja potvrđuju da faktori poput hiperfagije, odnosno povećanog unosa hrane, i smanjene fizičke aktivnosti doprinose trajnom povećanju BMI vrednosti kod osoba sa sklonostima ka prejedanju (Ernersson i sar., 2010). Lokalni nalazi takođe pokazuju da se kod pojedinaca sa izraženim obrascima kompulsivnog jedenja češće beleže viši BMI i smanjena spremnost za fizičku aktivnost (Jakovljević & Živković, 2015). Ovakvi podaci potvrđuju da, iako prejedanje nije uvek praćeno gojaznošću, dugoročno doprinosi njenom razvoju i otežava održavanje stabilne telesne mase.

Ipak, brojna istraživanja ukazuju da BMI sam po sebi nije pouzdan prediktor prejedanja. Dok su fiziološki faktori (npr. energetski unos i potrošnja) važni, psihološke determinante poput žudnje za hranom, impulzivnosti, emocionalne reaktivnosti i niske frustracione tolerancije pokazuju snažniju prediktivnu vrednost za pojavu i učestalost epizoda prejedanja (Knežević & Kardum, 2017). Osobe sa povišenim nivoom impulsivnosti i emocionalne reaktivnosti češće reaguju na stres ili negativna emocionalna stanja unošenjem hrane bez osećaja gladi, što ukazuje da psihološki faktori imaju ključnu ulogu u etiologiji poremećaja prejedanja, nezavisno od indeksa telesne mase.

U kognitivno-bihejvioralnom modelu prejedanja, BMI se obično posmatra kao kontrolna varijabla koja pomaže da se razdvoje efekti psiholoških od fizioloških faktora. Iako prekomerna telesna težina može povećati ranjivost za prejedanje kroz mehanizme telesnog nezadovoljstva, stigmatizacije i samokritičnosti, sama po sebi ne objašnjava kompleksne obrasce emocionalnog i kompulsivnog jedenja. Na taj način, BMI u istraživačkom kontekstu ima ulogu pokazatelja opšteg zdravstvenog statusa i fiziološke posledice, ali ne predstavlja uzrok prejedanja, već pre njegovu posledicu i jedan od posrednih markera.

II METODOLOŠKI DEO

PREDMET ISTRAŽIVANJA

Savremeni teorijski modeli poremećaja ishrane, posebno kognitivno-bihejvioralni pristupi, polaze od pretpostavke da prejedanje ne predstavlja izolovano ponašanje, već složen fenomen koji se razmatra u kontekstu međusobnog delovanja kognitivnih, emocionalnih i regulatornih faktora. U tom smislu, prejedanje se povezuje sa negativnim uverenjima o sebi i hrani, izraženijim negativnim afektom, teškoćama u regulaciji emocija i smanjenom sposobnošću podnošenja emocionalne nelagodnosti.

Polazeći od ovih teorijskih postavki, u ovom istraživanju ispituju se kognitivni, emocionalni i regulatorni faktori povezani sa izraženošću simptoma prejedanja. Kognitivni faktori obuhvataju samokritičnost, stid i krivicu, uverenja o ishrani i držanje dijete, emocionalni faktori negativni afekt i emocionalnu disregulaciju, dok se u okviru regulatornih faktora razmatraju frustraciona netolerancija i psihološka infleksibilnost.

U skladu sa savremenim transdijagnostičkim pristupima, pretpostavlja se da su rigidna uverenja o sebi i ishrani, samokritičnost, restriktivni obrasci ishrane i negativni afekt povezani sa emocionalnim teškoćama i izraženijim simptomima prejedanja. Posebna pažnja usmerena je na moguće posredničke uloge negativnog afekta i emocionalne disregulacije, kao i na ispitivanje da li frustraciona netolerancija i psihološka infleksibilnost menjaju jačinu pretpostavljenih odnosa.

Predmet istraživanja obuhvata ispitivanje:

1. povezanosti kognitivnih, emocionalnih i regulatornih faktora sa izraženošću simptoma prejedanja;
2. medijacione uloge negativnog afekta i emocionalne disregulacije u odnosima između odabranih kognitivnih faktora i izraženosti simptoma prejedanja;
3. moderatorske uloge frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti u odnosima između emocionalnih faktora i izraženosti simptoma prejedanja;
4. integrisanog modela koji istovremeno obuhvata pretpostavljene medijacione i moderatorske odnose između ispitivanih varijabli.

Ciljevi istraživanja

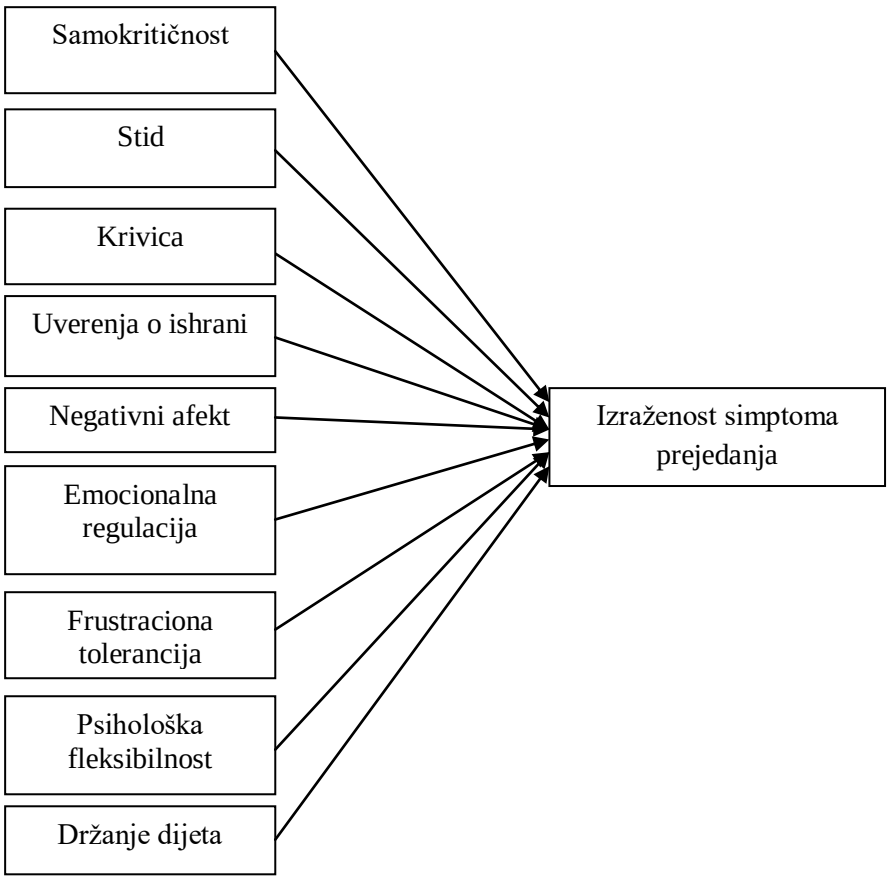
Na osnovu definisanog predmeta istraživanja formulisani su sledeći ciljevi:

1. Ispitati povezanost psiholoških faktora (samokritičnosti, stida, krivice, uverenja o ishrani, držanja dijete, negativnog afekta, emocionalne disregulacije, frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti) sa izraženošću simptoma prejedanja (Model 1).
2. Ispitati medijacione odnose psiholoških faktora i izraženosti simptoma prejedanja, odnosno medijacionu ulogu negativnog afekta u odnosu između samokritičnosti, stida i krivice i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2a), kao i medijacionu ulogu emocionalne disregulacije u odnosu između uverenja o ishrani i držanja dijete i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2b).
3. Ispitati moderatorsku ulogu frustracione netolerancije u odnosu između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3a), kao i moderatorsku ulogu

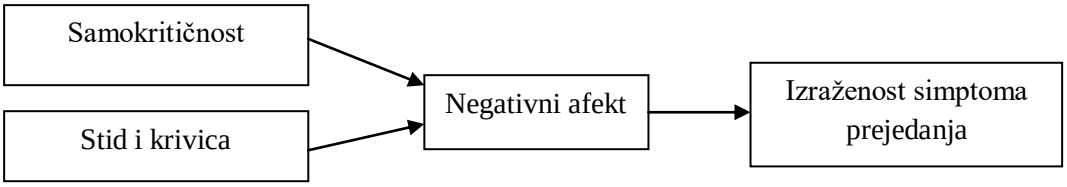
psihološke infleksibilnosti u odnosu između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3b).

4. Testirati integrisani model koji obuhvata dve pretpostavljene putanje — samokritičnost, stid i krivica → negativni afekt → izraženost simptoma prejedanja i uverenja o ishrani i držanje dijete → emocionalna disregulacija → izraženost simptoma prejedanja — uz ispitivanje moderatorskih uloga frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti (Model 4).
5. Ispitati povezanost sociodemografskih i antropometrijskih karakteristika (pola, indeksa telesne mase, socioekonomskog statusa i nivoa obrazovanja) sa izraženošću simptoma prejedanja.

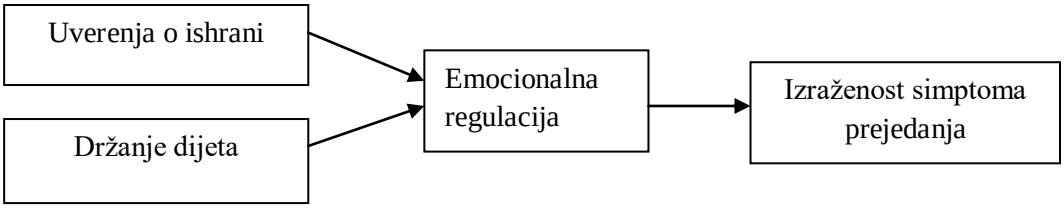
Model 1.



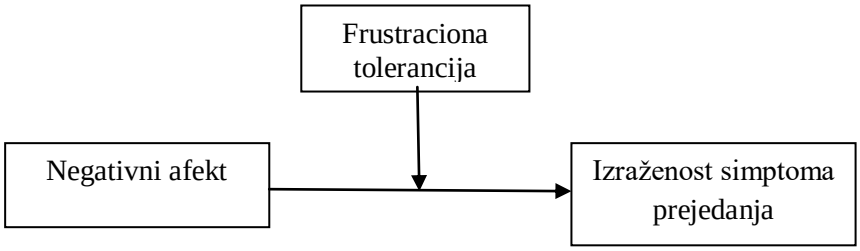
Model 2a.



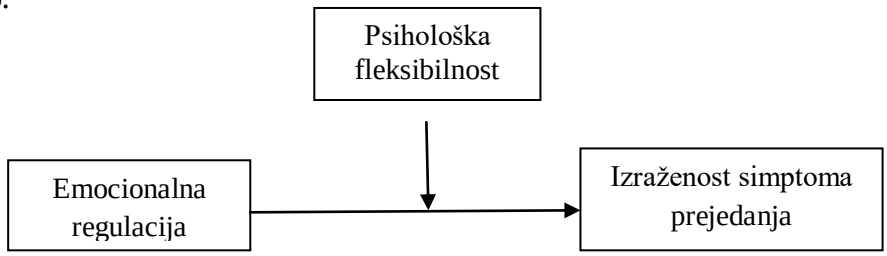
Model 2b.



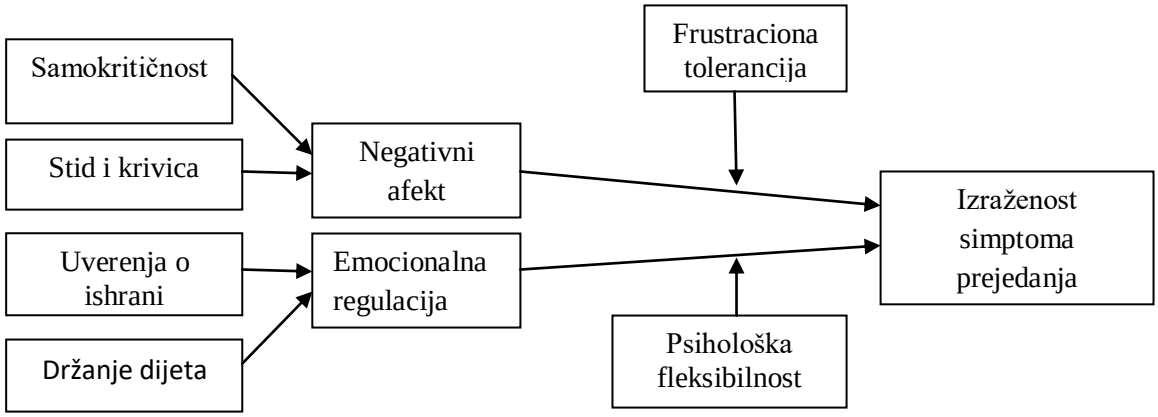
Model 3a.



Model 2b.



Model 4.



HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Hipoteze u ovom istraživanju formulisane su na osnovu definisanih ciljeva i integrativnog teorijskog okvira koji objedinjuje kognitivno-bihejvioralni model prejedanja (Fairburn i sar., 1993; Cooper i sar., 2004), savremene koncepte emocionalne regulacije (Gross, 1998; Gratz & Roemer, 2004), teoriju frustracione tolerancije (Harrington, 2005), metakognitivni pristup (Wells, 2009) i teoriju psihološke fleksibilnosti (Hayes i sar., 2006). Ovi teorijski pristupi ukazuju na značaj međusobnog delovanja kognitivnih vulnerabilnosti, emocionalnih procesa i regulatornih kapaciteta u razumevanju prejedanja. Empirijski nalazi dodatno ukazuju na povezanost ovih konstrukata sa izraženošću simptoma prejedanja i epizodama gubitka kontrole nad unosom hrane (Heatherton & Baumeister, 1991; Van Strien, 2018; Svaldi i sar., 2019), što je predstavljalo osnovu za formulisanje i testiranje hipoteza.

Direktni efekti psiholoških prediktora prejedanja

H1: *Viši nivoi samokritičnosti povezani su sa izraženijim simptomima prejedanja*. Hipoteza se zasniva na nalazima koji ukazuju na povezanost samokritičnosti sa negativnim afektom, maladaptivnim strategijama suočavanja i simptomima prejedanja (Dunkley & Grilo, 2007).

H2a: *Viši nivoi stida povezani su sa izraženijim simptomima prejedanja*. Očekivanje je utemeljeno u teoriji izbegavanja samosvesnosti, prema kojoj su negativna samoevaluacija i neprijatna stanja povezana sa samosvešću relevantni za razumevanje prejedanja, kao i u empirijskim nalazima koji ukazuju na povezanost stida sa simptomima prejedanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Craven & Fekete, 2019).

H2b: *Viši nivoi krivice povezani su sa izraženijim simptomima prejedanja*. Hipoteza se zasniva na teorijskim pretpostavkama o značaju negativnih samoevaluativnih emocija, kao i na empirijskim nalazima koji ukazuju na povezanost krivice sa simptomima prejedanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Craven & Fekete, 2019).

H3: *Izraženija disfunkcionalna uverenja o ishrani povezana su sa izraženijim simptomima prejedanja*. Hipoteza se zasniva na kognitivno-bihejvioralnim nalazima o značaju rigidnih pravila i disfunkcionalnih uverenja o hrani, kontroli ishrane i posledicama odstupanja od pravila u razumevanju prejedanja (Cooper i sar., 2004).

H4*: Izraženije restriktivno i učestalo držanje dijeta povezano je sa izraženijim simptomima prejedanja*. Očekivanje je zasnovano na teoriji dijetetske restrikcije i empirijskim nalazima koji ukazuju na povezanost restriktivnog dijetnog ponašanja sa epizodama prejedanja i gubitkom kontrole nad jedenjem (Polivy & Herman, 1985; Van Strien i sar., 2007).

H5: *Viši nivo negativnog afekta, koji obuhvata stres, anksioznost i depresivnost, povezan je sa izraženijim simptomima prejedanja*. Hipoteza se zasniva na afekt-regulacionim modelima i empirijskim nalazima koji ukazuju na povezanost negativnog afekta i emocionalnog distresa sa emocionalnim jedenjem i epizodama prejedanja (Macht, 2008; Haedt-Matt & Keel, 2011).

H6: *Viši nivo emocionalne disregulacije povezan je sa izraženijim simptomima prejedanja*. Hipoteza se zasniva na teorijskim i empirijskim nalazima koji ukazuju na povezanost teškoća u prepoznavanju, prihvatanju i regulisanju emocionalnih stanja sa maladaptivnim obrascima regulacije emocija i simptomima prejedanja (Gratz & Roemer, 2004; Dingemans i sar., 2017).

H7: *Niža frustraciona tolerancija povezana je sa izraženijim simptomima prejedanja*. Očekivanje je utemeljeno u teoriji frustracione tolerancije, prema kojoj su teškoće u podnošenju frustracije, emocionalne nelagodnosti i drugih neprijatnih iskustava povezane sa većom sklonošću ka njihovom brzom ublažavanju i izbegavanju (Harrington, 2005).

H8: *Viši nivo psihološke infleksibilnosti povezan je sa izraženijim simptomima prejedanja*. Hipoteza polazi od teorije psihološke fleksibilnosti, prema kojoj su rigidno reagovanje na neprijatna unutrašnja iskustva i iskustveno izbegavanje povezani sa maladaptivnim obrascima ponašanja (Hayes i sar., 2006). Empirijski nalazi dodatno ukazuju na pozitivnu povezanost psihološke infleksibilnosti sa izraženošću simptoma prejedanja (Finger i sar., 2020).

Medijacioni efekti

H9: *Negativni afekt ima medijacionu ulogu u odnosu između samokritičnosti, stida i krivice, s jedne strane, i izraženosti simptoma prejedanja, s druge strane*. Hipoteza se zasniva na teorijskim modelima koji negativnu samoevaluaciju i neprijatna emocionalna stanja povezuju sa prejedanjem, kao i na empirijskim nalazima koji ukazuju na značaj negativnog afekta u epizodama prejedanja (Heatherton & Baumeister, 1991; Haedt-Matt & Keel, 2011).

H10: *Emocionalna disregulacija ima medijacionu ulogu u odnosu između disfunkcionalnih uverenja o ishrani i držanja dijeta, s jedne strane, i izraženosti simptoma prejedanja, s druge strane*. Hipoteza se zasniva na kognitivno-bihejvioralnim i integrativnim modelima koji ukazuju na međusobnu povezanost disfunkcionalnih uverenja o ishrani, restriktivnih obrazaca ishrane, teškoća u regulaciji emocija i prejedanja (Cooper i sar., 2004; Gratz & Roemer, 2004).

Moderatorski efekti

H11: *Frustraciona netolerancija moderira odnos između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja*, tako da se očekuje izraženija povezanost kod osoba sa višom frustracionom netolerancijom. Očekivanje je zasnovano na teorijskim postavkama prema kojima je izraženija netolerancija neprijatnih emocionalnih stanja povezana sa većom sklonošću ka neposrednom ublažavanju emocionalnog distresa (Harrington, 2005).

H12: *Psihološka infleksibilnost moderira odnos između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja*, tako da se očekuje izraženija povezanost kod osoba sa višim nivoom psihološke infleksibilnosti. Očekivanje je zasnovano na teorijskom okviru psihološke fleksibilnosti i nalazima koji ukazuju na povezanost psihološke infleksibilnosti sa maladaptivnijim reagovanjem na neprijatna unutrašnja iskustva (Hayes i sar., 2006; Godfrey i sar., 2019).

Integrisani model moderirane medijacije

H13: *Očekuje se da integrisani model moderirane medijacije, koji obuhvata direktne i indirektne odnose kognitivnih i emocionalnih faktora sa izraženošću simptoma prejedanja, uz moderatorske uloge frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti, bude statistički značajan.*

Povezanost sociodemografskih i antropometrijskih karakteristika sa simptomima prejedanja

H14: Očekuje se veća izraženost simptoma prejedanja kod žena u odnosu na muškarce. Ova hipoteza zasniva se na empirijskim nalazima koji ukazuju na veću zastupljenost i izraženost pojedinih simptoma prejedanja kod žena (Striegel-Moore i sar., 2009; Escrivá-Martínez i sar., 2019).

H15: Viši indeks telesne mase (BMI) povezan je sa većom izraženošću simptoma prejedanja. Ova hipoteza zasniva se na empirijskim nalazima koji ukazuju na povezanost prejedanja sa višim vrednostima indeksa telesne mase (Hudson i sar., 2007; Grucza i sar., 2007).

H16: Materijalni status i nivo obrazovanja povezani su sa izraženošću simptoma prejedanja. Ova hipoteza zasniva se na nalazima koji ukazuju na značaj socioekonomskih karakteristika u razumevanju prejedanja, iako nalazi o pojedinačnim pokazateljima socioekonomskog položaja nisu u potpunosti konzistentni.

Varijable u istraživanju

Na osnovu teorijskog okvira istraživanja, pojedine varijable imaju različite uloge u testiranim modelima. Negativni afekt i emocionalna disregulacija razmatraju se kao prediktorske varijable, ali i kao medijatori u odnosima između određenih psiholoških faktora i izraženosti simptoma prejedanja. Frustraciona tolerancija i psihološka fleksibilnost ispituju se kao prediktorske varijable, kao i u ulozi moderatora pretpostavljenih odnosa. Različite uloge ovih varijabli ispituju se kroz zasebne analitičke modele, kao i u okviru integrisanog modela moderirane medijacije.

Kriterijumska varijabla

Izraženost simptoma prejedanja – procenjena je primenom Skale prejedanja (Binge Eating Scale – BES; Gormally i sar., 1982).

Prediktorske varijable

Samokritičnost – procenjena je Skalom formi samokritikovanja/samonapadanja i samoumirivanja (Forms of Self-Criticising/Attacking and Self-Reassuring Scale – FSCRS; Gilbert i sar., 2004).

Stid i krivica – procenjeni su Skalom sklonosti ka stidu i krivici (Guilt and Shame Proneness Scale – GASP; Cohen i sar., 2011).

Uverenja o ishrani – procenjena su Upitnikom uverenja o ishrani (Eating Beliefs Questionnaire – EBQ-18; Burton & Abbott, 2018).

Držanje dijete – procenjeno je Subskalom dijetne restrikcije (Eating Disorder Examination Questionnaire – Restraint subscale; EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994).

Medijatorske varijable

Negativni afekt – procenjen je Skalom depresije, anksioznosti i stresa (Depression Anxiety Stress Scale – DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Jovanović i sar., 2014).

Emocionalna disregulacija – procenjena je Skalom teškoća u emocionalnoj regulaciji (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS; Gratz & Roemer, 2004).

Moderatorske varijable

Frustraciona netolerancija – procenjena je Skalom frustracione netolerancije (Frustration Discomfort Scale – FDS; Harrington, 2005; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011).

Psihološka infleksibilnost – procenjena je Upitnikom prihvatanja i delovanja II (Acceptance and Action Questionnaire-II – AAQ-II; Bond i sar., 2011).

Kontrolne varijable

Pol – evidentiran je na osnovu odgovora ispitanika u sociodemografskom upitniku.

Indeks telesne mase (BMI) – izračunat je na osnovu podataka o telesnoj masi i visini prema formuli: telesna masa (kg) / visina² (m²).

Materijalni status – procenjen je na osnovu samoprocene materijalnih prilika ispitanika.

Nivo obrazovanja – određen je prema najvišem završenom stepenu formalnog obrazovanja ispitanika.

Instrumenti

1. Upitnik za prikupljanje sociodemografskih i antropometrijskih podataka

Za prikupljanje osnovnih sociodemografskih i antropometrijskih podataka korišćen je upitnik koji je obuhvatao podatke o polu, starosti, nivou obrazovanja, materijalnom statusu, telesnoj visini i telesnoj masi. Indeks telesne mase (BMI) izračunat je na osnovu podataka o telesnoj masi i visini prema formuli: telesna masa (kg) / visina² (m²).

1. Skala prejedanja (Binge Eating Scale – BES; Gormally i sar., 1982)

Skala prejedanja (Binge Eating Scale – BES; Gormally i sar., 1982) namenjena je proceni izraženosti simptoma prejedanja i obuhvata ponašajne, emocionalne i kognitivne aspekte povezane sa prejedanjem. Sastoji se od 16 ajtema, pri čemu ispitanici u okviru svakog ajtema biraju jedan od ponuđenih odgovora koji najbolje opisuje njihovo iskustvo i ponašanje. Odgovori su različito ponderisani, a njihovim sabiranjem dobija se ukupan skor u rasponu od 0 do 46, pri čemu viši skor ukazuje na veću izraženost simptoma prejedanja. Prema kriterijumima za interpretaciju rezultata, skorovi do 17 ukazuju na odsustvo ili nisku izraženost simptoma prejedanja, skorovi od 18 do 26 na umerenu, dok skorovi od 27 i više ukazuju na visoku izraženost simptoma prejedanja (Gormally i sar., 1982; Celio i sar., 2004).

Navedene granične vrednosti odnose se na stepen izraženosti simptoma procenjenih ovom skalom i ne predstavljaju dijagnostičke kriterijume za poremećaj prejedanja. S obzirom na to da Skala prejedanja prethodno nije bila validirana na srpskom jeziku, za potrebe ovog istraživanja originalna verzija instrumenta prevedena je sa engleskog na srpski jezik, nakon čega je izvršena lektorska provera prevedene verzije.

Prethodna istraživanja ukazuju na dobre psihometrijske karakteristike Skale prejedanja. U istraživanjima sprovedenim na studentskim uzorcima utvrđena je visoka unutrašnja konzistentnost, sa vrednostima Cronbachovog α koeficijenta u rasponu od .88 do .93 (Anton, Perri, & Riley, 2000; Mitchell & Mazzeo, 2004; Napolitano & Himes, 2011). Takođe je utvrđena dobra test–retest pouzdanost tokom perioda od 28 dana (r = .87; Timmerman, 1999). U ovom istraživanju Skala prejedanja pokazala je dobru unutrašnju konzistentnost (Cronbach α = .81).

2. Upitnik uverenja o ishrani (Eating Beliefs Questionnaire - EBQ-18; Burton i sar., 2018)

Upitnik uverenja o ishrani (Eating Beliefs Questionnaire – EBQ-18; Burton & Abbott, 2018) predstavlja revidiranu skraćenu verziju instrumenta namenjenog proceni uverenja o jedenju i prejedanju koja mogu imati značajnu ulogu u održavanju prejedanja. Upitnik sadrži 18 ajtema raspoređenih u tri subskale sa po šest ajtema: pozitivna, negativna i permisivna uverenja. Pozitivna uverenja odnose se na percipirane koristi od prejedanja, poput ublažavanja neprijatnih emocionalnih stanja, negativna uverenja prvenstveno na doživljaj gubitka kontrole nad jedenjem, dok permisivna uverenja obuhvataju uverenja kojima se dopušta ili opravdava prejedanje (Burton & Abbott, 2018). Stavke se procenjuju na petostepenoj Likertovoj skali, od 1 („uopšte se ne slažem“) do 5 („potpuno se slažem“). U ovom istraživanju korišćen je ukupan skor na EBQ-18, koji objedinjuje pozitivna, negativna i permisivna uverenja o prejedanju. Teorijski raspon ukupnog skora kreće se od 18 do 90, pri čemu viši skor ukazuje na veću izraženost uverenja povezanih sa prejedanjem. Korišćenje ukupnog skora u skladu je sa originalnim istraživanjem instrumenta, u kojem je, pored rezultata na pojedinačnim subskalama, razmatran i ukupan skor EBQ-18.S obzirom na to da EBQ-18 prethodno nije bio validiran na srpskom jeziku, za potrebe ovog istraživanja originalna verzija instrumenta prevedena je sa engleskog na srpski jezik, nakon čega je izvršena lektorska provera prevedene verzije.

Prethodna istraživanja ukazuju na dobre psihometrijske karakteristike EBQ-18, uključujući visoku unutrašnju konzistentnost, dobru test–retest pouzdanost i podršku trofaktorskoj strukturi instrumenta (Burton & Abbott, 2018). U originalnom istraživanju unutrašnja konzistentnost ukupnog skora iznosila je α = .92. U ovom istraživanju unutrašnja konzistentnost ukupnog skora takođe je bila visoka (Cronbach α = .92), što je u skladu sa pouzdanošću utvrđenom u originalnom istraživanju instrumenta.

3. Subskala dijetne restrikcije (Eating Disorder Examination Questionnaire – Restraint subscale; EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994)

Subskala dijetne restrikcije predstavlja deo Upitnika za procenu poremećaja ishrane (Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994), instrumenta namenjenog proceni kognitivnih i bihejvioralnih aspekata poremećenih obrazaca ishrane i odnosa prema telesnoj težini i obliku tela. Subskala dijetne restrikcije posebno se

odnosi na namerno ograničavanje unosa hrane u cilju kontrole telesne težine ili oblika tela. Subskala se sastoji od pet ajtema koji procenjuju restriktivne obrasce ishrane tokom prethodnih 28 dana, kao što su ograničavanje količine hrane, izbegavanje određene hrane i pridržavanje pravila u vezi sa ishranom. Odgovori se daju na skali od 0 do 6, u zavisnosti od učestalosti navedenih ponašanja. Skor na subskali izračunava se kao prosečna vrednost odgovora na pet ajtema, pri čemu viši skor ukazuje na izraženiju dijetnu restrikciju.S obzirom na to da subskala prethodno nije bila validirana na srpskom jeziku, za potrebe ovog istraživanja prevedena je sa engleskog na srpski jezik, nakon čega je izvršena lektorska provera prevedene verzije. U ovom istraživanju subskala dijetne restrikcije pokazala je dobru unutrašnju konzistentnost (Cronbach α = .83)

4. Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (Depression Anxiety Stress Scales – DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Jovanović i sar., 2014)

Skala depresivnosti, anksioznosti i stresa (DASS-21) predstavlja skraćenu verziju originalne DASS skale i koristi se za procenu simptoma depresivnosti, anksioznosti i stresa tokom prethodne nedelje. Instrument sadrži 21 ajtem raspoređen u tri subskale sa po sedam ajtema: depresivnost, anksioznost i stres. Odgovori se daju na četvorostepenoj skali od 0 do 3, pri čemu viši skorovi ukazuju na veću izraženost simptoma. U ovom istraživanju korišćen je ukupan skor DASS-21 kao pokazatelj negativnog afekta. Ukupan skor formiran je sabiranjem odgovora na svih 21 ajtem, a dobijeni zbir pomnožen je sa dva. Teorijski raspon ukupnog skora kreće se od 0 do 126, pri čemu viši skor ukazuje na izraženiji negativni afekt. Skala je u prethodnim istraživanjima pokazala dobre psihometrijske karakteristike (Lovibond & Lovibond, 1995; Jovanović i sar., 2014). U ovom istraživanju unutrašnja konzistentnost skale u celini bila je odlična (Cronbach α = .95), dok je pouzdanost subskala takođe bila visoka: depresivnost α = .90, anksioznost α = .86 i stres α = .89.

5. Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS-16; Bjureberg i sar., 2016)

Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji (DERS-16; Bjureberg i sar., 2016) predstavlja skraćenu verziju originalnog instrumenta *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004). Skala je namenjena proceni različitih aspekata emocionalne disregulacije. Instrument operacionalizuje emocionalnu regulaciju kao višedimenzionalni konstrukt koji obuhvata sposobnost razumevanja i prihvatanja emocionalnih iskustava, adekvatnog upravljanja emocijama, kao i kontrole ponašanja u uslovima emocionalne pobuđenosti. DERS-16 se sastoji od 16 ajtema koji se procenjuju na petostepenoj Likertovoj skali, od 1 (*gotovo nikada*) do 5 (*gotovo uvek*), pri čemu viši skor ukazuje na izraženije poteškoće u emocionalnoj regulaciji. Skala obuhvata pet dimenzija: neprihvatanje emocionalnih reakcija, poteškoće u održavanju ciljno usmerenog ponašanja u stanju emocionalne uznemirenosti (ciljevi), teškoće u kontroli impulsa (impulsi), ograničen pristup efikasnim strategijama emocionalne regulacije (strategije) i nedovoljnu jasnoću u razumevanju sopstvenih emocija (jasnoća). Originalna verzija DERS-a, koja sadrži 36 ajtema, pokazala je visoku unutrašnju konzistentnost (α = .93), dok se pouzdanost pojedinačnih dimenzija kretala od .80 do .89 (Gratz & Roemer, 2004). Skraćena verzija DERS-16 takođe pokazuje dobre psihometrijske karakteristike i zadržava pet dimenzija originalnog instrumenta (Bjureberg i sar., 2016). U ovom istraživanju skala je pokazala izuzetno visoku unutrašnju konzistentnost (Cronbach α = .97). Pouzdanost pojedinačnih dimenzija takođe je bila visoka: jasnoća α = .84, ciljevi α = .89, impulsi α = .84, strategije α = .89 i neprihvatanje α = .84.

6. Skala frustracione netolerancije (Frustration Discomfort Scale – FDS; Harrington, 2005; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011)

Skala frustracione netolerancije namenjena je proceni stepena u kojem pojedinac teško podnosi neprijatne i frustrirajuće situacije, emocionalni distres i prepreke u ostvarivanju ciljeva. Zasniva se na kognitivno-bihejvioralnom okviru prema kojem niska frustraciona tolerancija podrazumeva uverenja o nepodnošljivosti neprijatnosti i frustracije. Skala obuhvata 28 ajtema koji se procenjuju na petostepenoj Likertovoj skali, od 1 (*uopšte se ne slažem*) do 5 (*u potpunosti se slažem*). Viši skor ukazuje na izraženiju frustracionu netoleranciju, odnosno nižu toleranciju na frustraciju. Instrument obuhvata četiri dimenzije: netoleranciju diskomfora, netoleranciju nepravde, emocionalnu netoleranciju i netoleranciju neuspeha. U istraživanju je korišćena verzija instrumenta na srpskom jeziku (Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011). U analizama je korišćen ukupan skor kao pokazatelj izraženosti frustracione netolerancije. U ovom istraživanju skala je pokazala izuzetno visoku unutrašnju konzistentnost (Cronbach α = .97), dok je pouzdanost pojedinačnih subskala takođe bila visoka: netolerancija diskomfora α = .88, netolerancija nepravde α = .89, emocionalna netolerancija α = .91 i netolerancija neuspeha α = .88.

7. Skala samokritičnosti (Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale – FSCRS; Gilbert i sar., 2004)

Skala samokritičnosti namenjena je proceni načina na koji pojedinac reaguje na sopstvene greške, neuspehe i doživljaj lične neadekvatnosti. Instrument obuhvata tri dimenzije: Nedovoljno ja, koje se odnosi na osećaj lične neadekvatnosti i nedovoljnosti; Prezreno ja, koje obuhvata izraženije oblike samokritike i samoodbacivanja; i Ohrabrujuće ja, koje se odnosi na sposobnost samopodrške i samoumirivanja. Skala sadrži 22 ajtema koji se procenjuju na petostepenoj Likertovoj skali od 0 do 4, pri čemu viši skor ukazuje na veću izraženost odgovarajućeg obrasca reagovanja. U ovom istraživanju korišćene su dve subskale – Nedovoljno ja i Prezreno ja – kao indikatori samokritičnosti, dok subskala Ohrabrujuće ja nije uključena u analize, budući da predstavlja samopodržavajući aspekt odnosa prema sebi. Ukupan skor samokritičnosti formiran je kao zbir rezultata na subskalama Nedovoljno ja i Prezreno ja. S obzirom na to da instrument prethodno nije bio validiran na srpskom jeziku, za potrebe ovog istraživanja preveden je sa engleskog na srpski jezik, nakon čega je izvršena lektorska provera prevedene verzije. U pogledu pouzdanosti, subskala Nedovoljno ja pokazuje odličnu unutrašnju konzistentnost (α = .91), dok subskala Prezreno ja pokazuje nižu pouzdanost (α = .55). Ukupno formiran kompozit samokritičnosti (Nedovoljno ja + Prezreno ja) pokazuje veoma visoku unutrašnju konzistentnost (α = .94). Subskala Ohrabrujuće ja pokazuje zadovoljavajuću pouzdanost (α = .76), ali nije korišćena u okviru ovog istraživanja.

8. Skala sklonosti ka stidu i krivici (Guilt and Shame Proneness Scale – GASP; Cohen i sar., 2011)

Skala sklonosti ka stidu i krivici sastoji se od 16 ajtema raspoređenih u četiri subskale: krivica – negativna evaluacija ponašanja (*Negative Behavior Evaluation*; NBE), krivica – popravljanje (*Repair*), stid – negativna samoevaluacija (*Negative Self-Evaluation*; NSE) i stid – povlačenje (*Withdrawal*). Odgovori se daju na sedmostepenoj Likertovoj skali od 1 do 7, pri čemu viši skorovi ukazuju na izraženiju sklonost ka doživljavanju stida ili krivice. Za primenu u ovom istraživanju GASP skala prevedena je sa engleskog na srpski jezik, a prevedena verzija je potom lektorski pregledana radi jezičke jasnoće i primerenosti formulacija. U ovom

istraživanju korišćeni su ukupni skorovi za krivicu i stid, formirani objedinjavanjem odgovarajućih subskala. Ukupan skor krivice formiran je objedinjavanjem subskala negativna evaluacija ponašanja i popravljanje, dok je ukupan skor stida formiran objedinjavanjem subskala negativna samoevaluacija i povlačenje. U Modelu 1 stid i krivica analizirani su odvojeno, putem navedenih kompozitnih skorova. U Modelu 2a i integrisanom Modelu 4 korišćen je zajednički skor stida i krivice, formiran sabiranjem kompozitnih skorova stida i krivice, odnosno odgovora na svih 16 ajtema GASP skale. Teorijski raspon zasebnih skorova stida i krivice iznosi od 8 do 56, dok se teorijski raspon zajedničkog skora kreće od 16 do 112. U pogledu pouzdanosti, subskala negativna evaluacija ponašanja pokazuje nisku unutrašnju konzistentnost (α = .46), kao i subskala popravljanje (α = .54), dok ukupni skor krivice pokazuje zadovoljavajuću pouzdanost (α = .68). Subskala negativna samoevaluacija pokazuje prihvatljivu pouzdanost (α = .70), a subskala povlačenje dobru unutrašnju konzistentnost (α = .87). Ukupan skor stida pokazuje dobru unutrašnju konzistentnost (α = .86). Ukupna skala GASP, odnosno zajednički skor stida i krivice korišćen u Modelu 2a i Modelu 4, pokazala je visoku unutrašnju konzistentnost (α = .90).

9. Upitnik prihvatanja i akcije (Acceptance and Action Questionnaire-II – AAQ-II; Bond i sar., 2011)

Upitnik prihvatanja i akcije predstavlja instrument za procenu psihološke fleksibilnosti. Ovaj konstrukt odnosi se na sposobnost osobe da prihvati neprijatna unutrašnja iskustva, poput misli, emocija i telesnih senzacija, bez pokušaja njihovog potiskivanja ili izbegavanja, kao i da uprkos tome nastavi da deluje u skladu sa sopstvenim vrednostima i ciljevima. Instrument je razvijen u okviru teorije relacijskih okvira (*Relational Frame Theory*) i modela terapije prihvatanja i posvećenosti (ACT), u kojima psihološka fleksibilnost predstavlja jedan od centralnih konstrukata. Upitnik se sastoji od 7 ajtema koji se procenjuju na sedmostepenoj Likertovoj skali, od 1 (*nikada nije tačno*) do 7 (*uvek je tačno*). Viši ukupan skor ukazuje na izraženiju psihološku infleksibilnost, odnosno niži nivo psihološke fleksibilnosti. Kako AAQ-II prethodno nije bio validiran na srpskom jeziku, za potrebe ovog istraživanja instrument je preveden sa engleskog na srpski jezik, a prevedena verzija je potom lektorski pregledana. AAQ-II je u prethodnim istraživanjima pokazao dobre psihometrijske karakteristike i visoku unutrašnju konzistentnost (Bond i sar., 2011). U ovom istraživanju skala je pokazala izuzetno visoku pouzdanost (Cronbach α = .96).

Uzorak

Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku putem elektronskog upitnika kreiranog u aplikaciji Google Forms. Proces selekcije ispitanika odvijao se primenom unapred definisanih kriterijuma uključivanja i isključivanja. Ukupno su 563 ispitanika pristupila istraživanju.

Na početku elektronskog upitnika nalazila su se skrining pitanja namenjena proveri ispunjenosti osnovnih uslova za učešće u istraživanju. Kriterijumi za isključivanje obuhvatali su prisustvo drugih poremećaja ishrane, endokrinih ili metaboličkih oboljenja koja mogu značajno uticati na telesnu masu i obrasce ishrane, kao i trudnoću i period dojenja. Ispitanici koji su naveli prisustvo nekog od kriterijuma za isključivanje nisu nastavljali sa popunjavanjem upitnika. Zbog ovakvog načina prikupljanja podataka nije bilo moguće naknadno utvrditi broj ispitanika isključenih prema svakom pojedinačnom kriterijumu.

Dodatni kriterijum za uključivanje u konačni uzorak bio je skor ≥ 18 na Skali prejedanja (Binge Eating Scale – BES). Navedeni kriterijum odabran je u skladu sa preporukama autora instrumenta i ranijim istraživanjima u kojima se ovaj skor koristi kao pokazatelj prisustva izraženijih simptoma prejedanja. Učesnici nisu uključivani na osnovu formalno postavljene kliničke dijagnoze poremećaja prejedanja, te rezultati na BES-u predstavljaju pokazatelj povišenog nivoa samoprocenjenih simptoma prejedanja, a ne kliničku dijagnozu.

Od ukupno 563 ispitanika koji su pristupili istraživanju, nakon primene kriterijuma uključivanja i isključivanja, u konačni uzorak uključeno je 375 ispitanika, dok 188 ispitanika nije uključeno u konačnu statističku analizu. Konačni uzorak, dakle, činili su ispitanici sa povišenim nivoom samoprocenjenih simptoma prejedanja (BES ≥ 18), bez klinički utvrđene dijagnoze poremećaja prejedanja. Radi jednostavnosti i čitljivosti, u daljem tekstu za ovu grupu koristiće se izraz „ispitanici sa izraženim simptomima prejedanja“. Termin „poremećaj prejedanja“ koristiće se kada se govori o klinički definisanom poremećaju.

Konačni uzorak činilo je 375 ispitanika, od kojih 359 žena (95,7%) i 16 muškaraca (4,3%). Starost ispitanika kretala se u rasponu od 18 do 67 godina (M = 37,60; SD = 9,39). U pogledu obrazovne strukture, 40,5% ispitanika imalo je završenu višu školu ili strukovne studije, dok je 22,9% imalo završene master ili doktorske studije. Materijalni status kao srednji procenilo je 55,7% ispitanika. Kada je reč o radnom statusu, 70,9% ispitanika bilo je zaposleno, dok su ostali pripadali kategorijama nezaposlenih, studenata, penzionera i drugim kategorijama radnog statusa.

Prema rezultatima na Skali prejedanja (BES), 173 ispitanika (46,1%) ostvarilo je skor u rasponu od 18 do 26, dok su 202 ispitanika (53,9%) ostvarila skor od 27 i više. Prosečan indeks telesne mase iznosio je M = 30,07 (SD = 6,68). Prosečna telesna visina ispitanika iznosila je M = 169,52 cm, dok je prosečna telesna masa iznosila M = 86,53 kg. Detaljnije sociodemografske karakteristike konačnog uzorka prikazane su u tabelama 1a i 1b.

Tabela 1a

Sociodemografske karakteristike uzorka (N = 375): kategorijalne varijable

Varijabla	Kategorija	***n***	**%**
Pol	Ženski	359	95.7
	Muški	16	4.3
Obrazovanje	Osnovna škola	1	0.3
	Srednja škola	105	28.0
	Viša škola / strukovne studije	152	40.5
	Visoka škola / fakultet	31	8.3
	Master / doktorske studije	86	22.9
Materijalni status	Veoma nizak	1	0.3
	Nizak	26	6.9
	Srednji	209	55.7
	Viši od proseka	122	32.5
	Visok	17	4.5
Zanimanje	Student/kinja	36	9.6
	Zaposlena osoba	266	70.9
	Freelance	12	3.2
	Penzioner/ka	6	1.6
	Nezaposlen/a	55	14.7

Napomena. n = frekvencija; % = procenat.

Tabela 1b

Sociodemografske karakteristike uzorka (N = 375: kontinuirane varijable)

Varijabla	*Min*	*Max*	*M*	*SD*
Starost (godine)	18	67	37.60	9.39
Visina (cm)	155	190	169.52	6.82
Telesna masa (kg)	50	166	86.53	20.34
Indeks telesne mase (BMI)	18.59	62.50	30.07	6.68

Napomena. Min = minimalna vrednost; Max = maksimalna vrednost; M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; BMI = indeks telesne mase.

Postupak istraživanja

Učesnici su regrutovani posredstvom nutricionista koji rade sa osobama koje prijavljuju teškoće povezane sa prejedanjem, kao i putem onlajn zajednica i grupa usmerenih na podršku osobama sa problemima u ishrani i regulaciji telesne težine. Nutricionisti su svoje klijente informisali o istraživanju i zainteresovanim osobama prosleđivali link ka elektronskom upitniku. Poziv za učešće sadržao je osnovne informacije o cilju i sadržaju istraživanja, kao i procenjeno vreme potrebno za popunjavanje upitnika.

Podaci su prikupljani u periodu od septembra do decembra 2025. godine putem elektronskog upitnika kreiranog u aplikaciji Google Forms. Na početku upitnika nalazila su se pitanja namenjena proveri ispunjenosti kriterijuma za učešće u istraživanju, detaljnije opisanih u odeljku „Uzorak". Ispitanici koji su ispunjavali uslove za nastavak istraživanja pristupali su preostalim delovima upitnika. Prosečno vreme potrebno za popunjavanje iznosilo je približno 20 minuta.

Pre početka popunjavanja upitnika, ispitanici su bili informisani o cilju i svrsi istraživanja, načinu obrade i čuvanja podataka, anonimnosti i poverljivosti, kao i o dobrovoljnosti učešća. Učesnici su imali mogućnost da u bilo kom trenutku prekinu popunjavanje upitnika, bez navođenja razloga i bez posledica. Davanjem informisanog pristanka u elektronskoj formi potvrđivali su da imaju najmanje 18 godina i da dobrovoljno pristaju na učešće u istraživanju.

Istraživanje je odobreno od strane Etičke komisije Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (Protokol br. 2025-54).

Plan obrade podataka

Istraživanje je koncipirano kao neeksperimentalna, transverzalna (poprečna), kvantitativna studija anketnog tipa sa prigodnim uzorkom. Analitički pristup obuhvata četiri hijerarhijski povezana statističinka modela koji omogućavaju sveobuhvatnu procenu direktnih, indirektnih i uslovnih efekata psiholoških varijabli na izraženost simptoma prejedanja. Hipoteze istraživanja testirane su u okviru odgovarajućih analitičkih modela.

Pre sprovođenja moderacionih analiza (Model 3 i 4), sve kontinuirane varijable su centrirane oduzimanjem aritmetičke sredine od svakog skora. Centriranje je neophodno za smislenu interpretaciju glavnih efekata u prisustvu značajnog efekta interakcije (Aiken & West, 1991). Skorovi na osnovu kojih je predstavljena interakcija, predstavljaju umnožak centriranih vrednosti prediktora i moderatora.

Sa ciljem da se odgovori na istraživačka pitanja obuhvaćena Modelom 1**,** primenjena je hijerarhijska višestruka regresiona analiza, u kojoj je izraženost simptoma prejedanja operacionalizovano kroz ukupan skor na BES upitniku, dok su prediktorske varijable sumacioni skorovi na preostalim mernim instrumentima.

U okviru Modela 2 primenjena je medijaciona analiza (analiza medijacije). Testirana su dva medijaciona modela, kroz koje se ispituje: (1) negativni afekt kao medijator odnosa između samokritičnosti i stida/krivice s jedne strane i prejedanja s druge strane i (2)

emocionalna disregulacija kao medijator odnosa između uverenja o ishrani i držanja dijete s jedne strane i prejedanja s druge strane. Za potrebe ove analize primenjeno je modelovanje strukturalnih jednačina (SEM) korišćenjem lavaan paketa u R-u. Za procenu statističke značajnosti indirektnih efekata korišćena je bootstrap procedura sa 5000 ponavljanja i percentilni intervali pouzdanosti (95% CI). Indirektni efekat se smatra statistički značajnim ukoliko 95% interval pouzdanosti ne sadrži nulu (Hayes, 2018; Preacher & Hayes, 2008). Analizirani su: direktni efekti (a i b putanje), indirektni efekti (a × b), preostali direktni efekti (c' putanje) i totalni efekti.

U okviru Modela 3 primenjena je hijerarhijska moderaciona regresiona analiza sa centriranim varijablama. Testirana su dva modela, koji proveravaju pretpostavku da: (1) frustraciona netolerancija moderira odnos između negativnog afekta i prejedanja i (2) psihološka infleksibilnost moderira odnos između emocionalne disregulacije i prejedanja. Sve varijable su centrirane pre analize radi smislene interpretacije glavnih efekata u prisustvu interakcionog terma (Aiken & West, 1991). Model uključuje prediktor, moderator i njihovu interakciju (prediktor × moderator). Za interpretaciju značajnih interakcija korišćena je analiza jednostavnih nagiba (*simple slopes*) na tri nivoa moderatora: jednu standardnu devijaciju ispod proseka (−1 SD), na proseku (M) i jednu standardnu devijaciju iznad proseka (+1 SD). Evaluirano je povećanje objašnjene varijanse (ΔR^2) koje donosi dodavanje interakcionog terma.

U okviru Modela 4 primenjen je model moderirane medijacije. Testiranje ovakvog modela podrazumeva kombinaciju hijerarhijske regresione analize sa centriranim varijablama i efektom interakcije, uz analizu strukturalnih jednačina (SEM) za procenu integrisanog modela bez moderatorskih efekata. Za testiranje moderirane medijacije korišćen je *Index of Moderated Mediation* (IMM; Hayes, 2015), koji kvantifikuje linearnu funkciju između indirektnog efekta i moderatora. Značajan IMM ukazuje da se indirektni efekat sistematski menja sa promenama u moderatorskoj varijabli. Kondicionalni indirektni efekti ispitani su na tri nivoa moderatora (−1 SD, M, +1 SD). Statistička značajnost indirektnih efekata testirana je bootstrap procedurom sa 5000 bootstrap uzoraka i 95% intervalima pouzdanosti. Takođe, konceptualno posmatrano, u sklopu ovog modela testirane su dve putanje: (1) samokritičnost i stid/krivica → negativni afekt → prejedanje, sa frustracionom netolerancijom kao moderatorom b putanje i (2) uverenja o ishrani i držanje dijete → emocionalna disregulacija → prejedanje, sa psihološkom infleksibilnošću kao moderatorom b putanje. Sve statističke analize sprovedene su u statističkom softveru SPSS (IBM Corp., 2020) i R (v. 4.3.1; R Core Team, 2023)

III REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Deskriptivna statistika i pouzdanost instrumenata

Deskriptivni pokazatelji za sve varijable korišćene u istraživanju, zajedno sa pokazateljima pouzdanosti (Cronbach α), prikazani su u Tabeli 2. Prosečan skor prejedanja u uzorku iznosi M = 28.26 (SD = 7.08), što odgovara izraženom nivou prejedanja. Svi instrumenti pokazuju zadovoljavajuću do izvrsnu pouzdanost (α = .68 - .97), što ukazuje na visoku internu konzistentnost mernih instrumenata. Distribucije skorova na svim varijablama su približno normalne, sa apsolutnim vrednostima skewness i kurtosis koeficijenata manjim od 2, što zadovoljava pretpostavke za primenu parametrijskih statističkih procedura.

Tabela 2

Deskriptivni pokazatelji i pouzdanost mernih instrumenata (N = 375)

Varijabla	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	*Sk*	*Ku*	α
1. Prejedanje (BES)	18	48	28.26	7.08	0.45	-0.70	.81
2. Uverenja o ishrani (EBQ)	19	88	54.93	14.53	-0.03	-0.56	.92
3. Držanje dijete (SRDP)	0.00	6.00	2.51	1.65	0.38	-0.89	.83
4. Negativni afekt (DASS)	0	126	55.34	30.05	0.27	-0.75	.95
5. Emocionalna disregulacija (DERS)	16	80	44.95	17.67	0.31	-1.03	.97
6. Frustraciona netolerancija (FDS)	28	140	84.43	26.56	0.06	-0.63	.97
7. Samokritičnost (FSCRS)	2	56	26.57	13.54	0.37	-0.85	.94
8. Krivica (GASP)	8	56	47.82	9.05	-1.86	3.75	.68
9. Stid (GASP)	8	56	38.05	9.22	-0.45	0.10	.86
10. Psihološka infleksibilnost (AAQ-II)	7	49	28.47	12.83	0.03	-1.17	.96

Napomena. *Min* = minimalna vrednost; *Max* = maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina; *SD* = standardna devijacija; *Sk* = skewness (asimetrija); *Ku* = kurtosis (spljoštenost); α = Cronbach's alpha koeficijent pouzdanosti.

Korelaciona analiza

Pre sprovođenja regresione analize izračunate su Pearsonove korelacije između varijabli korišćenih u istraživanju (Tabela 3). Izraženost simptoma prejedanja bila je statistički značajno pozitivno povezana sa svim prediktorskim varijablama, osim sa krivicom (r = .03, p > .05). Najjače korelacije sa izraženošću simptoma prejedanja utvrđene su za uverenja o ishrani (r = .45, p < .01), emocionalnu disregulaciju (r = .42, p < .01), samokritičnost (r = .41, p < .01), negativni afekt (r = .40, p < .01) i psihološku infleksibilnost (r = .39, p < .01), što ukazuje na izražene bivarijantne povezanosti ovih varijabli sa simptomima prejedanja.

Između prediktorskih varijabli takođe su utvrđene statistički značajne interkorelacije, pri čemu su najizraženije bile između psihološke infleksibilnosti i samokritičnosti (r = .67, p <

.01), psihološke infleksibilnosti i emocionalne disregulacije (r = .62, p < .01) i psihološke infleksibilnosti i negativnog afekta (r = .60, p < .01). Ovi nalazi ukazuju na izraženiju međusobnu povezanost pojedinih prediktora, zbog čega je u okviru regresione analize dodatno proverena multikolinearnost.

Tabela 3

Korelaciona matrica varijabli u istraživanju (N = 375)

Varijabla	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. BES	–									
2. EBQ	.45**	–								
3. SRDP	.13*	.04	–							
4. DASS	.40**	.35**	.14**	–						
5. DERS	.42**	.41**	.09	.61**	–					
6. FDS	.30**	.35**	.00	.57**	.54**	–				
7. FSCRS	.41**	.30**	.13*	.60**	.71**	.55**	–			
8. Krivica (GASP)	.03	.02	-.09	.15**	.15**	.08	.14**	–		
9. Stid (GASP)	.22**	.20**	.00	.33**	.30**	.30**	.33**	.60**	–	
10. AAQ2	.39**	.29**	-.05	.60**	.62**	.53**	.67**	.15**	.37**	–

Napomena. * p < .05; ** p < .01. Sve korelacije ≥ .10 su statistički značajne na nivou p < .05; korelacije ≥ .13 su značajne na nivou p < .01. BES = Prejedanje; EBQ = Uverenja o ishrani; SRDP = Držanje dijete; DASS = Negativni afekt; DERS = Emocionalna disregulacija; FDS = Frustraciona netolerancija; FSCRS = Samokritičnost; AAQ2 = Psihološka infleksibilnost.

Prediktorski efekti psiholoških varijabli na izraženost simptoma prejedanja

U cilju ispitivanja doprinosa psiholoških varijabli u objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja, sprovedena je višestruka regresiona analiza. Kao kriterijumska varijabla korišćen je ukupan skor na Skali prejedanja (BES), dok su kao prediktorske varijable uključene: uverenja o ishrani (EBQ), držanje dijete (EDE-Q), negativni afekt (DASS-21), emocionalna disregulacija (DERS-16), frustraciona netolerancija (FDS), samokritičnost (FSCRS), krivica (GASP), stid (GASP) i psihološka infleksibilnost (AAQ-II).

Rezultati regresione analize prikazani su u Tabeli 4. Model je statistički značajan, $F(9, 365) = 19.58$, $p < .001$, i objašnjava 32.6% varijanse izraženosti simptoma prejedanja ($R^2 = .326$, korigovani $R^2 = .309$). Kao statistički značajni prediktori pozitivnog smera izdvojili su se uverenja o ishrani ($\beta = .32$, $p < .001$), držanje dijete ($\beta = .11$, $p < .01$), samokritičnost ($\beta = .15$, $p < .05$) i psihološka infleksibilnost ($\beta = .13$, $p < .05$). Negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija, krivica i stid nisu se pokazali kao statistički značajni jedinstveni prediktori izraženosti simptoma prejedanja kada se kontroliše doprinos ostalih varijabli u modelu. Najveći jedinstveni prediktorski doprinos u ovom modelu imala su uverenja o ishrani ($\beta = .32$).

Tabela 4

Rezultati višestruke regresione analize sa izraženošću simptoma prejedanja kao kriterijumom

Prediktor	*B*	*SE*	β	*t*	*p*
Uverenja o ishrani	0.155	0.023	.317	6.64	< .001
Držanje dijete	0.487	0.187	.114	2.61	.009
Negativni afekt	0.017	0.016	.072	1.06	.289
Emocionalna disregulacija	0.035	0.029	.087	1.18	.239
Frustraciona netolerancija	-0.020	0.016	-.077	-1.31	.191
Samokritičnost	0.077	0.034	.147	2.25	.025
Krivica	-0.049	0.043	-.063	-1.14	.254
Stid	0.053	0.045	.069	1.16	.247
Psihološka infleksibilnost	0.073	0.035	.133	2.08	.039
Konstanta	13.970	4.159	—	3.36	< .001

Napomena. R^2 = .326, korigovani R^2 = .309, F (9, 365) = 19.58, p < .001. B = nestandardizovani regresioni koeficijent; SE = standardna greška; β = standardizovani regresioni koeficijent.

Uloga negativnog afekta kao medijatora: Model 2a

Prvom medijacionom analizom ispitano je da li negativni afekt (depresivnost, anksioznost i stres) posreduje u odnosu samokritičnosti i stida i krivice sa izraženošću simptoma prejedanja.

Rezultati prikazani u Tabeli 5 pokazuju da samokritičnost ostvaruje statistički značajan pozitivan efekat na negativni afekt (a_1 putanja: β = .629, p < .001), što ukazuje da viši nivoi samokritičnosti predviđaju izraženiji negativni afekt. Stid i krivica pokazuju marginalan pozitivan efekat na negativni afekt (a_2 putanja: β = .080, p = .055), koji ne dostiže nivo statističke značajnosti. Negativni afekt statistički značajno predviđa izraženost simptoma prejedanja uz kontrolu efekata prediktora (b putanja: β = .221, p < .001).

Indirektni efekat samokritičnosti na izraženost simptoma prejedanja putem negativnog afekta statistički je značajan (β = .139, 95% CI [0.061, 0.219]), budući da interval poverenja ne obuhvata nulu. Ovaj nalaz ukazuje da negativni afekt parcijalno posreduje u odnosu između samokritičnosti i izraženosti simptoma prejedanja. Procenat ukupnog efekta samokritičnosti koji se ostvaruje indirektno, putem negativnog afekta, iznosi 33.7%. Direktni efekat samokritičnosti na izraženost simptoma prejedanja ostaje statistički značajan (c'_1: β = .269, p < .001), što ukazuje na parcijalnu medijaciju.

Indirektni efekat stida i krivice na izraženost simptoma prejedanja putem negativnog afekta nije statistički značajan (β = .018, 95% CI [-0.002, 0.046]), budući da interval poverenja obuhvata nulu. Iako stid i krivica pokazuju marginalan pozitivan efekat na negativni afekt (a_2 putanja: β = .080, p = .055), indirektni efekat putem negativnog afekta nije potvrđen. Direktni efekat stida i krivice na izraženost simptoma prejedanja takođe nije statistički značajan (c'_2: β

= .023, p = .626), što ukazuje da u ovom modelu stid i krivica nisu ostvarili statistički značajan direktni ni indirektni efekat na izraženost simptoma prejedanja.

Tabela 5

Rezultati medijacione analize: Uloga negativnog afekta u odnosu samokritičnosti i stida/krivice sa izraženošću simptoma prejedanja

Putanja	*B*	*SE*	*β*	95% CI
Efekti na medijator (a putanje)				
Samokritičnost → Negativni afekt	1.396	0.089	.629	[1.223, 1.573]
Stid i krivica → Negativni afekt	0.147	0.076	.080	[-0.002, 0.296]
Efekat medijatora na kriterijum (b putanja)				
Negativni afekt → Prejedanje	0.052	0.014	.221	[0.024, 0.080]
Direktni efekti (c' putanje)				
Samokritičnost → Prejedanje	0.140	0.031	.269	[0.079, 0.202]
Stid i krivica → Prejedanje	0.010	0.021	.023	[-0.031, 0.051]
Indirektni efekti				
Samokritičnost → Neg. afekt → Prejedanje	0.073	0.021	.139	[0.061, 0.219]
Stid i krivica → Neg. afekt → Prejedanje	0.008	0.005	.018	[-0.002, 0.046]
Ukupni efekti				
Samokritičnost (ukupno)	0.216	0.025	.413	[0.168, 0.264]
Stid i krivica (ukupno)	0.060	0.022	.139	[0.017, 0.104]

Napomena. N = 375. Bootstrap uzorak = 5000. CI = interval poverenja. Značajni indirektni efekti (CI ne sadrži 0) su prikazani podebljanim β koeficijentima.

Uloga emocionalne disregulacije kao medijatora: Model 2b

Drugom medijacionom analizom ispitano je da li emocionalna disregulacija posreduje u odnosu uverenja o ishrani i držanja dijete sa izraženošću simptoma prejedanja.

Rezultati pokazuju da uverenja o ishrani statistički značajno predviđaju emocionalnu disregulaciju (a_1 putanja: β = .408, p < .001), pri čemu su izraženija uverenja o ishrani povezana sa većim teškoćama u emocionalnoj regulaciji. Držanje dijete, međutim, ne ostvaruje statistički značajan efekat na emocionalnu disregulaciju (a_2 putanja: β = .028, p = .555). Emocionalna disregulacija statistički značajno predviđa izraženost simptoma prejedanja (b putanja: β = .279, p < .001).

Indirektni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja putem emocionalne disregulacije statistički je značajan (β = .114, 95% CI [0.071, 0.160]), budući da interval poverenja ne obuhvata nulu. Emocionalna disregulacija parcijalno posreduje u odnosu između uverenja o ishrani i izraženosti simptoma prejedanja, pri čemu se 25.2% ukupnog efekta ostvaruje indirektno. Direktni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja ostaje statistički značajan (c'_1: β = .333, p < .001), što ukazuje na parcijalnu medijaciju.

Indirektni efekat držanja dijete na izraženost simptoma prejedanja putem emocionalne disregulacije nije statistički značajan (β = .008, 95% CI [-0.019, 0.034]), budući da interval poverenja obuhvata nulu. Direktni efekat držanja dijete na izraženost simptoma prejedanja, međutim, statistički je značajan (c'_2: β = .103, p = .021). Ovi nalazi ukazuju da medijatorska uloga emocionalne disregulacije u odnosu između držanja dijete i izraženosti simptoma prejedanja nije potvrđena, dok je direktni efekat držanja dijete statistički značajan.

Tabela 6

Rezultati medijacione analize: Uloga emocionalne disregulacije u odnosu uverenja o ishrani i držanja dijete sa izraženošću simptoma prejedanja

Putanja	*B*	*SE*	*β*	95% CI
Efekti na medijator (a putanje)				
Uverenja o ishrani → Emoc. Disregulacija	0.496	0.058	.408	[0.383, 0.609]
Držanje. dijeta → Emoc disregulacija	0.299	0.506	.028	[-0.692, 1.291]
Efekat medijatora na kriterijum (b putanja)				
Emoc. disregulacija → Prejedanje	0.112	0.019	.279	[0.074, 0.150]
Direktni efekti (c' putanje)				
Uverenja o ishrani → Prejedanje	0.162	0.024	.333	[0.116, 0.209]
Držanje dijeta → Prejedanje	0.439	0.189	.103	[0.069, 0.809]
Indirektni efekti				
Uverenja → Emoc. disreg. → Prejedanje	0.055	0.011	.114	[0.071, 0.160]
Dijeta → Emoc. disreg. → Prejedanje	0.033	0.057	.008	[-0.019, 0.034]
Ukupni efekti				
Uverenja o ishrani (ukupno)	0.220	0.023	.451	[0.176, 0.264]
Držanje dijeta (ukupno)	0.545	0.220	.127	[0.114, 0.976]

Napomena. N = 375. Bootstrap uzorak = 5000. CI = interval poverenja. Značajni indirektni efekti (CI ne sadrži 0) su prikazani podebljanim β koeficijentima.

Moderacioni efekat frustracione netolerancije: Model 3a

Pre prikaza rezultata Modela 3a i Modela 3b važno je naglasiti da FDS meri frustracionu netoleranciju, pri čemu viši skorovi ukazuju na nižu toleranciju na frustraciju, dok AAQ-II meri psihološku infleksibilnost, pri čemu viši skorovi ukazuju na nižu psihološku fleksibilnost.

Hijerarhijska regresiona analiza sprovedena je sa centriranim varijablama kako bi se olakšala interpretacija glavnih efekata. U prvom koraku uključeni su glavni efekti negativnog afekta i frustracione netolerancije, dok je u drugom koraku dodat interakcioni efekat (DASS × FDS). Rezultati su prikazani u Tabeli 6.

Model je statistički značajan, $F(3, 371) = 24.73$, $p < .001$, i objašnjava 16.7% varijanse izraženosti simptoma prejedanja ($R^2 = .167$). Oba glavna efekta bila su statistički značajna: negativni afekt ostvaruje pozitivan efekat na izraženost simptoma prejedanja ($\beta = .331$, $p < .001$), dok frustraciona netolerancija takođe pokazuje pozitivan efekat ($\beta = .118$, $p = .036$). Interakcioni efekat negativnog afekta i frustracione netolerancije nije statistički značajan ($B = −.0002$, $SE = .0004$, $p = .633$). Dodavanje interakcionog efekta u drugom koraku minimalno je povećalo procenat objašnjene varijanse ($\Delta R^2 = .0005$), pri čemu ovo povećanje nije bilo statistički značajno, $F(1, 371) = 0.23$, $p = .633$.

Analiza jednostavnih nagiba (*simple slopes*) pokazala je da se efekat negativnog afekta na izraženost simptoma prejedanja veoma malo razlikuje na različitim nivoima frustracione netolerancije: na niskom nivou FDS-a (−1 SD) nagib je iznosio $b = .0830$, na prosečnom nivou FDS-a $b = .0781$, dok je na visokom nivou FDS-a (+1 SD) iznosio $b = .0732$. Ovi nalazi ukazuju da se povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja ne razlikuje statistički značajno u zavisnosti od nivoa frustracione netolerancije, odnosno da moderatorski efekat frustracione netolerancije nije potvrđen.

Tabela 7

Rezultati moderacione analize: Frustraciona netolerancija kao moderator odnosa negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja

Prediktor	*B*	*SE*	β	*t*	*p*
Negativni afekt (DASS)	0.0781	0.0133	0.331	5.858	<.001***
Frustraciona netolerancija (FDS)	0.0319	0.0151	0.118	2.110	.036*
DASS × FDS	-0.0002	0.0004	—	-0.478	.633
$R^2 = .167$, $\Delta R^2 = .0005$, F za ΔR^2 (1, 371) = 0.23, p = .633					

Napomena. $N = 375$. B = nestandardizovani regresioni koeficijent; SE = standardna greška; β = standardizovani regresioni koeficijent; ΔR^2 = promena R^2 zbog dodavanja efekta interakcije. Standardizovani koeficijent za efekta interakcije nije prikazan jer interakcija uključuje proizvod centriranih varijabli. *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

Moderacioni efekat psihološke infleksibilnosti: Model 3b

Drugom moderacionom analizom ispitano je da li psihološka infleksibilnost (AAQ-II) moderira odnos između emocionalne disregulacije (DERS) i izraženosti simptoma prejedanja (BES).

Hijerarhijska regresiona analiza sprovedena je sa centriranim varijablama. U prvom koraku uključeni su glavni efekti emocionalne disregulacije i psihološke infleksibilnosti, dok je u drugom koraku dodat interakcioni efekat (DERS × AAQ-II). Model je statistički značajan, $F(3, 371) = 31.74$, $p < .001$, i objašnjava 20.4% varijanse izraženosti simptoma prejedanja ($R^2 = .204$). Oba glavna efekta bila su statistički značajna: emocionalna disregulacija ostvaruje pozitivan efekat na izraženost simptoma prejedanja ($\beta = .286$, $p < .001$), dok psihološka infleksibilnost takođe pokazuje pozitivan efekat ($\beta = .214$, $p < .001$). Međutim, interakcioni efekat emocionalne disregulacije i psihološke infleksibilnosti nije dostigao statističku značajnost ($B = −.0003$, $SE = .0015$, $p = .814$). Uvođenje interakcionog efekta u drugom koraku modela zanemarljivo je povećalo objašnjenu varijansu ($\Delta R^2 = .0001$).

Analiza jednostavnih nagiba (*simple slopes*) pokazala je da se efekat emocionalne disregulacije na izraženost simptoma prejedanja veoma malo razlikuje na različitim nivoima psihološke infleksibilnosti: na niskom nivou AAQ-II (−1 SD) nagib je iznosio $b = .1200$, na prosečnom nivou AAQ-II $b = .1156$, dok je na visokom nivou AAQ-II (+1 SD) iznosio $b = .1112$. Ovi nalazi ukazuju da se povezanost emocionalne disregulacije sa izraženošću simptoma prejedanja ne razlikuje statistički značajno u zavisnosti od nivoa psihološke infleksibilnosti, odnosno da moderatorski efekat psihološke infleksibilnosti nije potvrđen.

Tabela 8

Rezultati moderacione analize: Psihološka infleksibilnost kao moderator odnosa emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja

Prediktor	*B*	*SE*	β	*t*	*p*
Emocionalna disregulacija (DERS)	0.1156	0.0239	0.286	4.830	<.001***
Psihološka infleksibilnost (AAQ-II)	0.1174	0.0328	0.214	3.582	<.001***
DERS × AAQ-II	-0.0003	0.0015	—	-0.235	.814
$R^2 = .204$, $\Delta R^2 = .0001$, F za ΔR^2 (1, 371) = 0.06, $p = .814$					

Napomena. $N = 375$. B = nestandardizovani regresioni koeficijent; SE = standardna greška; β = standardizovani regresioni koeficijent; ΔR^2 = promena R^2 zbog dodavanja interakcionog terma. Standardizovani koeficijent za efekta interakcije nije prikazan jer interakcija uključuje proizvod centriranih varijabli. *p < .05, **p < .01, ***p < .001.

Integrisani model moderirane medijacije: Model 4

Integrisanim modelom moderirane medijacije istovremeno su ispitane dve putanje koje vode ka izraženosti simptoma prejedanja. Prva putanja ispituje odnos samokritičnosti i stida/krivice sa izraženošću simptoma prejedanja putem negativnog afekta, pri čemu je frustraciona netolerancija ispitana kao moderator odnosa negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja. Druga putanja ispituje odnos uverenja o ishrani i držanja dijete sa izraženošću simptoma prejedanja putem emocionalne disregulacije, pri čemu je psihološka infleksibilnost ispitana kao moderator odnosa emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja. Obe putanje testirane su istovremeno u okviru modela sa jednom kriterijumskom varijablom, što omogućava procenu jedinstvenog doprinosa pojedinačnih prediktora uz kontrolu ostalih varijabli uključenih u model.

Integrisani model testiran je kroz tri koraka. Najpre su procenjeni modeli za oba medijatora, negativni afekt i emocionalnu disregulaciju, kako bi se utvrdili efekti prediktora na medijatore (a putanje). Nakon toga procenjen je integrisani model za kriterijumsku varijablu, izraženost simptoma prejedanja, koji je uključivao oba medijatora, oba moderatora, interakcione termine (DASS × FDS i DERS × AAQ-II) i direktne efekte prediktora (c' putanje). Konačno, procenjeni su kondicionalni indirektni efekti na tri nivoa moderatora (−1 SD, M, +1 SD), primenom metode samouzorkovanja (*bootstrap*) sa 5000 iteracija. Sve varijable centrirane su pre formiranja interakcionih termina. Pri interpretaciji rezultata važno je imati u vidu smer skorovanja moderatorskih varijabli. Viši skorovi na FDS-u ukazuju na izraženiju frustracionu netoleranciju, odnosno nižu toleranciju na frustraciju, dok viši skorovi na AAQ-II ukazuju na izraženiju psihološku infleksibilnost, odnosno nižu psihološku fleksibilnost.

Modeli za medijatore

Model za negativni afekt (DASS) pokazuje da samokritičnost ostvaruje statistički značajan pozitivan efekat na negativni afekt (B = 1.353, SE = 0.092, p < .001), dok efekat stida i krivice nije statistički značajan (B = 0.147, SE = 0.076, p = .055). Model je statistički značajan, F(2, 372) = 124.93, p < .001, i objašnjava 40.2% varijanse negativnog afekta (R^2 = .402). Rezultati ovog modela prikazani su u Tabeli 9.

Model za emocionalnu disregulaciju (DERS) pokazuje da uverenja o ishrani ostvaruju statistički značajan pozitivan efekat na emocionalnu disregulaciju (B = 0.495, SE = 0.058, p < .001), dok efekat držanja dijete nije statistički značajan (B = 0.299, SE = 0.506, p = .555). Model je statistički značajan, F(2, 372) = 37.26, p < .001, i objašnjava 16.7% varijanse emocionalne disregulacije (R^2 = .167). Rezultati ovog modela prikazani su u Tabeli 10.

Tabela 9

Regresioni koeficijenti za prvu putanju u sklopu integrisanog modela

Prediktor	*B*	*SE*	*t*	*p*	R^2
Samokritičnost	1.353	0.092	14.748	<.001	
Stid/krivica	0.147	0.076	1.928	.055	.402

Napomena. N = 375. R^2 = .402, F (2, 372) = 124.93, p < .001. *B* = nestandardizovani koeficijent; *SE* = standardna greška.

Tabela 10

Regresioni koeficijenti za Model M2: Emocionalna disregulacija (DERS)

Prediktor	B	SE	t	p	R^2
Uverenja o ishrani	0.495	0.058	8.584	<.001	
Držanje dijete	0.299	0.506	0.591	.555	.167

Napomena. N = 375. R^2 = .167, *F* (2, 372) = 37.26, p < .001. *B* = nestandardizovani koeficijent*; SE* = standardna greška.

Integrisani model za kriterijum

Integrisani model za izraženost simptoma prejedanja pokazuje da nijedan od medijatora ne ostvaruje statistički značajan glavni efekat kada su sve varijable istovremeno uključene u model: negativni afekt (B = 0.019, SE = 0.016, p = .240) i emocionalna disregulacija (B = 0.035, SE = 0.030, p = .237). Interakcioni efekti takođe nisu statistički značajni: DASS × FDS (B = −.0003, SE = .0004, p = .457) i DERS × AAQ-II (B = .0007, SE = .0016, p = .635).

Statistički značajne direktne efekte na izraženost simptoma prejedanja ostvaruju samokritičnost (B = 0.078, SE = 0.034, p = .023), uverenja o ishrani (B = 0.158, SE = 0.023, p < .001) i držanje dijete (B = 0.467, SE = 0.187, p = .013). Psihološka infleksibilnost takođe pokazuje statistički značajan glavni efekat (B = 0.076, SE = 0.036, p = .034).

Integrisani model je statistički značajan, F(10, 364) = 17.42, p < .001, i objašnjava 32.4% varijanse izraženosti simptoma prejedanja (R^2 = .324, korigovani R^2 = .305). Rezultati integrisanog modela prikazani su u Tabeli 11.

Tabela 11

Regresioni koeficijenti za integrisani model izraženosti simptoma prejedanja

Prediktor	*B*	*SE*	*t*	*p*
Negativni afekt (DASS)	0.019	0.016	1.178	.240
Frustraciona netolerancija (FDS)	−0.019	0.016	−1.205	.229
DASS × FDS	−0.0003	0.0004	−0.744	.457
Emocionalna disregulacija (DERS)	0.035	0.030	1.184	.237
Psihološka infleksibilnost (AAQ-II)	0.076	0.036	2.131	.034
DERS × AAQ-II	0.0007	0.0016	0.476	.635
Samokritičnost (c_1')	0.078	0.034	2.277	.023
Stid/krivica (c_2')	−0.0004	0.020	−0.021	.983
Uverenja o ishrani (c_3')	0.158	0.023	6.789	<.001
Držanje dijete (c_4')	0.467	0.187	2.499	.013

Napomena. N = 375. R^2 = .324, korigovan*i* R^2 = .305, *F (*10, 364*)* = 17.42, *p* < .001. c' putanje označavaju direktne efekte prediktora na kriterijum.

Kondicionalni indirektni efekti

Metoda samouzorkovanja (*bootstrap*) sa 5000 iteracija korišćena je za procenu kondicionalnih indirektnih efekata i njihovih intervala poverenja. Za prvu putanju (samokritičnost i stid/krivica → negativni afekt → izraženost simptoma prejedanja), nijedan kondicionalni indirektni efekat nije statistički značajan ni na jednom nivou frustracione netolerancije. Za samokritičnost, indirektni efekti iznose 0.036 (95% CI [−.018, .093]) na niskom nivou FDS-a, 0.026 (95% CI [−.022, .074]) na prosečnom nivou i 0.015 (95% CI [−.040, .071]) na visokom nivou. Za stid/krivicu, indirektni efekti iznose 0.004 (95% CI [−.003, .014]) na niskom nivou, 0.003 (95% CI [−.003, .011]) na prosečnom nivou i 0.002 (95% CI [−.005, .011]) na visokom nivou FDS-a. Svi intervali poverenja obuhvataju nulu, što ukazuje da kondicionalni indirektni efekti nisu statistički značajni.

Za drugu putanju (uverenja o ishrani i držanje dijete → emocionalna disregulacija → izraženost simptoma prejedanja), takođe nijedan kondicionalni indirektni efekat nije statistički značajan. Za uverenja o ishrani, indirektni efekti iznose 0.013 (95% CI [−.025, .048]) na niskom nivou AAQ-II, 0.017 (95% CI [−.013, .047]) na prosečnom nivou i 0.022 (95% CI [−.013, .057]) na visokom nivou. Za držanje dijete, indirektni efekti iznose 0.008 (95% CI [−.036, .068]) na niskom nivou, 0.011 (95% CI [−.032, .070]) na prosečnom nivou i 0.013 (95% CI [−.040, .087]) na visokom nivou AAQ-II. Svi intervali poverenja obuhvataju nulu, što ukazuje da kondicionalni indirektni efekti nisu statistički značajni.

Indeks moderirane medijacije (IMM) pokazuje da li se indirektni efekat statistički značajno menja u zavisnosti od nivoa moderatora. Za prvu putanju, IMM za samokritičnost iznosi −.00041 (95% CI [−.00151, .00066]), a za stid/krivicu −.00004 (95% CI [−.00022, .00009]). Za drugu putanju, IMM za uverenja o ishrani iznosi .00037 (95% CI [−.00102, .00190]), a za držanje dijete .00022 (95% CI [−.00149, .00258]). Svi intervali poverenja obuhvataju nulu, što ukazuje da moderirana medijacija nije statistički značajna ni u jednoj od ispitivanih putanja. Rezultati su prikazani u Tabeli 12.

Tabela 12

Kondicionalni indirektni efekti i Indeks moderirane medijacije

Putanja i nivo moderator	Efekat	95% CI donja	95% CI gornja
Samokritičnost → NA → prejedanje			
FDS nizak (−1 SD)	0.036	−0.018	0.093
FDS prosek (M)	0.026	−0.022	0.074
FDS visok (+1 SD)	0.015	−0.040	0.071
Stid/krivica → NA → prejedanje			
FDS nizak (−1 SD)	0.004	−0.003	0.014
FDS prosek (M)	0.003	−0.003	0.011
FDS visok (+1 SD)	0.002	−0.005	0.011
Uverenja → ED → Prejedanje			

AAQ-II nizak (−1 SD)	0.013	−0.025	0.048
AAQ-II prosek (M)	0.017	−0.013	0.047
AAQ-II visok (+1 SD)	0.022	−0.013	0.057

Napomena. N = 375. Bootstrap iteracija = 5000. CI = interval poverenja. NA = negativni afekt; ED = emocionalna disregulacija. Index of Moderated Mediation (IMM): samokritičnost = −.00041 [−.00151, .00066]; stid/krivica = −.00004 [−.00022, .00009]; uverenja = .00037 [−.00102, .00190]; dijeta = .00022 [−.00149, .00258]. Nijedan indirektni efekat ili IMM nije statistički značajan (svi CI sadrže nulu).

Sociodemografske i antropometrijske karakteristike i izraženost simptoma prejedanja

U okviru dodatnih analiza ispitane su razlike i povezanosti u izraženosti simptoma prejedanja u odnosu na pol, indeks telesne mase (BMI), nivo obrazovanja i materijalni status ispitanika.

Rezultati t-testa za nezavisne uzorke pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika u izraženosti simptoma prejedanja između muškaraca i žena ($t = 0.357$, $p = .721$). Prosečan skor kod muškaraca iznosio je $M = 28.23$ ($SD = 7.02$), a kod žena $M = 28.88$ ($SD = 8.63$). Mann–Whitney U test takođe nije pokazao statistički značajnu razliku između muškaraca i žena ($U = 2916$, $p = .919$). Prilikom interpretacije ovih rezultata potrebno je imati u vidu da je uzorkom obuhvaćeno svega 16 ispitanika muškog pola (4.3% uzorka).

Povezanost između indeksa telesne mase i izraženosti simptoma prejedanja ispitana je primenom Pearsonovog koeficijenta korelacije. Utvrđena je statistički značajna pozitivna korelacija slabog intenziteta između BMI i izraženosti simptoma prejedanja ($r = .182$, $p < .001$), što ukazuje da je viši BMI povezan sa većom izraženošću simptoma prejedanja.

Kada je reč o nivou obrazovanja, iz analize je isključen jedan ispitanik sa završenom osnovnom školom zbog nedovoljne zastupljenosti ove kategorije. Jednofaktorskom analizom varijanse ispitane su razlike u izraženosti simptoma prejedanja između preostalih kategorija obrazovanja. Rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku između grupa različitog nivoa obrazovanja, $F(3, 370) = 0.542$, $p = .654$.

Jednofaktorska analiza varijanse pokazala je statistički značajnu razliku u izraženosti simptoma prejedanja između grupa različitog materijalnog statusa, $F(3, 370) = 3.393$, $p = .018$. Deskriptivni pokazatelji ukazuju na višu prosečnu izraženost simptoma prejedanja kod ispitanika nižeg materijalnog statusa ($M = 31.96$, $SD = 6.81$) u odnosu na ispitanike srednjeg materijalnog statusa ($M = 28.24$, $SD = 7.27$) i materijalnog statusa višeg od proseka ($M = 27.24$, $SD = 6.38$). Bonferroni post hoc test pokazao je statistički značajnu razliku između grupe nižeg materijalnog statusa i grupe sa materijalnim statusom višim od proseka (razlika aritmetičkih sredina = 4.72, $p = .011$), pri čemu je kod ispitanika nižeg materijalnog statusa zabeležena veća izraženost simptoma prejedanja.

Sistematizacija rezultata istraživanja u kontekstu ciljeva i hipoteza istraživanja

U nastavku je prikazan pregled rezultata testiranja hipoteza istraživanja, organizovan prema ciljevima istraživanja i odgovarajućim statističkim modelima. Rezultati su najpre prikazani kroz tekstualni pregled nalaza za pojedinačne modele, nakon čega sledi sumarna tabela sa pregledom statusa svih hipoteza (Tabela 13).

Prvi cilj: Direktni efekti psiholoških prediktora izraženosti simptoma prejedanja (Model 1: H1–H8)

Rezultati višestruke regresione analize pokazali su da je model statistički značajan ($F(9, 365) = 19.58$, $p < .001$) i da objašnjava 32.6% varijanse izraženosti simptoma prejedanja. Od devet ispitivanih psiholoških prediktora, četiri su pokazala statistički značajne jedinstvene prediktorske efekte.

Potvrđene hipoteze uključuju: (H1) samokritičnost kao statistički značajan pozitivan prediktor izraženosti simptoma prejedanja ($\beta = .147$, $p = .025$), (H3) uverenja o ishrani koja pokazuju statistički značajan pozitivan prediktorski efekat ($\beta = .317$, $p < .001$), (H4) držanje dijete kao statistički značajan pozitivan prediktor ($\beta = .114$, $p = .009$) i (H8) psihološku infleksibilnost koja takođe pokazuje statistički značajan pozitivan prediktorski efekat ($\beta = .133$, $p = .039$).

Hipoteze koje nisu potvrđene odnose se na: (H2a) stid, koji nije pokazao statistički značajan prediktorski efekat ($\beta = .069$, $p = .247$), (H2b) krivicu, koja takođe nije bila statistički značajan prediktor ($\beta = -.063$, $p = .254$), (H5) negativni afekt ($\beta = .072$, $p = .289$), (H6) emocionalnu disregulaciju ($\beta = .087$, $p = .239$) i (H7) frustracionu netoleranciju ($\beta = -.077$, $p = .191$).

Drugi cilj (Model 2a): Medijatorska uloga negativnog afekta (H9)

Hipoteza H9 o medijatorskoj ulozi negativnog afekta u odnosu između samokritičnosti, stida i krivice i izraženosti simptoma prejedanja delimično je potvrđena. Negativni afekt posreduje u odnosu između samokritičnosti i izraženosti simptoma prejedanja ($\beta = .139$, 95% CI [0.061, 0.219]), pri čemu je reč o parcijalnoj medijaciji. Samokritičnost statistički značajno predviđa negativni afekt ($\beta = .629$, $p < .001$), dok negativni afekt statistički značajno predviđa izraženost simptoma prejedanja ($\beta = .221$, $p < .001$). Direktni efekat samokritičnosti ostaje statistički značajan ($\beta = .269$, $p < .001$).

Nasuprot tome, indirektni efekat stida i krivice na izraženost simptoma prejedanja putem negativnog afekta nije statistički značajan ($\beta = .018$, 95% CI [−0.002, 0.046]). Stid i krivica pokazuju marginalan pozitivan efekat na negativni afekt ($\beta = .080$, $p = .055$), koji ne dostiže nivo statističke značajnos

Drugi cilj (Model 2b): Medijatorska uloga emocionalne disregulacije (H10)

Hipoteza H10 o medijatorskoj ulozi emocionalne disregulacije delimično je potvrđena. Emocionalna disregulacija parcijalno posreduje u odnosu između uverenja o ishrani i izraženosti simptoma prejedanja (β = .114, 95% CI [0.071, 0.160]). Uverenja o ishrani statistički značajno predviđaju emocionalnu disregulaciju (β = .408, p < .001), koja zatim statistički značajno predviđa izraženost simptoma prejedanja (β = .279, p < .001). Direktni efekat uverenja o ishrani ostaje statistički značajan (β = .333, p < .001), što ukazuje na parcijalnu medijaciju. Nasuprot tome, držanje dijete ne predviđa statistički značajno emocionalnu disregulaciju (β = .028, p = .555), a indirektni efekat držanja dijete na izraženost simptoma prejedanja putem emocionalne disregulacije nije statistički značajan (β = .008, 95% CI [−0.019, 0.034]). Međutim, držanje dijete pokazuje statistički značajan direktni efekat na izraženost simptoma prejedanja (β = .103, p = .021).

Treći cilj (Model 3a): Moderatorska uloga frustracione netolerancije (H11)

Hipoteza H11 o moderatorskoj ulozi frustracione netolerancije u odnosu između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja je odbijena. Interakcioni efekat nije bio statistički značajan (B = −.0002, SE = .0004, p = .633), uz zanemarljivo povećanje objašnjene varijanse (ΔR^2 = .0005). Analiza jednostavnih nagiba pokazala je da efekat negativnog afekta ostaje gotovo nepromenjen na niskom (b = .0830), prosečnom (b = .0781) i visokom nivou frustracione netolerancije (b = .0732). Frustraciona netolerancija je, međutim, pokazala značajan pozitivan glavni efekat (β = .118, p = .036), što ukazuje da ne moderira odnos negativnog afekta i prejedanja, već ostvaruje zaseban doprinos u modelu.

Treći cilj (Model 3b): Moderatorska uloga psihološke infleksibilnosti (H12)

Hipoteza H12 o moderatorskoj ulozi psihološke infleksibilnosti u odnosu između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja je odbijena. Interakcioni efekat nije bio statistički značajan (B = −.0003, SE = .0015, p = .814), uz zanemarljivo povećanje objašnjene varijanse (ΔR^2 = .0001). Analiza jednostavnih nagiba pokazala je da efekat emocionalne disregulacije ostaje gotovo nepromenjen na niskom (b = .1200), prosečnom (b = .1156) i visokom nivou psihološke infleksibilnosti (b = .1112). Psihološka infleksibilnost je, međutim, pokazala značajan pozitivan glavni efekat (β = .214, p < .001), što ukazuje da ne moderira odnos emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja, već ostvaruje zaseban doprinos u modelu.

Četvrti cilj: Integrisani model moderirane medijacije (H13)

Hipoteza H13 o integrisanom modelu moderirane medijacije nije potvrđena. Iako je ukupni model statistički značajan i objašnjava 32,4% varijanse prejedanja (R^2 = .324, F(10, 364) = 17.42, p < .001), pretpostavljeni mehanizmi moderirane medijacije nisu potvrđeni. Negativni afekt (B = .019, p = .240) i emocionalna disregulacija (B = .035, p = .237) nisu ostvarili statistički značajne efekte, a interakcioni i kondicionalni indirektni efekti takođe nisu bili statistički značajni. Indeksi moderirane medijacije imali su intervale poverenja koji obuhvataju nulu, što ukazuje da medijacija nije moderirana. Ovi nalazi pokazuju da kompleksni mehanizmi moderirane medijacije nisu potvrđeni u integrisanom modelu.

Peti cilj: Povezanost sociodemografskih i antropometrijskih karakteristika sa izraženošću simptoma prejedanja (H14–H16)

Peti cilj istraživanja obuhvatao je ispitivanje povezanosti pola, indeksa telesne mase, materijalnog statusa i nivoa obrazovanja sa izraženošću simptoma prejedanja.

Hipoteza H14 (pol): testirana je hipoteza da je izraženost simptoma prejedanja veća kod žena u odnosu na muškarce. Uzorak se sastojao od 359 žena (95.7%) i 16 muškaraca (4.3%). Prosečan skor kod muškaraca iznosio je M = 28.23 (SD = 7.02), dok je kod žena iznosio M = 28.88 (SD = 8.63). Nezavisni t-test nije pokazao statistički značajnu razliku između muškaraca i žena ($t = 0.357$, $p = .721$). Hipoteza H14 nije potvrđena. Važno je napomenuti da mali broj muškaraca u uzorku ($n = 16$) ograničava mogućnost generalizacije nalaza.

Hipoteza H15 (BMI): testirana je hipoteza da je viši indeks telesne mase povezan sa većom izraženošću simptoma prejedanja. Pearsonova korelaciona analiza pokazala je statistički značajnu pozitivnu korelaciju slabog intenziteta između BMI i izraženosti simptoma prejedanja ($r = .182$, $p < .001$). Ovaj nalaz ukazuje da je viši BMI povezan sa većom izraženošću simptoma prejedanja. Hipoteza H15 je potvrđena.

Hipoteza H16 (materijalni status i obrazovanje): testirana je hipoteza da su materijalni status i nivo obrazovanja povezani sa izraženošću simptoma prejedanja. Jednofaktorska ANOVA pokazala je statistički značajnu razliku u izraženosti simptoma prejedanja između grupa različitog materijalnog statusa ($F(3, 370) = 3.393$, $p = .018$). Kada je reč o obrazovanju, jednofaktorska ANOVA nije pokazala statistički značajnu razliku između grupa različitog nivoa obrazovanja ($F(3, 370) = 0.542$, $p = .654$). Hipoteza H16 je delimično potvrđena – materijalni status je povezan sa izraženošću simptoma prejedanja, dok nivo obrazovanja nije.

Zaključak

Ukupno, od 16 hipoteza, 5 je potvrđeno (H1, H3, H4, H8 i H15), 3 su delimično potvrđene (H9, H10 i H16), dok 8 nije potvrđeno (H2a, H2b, H5, H6, H7, H11, H12, H13 i H14). Rezultati ukazuju na značaj direktnih efekata pojedinih psiholoških faktora i delimičnu podršku pretpostavljenim medijacionim efektima, dok moderatorski efekti i integrisani model moderirane medijacije nisu potvrđeni. Viši BMI i materijalni status pokazali su značajnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja, dok pol i obrazovanje nisu.

Tabela 13

Kompletni pregled svih hipoteza i njihov status

Hipoteza	Formulacija	Model / analiza	Rezultat / zaključak	Status
H1	Viši nivoi samokritičnosti predviđaju veću izraženost simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Značajan pozitivan prediktorski efekat (β = .147, *p* = .025)	Prihvaćena
H2a	Povišeni nivoi stida predviđaju veću izraženost simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Prediktorski efekat nije statistički značajan (β = .069, *p* = .247)	Odbijena
H2b	Povišeni nivoi krivice predviđaju veću izraženost simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Prediktorski efekat nije statistički značajan (β = −.063, *p* = .254)	Odbijena
H3	Uverenja o ishrani predviđaju veću izraženost simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Značajan pozitivan prediktorski efekat (β = .317, *p* < .001)	Prihvaćena
H4	Restriktivno držanje dijete povezano je sa većom izraženošću simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Značajan pozitivan prediktorski efekat (β = .114, *p* = .009)	Prihvaćena
H5	Povišen negativni afekt direktno predviđa veću izraženost simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Prediktorski efekat nije statistički značajan (β = .072, *p* = .289)	Odbijena
H6	Poteškoće u emocionalnoj regulaciji povezane su sa većom izraženošću simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Prediktorski efekat nije statistički značajan (β = .087, *p* = .239)	Odbijena
H7	Niži nivoi frustracione tolerancije predviđaju veću izraženost simptoma prejedanja.	Model 1 – višestruka regresiona analiza	Prediktorski efekat nije statistički značajan (β = −.077, *p* = .191)	Odbijena
H8	Niži nivoi psihološke	Model 1 – višestruka regresiona	Značajan pozitivan prediktorski efekat psihološke infleksibilnosti	Prihvaćena

Hipoteza	Formulacija	Model / analiza	Rezultat / zaključak	Status
	fleksibilnosti povezani su sa većom izraženošću simptoma prejedanja.	analiza	($\beta = .133$, $p = .039$)	
H9	Negativni afekt posreduje u odnosu između samokritičnosti, stida i krivice, s jedne strane, i izraženosti simptoma prejedanja, s druge strane.	Model 2a – medijaciona analiza	Medijacioni efekat potvrđen je za samokritičnost, ali ne i za stid/krivicu	Delimično prihvaćena
H10	Emocionalna disregulacija posreduje u odnosu između restriktivnog držanja dijete i uverenja o ishrani, s jedne strane, i izraženosti simptoma prejedanja, s druge strane	Model 2b – medijaciona analiza	Medijacioni efekat potvrđen je za uverenja o ishrani, ali ne i za držanje dijete	Delimično prihvaćena
H11	Frustraciona tolerancija moderira odnos između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja.	Model 3a – moderaciona analiza	Interakcioni efekat nije statistički značajan	Odbijena
H12	Psihološka fleksibilnost moderira odnos između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja.	Model 3b – moderaciona analiza	Interakcioni efekat nije statistički značajan	Odbijena
H13	Integrisani model objašnjava značajan deo varijanse izraženosti simptoma prejedanja.	Model 4 – moderirana medijacija	Pretpostavljeni efekti moderirane medijacije nisu statistički potvrđeni	Odbijena
H14	Pol ima značajan efekat na izraženost simptoma prejedanja.	Peti cilj – *t*-test	Razlika u izraženosti simptoma prejedanja prema polu nije statistički značajna	Odbijena

Hipoteza	Formulacija	Model / analiza	Rezultat / zaključak	Status
H15	Viši BMI povezan je sa većom izraženošću simptoma prejedanja.	Peti cilj – Pearsonova korelacija	Utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost BMI i izraženost simptoma prejedanja	Potvrđena
H16	Materijalni status i nivo obrazovanja imaju značajan efekat na izraženost simptoma prejedanja.	Peti cilj – jednofaktorska ANOVA	Utvrđena je statistički značajna povezanost materijalnog statusa sa izraženošću simptoma prejedanja, dok za nivo obrazovanja nije utvrđena statistički značajna povezanost.	Delimično prihvaćena

Napomena. Prihvaćena = hipoteza u potpunosti potvrđena; Delimično prihvaćena = hipoteza potvrđena samo za jedan deo prediktora; Odbijena = hipoteza nije potvrđena.

IV DISKUSIJA

Diskusija rezultata dobijenih u ovom istraživanju organizovana je u nekoliko tematskih celina koje prate teorijski okvir i analitički plan doktorske disertacije. Polazeći od kognitivno-bihejvioralnog modela prejedanja i savremenih integrativnih pristupa regulaciji emocija, rezultati su razmatrani kroz više komplementarnih analitičkih nivoa, sa ciljem da se sagleda kako direktni, posredni i uslovni odnosi između psiholoških varijabli i izraženosti simptoma prejedanja.

Diskusija je organizovana u sledeće tematske segmente:

1. *Diskusija rezultata koji se odnose na direktne efekte psiholoških prediktora i*zraženosti simptoma prejedanja, uključujući samokritičnost, stid, krivicu, uverenja o ishrani, držanje dijete, negativni afekt, emocionalnu disregulaciju, frustracionu netoleranciju i psihološku infleksibilnost, u okviru osnovnog regresionog modela (Model 1).
2. *Diskusija rezultata koji se odnose na medijacione efekte*, odnosno na ulogu negativnog afekta kao medijatora odnosa između samokritičnosti i stida/krivice i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2a), kao i ulogu emocionalne disregulacije kao medijatora odnosa između uverenja o ishrani i držanja dijete i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2b).
3. *Diskusija rezultata koji se odnose na moderatorske efekte*, pri čemu se razmatra da li frustraciona netolerancija menja odnos između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3a), kao i da li psihološka infleksibilnost moderira odnos između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3b).
4. *Diskusija rezultata integrisanog modela,* koji objedinjuje medijacione i moderatorske odnose u jedinstven analitički okvir, sa ciljem ispitivanja kompleksnijih odnosa između psiholoških faktora i izraženosti simptoma prejedanja (Model 4).
5. *Diskusija nalaza koji se odnose na sociodemografske i antropometrijske karakteristike*, uključujući pol, indeks telesne mase, materijalni status i nivo obrazovanja, i njihovu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja.

U svakom od navedenih segmenata rezultati će biti interpretirani u odnosu na postavljene hipoteze, relevantne teorijske modele i prethodna empirijska istraživanja. Posebna pažnja biće posvećena razmatranju nalaza koji odstupaju od teorijskih očekivanja, kao i implikacijama dobijenih rezultata za razumevanje izraženosti simptoma prejedanja kao složenog kognitivno-emocionalnog fenomena. Pri interpretaciji nalaza u obzir će biti uzete i specifičnosti uzorka i metodološkog pristupa istraživanja. Diskusija će, pored teorijskih implikacija, obuhvatiti razmatranje mogućih praktičnih implikacija, ograničenja istraživanja i preporuke za buduća istraživanja.

Korelacioni odnosi i direktni psihološki prediktori izraženosti simptoma prejedanja

Jedan od centralnih ciljeva ovog istraživanja bio je ispitivanje povezanosti između izraženosti simptoma prejedanja i relevantnih psiholoških varijabli, kao i utvrđivanje faktora koji ostvaruju jedinstveni doprinos objašnjenju individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja.

Rezultati korelacione analize u ovom uzorku (N = 375) pokazuju da je izraženost simptoma prejedanja statistički značajno pozitivno povezana sa gotovo svim ispitivanim psihološkim varijablama, izuzev krivice ($r = .03$, $p > .05$). Najizraženije bivarijantne povezanosti ostvaruju uverenja o ishrani ($r = .45$, $p < .01$), emocionalna disregulacija ($r = .42$, $p < .01$), samokritičnost ($r = .41$, $p < .01$), negativni afekt ($r = .40$, $p < .01$) i psihološka infleksibilnost ($r = .39$, $p < .01$). Ovakav obrazac nalaza ukazuje da je izraženost simptoma prejedanja u ispitivanom uzorku povezana sa širim skupom emocionalnih, kognitivnih, samoevaluativnih i samoregulacionih procesa.

Istovremeno, među samim prediktorima zabeležene su izraženije interkorelacije, naročito između psihološke infleksibilnosti i samokritičnosti ($r = .67$), psihološke infleksibilnosti i emocionalne disregulacije ($r = .62$), kao i psihološke infleksibilnosti i negativnog afekta ($r = .60$). Ovakav obrazac povezanosti može se razumeti imajući u vidu da ovi konstrukti obuhvataju međusobno povezane aspekte negativne samoevaluacije, odnosa prema neprijatnim unutrašnjim iskustvima i teškoća u regulaciji emocija. Metodološki je, međutim, važno imati u vidu da izraženije interkorelacije među prediktorima mogu umanjiti njihove jedinstvene doprinose kada se istovremeno uključe u regresioni model.

U prvom regresionom modelu skup prediktora (disfunkcionalna uverenja o ishrani, držanje dijete, negativni afekt, emocionalna disregulacija, samokritičnost, frustraciona netolerancija, stid, krivica i psihološka infleksibilnost) statistički značajno objašnjava izraženost simptoma prejedanja, $F(9, 365) = 19.58$, $p < .001$, pri čemu model objašnjava 32.6% varijanse ($R^2 = .326$; korigovani $R^2 = .309$). Dobijeni procenat objašnjene varijanse ukazuje na relevantnost ispitivanog skupa psiholoških konstrukata za razumevanje individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja u ispitivanom uzorku. Imajući u vidu multifaktorijalnu prirodu prejedanja i njegovu povezanost sa različitim biološkim, interpersonalnim, situacionim i psihološkim faktorima, može se očekivati da ispitivani psihološki faktori objašnjavaju samo deo ukupne varijanse simptoma. U tom kontekstu, činjenica da model objašnjava približno jednu trećinu varijanse ukazuje na relevantnost zajedničkog razmatranja različitih kognitivnih, emocionalnih, samoevaluativnih i samoregulacionih faktora.

Ovakav nalaz u skladu je sa kognitivno-bihejvioralnim i afektivno-regulacionim pristupima, prema kojima su simptomi prejedanja povezani sa više međusobno povezanih faktora, uključujući emocionalni distres, rigidne kognitivne obrasce, negativan odnos prema sebi i teškoće samoregulacije (Fairburn i sar., 2003; Heatherton & Baumeister, 1991).

Dobijene nalaze pritom treba posmatrati u kontekstu specifičnosti ispitivanog uzorka, koji su činili ispitanici sa već povišenom izraženošću simptoma prejedanja, o čemu će detaljnije biti reči u okviru ograničenja istraživanja.

Posebno je značajno da su gotovo svi ispitivani psihološki faktori bili bivarijantno povezani sa izraženošću simptoma prejedanja, dok su se njihovi jedinstveni doprinosi

razlikovali kada su istovremeno uključeni u regresioni model. Kao statistički značajni pozitivni prediktori izdvojili su se uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost, dok negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija, stid i krivica nisu ostvarili statistički značajne jedinstvene prediktorske doprinose. Ovakva razlika između bivarijantnih i multivarijantnih nalaza ukazuje na značaj sagledavanja međusobnog preklapanja ispitivanih psiholoških faktora.

Uverenja o ishrani izdvojila su se kao varijabla sa najizraženijom bivarijantnom povezanošću sa izraženošću simptoma prejedanja ($r = .45$), a istovremeno su ostvarila i najveći jedinstveni doprinos u regresionom modelu ($\beta = .317$), nakon kontrole ostalih psiholoških varijabli. Ovakav nalaz ukazuje na značaj kognitivnih obrazaca povezanih sa hranom, jedenjem i doživljajem kontrole za razumevanje individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja u ispitivanom uzorku.

U okviru kognitivno-bihejvioralnih pristupa, uverenja o ishrani ne odnose se samo na stavove prema hrani, već obuhvataju rigidna pravila, pretpostavke i evaluativne procese povezane sa hranom i kontrolom jedenja. Takvi obrasci mogu uključivati strogu kontrolu unosa hrane, podelu hrane na „dozvoljenu“ i „zabranjenu“, kao i sklonost da se odstupanje od postavljenih pravila doživi kao gubitak kontrole (Cooper i sar., 2004; Fairburn, 2008; Fairburn i sar., 2003; Herman & Polivy, 1985; Polivy & Herman, 1993). Dobijeni nalaz je u skladu sa transdijagnostičkim kognitivno-bihejvioralnim modelom poremećaja ishrane, u kojem se značaj pridaje rigidnim pravilima o hrani i kontroli jedenja u održavanju simptomatologije (Fairburn, 2008). Prethodna istraživanja takođe ukazuju na povezanost evaluativnih i rigidnih uverenja o hrani sa emocionalnim jedenjem i epizodama gubitka kontrole (Masuda & Stephens, 2013; Roehrig i sar., 2018;).

Ipak, pri interpretaciji relativno izražene povezanosti uverenja o ishrani sa simptomima prejedanja potrebno je uzeti u obzir i izvesno sadržinsko preklapanje primenjenih instrumenata. Deo sadržaja EBQ odnosi se na uverenja povezana sa gubitkom kontrole nad jedenjem, dok gubitak kontrole istovremeno predstavlja važan aspekt simptomatologije koju obuhvata BES. To znači da ova dva instrumenta, iako mere različite konstrukte, delimično zahvataju srodan sadržaj. Stoga je moguće da su izraženija korelacija između EBQ i BES, kao i relativno veliki jedinstveni doprinos EBQ u regresionom modelu, delimično povezani sa ovim sadržinskim preklapanjem, a ne isključivo sa odnosom dva potpuno nezavisna konstrukta. Iz tog razloga nalaz da su uverenja o ishrani ostvarila najveći statistički doprinos u Modelu 1 treba tumačiti u okviru primenjenih mera i ne posmatrati ga kao dokaz njihove opšte primarnosti u odnosu na ostale ispitivane psihološke faktore.

Držanje dijete takođe se izdvojilo kao statistički značajan pozitivan prediktor izraženosti simptoma prejedanja ($\beta = .114$, $p = .009$), iako je njegov jedinstveni doprinos bio manji od doprinosa uverenja o ishrani. Ovakav nalaz ukazuje da je izraženije držanje dijete povezano sa većom izraženošću simptoma prejedanja i nakon što se statistički kontrolišu ostali psihološki faktori uključeni u model. U teorijskom smislu, ovaj nalaz može se razmatrati u okviru modela koji naglašavaju povezanost dijetetske restrikcije i rigidne kontrole ishrane sa simptomima prejedanja. Nastojanje da se unos hrane strogo ograničava može biti praćeno rigidnim pravilima o ishrani, povećanom kognitivnom usmerenošću na hranu i većom osetljivošću na odstupanje od postavljenih pravila, što se u teorijskim modelima razmatra kao jedan od procesa povezanih sa epizodama gubitka kontrole nad jedenjem (Herman & Polivy, 1985; Polivy & Herman, 1993; Fairburn i sar., 2003; Fairburn, 2008).

Istovremeno, nalaz o držanju dijete treba posmatrati u kontekstu ostalih dobijenih rezultata. Utvrđena povezanost pokazuje da držanje dijete ostvaruje jedinstveni statistički doprinos objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja, ali sama po sebi ne određuje smer njihovog odnosa. Moguće je da se držanje dijete i izraženost simptoma prejedanja nalaze u složenom međusobnom odnosu, što je potrebno dodatno ispitati u budućim istraživanjima. Posebno je značajno ovaj nalaz posmatrati zajedno sa nalazom o uverenjima o ishrani, jer oba ukazuju na relevantnost kognitivnih i bihejvioralnih aspekata odnosa prema hrani i kontroli jedenja za razumevanje individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja.

Pored uverenja o ishrani i držanja dijete, samokritičnost se takođe izdvojila kao statistički značajan direktni psihološki prediktor izraženosti simptoma prejedanja. Samokritičnost je pokazala značajnu bivarijantnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja ($r = .41$), a zadržala je i statistički značajan jedinstveni doprinos u regresionom modelu ($\beta = .147$) nakon uključivanja ostalih psiholoških faktora. Ovakav obrazac nalaza ukazuje da je izraženiji negativan i kritički odnos prema sebi povezan sa većom izraženošću simptoma prejedanja i kada se uzmu u obzir ostali psihološki faktori obuhvaćeni modelom.

Teorijski posmatrano, nalaz o samokritičnosti u skladu je sa pristupima koji ukazuju na značaj negativnog odnosa prema sebi i samokritičnosti u razumevanju simptomatologije poremećaja ishrane. U kontekstu simptoma prejedanja, samokritičnost može biti povezana sa intenzivnijim doživljajem lične neadekvatnosti i teškoćama u suočavanju sa neprijatnim emocionalnim stanjima, dok se prejedanje u pojedinim teorijskim modelima razmatra kao mogući način kratkotrajnog ublažavanja emocionalnog distresa (Heatherton & Baumeister, 1991). Empirijska istraživanja ukazuju na povezanost samokritičnosti sa simptomima prejedanja, emocionalnim jedenjem i izraženijim emocionalnim distresom (Dunkley & Grilo, 2007; Kelly i sar., 2014; Duarte i sar., 2015), dok novija istraživanja dodatno ukazuju na njenu povezanost sa emocionalnim prejedanjem i negativnom samoevaluacijom (Azevedo i sar., 2025). Posebno je značajno što samokritičnost zadržava statistički značajan jedinstveni doprinos i nakon uključivanja negativnog afekta, emocionalne disregulacije i ostalih psiholoških faktora, što ukazuje na njen samostalan statistički doprinos objašnjenju individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja u okviru testiranog modela.

Kada su u pitanju emocionalni procesi, rezultati pokazuju da negativni afekt i emocionalna disregulacija ostvaruju značajne bivarijantne povezanosti sa izraženošću simptoma prejedanja, ali ne zadržavaju statistički značajan jedinstveni doprinos nakon uključivanja ostalih psiholoških faktora u model. Negativni afekt pokazuje značajnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja ($r = .40$), što ukazuje da su viši nivoi depresivnosti, anksioznosti i stresa povezani sa izraženijim simptomima prejedanja. Ovakav nalaz u skladu je sa kognitivno-bihejvioralnim i afektivno-regulacionim modelima, u kojima se prejedanje razmatra u kontekstu neprijatnih emocionalnih stanja i mogućeg kratkotrajnog emocionalnog olakšanja (Fairburn i sar., 2003; Heatherton & Baumeister, 1991). Prethodna istraživanja takođe ukazuju na povezanost negativnog afekta sa epizodama gubitka kontrole i izraženijom simptomatologijom prejedanja (Haedt-Matt & Keel, 2011; Tanofsky-Kraff i sar., 2011; Lynch i sar., 2000; Pinaquy i sar., 2003; Azarbad i sar., 2010).

Ipak, činjenica da negativni afekt ne zadržava statistički značajan jedinstveni doprinos nakon uključivanja drugih psiholoških faktora može ukazivati na preklapanje njegove varijanse sa drugim kognitivnim, emocionalnim i samoregulacionim procesima obuhvaćenim modelom. Drugim rečima, depresivnost, anksioznost i stres povezani su sa izraženošću simptoma prejedanja na bivarijantnom nivou, ali njihov samostalan statistički doprinos nije

potvrđen kada se istovremeno uzmu u obzir uverenja o ishrani, samokritičnost, psihološka infleksibilnost i ostali ispitivani faktori. Ovakvo tumačenje u skladu je sa istraživanjima u kojima emocionalni faktori gube deo objašnjavajuće snage nakon uključivanja specifičnijih kognitivnih varijabli (Lavender i sar., 2016). Ranija istraživanja ukazuju i na mogućnost složenog i potencijalno dvosmernog odnosa negativnog afekta i simptoma prejedanja (Polivy & Herman, 1993; Barker i sar., 2006). Pri tome, rezultati ovog istraživanja omogućavaju utvrđivanje povezanosti ovih varijabli, dok bi preciznije razmatranje njihovog vremenskog odnosa zahtevalo dodatna istraživanja.

Sličan obrazac nalaza uočen je i kod emocionalne disregulacije, koja pokazuje značajnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja (r = .42), ali ne ostvaruje statistički značajan jedinstveni doprinos nakon uključivanja drugih psiholoških faktora. Ovakav rezultat ukazuje da su veće teškoće u regulaciji emocija povezane sa izraženijom simptomatologijom prejedanja, ali i da se njihov statistički doprinos preklapa sa doprinosom drugih emocionalnih, kognitivnih i samoregulacionih varijabli uključenih u model. Dobijeni nalazi u skladu su sa istraživanjima koja emocionalnu disregulaciju povezuju sa simptomima prejedanja, neadaptivnim strategijama suočavanja i izraženijim teškoćama u upravljanju emocionalnim stanjima (Racine & Wildes, 2013; Leehr i sar., 2015; Walenda i sar., 2021), kao i sa istraživanjima koja ukazuju na povezanost emocionalne pobuđenosti i teškoća regulacije emocija sa gubitkom kontrole nad jedenjem (Svaldi i sar., 2012; Munsch i sar., 2012; Lavender i sar., 2015; Jones i sar., 2020).

Psihološka infleksibilnost takođe pokazuje značajnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja (r = .39), pri čemu zadržava statistički značajan jedinstveni doprinos u regresionom modelu (β = .133). Psihološka infleksibilnost odnosi se na rigidniji odnos prema sopstvenim mislima i emocijama, teškoće u prihvatanju neprijatnih unutrašnjih iskustava i izraženije iskustveno izbegavanje. U tom kontekstu, prejedanje se u okviru teorijskih pristupa može razmatrati kao ponašanje povezano sa nastojanjem da se neprijatna unutrašnja iskustva kratkotrajno ublaže ili izbegnu. Ovakvo tumačenje u skladu je sa pristupima zasnovanim na prihvatanju, prema kojima je psihološka infleksibilnost povezana sa emocionalnim jedenjem i simptomima prejedanja (Hayes i sar., 2006; Svaldi i sar., 2012; Masuda & Stephens, 2013). Iako psihološka infleksibilnost pokazuje izražene povezanosti sa samokritičnošću, emocionalnom disregulacijom i negativnim afektom, njen statistički značajan jedinstveni doprinos ukazuje da je povezana sa delom varijanse izraženosti simptoma prejedanja koji nije objašnjen ostalim faktorima uključenim u model.

Frustraciona netolerancija takođe pokazuje statistički značajnu pozitivnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja (r = .30), što ukazuje da je veća netolerancija neprijatnosti i frustracije povezana sa izraženijim simptomima prejedanja. Ovakav nalaz u skladu je sa teorijskim pristupima koji naglašavaju značaj tolerancije neprijatnih emocionalnih stanja i načina suočavanja sa njima (Harrington, 2005; Cañas i sar., 2009). Međutim, frustraciona netolerancija nije ostvarila statistički značajan jedinstveni doprinos u regresionom modelu. Imajući u vidu njenu pozitivnu bivarijantnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja, negativan, ali statistički neznačajan beta koeficijent u višestrukom modelu ne treba tumačiti kao pokazatelj obrnutog odnosa, već ga je potrebno sagledati u kontekstu međusobne povezanosti i zajedničke varijanse prediktora.

Kada je reč o stidu i krivici, stid ostvaruje statistički značajnu, ali relativno slabu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja (r = .22), dok krivica nije statistički značajno povezana sa izraženošću simptoma prejedanja (r = .03). Ni stid ni krivica ne ostvaruju

statistički značajan jedinstveni doprinos u regresionom modelu. Ovakav nalaz ukazuje da se stid, iako bivarijantno povezan sa simptomima prejedanja, nije izdvojio kao nezavisan statistički prediktor kada su istovremeno uzeti u obzir drugi emocionalni, kognitivni i samoevaluativni faktori. Ranija istraživanja takođe ukazuju da jedinstveni statistički doprinos stida može biti manji kada se istovremeno razmatraju drugi samoevaluativni i emocionalni procesi, uključujući samokritičnost i emocionalnu disregulaciju (Ferreira i sar., 2013; Duarte i sar., 2015; Pila i sar., 2021).

U celini posmatrano, nalazi prvog modela ukazuju na povezanost izraženosti simptoma prejedanja sa različitim kognitivnim, emocionalnim, samoevaluativnim i samoregulacionim faktorima. Kada su svi prediktori razmatrani istovremeno, uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost zadržali su statistički značajne jedinstvene doprinose, dok kod negativnog afekta, emocionalne disregulacije, frustracione netolerancije, stida i krivice takav doprinos nije potvrđen. Dobijeni obrazac nalaza može se razumeti u kontekstu međusobne povezanosti ispitivanih konstrukata i njihove zajedničke varijanse. Uverenja o ishrani ostvarila su najveći jedinstveni statistički doprinos u okviru ovog modela, ali taj nalaz treba sagledati uz moguće sadržinsko preklapanje EBQ i BES. U celini, rezultati Modela 1 pružaju osnovu za dalje razmatranje načina na koji su različiti psihološki procesi povezani sa individualnim razlikama u izraženosti simptoma prejedanja kod ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem.

Model 2a: Medijaciona uloga negativnog afekta u odnosu između samokritičnosti, stida i krivice i izraženosti simptoma prejedanja

Model 2a koncipiran je sa ciljem da se ispita medijaciona uloga negativnog afekta u odnosu između samoevaluativnih procesa i izraženosti simptoma prejedanja. Teorijska pretpostavka modela zasniva se na integraciji kognitivnih i afektivnih objašnjenja, prema kojima su negativni obrasci doživljaja sebe, posebno izražena samokritičnost, povezani sa negativnim afektom, dok je negativni afekt povezan sa izraženijim simptomima prejedanja. Dobijeni rezultati pružaju delimičnu podršku pretpostavljenom modelu: statistički značajan indirektni efekat utvrđen je u slučaju samokritičnosti, dok za stid i krivicu takav efekat nije potvrđen.

Najpre, samokritičnost statistički značajno predviđa negativni afekt ($\beta = .629$, $p < .001$). Veličina ovog koeficijenta ukazuje da se samokritičnost izdvaja kao značajan statistički prediktor negativnog afekta u testiranom modelu. Ovakav nalaz u skladu je sa istraživanjima koja pokazuju da je samokritičnost snažno povezana sa depresivnošću i anksioznošću, kao i sa opštim negativnim afektom (Dunkley & Grilo, 2007; Duarte i sar., 2015). Kelly i Carter (2013) takođe ukazuju na izraženu povezanost samokritičnosti sa simptomima poremećaja ishrane, pri čemu se samokritičnost može posmatrati kao relativno stabilan obrazac negativne samoevaluacije.

Dalje, negativni afekt statistički značajno predviđa izraženost simptoma prejedanja ($\beta = .221$, $p < .001$), čak i kada se u model uključe samokritičnost, stid i krivica. Ovaj nalaz u skladu je sa osnovnim pretpostavkama afekt-regulacionih i kognitivno-bihejvioralnih modela, prema kojima je intenzivniji emocionalni distres povezan sa simptomima prejedanja i teškoćama u regulaciji emocija (Heatherton & Baumeister, 1991; Fairburn i sar., 2003). Meta-analitički i longitudinalni nalazi takođe ukazuju na značaj odnosa između negativnog afekta i

epizoda prejedanja (Haedt-Matt & Keel, 2011; Goldschmidt i sar., 2012). Nalaze prethodnih istraživanja, međutim, treba razlikovati od rezultata ovog istraživanja, koji ukazuju na statističke odnose između ispitivanih varijabli, bez mogućnosti utvrđivanja njihovog vremenskog ili uzročnog sleda.

Ključni nalaz Modela 2a odnosi se na statistički značajan indirektni efekat samokritičnosti na izraženost simptoma prejedanja preko negativnog afekta ($\beta = .139$, 95% CI [0.061, 0.219]). Budući da interval poverenja ne obuhvata nulu, indirektni efekat je statistički značajan. Indirektni efekat čini približno 33.7% ukupnog statističkog efekta samokritičnosti na izraženost simptoma prejedanja, dok direktni efekat samokritičnosti ostaje statistički značajan ($\beta = .269$, $p < .001$). Ovakav obrazac rezultata ukazuje na parcijalnu medijaciju i pruža statističku podršku pretpostavljenom odnosu između samokritičnosti, negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja. Istovremeno, značajan indirektni efekat predstavlja statistički nalaz i ne treba ga tumačiti kao potvrdu uzročnog mehanizma ili vremenskog redosleda između ispitivanih varijabli.

Slični obrasci nalaza zabeleženi su i u ranijim istraživanjima. Na primer, Lavender i saradnici (2015) utvrdili su značajne indirektne efekte emocionalnih faktora u odnosu između kognitivnih karakteristika i simptoma poremećaja ishrane. Slično tome, Duarte i saradnici (2015) nalaze značajan indirektni efekat negativnog afekta u odnosu između samokritičnosti i simptoma, uz istovremeno zadržavanje značajnog direktnog efekta samokritičnosti. Ovakav obrazac nalaza sličan je rezultatima dobijenim u ovom istraživanju i pruža dodatni kontekst za razumevanje povezanosti samokritičnosti, negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja.

Dobijeni nalaz može se razmatrati i u okviru teorijskih pristupa koji samokritičnost povezuju sa negativnom samoevaluacijom i intenzivnijim emocionalnim distresom. Prema modelu izbegavanja samosvesnosti, prejedanje se može konceptualizovati kao jedan od mogućih načina privremenog usmeravanja pažnje sa neprijatnih samoevaluativnih sadržaja i ublažavanja emocionalnog distresa (Heatherton & Baumeister, 1991). Utvrđeni indirektni efekat preko negativnog afekta saglasan je sa ovakvim teorijskim tumačenjem, ali ga ne potvrđuje kao mehanizam koji se nužno odvija kod ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem.

Za razliku od samokritičnosti, nije utvrđen statistički značajan indirektni efekat stida i krivice na izraženost simptoma prejedanja preko negativnog afekta. Njihova povezanost sa negativnim afektom u okviru testiranog modela bila je marginalna ($\beta = .080$, $p = .055$) i nije dostigla statističku značajnost, dok ni indirektni efekat na izraženost simptoma prejedanja nije bio statistički značajan. Ni njihov direktni efekat na izraženost simptoma prejedanja nije bio statistički značajan. Pretpostavljena medijaciona putanja preko negativnog afekta, prema tome, nije dobila empirijsku podršku kada su u pitanju stid i krivica.

Slični nalazi prisutni su u istraživanjima koja ukazuju da se jedinstveni doprinos stida i krivice može smanjiti kada se u modele uključi samokritičnost (Duarte i sar., 2015; Kelly & Carter, 2013). Iako prethodna istraživanja ukazuju na povezanost stida i krivice sa simptomima poremećaja ishrane (Goss & Gilbert, 2002; Ferreira i sar., 2013), njihov statistički doprinos može se delimično preklapati sa drugim samoevaluativnim i emocionalnim procesima. Ovakvo tumačenje saglasno je i sa nalazima Modela 1, u kojem se ni stid ni krivica nisu izdvojili kao statistički značajni jedinstveni prediktori izraženosti simptoma prejedanja kada su istovremeno razmatrani sa ostalim psihološkim faktorima.

Rezultati Modela 2a, u celini posmatrano, pružaju delimičnu statističku podršku pretpostavljenom modelu. Utvrđen je statistički značajan indirektni efekat samokritičnosti na izraženost simptoma prejedanja preko negativnog afekta, uz istovremeno statistički značajan direktni efekat samokritičnosti, dok indirektni efekti stida i krivice preko negativnog afekta nisu bili statistički značajni. Nalazi tako ukazuju na specifičan statistički odnos samokritičnosti, negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja, dok bi za preciznije ispitivanje vremenskog sleda i prirode njihovih međusobnih odnosa bila potrebna dodatna istraživanja.

Medijaciona uloga emocionalne disregulacije u odnosu između uverenja o ishrani, držanja dijete i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2b)

Model 2b koncipiran je sa ciljem da se ispita medijaciona uloga emocionalne disregulacije u odnosu između uverenja o ishrani, držanja dijete i izraženosti simptoma prejedanja. Polazna teorijska pretpostavka zasniva se na integraciji kognitivno-bihejvioralnog i afektivnog pristupa, prema kojima su uverenja o ishrani i držanje dijete povezani sa izraženošću simptoma prejedanja, pri čemu emocionalna disregulacija može predstavljati jedan od procesa povezanih sa ovim odnosima. Dobijeni rezultati pružaju delimičnu podršku pretpostavljenom modelu: statistički značajan indirektni efekat utvrđen je za uverenja o ishrani, dok za držanje dijete takav efekat nije potvrđen.

Najpre, uverenja o ishrani statistički značajno predviđaju emocionalnu disregulaciju (a_1 putanja: $\beta = .408$, $p < .001$). Ovaj nalaz pokazuje da su izraženija disfunkcionalna uverenja o ishrani povezana sa većim teškoćama u regulaciji emocija. Veličina koeficijenta ukazuje na izraženu povezanost ovih varijabli u okviru testiranog modela i sugeriše da se kognitivni obrasci u domenu ishrane mogu razmatrati u kontekstu širih teškoća emocionalnog funkcionisanja.

Ovakav rezultat može se sagledati u okviru teorijskih pretpostavki prema kojima su rigidna uverenja i pravila u vezi sa ishranom povezana sa emocionalnim procesima. Kada su standardi u vezi sa hranom i jedenjem strogi i polarizovani, odstupanje od postavljenih pravila može biti povezano sa doživljajem neuspeha ili gubitka kontrole i intenzivnijim negativnim emocionalnim reakcijama. Ipak, ovakvo objašnjenje predstavlja teorijski okvir za razumevanje utvrđenog statističkog odnosa, a ne potvrdu smera tog odnosa.

Dalje, emocionalna disregulacija statistički značajno predviđa izraženost simptoma prejedanja (b putanja: $\beta = .279$, $p < .001$). Ovaj nalaz ukazuje da su veće teškoće u regulaciji emocija povezane sa izraženijim simptomima prejedanja. U skladu sa afektivno-regulacionim pristupima, prejedanje se može teorijski razmatrati kao jedan od mogućih načina kratkotrajnog suočavanja sa neprijatnim emocionalnim stanjima. Dobijeni rezultat saglasan je sa takvim teorijskim pretpostavkama, ali sam po sebi ne omogućava zaključivanje o smeru ili uzročnoj prirodi ovog odnosa.

Ključni nalaz Modela 2b odnosi se na statistički značajan indirektni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja preko emocionalne disregulacije ($\beta = .114$, 95% CI [0.071, 0.160]). Budući da interval poverenja ne obuhvata nulu, indirektni efekat je statistički značajan. Oko 25.2% ukupnog statističkog efekta uverenja o ishrani povezano je sa ovom indirektnom putanjom. Direktni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja

istovremeno ostaje statistički značajan (c'_1: $\beta = .333$, $p < .001$), što ukazuje na parcijalnu medijaciju. Ovakav obrazac pruža statističku podršku pretpostavljenom odnosu između uverenja o ishrani, emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja, ali značajan indirektni efekat ne treba tumačiti kao potvrdu vremenskog redosleda ili uzročnog medijacionog mehanizma.

Činjenica da uverenja o ishrani zadržavaju statistički značajan direktni efekat i nakon uključivanja emocionalne disregulacije ukazuje da njihov odnos sa izraženošću simptoma prejedanja nije u potpunosti obuhvaćen emocionalnom disregulacijom. Teorijski posmatrano, rigidna uverenja o hrani i jedenju mogu biti povezana sa obrascima razmišljanja „sve ili ništa“, strogim pravilima u vezi sa ishranom i doživljajem gubitka kontrole nakon odstupanja od tih pravila. Ovakvo tumačenje može pružiti teorijski okvir za razumevanje direktnog statističkog odnosa, ali ne predstavlja potvrđen mehanizam na osnovu rezultata ovog istraživanja.

Nasuprot tome, držanje dijete nije statistički značajno predviđalo emocionalnu disregulaciju (a_2 putanja: $\beta = .028$, $p = .555$), niti je utvrđen statistički značajan indirektni efekat držanja dijete na izraženost simptoma prejedanja preko emocionalne disregulacije ($\beta = .008$, 95% CI [−0.019, 0.034]). Pretpostavljena medijaciona putanja preko emocionalne disregulacije, prema tome, nije dobila empirijsku podršku kada je u pitanju držanje dijete.

Ipak, držanje dijete pokazuje statistički značajan direktni efekat na izraženost simptoma prejedanja (c'_2: $\beta = .103$, $p = .021$). Ovaj nalaz ukazuje da je držanje dijete statistički povezano sa izraženošću simptoma prejedanja i nakon uključivanja emocionalne disregulacije u model. Teorijski, ovaj odnos može se razmatrati u kontekstu restriktivnih obrazaca ishrane, preokupacije hranom i teškoća povezanih sa kontrolom jedenja. Međutim, dobijeni rezultat ne pokazuje da držanje dijete dovodi do prejedanja, već da između ovih varijabli postoji statistički odnos koji nije objašnjen pretpostavljenom indirektnom putanjom preko emocionalne disregulacije.

Kada se sagledaju ukupni efekti, uverenja o ishrani pokazuju izraženiji ukupni statistički efekat na izraženost simptoma prejedanja ($\beta = .451$), dok je ukupni efekat držanja dijete slabiji ($\beta = .127$), ali statistički značajan. Ovakav obrazac ukazuje na različit relativni statistički doprinos ova dva faktora u okviru Modela 2b. Pri tome, izraženiji efekat uverenja o ishrani potrebno je sagledati i u kontekstu pomenutog sadržinskog preklapanja EBQ i BES, zbog čega se ne može zaključiti da uverenja o ishrani imaju opštu primarnost u odnosu na druge psihološke faktore povezane sa simptomima prejedanja.

Rezultati Modela 2b, u celini posmatrano, pružaju delimičnu statističku podršku pretpostavljenom modelu. Utvrđen je statistički značajan indirektni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja preko emocionalne disregulacije, uz istovremeno statistički značajan direktni efekat uverenja o ishrani. Nasuprot tome, indirektni efekat držanja dijete preko emocionalne disregulacije nije bio statistički značajan, iako je njegov direktni efekat na izraženost simptoma prejedanja bio statistički značajan.

Moderatorska uloga frustracione netolerancije u odnosu između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3a)

Model 3a koncipiran je sa ciljem da se ispita da li frustraciona netolerancija moderira odnos između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja. Polazna teorijska pretpostavka zasniva se na modelima tolerancije na distres i racionalno-emocionalno-bihejvioralnom pristupu (REBT). U skladu sa tim, očekivalo se da će povezanost između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja biti izraženija kod osoba sa višim nivoom frustracione netolerancije.

Važno je naglasiti da viši skor na FDS skali označava nižu toleranciju na frustraciju, odnosno višu frustracionu netoleranciju. Moderatorski efekat ispitan je hijerarhijskom regresionom analizom sa centriranim varijablama. U prvom koraku uključeni su glavni efekti negativnog afekta (DASS) i frustracione netolerancije (FDS), dok je u drugom koraku dodat interakcioni termin (DASS × FDS).

Ukupni regresioni model bio je statistički značajan, $F(3, 371) = 24.73$, $p < .001$, i objašnjavao je 16.7% varijanse izraženosti simptoma prejedanja ($R^2 = .167$). Ovaj rezultat ukazuje da varijable uključene u model zajedno objašnjavaju deo individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja. Pri tome je važno razlikovati statističku značajnost ukupnog regresionog modela od potvrde pretpostavljenog moderatorskog odnosa, koja zavisi od interakcionog efekta.

Negativni afekt ostvaruje statistički značajan pozitivan doprinos objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja ($\beta = .331$, $p < .001$), dok frustraciona netolerancija takođe ostvaruje statistički značajan pozitivan doprinos ($\beta = .118$, $p = .036$). Dakle, viši nivoi negativnog afekta i viša frustraciona netolerancija zasebno su povezani sa izraženijim simptomima prejedanja. Međutim, postojanje ovih glavnih efekata samo po sebi ne ukazuje na moderatorski odnos.

Za testiranje postavljene hipoteze ključan je interakcioni efekat negativnog afekta i frustracione netolerancije. Interakcioni termin nije bio statistički značajan ($B = −.0002$, $p = .633$), a njegovo uključivanje dovelo je do zanemarljivog povećanja objašnjene varijanse ($\Delta R^2 = .0005$). Prema tome, nije utvrđeno da se jačina povezanosti između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja menja u zavisnosti od nivoa frustracione netolerancije.

Analiza jednostavnih nagiba dodatno je saglasna sa ovim rezultatom. Povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja bila je gotovo nepromenjena na niskom, prosečnom i visokom nivou frustracione netolerancije. Ovakav obrazac ne podržava početnu pretpostavku prema kojoj bi povezanost negativnog afekta sa simptomima prejedanja trebalo da bude izraženija sa porastom frustracione netolerancije.

Dobijeni nalazi ukazuju na različitu ulogu glavnih i interakcionih efekata u okviru testiranog modela. Iako su negativni afekt i frustraciona netolerancija pojedinačno statistički značajno povezani sa izraženošću simptoma prejedanja, njihova interakcija nije statistički značajna. Frustraciona netolerancija se, prema tome, izdvaja kao varijabla koja ostvaruje zaseban statistički doprinos, ali nije potvrđeno da menja jačinu povezanosti negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja.

Jedno od mogućih tumačenja jeste da je povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja relativno stabilna na različitim nivoima frustracione netolerancije. Frustraciona netolerancija može predstavljati širi aspekt teškoća u podnošenju neprijatnih unutrašnjih iskustava koji je povezan sa simptomima prejedanja, ali rezultati ovog modela ne podržavaju pretpostavku da ona pojačava ili slabi povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma. Moguće je da su za razumevanje ovih odnosa relevantni i drugi psihološki ili situacioni faktori koji nisu obuhvaćeni pretpostavljenom interakcijom, što može predstavljati pravac za buduća istraživanja.

Rezultati Modela 3a, dakle, ne pružaju podršku pretpostavljenoj moderatorskoj ulozi frustracione netolerancije. Iako su negativni afekt i frustraciona netolerancija ostvarili statistički značajne glavne efekte, interakcioni efekat nije bio statistički značajan, te postavljena moderatorska hipoteza nije potvrđena. Ovaj nalaz važan je i za kasnije razmatranje integrisanog modela, budući da je moderatorska uloga frustracione netolerancije predstavljala jednu od njegovih pretpostavljenih komponenti.

Moderatorska uloga psihološke infleksibilnosti u odnosu između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3b)

Model 3b koncipiran je sa ciljem da se ispita da li psihološka infleksibilnost moderira odnos između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja. Teorijska pretpostavka modela zasniva se na okviru terapije prihvatanja i posvećenosti (ACT), prema kojem rigidniji odnos prema neprijatnim unutrašnjim iskustvima i sklonost njihovom izbegavanju mogu biti povezani sa teškoćama u adaptivnom reagovanju na emocionalni distres. U skladu sa tim, očekivalo se da će povezanost između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja biti izraženija kod osoba sa višim nivoom psihološke infleksibilnosti.

Važno je naglasiti da viši skor na Skali psihološke infleksibilnosti označava nižu psihološku fleksibilnost, odnosno višu psihološku infleksibilnost. Moderatorski efekat ispitan je hijerarhijskom regresionom analizom sa centriranim varijablama. U prvom koraku uključeni su glavni efekti emocionalne disregulacije (DERS) i psihološke infleksibilnosti (AAQ-II), dok je u drugom koraku dodat interakcioni termin (DERS × AAQ-II).

Ukupni regresioni model je statistički značajan, $F(3, 371) = 31.74$, $p < .001$, i objašnjava 20.4% varijanse izraženosti simptoma prejedanja ($R^2 = .204$). U poređenju sa Modelom 3a, u kojem je objašnjeno 16.7% varijanse, Model 3b objašnjava veći procenat varijanse izraženosti simptoma prejedanja. Ovaj nalaz ukazuje da emocionalna disregulacija i psihološka infleksibilnost, posmatrane zajedno u okviru ovog modela, objašnjavaju relevantan deo individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja. Međutim, veći procenat objašnjene varijanse ne podrazumeva i potvrdu pretpostavljenog moderatorskog odnosa, koji se procenjuje na osnovu interakcionog efekta.

Emocionalna disregulacija ostvaruje statistički značajan pozitivan doprinos objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja ($\beta = .286$, $p < .001$), što ukazuje da su veće teškoće u regulaciji emocija povezane sa izraženijim simptomima prejedanja. Ovakav nalaz saglasan je sa rezultatima prethodnih analiza u ovom istraživanju, u kojima se emocionalna disregulacija pokazala kao značajan korelat izraženosti simptoma prejedanja. U okviru ovog

modela njen doprinos ostaje statistički značajan i kada se istovremeno uzme u obzir psihološka infleksibilnost.

Psihološka infleksibilnost takođe ostvaruje statistički značajan pozitivan doprinos objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja ($\beta = .214$, $p < .001$). Viši nivo psihološke infleksibilnosti povezan je sa izraženijim simptomima prejedanja i kada se u modelu istovremeno uzme u obzir emocionalna disregulacija. Ovaj nalaz može se razmatrati u okviru ACT pristupa, prema kojem psihološka infleksibilnost obuhvata rigidniji odnos prema sopstvenim mislima i emocijama, kao i izraženiju sklonost izbegavanju ili kontroli neprijatnih unutrašnjih iskustava (Hayes i sar., 2006; Bond i sar., 2011). Dobijeni rezultat je, dakle, saglasan sa teorijskim značajem psihološke infleksibilnosti, ali njen statistički značajan glavni efekat sam po sebi ne predstavlja potvrdu moderatorske uloge.

Za testiranje postavljene moderatorske hipoteze ključan je interakcioni efekat emocionalne disregulacije i psihološke infleksibilnosti. Interakcioni termin nije bio statistički značajan ($B = -.0003$, $p = .814$), a njegovo uključivanje dovelo je do zanemarljivog povećanja objašnjene varijanse ($\Delta R^2 = .0001$). Prema tome, nije utvrđeno da se jačina povezanosti između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja menja u zavisnosti od nivoa psihološke infleksibilnosti.

Analiza jednostavnih nagiba dodatno je saglasna sa ovim nalazom. Povezanost između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja ostaje gotovo nepromenjena na niskom, prosečnom i visokom nivou psihološke infleksibilnosti. Ovakav obrazac ne podržava početnu pretpostavku da bi povezanost emocionalne disregulacije sa simptomima prejedanja trebalo da bude izraženija sa porastom psihološke infleksibilnosti.

Izostanak statistički značajnog moderatorskog efekta može se razmatrati i u kontekstu sadržinske i konceptualne bliskosti emocionalne disregulacije i psihološke infleksibilnosti. Emocionalna disregulacija odnosi se na teškoće u razumevanju, prihvatanju i modulaciji emocionalnih stanja, kao i na teškoće u kontroli ponašanja i održavanju ponašanja usmerenog ka cilju u uslovima emocionalnog distresa (Gratz & Roemer, 2004). Psihološka infleksibilnost, sa druge strane, odnosi se na rigidniji odnos prema unutrašnjim iskustvima, uključujući misli, emocije i telesne senzacije, uz sklonost njihovom izbegavanju ili kontroli čak i kada takvi obrasci mogu ometati adaptivno funkcionisanje (Hayes i sar., 2006; Bond i sar., 2011).

Iako su teorijski različiti, ova dva konstrukta obuhvataju srodne aspekte odnosa prema neprijatnim unutrašnjim iskustvima. Na njihovo preklapanje ukazuju i nalazi ovog istraživanja, budući da je između psihološke infleksibilnosti i emocionalne disregulacije utvrđena relativno visoka povezanost ($r = .62$). Moguće je, stoga, da se deo njihovog zajedničkog statističkog doprinosa izraženosti simptoma prejedanja već odražava kroz glavne efekte, dok njihov interakcioni odnos ne pruža dodatno objašnjenje individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja. Ovakvo tumačenje treba posmatrati kao jedno od mogućih objašnjenja dobijenog obrasca rezultata, a ne kao potvrđen mehanizam.

Dobijeni nalazi tako pokazuju važnu razliku između zasebnog doprinosa psihološke infleksibilnosti i njene pretpostavljene moderatorske uloge. Psihološka infleksibilnost jeste statistički značajno povezana sa izraženošću simptoma prejedanja i ostvaruje jedinstveni doprinos u okviru Modela 3b, ali nije utvrđeno da menja jačinu povezanosti emocionalne disregulacije sa simptomima prejedanja. Na taj način rezultati ne umanjuju značaj psihološke

infleksibilnosti kao konstrukta povezanog sa simptomatologijom prejedanja, već preciznije određuju prirodu njenog statističkog odnosa sa ostalim varijablama u testiranom modelu.

Rezultati Modela 3b pokazuju, dakle, da emocionalna disregulacija i psihološka infleksibilnost ostvaruju statistički značajne zasebne doprinose objašnjenju izraženosti simptoma prejedanja, dok njihov interakcioni efekat nije statistički značajan. Hipoteza o moderatorskoj ulozi psihološke infleksibilnosti u odnosu između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja nije dobila empirijsku podršku. Ovaj nalaz je relevantan i za kasnije razmatranje integrisanog modela, budući da je moderatorska uloga psihološke infleksibilnosti predstavljala jednu od pretpostavljenih komponenti kompleksnijeg modela moderirane medijacije.

Integrisani model moderirane medijacije (Model 4)

Integrisani model moderirane medijacije predstavlja centralni teorijsko-analitički deo ovog istraživanja, budući da objedinjuje prethodno ispitivane kognitivne, emocionalne, samoevaluativne i samoregulacione faktore u jedinstven statistički okvir sa izraženošću simptoma prejedanja kao kriterijumskom varijablom. Model je koncipiran tako da istovremeno ispita dve pretpostavljene posredne putanje, kao i mogućnost da se pojedini odnosi unutar tih putanja razlikuju u zavisnosti od nivoa frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti.

Za razliku od prethodnih modela, u kojima su pojedini odnosi ispitivani odvojeno, Model 4 omogućava sagledavanje njihovog relativnog statističkog doprinosa kada se veći broj teorijski relevantnih varijabli razmatra istovremeno. Upravo zbog toga nalazi integrisanog modela nisu u potpunosti istovetni rezultatima jednostavnijih medijacionih i moderatorskih analiza. Pojedini odnosi koji su bili statistički značajni u prethodnim modelima ne zadržavaju značajnost kada se uključe ostale varijable, što ukazuje na njihovo međusobno preklapanje i značaj razmatranja zajedničke varijanse ispitivanih konstrukata.

Prva putanja: samokritičnost i stid/krivica → negativni afekt → izraženost simptoma prejedanja, uz frustracionu netoleranciju kao moderator

U okviru prve putanje ispitivan je odnos samokritičnosti i stida/krivice sa negativnim afektom, kao i povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja, uz pretpostavku da frustraciona netolerancija može menjati jačinu ovog odnosa. Ova putanja zasnovana je na teorijskoj pretpostavci da su negativni samoevaluativni procesi povezani sa izraženijim emocionalnim distresom, dok bi odnos emocionalnog distresa sa simptomima prejedanja mogao biti izraženiji kod osoba koje teže podnose frustraciju i neprijatna unutrašnja iskustva.

Rezultati pokazuju da samokritičnost ostvaruje statistički značajan pozitivan efekat na negativni afekt ($B = 1.353$, $p < .001$), odnosno da je viši nivo samokritičnosti povezan sa izraženijim negativnim afektom. Istovremeno, model koji uključuje samokritičnost i stid/krivicu objašnjava 40.2% varijanse negativnog afekta, što ukazuje na izraženu povezanost ispitivanih samoevaluativnih faktora sa individualnim razlikama u negativnom afektu.

Ovakav nalaz saglasan je sa kognitivnim i samoevaluativnim pristupima prema kojima je izraženija samokritičnost povezana sa negativnim emocionalnim funkcionisanjem. Samokritičnost podrazumeva sklonost negativnoj proceni sopstvene vrednosti, izraženim ličnim standardima i usmerenosti na sopstvene nedostatke i neuspehe, zbog čega njena povezanost sa depresivnošću, anksioznošću i drugim oblicima emocionalnog distresa ima teorijsko uporište. Sličan obrazac prisutan je i u prethodnim istraživanjima koja ukazuju na izraženu povezanost samokritičnosti sa negativnim afektom i simptomima poremećaja ishrane (Dunkley & Grilo, 2007; Duarte i sar., 2015).

Dobijeni rezultat ujedno je saglasan sa nalazom Modela 2a, u kojem je samokritičnost bila statistički značajno povezana sa negativnim afektom. Međutim, važna razlika pojavljuje se kada se razmatra dalji deo pretpostavljene putanje. Dok je u jednostavnijem medijacionom modelu negativni afekt ostvarivao statistički značajnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja i bio deo statistički značajnog indirektnog efekta samokritičnosti, u integrisanom modelu njegov jedinstveni doprinos izraženosti simptoma prejedanja nije statistički značajan kada se istovremeno uključe ostali kognitivni, emocionalni i samoregulacioni faktori.

Ovakva razlika između jednostavnijeg i integrisanog modela predstavlja važan nalaz. Ona ukazuje da povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja treba sagledavati u kontekstu drugih međusobno povezanih psiholoških varijabli. Negativni afekt pokazuje značajne bivarijantne odnose sa simptomima prejedanja i značajan doprinos u jednostavnijim modelima, ali se njegov jedinstveni statistički doprinos smanjuje kada se istovremeno uzmu u obzir drugi relevantni faktori. Ovakav obrazac može odražavati zajedničku varijansu negativnog afekta sa konstruktima kao što su samokritičnost, emocionalna disregulacija i psihološka infleksibilnost, čije su međusobne povezanosti utvrđene i u prethodnim analizama.

U tom smislu, odsustvo statistički značajnog jedinstvenog doprinosa negativnog afekta u integrisanom modelu ne znači da negativni afekt nije relevantan za razumevanje simptomatologije prejedanja. Preciznije, rezultati pokazuju da njegov doprinos nije nezavisan od ostalih psiholoških faktora uključenih u kompleksniji model. Negativni afekt se stoga može posmatrati kao deo šireg sklopa međusobno povezanih emocionalnih i samoevaluativnih karakteristika, dok njegova specifična uloga postaje manje izražena kada se njihov doprinos razmatra istovremeno.

Ovaj nalaz može se sagledati i u odnosu na kognitivno-bihejvioralne i afektivno-regulacione pristupe. Dok afektivno-regulacioni modeli naglašavaju povezanost emocionalnog distresa sa simptomima prejedanja, transdijagnostički kognitivno-bihejvioralni pristup ukazuje na širi sistem međusobno povezanih kognitivnih, emocionalnih i bihejvioralnih procesa (Fairburn, 2008). Rezultati ovog istraživanja bliži su tumačenju prema kojem negativni afekt treba razmatrati u okviru takvog šireg sklopa faktora, a ne kao izolovan proces koji samostalno objašnjava izraženost simptoma prejedanja.

Kada je reč o frustracionoj netoleranciji, pretpostavljeni moderatorski efekat u integrisanom modelu nije potvrđen. Interakcija negativnog afekta i frustracione netolerancije nije bila statistički značajna, što znači da nije utvrđeno da se povezanost negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja razlikuje u zavisnosti od nivoa frustracione netolerancije. Ovaj rezultat saglasan je sa nalazima Modela 3a, u kojem frustraciona netolerancija takođe nije ostvarila pretpostavljenu moderatorsku ulogu.

Odsustvo moderatorskog efekta posebno je važno za interpretaciju prve putanje integrisanog modela. Iako frustraciona netolerancija može biti povezana sa teškoćama u podnošenju neprijatnosti i emocionalnog distresa, dobijeni rezultati ne podržavaju specifičnu pretpostavku da ona menja jačinu odnosa između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja. Na taj način treba razlikovati teorijski značaj frustracione netolerancije kao konstrukta od empirijske podrške konkretnoj ulozi koja joj je pretpostavljena u ovom modelu.

Kada se nalazi prve putanje sagledaju zajedno, podrška njenim pojedinačnim komponentama nije jednaka. Jasno je potvrđena povezanost samokritičnosti sa negativnim afektom, dok jedinstveni doprinos negativnog afekta izraženosti simptoma prejedanja u integrisanom modelu nije potvrđen. Takođe, nije potvrđena pretpostavljena moderatorska uloga frustracione netolerancije. Zbog toga rezultati pružaju podršku pojedinim odnosima obuhvaćenim ovom putanjom, ali ne i njenoj celovitoj strukturi u obliku u kojem je teorijski pretpostavljena.

Ovakav obrazac je važan za interpretaciju Modela 4 u celini. Statistička značajnost pojedinih direktnih odnosa unutar integrisanog modela ne podrazumeva istovremeno potvrdu kompleksnog modela moderirane medijacije. Za potvrdu takvog modela potrebno je da empirijsku podršku dobiju i pretpostavljene posredne i moderatorske putanje. U prvoj putanji to nije u potpunosti ostvareno, budući da očekivani moderatorski efekat frustracione netolerancije nije potvrđen, dok negativni afekt nije zadržao statistički značajan jedinstveni doprinos izraženosti simptoma prejedanja nakon istovremenog uključivanja ostalih faktora.

Druga putanja: uverenja o ishrani i držanje dijete → emocionalna disregulacija → izraženost simptoma prejedanja, uz psihološku infleksibilnost kao moderator

U okviru druge putanje integrisanog modela ispitivan je odnos uverenja o ishrani i držanja dijete sa emocionalnom disregulacijom, kao i povezanost emocionalne disregulacije sa izraženošću simptoma prejedanja, uz pretpostavku da psihološka infleksibilnost može menjati jačinu ovog odnosa. Ova putanja zasnovana je na povezivanju kognitivno-bihejvioralnih i afektivno-regulacionih pristupa, prema kojima se kognitivni obrasci i ponašanja u vezi sa ishranom mogu razmatrati zajedno sa teškoćama u regulaciji emocija i širim obrascima odnosa prema neprijatnim unutrašnjim iskustvima.

Uverenja o ishrani ostvaruju statistički značajnu povezanost sa emocionalnom disregulacijom, što je saglasno sa nalazima prethodno testiranog Modela 2b. Ovakav odnos može se razmatrati u okviru kognitivno-bihejvioralnih objašnjenja, prema kojima rigidna pravila i evaluativni obrasci u vezi sa hranom i kontrolom jedenja mogu biti povezani sa emocionalnim funkcionisanjem (Cooper i sar., 2004; Fairburn, 2008). Kada su pravila o ishrani stroga i polarizovana, odstupanje od njih može biti povezano sa doživljajem neuspeha ili gubitka kontrole i izraženijim negativnim emocionalnim reakcijama. Dobijeni statistički odnos saglasan je sa ovakvim teorijskim tumačenjem, ali sam po sebi ne određuje prirodu niti smer povezanosti između ovih procesa.

Savremeni kognitivni modeli dodatno ukazuju na specifičan značaj sadržaja uverenja povezanih sa hranom i jedenjem. Ova uverenja mogu obuhvatati različite kognitivne sadržaje, uključujući očekivanja u vezi sa efektima jedenja, negativna uverenja o njegovim posledicama i permisivne misli povezane sa gubitkom kontrole nad jedenjem (Burton & Abbott, 2019; Cooper i sar., 2004). U tom smislu, uverenja o ishrani ne predstavljaju samo

opšte stavove prema hrani, već obuhvataju kognitivne procese koji su povezani sa načinom na koji osoba procenjuje hranu, jedenje i sopstvenu kontrolu nad njima.

Pri interpretaciji izraženosti odnosa uverenja o ishrani sa simptomima prejedanja, međutim, potrebno je zadržati izvestan oprez. Kao što je prethodno razmotreno, deo sadržaja EBQ odnosi se na uverenja povezana sa gubitkom kontrole nad jedenjem, dok je gubitak kontrole istovremeno važan aspekt sadržaja koji obuhvata BES. Zbog toga deo izraženije statističke povezanosti uverenja o ishrani sa simptomima prejedanja može odražavati i sadržinsku srodnost primenjenih mera. Ova okolnost ne dovodi u pitanje dobijene statističke odnose, ali predstavlja važan kontekst za njihovo tumačenje i ne opravdava zaključak o opštoj primarnosti uverenja o ishrani u odnosu na druge ispitivane psihološke faktore.

Nalazi koji se odnose na držanje dijete pokazuju nešto drugačiji obrazac. Držanje dijete povezano je sa izraženošću simptoma prejedanja, ali pretpostavljena putanja preko emocionalne disregulacije nije dobila podršku u prethodno testiranom medijacionom modelu. Ovakav obrazac može se razmatrati u odnosu na teoriju dijetetske restrikcije, koja naglašava značaj restriktivnih obrazaca ishrane, rigidne kontrole jedenja i preokupacije hranom. Rezultati ovog istraživanja podržavaju postojanje statističke povezanosti držanja dijete sa izraženošću simptoma prejedanja, ali ne ukazuju da se taj odnos u okviru testiranih modela može objasniti emocionalnom disregulacijom.

Uverenja o ishrani i držanje dijete, prema tome, ne pokazuju potpuno jednak obrazac odnosa sa ostalim varijablama. Dok su uverenja o ishrani povezana i sa emocionalnom disregulacijom i sa izraženošću simptoma prejedanja, kod držanja dijete nije potvrđena pretpostavljena indirektna putanja preko emocionalne disregulacije. Ovakav nalaz ukazuje da kognitivne i bihejvioralne aspekte odnosa prema ishrani, iako međusobno povezane, nije opravdano posmatrati kao potpuno ekvivalentne procese.

Međutim, kao i u slučaju negativnog afekta u prvoj putanji, emocionalna disregulacija u integrisanom modelu ne zadržava statistički značajan jedinstveni doprinos izraženosti simptoma prejedanja kada se istovremeno uključe ostali ispitivani faktori. Ovaj nalaz je posebno značajan kada se uporedi sa Modelom 2b, u kojem je utvrđen statistički značajan indirektni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja preko emocionalne disregulacije. Kada se, međutim, isti proces razmatra u širem integrisanom modelu, uz istovremeno uključivanje drugih relevantnih kognitivnih, emocionalnih, samoevaluativnih i samoregulacionih faktora, emocionalna disregulacija više ne ostvaruje statistički značajan jedinstveni doprinos kriterijumskoj varijabli.

Ova razlika između jednostavnijeg medijacionog i integrisanog modela ukazuje da statistički značajan indirektni efekat dobijen u Modelu 2b treba posmatrati u kontekstu kompleksnijih odnosa među ispitivanim konstruktima. Emocionalna disregulacija jeste povezana sa izraženošću simptoma prejedanja, što potvrđuju i korelacione analize i prethodni modeli, ali se njen statistički doprinos u integrisanom modelu u značajnoj meri preklapa sa doprinosom drugih uključenih varijabli. Ovakav obrazac je saglasan i sa ranijim istraživanjima koja ukazuju na povezanost teškoća u regulaciji emocija sa simptomima i epizodama gubitka kontrole nad jedenjem, uz mogućnost da njihov jedinstveni doprinos bude manji kada se istovremeno uključe specifični kognitivni i drugi psihološki faktori (Lavender i sar., 2015; Svaldi i sar., 2012).

Stoga odsustvo statistički značajnog jedinstvenog doprinosa emocionalne disregulacije u integrisanom modelu ne znači da emocionalna regulacija nije relevantna za razumevanje simptoma prejedanja. Preciznije, nalazi pokazuju da njen doprinos nije nezavisan od drugih međusobno povezanih psiholoških procesa obuhvaćenih Modelom 4. Slično negativnom afektu u prvoj putanji, emocionalna disregulacija može se posmatrati kao deo šireg sklopa emocionalnih i samoregulacionih teškoća čiji se statistički doprinos delimično preklapa sa drugim konstruktima.

Kada je reč o psihološkoj infleksibilnosti, ona zadržava statistički značajan direktni doprinos izraženosti simptoma prejedanja, ali nije potvrđena njena pretpostavljena moderatorska uloga u odnosu između emocionalne disregulacije i simptoma prejedanja. Ovakav nalaz saglasan je sa rezultatima Modela 3b, u kojem su emocionalna disregulacija i psihološka infleksibilnost zasebno bile statistički značajno povezane sa izraženošću simptoma prejedanja, dok njihov interakcioni efekat nije bio statistički značajan.

U odnosu na ACT perspektivu, prema kojoj psihološka infleksibilnost obuhvata rigidniji odnos prema mislima i emocijama i sklonost izbegavanju neprijatnih unutrašnjih iskustava, dobijeni nalazi podržavaju relevantnost psihološke infleksibilnosti kao konstrukta povezanog sa simptomima prejedanja (Hayes & Hofmann, 2021). Međutim, rezultati ne podržavaju specifičnu pretpostavku da psihološka infleksibilnost menja jačinu povezanosti emocionalne disregulacije sa izraženošću simptoma prejedanja. Drugim rečima, njen zaseban statistički doprinos treba razlikovati od moderatorske uloge koja joj je bila pretpostavljena u modelu.

Izostanak ovog moderatorskog efekta može se razmatrati i u kontekstu izraženog preklapanja emocionalne disregulacije i psihološke infleksibilnosti. U ovom istraživanju između ova dva konstrukta utvrđena je relativno visoka povezanost ($r = .62$), što ukazuje na značajnu zajedničku varijansu. Iako emocionalna disregulacija i psihološka infleksibilnost predstavljaju teorijski različite konstrukte, oba obuhvataju određene aspekte teškoća u odnosu prema neprijatnim emocionalnim iskustvima. Moguće je da se deo njihovog zajedničkog doprinosa već odražava kroz pojedinačne odnose sa ostalim varijablama, dok njihov interakcioni efekat ne pruža dodatno statističko objašnjenje izraženosti simptoma prejedanja. Ovo predstavlja jedno od mogućih tumačenja dobijenog obrasca, a ne potvrđen mehanizam.

Kada se druga putanja sagleda u celini, podrška njenim pojedinačnim komponentama ponovo nije jednaka. Uverenja o ishrani povezana su sa emocionalnom disregulacijom i zadržavaju značajan direktni doprinos izraženosti simptoma prejedanja, dok držanje dijete takođe zadržava direktnu statističku povezanost sa simptomima. Međutim, emocionalna disregulacija ne zadržava statistički značajan jedinstveni doprinos izraženosti simptoma prejedanja u integrisanom modelu, a očekivani moderatorski efekat psihološke infleksibilnosti nije potvrđen. Prema tome, kao i kod prve putanje, rezultati pružaju podršku pojedinim odnosima obuhvaćenim teorijskim modelom, ali ne i pretpostavljenoj putanji u njenom celovitom obliku.

U odnosu na afektivno-regulacione modele, dobijeni nalazi potvrđuju da su negativni afekt i emocionalna disregulacija povezani sa simptomima prejedanja, ali pokazuju i da njihovi jedinstveni statistički doprinosi postaju manje izraženi kada se istovremeno razmatra širi skup kognitivnih, samoevaluativnih i samoregulacionih faktora. Nasuprot tome, pojedini kognitivni i samoregulacioni faktori zadržavaju značajan jedinstveni doprinos i u kompleksnijem modelu. Ovakav obrazac podržava potrebu da se različite grupe psiholoških

faktora razmatraju zajedno, ali ne opravdava zaključak da je potvrđen jedinstven mehanizam njihovog delovanja.

U poređenju sa Dual Pathway modelom (Stice, 2001; Stice i sar., 2008), nalazi su saglasni sa opštom pretpostavkom da su kognitivni, bihejvioralni i afektivni faktori povezani sa simptomima prejedanja, ali empirijska podrška nije dobijena za sve specifične odnose pretpostavljene integrisanim modelom ovog istraživanja. Slično tome, nalazi se mogu razmatrati u odnosu na model izbegavanja (Heatherton & Baumeister, 1991), ali rezultati ne pokazuju da negativni afekt u integrisanom modelu ostvaruje samostalan doprinos izraženosti simptoma prejedanja nakon uključivanja ostalih faktora. Teorijski modeli, prema tome, pružaju koristan okvir za razumevanje pojedinačnih nalaza, dok rezultati ovog istraživanja istovremeno ukazuju na potrebu za odmerenim tumačenjem njihove integracije u jedinstven statistički model.

Važan doprinos Modela 4 ogleda se upravo u tome što omogućava istovremeno ispitivanje većeg broja teorijski relevantnih psiholoških konstrukata i procenu njihovih relativnih statističkih doprinosa kada se razmatraju u zajedničkom okviru. Integrativni modeli prejedanja pretpostavljaju međusobnu povezanost kognitivnih, emocionalnih, samoevaluativnih, samoregulacionih i bihejvioralnih faktora (Burton & Abbott, 2019; Stice i sar., 2008; Fairburn, 2008). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da se doprinos pojedinih faktora menja kada se oni ispituju zajedno, što dodatno ukazuje na značaj njihovog međusobnog preklapanja.

U integrisanom modelu samokritičnost, uverenja o ishrani, držanje dijete i psihološka infleksibilnost zadržavaju statistički značajne jedinstvene doprinose izraženosti simptoma prejedanja, dok negativni afekt i emocionalna disregulacija ne zadržavaju statistički značajan jedinstveni doprinos nakon istovremenog uključivanja ostalih varijabli. Ovaj obrazac ne znači da su emocionalni procesi irelevantni, već pokazuje da se njihov statistički doprinos u kompleksnijem modelu preklapa sa doprinosom drugih ispitivanih faktora. Istovremeno, izraženiji doprinos uverenja o ishrani treba tumačiti uz prethodno razmotreno sadržinsko preklapanje EBQ i BES, zbog čega se ovaj nalaz ne može posmatrati kao dokaz njihove opšte primarnosti u odnosu na ostale psihološke konstrukte.

Posebno je važno da očekivani moderatorski efekti frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti nisu potvrđeni. Samim tim nije dobijena ni podrška pretpostavljenoj moderiranoj medijaciji. Ovaj rezultat je važan jer pokazuje da statistička značajnost pojedinih direktnih odnosa i pojedinačnih komponenti modela nije dovoljna da bi se integrisani model smatrao potvrđenim u njegovom pretpostavljenom kompleksnom obliku.

Rezultati Modela 4, prema tome, pružaju podršku pojedinim vezama između ispitivanih psiholoških faktora i izraženosti simptoma prejedanja, ali ne potvrđuju integrisani model moderirane medijacije u obliku u kojem je prvobitno postavljen. Pojedini direktni statistički efekti ostaju značajni, dok očekivani moderatorski efekti i moderirana medijacija nisu potvrđeni, a pretpostavljeni medijacioni odnosi iz jednostavnijih modela ne zadržavaju isti obrazac kada se veći broj varijabli razmatra istovremeno. Ovakav nalaz ne umanjuje vrednost testiranja integrisanog modela, već preciznije određuje koji su od pretpostavljenih odnosa dobili empirijsku podršku, a koji nisu.

U tom smislu, rezultati Modela 4 ukazuju da različiti teorijski pristupi mogu biti korisni za razumevanje pojedinih aspekata psiholoških faktora povezanih sa simptomima

prejedanja, ali njihovo objedinjavanje u pretpostavljeni kompleksni model nije u potpunosti podržano dobijenim podacima. Naučni doprinos ovakvog nalaza može se pre svega sagledati u istovremenom ispitivanju većeg broja teorijski relevantnih konstrukata, proceni njihovih relativnih statističkih doprinosa i empirijskom testiranju kompleksnog modela čije ključne pretpostavljene putanje nisu dobile potpunu podršku. Na taj način dobijeni nalazi pružaju osnovu za preciznije postavljanje i dalje proveravanje odnosa između ovih konstrukata u budućim istraživanjima.

Integrativna interpretacija nalaza i teorijske implikacije

Rezultati ovog istraživanja omogućavaju sagledavanje izraženosti simptoma prejedanja u okviru šireg skupa kognitivnih, samoevaluativnih, emocionalnih i procesnih faktora. Dobijeni nalazi ukazuju da različiti teorijski pristupi obuhvataju različite, ali međusobno povezane aspekte psihološkog funkcionisanja relevantne za simptome prejedanja. Istovremeno ispitivanje ovih faktora omogućilo je preciznije sagledavanje njihovih relativnih statističkih doprinosa i odnosa koji se menjaju kada se veći broj konstrukata razmatra u zajedničkom modelu.

U odnosu na klasični kognitivno-bihejvioralni model poremećaja ishrane (Fairburn, 2008), nalazi ovog istraživanja potvrđuju značaj kognitivnih faktora u razumevanju izraženosti simptoma prejedanja. Ovaj teorijski okvir naglašava precenjenu važnost težine, oblika tela i kontrole ishrane, kao i rigidna pravila i obrasce procenjivanja koji mogu biti povezani sa problematičnim obrascima ishrane. U ovom istraživanju značaj kognitivnog domena ogleda se pre svega u nalazima koji se odnose na uverenja o ishrani, ali i u značaju samokritičnosti kao oblika negativne samoevaluacije. Time se kognitivni aspekti simptoma prejedanja mogu sagledati šire, kroz specifična uverenja vezana za hranu i kontrolu, ali i kroz način na koji osoba procenjuje sebe i sopstvene postupke.

Nalazi koji se odnose na uverenja o ishrani posebno su saglasni sa kognitivnim modelima koji naglašavaju značaj rigidnih pravila, dihotomnog mišljenja i načina interpretiranja odstupanja od pravila ishrane (Cooper i sar., 2004; Fairburn, 2008). Stroga pravila o tome šta, kada i koliko treba jesti mogu biti praćena obrascem mišljenja „sve ili ništa“, pri čemu se odstupanje od postavljenih standarda doživljava kao potpuni gubitak kontrole. U tom smislu, rezultati ovog istraživanja podržavaju značaj kognitivnog načina organizovanja iskustava povezanih sa hranom i kontrolom, a ne samo ponašanja vezanog za ishranu.

Istovremeno, nalazi koji se odnose na držanje dijete omogućavaju njihovo razmatranje u odnosu na teoriju dijetetske restrikcije (Polivy & Herman, 1985). Prema ovom pristupu, rigidna kontrola ishrane i restriktivni obrasci mogu biti povezani sa pojačanom preokupacijom hranom i gubitkom kontrole nad jedenjem. U ovom istraživanju držanje dijete bilo je statistički značajno povezano sa izraženošću simptoma prejedanja, ali pretpostavljena indirektna putanja preko emocionalne disregulacije nije potvrđena. Ovakav obrazac ukazuje da restriktivno ponašanje zadržava relevantnost u razumevanju simptoma prejedanja, ali da njegov odnos sa simptomima nije obuhvaćen pretpostavljenim emocionalnim procesom.

Dobijeni nalazi mogu se razmatrati i u okviru Dual Pathway modela (Stice, 2001; Stice i sar., 2008), koji u objašnjenju simptoma poremećaja ishrane povezuje restriktivne i

afektivne procese. Rezultati ovog istraživanja delimično su saglasni sa širim pretpostavkama ovog modela, budući da su i restriktivni obrasci i negativni emocionalni procesi pokazali povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja. Međutim, kada su različiti faktori istovremeno uključeni u integrisani model, negativni afekt nije zadržao statistički značajan jedinstveni doprinos, dok su pojedini kognitivni i bihejvioralni faktori ostali statistički značajni. Ovakav nalaz ukazuje da se afektivni i restriktivni procesi ne mogu posmatrati izolovano od drugih psiholoških karakteristika uključenih u model.

Samokritičnost predstavlja još jedan važan aspekt dobijenih nalaza. Njena povezanost sa negativnim afektom, kao i sa izraženošću simptoma prejedanja, saglasna je sa istraživanjima koja ukazuju na značaj negativne samoevaluacije, osećaja neadekvatnosti i rigidnih standarda u simptomima poremećaja ishrane (Duarte i sar., 2015; Dunkley & Grilo, 2007). Samokritičnost se u ovom kontekstu može razumeti kao relativno stabilan način vrednovanja sebe, koji može biti povezan sa intenzivnijim negativnim emocionalnim reakcijama kada osoba proceni da nije ispunila sopstvene standarde.

Ovakav nalaz može se povezati sa teorijom izbegavanja (Heatherton & Baumeister, 1991), koja prejedanje razmatra u kontekstu neprijatne samosvesti, negativne samoevaluacije i pokušaja privremenog udaljavanja od takvih unutrašnjih iskustava. Značajan indirektni efekat samokritičnosti preko negativnog afekta u jednostavnijem medijacionom modelu saglasan je sa pretpostavkom o povezanosti samoevaluativnih i emocionalnih procesa. Međutim, činjenica da negativni afekt nije zadržao statistički značajan jedinstveni doprinos u integrisanom modelu pokazuje da je njegov odnos sa simptomima potrebno sagledavati u kontekstu drugih, međusobno povezanih psiholoških faktora.

Slična slika dobija se i kada se nalazi razmatraju u odnosu na afekt-regulacione modele. Ovi pristupi naglašavaju ulogu neprijatnih emocionalnih stanja i teškoća u regulaciji emocija u simptomima prejedanja. U pojedinačnim modelima ovog istraživanja negativni afekt i emocionalna disregulacija bili su značajno povezani sa izraženošću simptoma prejedanja, a utvrđeni su i pojedini značajni indirektni efekti preko ovih emocionalnih varijabli. Međutim, njihov jedinstveni statistički doprinos nije potvrđen kada su istovremeno razmatrani sa širim skupom kognitivnih i procesnih faktora. Ovakav obrazac ne umanjuje teorijski značaj emocionalnih procesa, već ukazuje da njihovu ulogu treba razmatrati u okviru međusobne povezanosti sa drugim psihološkim karakteristikama.

Poseban doprinos širem teorijskom sagledavanju nalaza pruža uključivanje psihološke infleksibilnosti. Ovaj konstrukt povezuje tradicionalnije kognitivno-bihejvioralne pristupe sa procesnim modelima „trećeg talasa“, posebno ACT pristupom (Hayes i sar., 2006; Hayes & Hofmann, 2021). Za razliku od pristupa usmerenih prvenstveno na sadržaj misli i uverenja, ACT naglašava način na koji se osoba odnosi prema sopstvenim mislima, emocijama i drugim unutrašnjim iskustvima. Iskustveno izbegavanje, rigidno reagovanje na unutrašnja iskustva i smanjena fleksibilnost u izboru ponašanja u tom okviru predstavljaju procese relevantne za razumevanje različitih maladaptivnih obrazaca ponašanja.

U ovom istraživanju psihološka infleksibilnost zadržala je statistički značajan jedinstveni doprinos izraženosti simptoma prejedanja i nakon uključivanja drugih ispitivanih faktora. Ovakav nalaz ukazuje na značaj ne samo sadržaja kognicija i intenziteta emocionalnih iskustava već i načina na koji se osoba prema tim iskustvima odnosi. Istovremeno, očekivana moderatorska uloga psihološke infleksibilnosti nije potvrđena. Prema tome, nalazi podržavaju njen značaj kao zasebnog procesnog faktora povezanog sa

simptomima prejedanja, ali ne i pretpostavku da psihološka infleksibilnost menja jačinu povezanosti emocionalne disregulacije sa simptomima. Ovakvo razlikovanje direktnog statističkog doprinosa i moderatorske funkcije važno je za preciznije povezivanje dobijenih rezultata sa ACT perspektivom.

Slično tome, frustraciona netolerancija može se teorijski razmatrati u okviru REBT-a i modela tolerancije na distres. Pretpostavka da bi teškoće u podnošenju neprijatnosti mogle pojačavati povezanost negativnog afekta sa simptomima prejedanja nije potvrđena. Iako je frustraciona netolerancija u jednostavnijem moderatorskom modelu pokazala zasebnu povezanost sa izraženošću simptoma, nije utvrđeno da menja jačinu povezanosti negativnog afekta sa simptomima prejedanja. Nalazi, prema tome, ne podržavaju pretpostavljenu moderatorsku funkciju frustracione netolerancije, što ukazuje da njenu teorijsku ulogu u ovom kontekstu treba razlikovati od opštije povezanosti sa teškoćama u podnošenju neprijatnih iskustava.

Posmatrani zajedno, nalazi pokazuju da nijedan od razmatranih teorijskih pristupa samostalno ne obuhvata sve statističke odnose utvrđene u ovom istraživanju. Kognitivno-bihejvioralni pristupi omogućavaju razumevanje značaja uverenja, pravila i samoevaluativnih obrazaca; teorija dijetetske restrikcije ukazuje na relevantnost restriktivnog ponašanja; afekt-regulacioni modeli i teorija izbegavanja naglašavaju emocionalni distres i odnos prema negativnim unutrašnjim stanjima; dok ACT i drugi procesni pristupi usmeravaju pažnju na psihološku fleksibilnost i način reagovanja na unutrašnja iskustva. Upravo njihovo zajedničko razmatranje omogućava diferenciranije sagledavanje psiholoških faktora povezanih sa simptomima prejedanja.

Istovremeno, rezultati ne podržavaju pretpostavku da se odnosi između ovih faktora organizuju upravo na način predviđen kompleksnim modelom moderirane medijacije. Pojedine medijacione putanje dobile su statističku podršku u jednostavnijim modelima, dok očekivani moderatorski efekti frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti nisu potvrđeni. U integrisanom modelu nisu potvrđene ni ključne pretpostavljene interakcione putanje ni moderirana medijacija. Zbog toga se teorijski značaj integrisanog pristupa ne ogleda u potvrdi jedinstvenog kompleksnog mehanizma, već u mogućnosti da se istovremeno ispitaju različiti teorijski relevantni konstrukti i preciznije utvrdi koji njihovi odnosi dobijaju, a koji ne dobijaju empirijsku podršku.

Na taj način, rezultati ovog istraživanja pružaju osnovu za integrativno, ali istovremeno diferencirano sagledavanje simptoma prejedanja. Nalazi ukazuju na relevantnost kognitivnih sadržaja, samoevaluativnih obrazaca, emocionalnih procesa, restriktivnog ponašanja i procesnih karakteristika, ali ne podržavaju njihovo povezivanje u jedinstvenu sekvencijalnu strukturu kakva je bila pretpostavljena integrisanim modelom. Teorijska vrednost dobijenih rezultata stoga se ogleda u preciznijem određivanju odnosa između konstrukata izvedenih iz različitih teorijskih tradicija i u stvaranju osnove za njihovo dalje ispitivanje u modelima koji mogu preciznije obuhvatiti njihovu međusobnu povezanost.

Povezanost sociodemografskih i antropometrijskih karakteristika sa izraženošću simptoma prejedanja

Ispitivanje sociodemografskih varijabli — pola, indeksa telesne mase, nivoa obrazovanja i materijalnog statusa — omogućava dodatno sagledavanje konteksta u kojem se javljaju individualne razlike u izraženosti simptoma prejedanja. Iako ove varijable u okviru istraživanja nemaju centralno mesto koje pripada ispitivanim psihološkim faktorima, njihovo uključivanje omogućava potpunije pozicioniranje dobijenih nalaza u odnosu na prethodna istraživanja. Simptomi prejedanja povezani su sa različitim individualnim i kontekstualnim karakteristikama, zbog čega razmatranje sociodemografskih varijabli može doprineti širem razumevanju karakteristika ispitivanog uzorka.

Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali statistički značajne razlike u izraženosti simptoma prejedanja u odnosu na pol. Ovakav nalaz može se razmatrati u kontekstu epidemioloških istraživanja koja ukazuju da su polne razlike kod poremećaja prejedanja manje izražene nego kod anoreksije nervoze i bulimije nervoze (Hudson i sar., 2007; Kessler i sar., 2013). Istraživanja na opštoj populaciji pokazuju da se simptomi i epizode prejedanja javljaju kod oba pola, dok pregledna istraživanja dodatno ukazuju da muškarci čine relevantan deo populacije osoba sa poremećajem prejedanja, iako su često nedovoljno zastupljeni u kliničkim i istraživačkim uzorcima (Grucza i sar., 2007; Mitchison & Mond, 2015).

Odsustvo statistički značajnih razlika prema polu u ovom istraživanju, međutim, potrebno je tumačiti posebno oprezno zbog strukture uzorka. Broj muškaraca bio je veoma mali (N = 16), zbog čega je mogućnost pouzdanog ispitivanja polnih razlika ograničena. Stoga dobijeni rezultat ne treba tumačiti kao pokazatelj odsustva polnih razlika u široj populaciji, već kao nalaz koji se odnosi na ispitivani uzorak. Ovo je posebno važno imajući u vidu prethodna istraživanja koja ukazuju da se muškarci i žene sa poremećajem prejedanja mogu razlikovati u pojedinim kliničkim karakteristikama, uključujući izraženost psihopatologije povezane sa poremećajima ishrane i depresivne simptome (Lydecker & Grilo, 2018). Izrazita zastupljenost žena u ovom istraživanju predstavlja i važnu karakteristiku uzorka koju treba imati u vidu pri generalizaciji dobijenih nalaza.

Kada je reč o indeksu telesne mase (BMI), utvrđena je statistički značajna, ali slaba pozitivna povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja. Ovakav nalaz saglasan je sa ranijim istraživanjima koja ukazuju na povezanost višeg indeksa telesne mase sa izraženijim simptomima prejedanja (de Zwaan, 2001; Grucza i sar., 2007; Tanofsky-Kraff i sar., 2011). Međutim, relativno nizak intenzitet dobijene povezanosti pokazuje da BMI obuhvata samo ograničen deo individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja. Stoga telesnu masu i simptomatologiju prejedanja ne treba poistovećivati, niti BMI posmatrati kao neposredan pokazatelj psiholoških procesa povezanih sa izraženošću simptoma prejedanja.

Prethodna istraživanja pokazuju da se epizode gubitka kontrole nad jedenjem mogu javljati kod osoba različite telesne mase (Spitzer i sar., 1992; Yanovski i sar., 2000; Van Strien, 2018). Istovremeno, longitudinalna istraživanja ukazuju na složene odnose između psiholoških karakteristika, simptoma prejedanja i promena telesne težine tokom vremena (Grilo i sar., 2007). U tom kontekstu, slaba povezanost BMI sa izraženošću simptoma prejedanja dobijena u ovom istraživanju može se sagledati kao još jedan pokazatelj da telesne

i psihološke karakteristike predstavljaju povezane, ali ne i međusobno zamenljive aspekte ovog fenomena.

Pojedina istraživanja dodatno ukazuju da promene telesne mase mogu biti povezane sa nizom ponašajnih i životnih faktora, uključujući energetski unos i fizičku aktivnost (Ernersson i sar., 2010; Jakovljević & Živković, 2015). Sa druge strane, psihološke karakteristike poput žudnje za hranom i impulsivnosti takođe pokazuju povezanost sa epizodama prejedanja (Knežević & Kardum, 2017). Ovakvi nalazi dodatno podržavaju potrebu da se BMI posmatra kao jedan od faktora povezanih sa simptomima prejedanja, a ne kao njihovo dovoljno objašnjenje.

U pogledu nivoa obrazovanja, rezultati nisu pokazali statistički značajne razlike u izraženosti simptoma prejedanja između ispitivanih obrazovnih kategorija. Ovakav nalaz saglasan je sa epidemiološkim podacima koji pokazuju da se simptomi prejedanja mogu javiti u različitim sociodemografskim grupama i da njihova povezanost sa obrazovanjem nije jednoznačna (Kessler i sar., 2013). Pregledna istraživanja takođe ukazuju da poremećaji ishrane nisu ograničeni na određene obrazovne ili socijalne kategorije (Becker i sar., 2017). U okviru ovog uzorka, prema tome, nivo obrazovanja nije bio povezan sa statistički značajnim razlikama u izraženosti simptoma prejedanja.

Za razliku od pola i nivoa obrazovanja, utvrđene su statistički značajne razlike u izraženosti simptoma prejedanja u odnosu na materijalni status. Ispitanici nižeg materijalnog statusa ostvarili su više skorove na meri izraženosti simptoma prejedanja u poređenju sa ispitanicima višeg materijalnog statusa. Ovaj nalaz može se sagledati u kontekstu istraživanja koja ukazuju na povezanost nepovoljnijih socioekonomskih okolnosti sa različitim obrascima ishrane i psihološkim opterećenjem (Drewnowski & Specter, 2004; Becker i sar., 2017).

Jedno od mogućih teorijskih objašnjenja ovog nalaza odnosi se na veću izloženost svakodnevnim stresorima, ekonomsku nesigurnost i manji doživljaj kontrole nad životnim okolnostima, koji mogu biti povezani sa negativnim emocionalnim stanjima i obrascima emocionalnog jedenja (Macht, 2008). Materijalni uslovi mogu biti povezani i sa dostupnošću, izborom i kvalitetom hrane, kao i sa drugim životnim okolnostima relevantnim za obrasce ishrane (Drewnowski & Specter, 2004). U okviru modela emocionalnog jedenja moguće je teorijski pretpostaviti povezanost socioekonomskog opterećenja, emocionalnog distresa i obrazaca jedenja. Međutim, takve posredne putanje nisu neposredno ispitivane u okviru analize sociodemografskih varijabli u ovom istraživanju, pa ih treba posmatrati kao moguća teorijska objašnjenja, a ne kao mehanizme potvrđene dobijenim rezultatima.

Nalazi koji se odnose na materijalni status posebno ukazuju na značaj sagledavanja simptoma prejedanja i u širem socijalnom kontekstu. Dok je najveći deo ovog istraživanja bio usmeren na psihološke konstrukte, razlike prema materijalnom statusu pokazuju da individualne razlike u izraženosti simptoma mogu biti povezane i sa karakteristikama životnih okolnosti. Ipak, budući da su sociodemografske varijable u ovom delu analizirane odvojeno od psiholoških faktora, na osnovu dobijenih rezultata nije moguće proceniti njihov relativni statistički doprinos kada se svi ovi faktori istovremeno razmatraju.

Rezultati ovog dela istraživanja, prema tome, pokazuju različite obrasce povezanosti sociodemografskih karakteristika sa izraženošću simptoma prejedanja. Razlike prema polu i nivou obrazovanja nisu bile statistički značajne, pri čemu nalaz koji se odnosi na pol zahteva naročitu opreznost zbog veoma malog broja muškaraca u uzorku. BMI je pokazao statistički

značajnu, ali slabu pozitivnu povezanost sa izraženošću simptoma prejedanja, dok su prema materijalnom statusu utvrđene statistički značajne razlike. Ovi nalazi dopunjuju rezultate koji se odnose na psihološke faktore i ukazuju na opravdanost sagledavanja izraženosti simptoma prejedanja u širem individualnom i socijalnom kontekstu, uz uvažavanje specifičnosti ispitivanog uzorka.

Značaj i ograničenja istraživanja

Ovo istraživanje bilo je usmereno na sistematsko ispitivanje psiholoških faktora povezanih sa izraženošću simptoma prejedanja, uz istovremeno razmatranje većeg broja kognitivnih, emocionalnih, samoevaluativnih i regulatornih procesa. Iako se simptomi prejedanja u savremenoj literaturi razmatraju u okviru različitih kognitivno-bihejvioralnih, afektivnih i transdijagnostičkih pristupa, manji broj istraživanja istovremeno ispituje relativni doprinos većeg broja teorijski relevantnih konstrukata, kao i njihove odnose kroz medijacione, moderatorske i integrisane modele. U tom smislu, značaj ovog istraživanja prvenstveno se ogleda u zajedničkom razmatranju više psiholoških faktora u domaćem uzorku i empirijskom testiranju njihovih pretpostavljenih odnosa.

Polazeći od pretpostavke da se individualne razlike u izraženosti simptoma prejedanja mogu sagledavati u kontekstu međusobno povezanih psiholoških procesa, istraživanjem su obuhvaćeni samokritičnost, stid i krivica, uverenja o ishrani, držanje dijete, negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija i psihološka infleksibilnost. Njihovo istovremeno uključivanje omogućilo je procenu relativnog statističkog doprinosa pojedinih varijabli, ali i proveru složenijih teorijski pretpostavljenih odnosa među njima.

Jedan od doprinosa istraživanja ogleda se upravo u tome što dobijeni rezultati nisu pružili jednaku podršku svim početnim pretpostavkama. Ukupni regresioni model pokazao je da ispitivani skup psiholoških varijabli objašnjava deo individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja, pri čemu su se pojedine varijable izdvojile kao statistički značajni jedinstveni prediktori. U pojedinačnim medijacionim modelima utvrđeni su određeni statistički značajni indirektni efekti. Nasuprot tome, pretpostavljeni moderatorski efekti nisu potvrđeni, a integrisani model moderirane medijacije nije dobio empirijsku podršku u svom pretpostavljenom kompleksnom obliku. Ovakav obrazac rezultata omogućava preciznije određivanje odnosa koji su dobili empirijsku podršku, ali i ukazuje na potrebu za daljim ispitivanjem pojedinih pretpostavki integrativnog teorijskog okvira.

Značaj istraživanja može se sagledati i u kontekstu domaće literature, u kojoj su složeniji modeli psiholoških faktora povezanih sa simptomima prejedanja relativno nedovoljno zastupljeni. Istovremeno ispitivanje većeg broja teorijski relevantnih konstrukata pruža podatke o njihovim međusobnim odnosima i relativnom statističkom doprinosu u ispitivanom uzorku. Dobijeni rezultati mogu predstavljati polaznu osnovu za preciznije koncipiranje budućih istraživanja, naročito onih koja bi primenom longitudinalnih nacrta i kliničkih uzoraka mogla detaljnije ispitati vremenski sled i prirodu utvrđenih odnosa.

Određeni metodološki značaj istraživanja ogleda se i u istovremenoj primeni većeg broja instrumenata namenjenih proceni teorijski relevantnih psiholoških konstrukata. Primenjene mere pokazale su zadovoljavajuću do visoku internu konzistentnost u ovom uzorku. Međutim, pouzdanost mera utvrđena u konkretnom uzorku ne treba izjednačavati sa njihovom formalnom validacijom na domaćoj populaciji. Status prevoda, adaptacije i prethodne psihometrijske validacije svakog primenjenog instrumenta potrebno je posmatrati zasebno, dok za instrumente za koje formalna validacija na našem govornom području nije sprovedena ostaje potreba za njihovom daljom psihometrijskom proverom.

Sa teorijskog stanovišta, nalazi pružaju diferenciraniju sliku odnosa ispitivanih faktora sa izraženošću simptoma prejedanja. Pojedini kognitivni, samoevaluativni i regulatorni faktori zadržali su statistički značajan jedinstveni doprinos kada su razmatrani zajedno sa ostalim

varijablama, dok se doprinos pojedinih emocionalnih faktora smanjivao nakon njihovog istovremenog uključivanja u model. Istovremeno, činjenica da pretpostavljeni moderatorski efekti i integrisani model moderirane medijacije nisu potvrđeni pokazuje da odnosi između ispitivanih konstrukata nisu u potpunosti obuhvaćeni pretpostavljenom strukturom modela. Rezultati stoga pružaju osnovu za njegovo dalje teorijsko i empirijsko preciziranje, a ne potvrdu jedinstvenog integrativnog mehanizma.

Značaj istraživanja može se sagledati i u širem kontekstu proučavanja simptoma prejedanja kao složenog psihološkog fenomena. Istovremeno razmatranje različitih grupa psiholoških faktora omogućilo je sagledavanje njihove relativne povezanosti sa izraženošću simptoma u ispitivanom uzorku. Pri tome, rezultati ne pružaju osnovu za izdvajanje pojedinih faktora kao univerzalno primarnih niti za zaključivanje o efikasnosti određenih intervencijskih pristupa. Njihov značaj je pre svega u preciznijem opisivanju statističkih odnosa između ispitivanih konstrukata i stvaranju osnove za njihovu dalju proveru.

Pored navedenog značaja, istraživanje ima nekoliko ograničenja koja su važna za tumačenje dobijenih rezultata. Jedno od najvažnijih odnosi se na način formiranja uzorka. Istraživanje je sprovedeno na prigodnom i simptomatski selektovanom uzorku, pri čemu su u analize uključeni ispitanici koji su na Skali prejedanja ostvarili skor BES ≥ 18. Isti skor koji je korišćen kao kriterijum za uključivanje u istraživanje dalje je analiziran kao kontinuirana kriterijumska varijabla. Time je raspon izraženosti simptoma prejedanja unapred ograničen, pa dobijeni rezultati prvenstveno opisuju individualne razlike unutar grupe ispitanika sa već povišenom izraženošću simptoma prejedanja. Zbog toga se nalazi ne mogu neposredno generalizovati na osobe sa niskom izraženošću ili odsustvom simptoma, niti na opštu populaciju.

Važno je istaći i da uzorak nije predstavljao klinički uzorak osoba sa dijagnostikovanim poremećajem prejedanja. Kriterijum BES ≥ 18 ukazuje na povišenu izraženost simptoma procenjenih samoprocenskom merom, ali ne predstavlja zamenu za kliničku dijagnostičku procenu. Rezultate zato treba tumačiti kao nalaze o psihološkim faktorima povezanim sa individualnim razlikama u izraženosti simptoma prejedanja unutar selektovanog uzorka, a ne kao nalaze o faktorima nastanka ili razvoja poremećaja prejedanja.

Dodatno ograničenje odnosi se na polnu strukturu uzorka. Uzorak je bio gotovo u potpunosti ženskog pola, uz veoma mali broj muškaraca, što ograničava mogućnost pouzdanog ispitivanja polnih razlika i generalizacije rezultata na muškarce. Odsustvo statistički značajnih polnih razlika u ovom istraživanju zbog toga treba tumačiti oprezno, jer izrazita neujednačenost grupa ograničava mogućnost pouzdane procene potencijalnih razlika prema polu.

Posebno metodološko ograničenje odnosi se na sadržinsko preklapanje između Skale uverenja o ishrani (EBQ) i Skale prejedanja (BES). Deo sadržaja EBQ odnosi se na uverenja povezana sa gubitkom kontrole nad jedenjem, dok je gubitak kontrole istovremeno važan aspekt sadržaja obuhvaćenog BES skalom. Zbog toga je moguće da su povezanost između ovih mera i relativno izražen statistički doprinos uverenja o ishrani delimično povezani i sa sadržinskom srodnošću instrumenata. Ovo ne dovodi u pitanje statističku značajnost utvrđenih odnosa, ali zahteva oprez pri njihovom tumačenju i posebno pri poređenju relativnog doprinosa uverenja o ishrani sa drugim ispitivanim faktorima.

Sledeće ograničenje proizlazi iz primene instrumenata zasnovanih na samoproceni. Iako samoprocena predstavlja uobičajen i opravdan način procene velikog broja psiholoških konstrukata, odgovori ispitanika mogu biti pod uticajem subjektivne interpretacije stavki, trenutnog emocionalnog stanja, introspektivne sposobnosti i socijalno poželjnog odgovaranja. Pored toga, činjenica da su ispitivani konstrukti procenjivani istim metodom otvara mogućnost zajedničke metodske varijanse, koja je mogla doprineti veličini pojedinih utvrđenih povezanosti.

Transverzalni nacrt istraživanja predstavlja još jedno važno ograničenje. Iako su testirani medijacioni i moderatorski modeli, dobijeni rezultati ne omogućavaju utvrđivanje vremenskog sleda ispitivanih varijabli niti izvođenje zaključaka o uzročnim odnosima. Statistički značajni indirektni efekti utvrđeni u pojedinačnim medijacionim modelima predstavljaju podršku određenim statističkim obrascima odnosa, ali ne potvrđuju da prediktorska varijabla vremenski prethodi medijatoru niti da medijator predstavlja uzročni mehanizam povezanosti sa simptomima prejedanja. Longitudinalna istraživanja bila bi posebno značajna za preciznije ispitivanje vremenskog redosleda i stabilnosti utvrđenih odnosa.

Dodatno metodološko ograničenje odnosi se na način određivanja veličine uzorka. Pre početka istraživanja nije sprovedena formalna a priori analiza statističke snage na osnovu koje bi bio određen potreban broj ispitanika. Iako je raspoloživi uzorak omogućio sprovođenje planiranih statističkih analiza, nije moguće proceniti u kojoj meri je njegova veličina bila optimalna za detektovanje svih očekivanih efekata. Ovo je posebno relevantno za testiranje interakcionih i složenijih efekata, koji mogu zahtevati veću statističku snagu. Navedeno ograničenje treba imati u vidu naročito pri tumačenju statistički neznačajnih moderatorskih efekata i integrisanog modela moderirane medijacije.

Ograničenje se odnosi i na status pojedinih primenjenih instrumenata na domaćem govornom području. Instrumenti koji nisu prethodno prošli formalnu psihometrijsku validaciju na odgovarajućoj populaciji zahtevaju dodatni oprez pri interpretaciji rezultata. Zadovoljavajuća interna konzistentnost utvrđena u ovom istraživanju predstavlja pokazatelj pouzdanosti mera u konkretnom uzorku, ali sama po sebi nije dovoljna za zaključivanje o njihovoj ukupnoj psihometrijskoj adekvatnosti. Buduća istraživanja trebalo bi da obuhvate detaljniju proveru faktorske strukture i različitih aspekata validnosti takvih instrumenata, kao i njihove jezičke i kulturološke ekvivalentnosti.

Iako je istraživanjem obuhvaćen relativno širok skup teorijski relevantnih psiholoških konstrukata, njime nisu iscrpljeni svi faktori koji mogu biti povezani sa izraženošću simptoma prejedanja. Potpunije razumevanje ovog fenomena zahteva razmatranje šireg biopsihosocijalnog konteksta. Buduća istraživanja mogla bi uključiti interpersonalne i porodične faktore, traumatska iskustva, stil afektivne vezanosti, telesno nezadovoljstvo i sociokulturne uticaje, kao i druge biološke i psihološke pokazatelje. Posebno bi bilo značajno proveriti utvrđene odnose na kliničkim i sociodemografski raznovrsnijim uzorcima, kao i na uzorcima koji obuhvataju širi raspon izraženosti simptoma prejedanja.

Određeno ograničenje predstavlja i relativno mali broj domaćih istraživanja sa kojima je moguće neposredno porediti dobijene rezultate. Zbog toga je najveći deo nalaza razmatran u odnosu na međunarodnu literaturu. Potencijalne kulturološke specifičnosti odnosa prema hrani, telesnom izgledu, emocionalnom izražavanju i načinima suočavanja ukazuju na potrebu za daljim istraživanjima u domaćem i regionalnom kontekstu.

Imajući u vidu navedena ograničenja, doprinos ovog istraživanja prvenstveno se može sagledati u istovremenom ispitivanju većeg broja teorijski relevantnih psiholoških konstrukata, proceni njihovih relativnih statističkih odnosa sa izraženošću simptoma prejedanja u domaćem uzorku i empirijskom testiranju složenijeg integrisanog modela. Dobijeni nalazi pružili su podršku pojedinim direktnim i indirektnim statističkim odnosima, ali integrisani model moderirane medijacije nije potvrđen u svom pretpostavljenom kompleksnom obliku, niti su potvrđeni očekivani moderatorski efekti. Ovakav obrazac rezultata ne pruža osnovu za potvrdu jedinstvenog mehanizma koji povezuje ispitivane konstrukte, ali omogućava preciznije sagledavanje njihovih odnosa i ukazuje na pravce u kojima bi predloženi model mogao biti dalje teorijski i empirijski razvijan. Na taj način, istraživanje pruža osnovu za buduća longitudinalna, klinička i psihometrijska istraživanja psiholoških faktora povezanih sa izraženošću simptoma prejedanja

Praktične implikacije dobijenih rezultata i smernice za buduća istraživanja

Praktične implikacije dobijenih rezultata prvenstveno se odnose na proširivanje razumevanja psiholoških karakteristika povezanih sa izraženošću simptoma prejedanja. Istovremeno ispitivanje kognitivnih, emocionalnih, samoevaluativnih i regulatornih faktora pokazalo je da se njihovi odnosi sa simptomima prejedanja razlikuju u zavisnosti od toga da li se posmatraju pojedinačno ili zajedno sa drugim varijablama. Ovakav obrazac nalaza ukazuje na značaj sveobuhvatnije psihološke procene, koja pored samih simptoma prejedanja uzima u obzir i šire obrasce mišljenja, emocionalnog funkcionisanja i odnosa prema sopstvenim unutrašnjim iskustvima.

Posebnu pažnju u tom smislu zaslužuju samokritičnost, uverenja o ishrani, držanje dijete i psihološka infleksibilnost, koji su u pojedinim analizama pokazali statistički značajne odnose sa izraženošću simptoma prejedanja. Dobijeni nalazi ne omogućavaju zaključak da bilo koji od ovih faktora predstavlja uzrok simptoma ili nužno odgovarajuću metu intervencije, ali ukazuju na konstrukte koje bi moglo biti korisno dodatno procenjivati i istraživati kod osoba sa izraženim simptomima prejedanja.

Rezultati koji se odnose na uverenja o ishrani ukazuju na značaj kognitivnih sadržaja povezanih sa hranom, jedenjem i kontrolom ishrane. U praktičnom kontekstu, to može opravdati obraćanje pažnje na rigidnost pravila u vezi sa ishranom, dihotomne obrasce mišljenja i način na koji osoba procenjuje sopstveno ponašanje u vezi sa hranom. Ipak, na osnovu ovog istraživanja ne može se zaključiti da bi intervencije usmerene upravo na ove sadržaje bile efikasnije od drugih pristupa, niti da promena takvih uverenja nužno dovodi do promene izraženosti simptoma prejedanja. Njihov potencijalni klinički značaj potrebno je neposredno proveravati u istraživanjima intervencija.

Slično tome, nalazi koji se odnose na samokritičnost ukazuju na relevantnost načina na koji osobe sa izraženim simptomima prejedanja procenjuju sebe i reaguju na doživljaj neuspeha ili neispunjavanja sopstvenih standarda. Statistički značajan indirektni efekat samokritičnosti preko negativnog afekta dodatno ukazuje na povezanost samoevaluativnih i emocionalnih procesa. U praktičnom smislu, ovi nalazi mogu predstavljati osnovu za dalje ispitivanje značaja samokritičnih obrazaca u psihološkoj proceni i tretmanu, ali ne potvrđuju da njihova promena neposredno utiče na simptome prejedanja.

Emocionalni procesi takođe ostaju relevantni za razumevanje ispitivanog fenomena. Negativni afekt i emocionalna disregulacija pokazivali su statistički značajne odnose sa

izraženošću simptoma prejedanja u pojedinačnim modelima, dok njihov jedinstveni doprinos nije potvrđen nakon istovremenog uključivanja većeg broja faktora u integrisani model. Ovakav obrazac sugeriše da emocionalno funkcionisanje ima smisla razmatrati zajedno sa kognitivnim i drugim psihološkim karakteristikama, umesto izdvojeno kao jedini ili centralni proces povezan sa simptomima prejedanja.

Nalazi koji se odnose na frustracionu netoleranciju i psihološku infleksibilnost zahtevaju posebno odmereno praktično tumačenje. Iako su ove karakteristike pokazale određene direktne odnose sa izraženošću simptoma prejedanja, njihove pretpostavljene moderatorske uloge nisu potvrđene. Prema tome, rezultati ne pružaju empirijsku osnovu za pretpostavku da frustraciona netolerancija pojačava povezanost negativnog afekta sa simptomima prejedanja, niti da psihološka infleksibilnost menja jačinu povezanosti emocionalne disregulacije sa simptomima. Njihov potencijalni značaj za procenu ili intervencije zato predstavlja pitanje koje zahteva dodatnu empirijsku proveru.

Praktične implikacije rezultata treba, prema tome, razumeti prvenstveno kao smernice za dalje istraživanje potencijalno relevantnih oblasti psihološkog funkcionisanja, a ne kao preporuke o efikasnosti određenih intervencija. U ovom istraživanju nisu ispitivani efekti psihološkog tretmana niti promene simptoma nakon intervencija. Zbog toga dobijeni nalazi mogu pomoći u formulisanju pitanja koja bi trebalo proveravati u budućim kliničkim istraživanjima, ali ne omogućavaju zaključivanje o tome koji bi terapijski pristupi ili njihove komponente bili najdelotvorniji.

Smernice za buduća istraživanja

Dobijeni rezultati otvaraju nekoliko pravaca za dalje istraživanje. Jedan od najvažnijih odnosi se na dalju proveru integrisanog modela. Budući da pretpostavljeni kompleksni model moderirane medijacije nije dobio empirijsku podršku u svom predviđenom obliku, naredna istraživanja mogla bi preciznije ispitati koje odnose između uključenih konstrukata ima smisla zadržati, a koje teorijske putanje treba drugačije konceptualizovati. Posebno je značajno ispitati zbog čega su pojedini direktni i indirektni statistički odnosi bili značajni u jednostavnijim modelima, dok pretpostavljeni moderatorski efekti i ključne putanje nisu potvrđeni nakon njihovog objedinjavanja u kompleksniji model.

U tom kontekstu, longitudinalna istraživanja predstavljaju jedan od najvažnijih narednih koraka. Praćenje istih ispitanika kroz više vremenskih tačaka omogućilo bi ispitivanje vremenskog redosleda promena u samokritičnosti, uverenjima o ishrani, negativnom afektu, emocionalnoj disregulaciji i izraženosti simptoma prejedanja. Time bi bilo moguće preciznije razdvojiti relativno stabilne psihološke karakteristike od procesa koji se menjaju zajedno sa promenama u simptomima. Posebno korisne mogle bi biti intenzivne longitudinalne metode, kao što su dnevničke studije i ponovljene procene u svakodnevnom životu. Njima bi se mogli pratiti kratkoročni odnosi između emocionalnih stanja, samokritičnih misli, uverenja o ishrani, restriktivnih obrazaca i doživljaja gubitka kontrole nad jedenjem. Takav pristup omogućio bi neposrednije ispitivanje dinamike ovih procesa nego procena svih konstrukata u jednoj vremenskoj tački.

Buduće studije trebalo bi da obuhvate i širi raspon izraženosti simptoma prejedanja. Uključivanje osoba sa niskim, umerenim i visokim skorovima omogućilo bi proveru da li se odnosi utvrđeni u ovom istraživanju javljaju i izvan grupe sa već povišenom izraženošću simptoma. Posebno bi bilo značajno paralelno uključivanje uzoraka iz opšte populacije i

kliničkи procenjenih osoba sa poremećajem prejedanja, čime bi se moglo ispitati da li se struktura odnosa između psiholoških faktora razlikuje u zavisnosti od nivoa simptomatologije i kliničkog statusa.

Važan metodološki pravac predstavlja i dalja psihometrijska provera instrumenata koji nisu formalno validirani na domaćem govornom području. Buduća istraživanja trebalo bi da ispitaju njihovu faktorsku strukturu, pouzdanost, konvergentnu i diskriminativnu validnost, kao i jezičku i kulturološku ekvivalentnost. Na taj način mogla bi se obezbediti pouzdanija osnova za njihovu dalju primenu u istraživanjima simptoma prejedanja u domaćem kontekstu.

Buduća istraživanja mogla bi dodatno precizirati odnos između uverenja o ishrani i simptoma prejedanja korišćenjem mera koje omogućavaju jasnije razgraničavanje ovih konstrukata. Takav pristup bio bi značajan za proveru u kojoj meri izražena povezanost uverenja o ishrani sa simptomima prejedanja odražava njihov teorijski odnos, a u kojoj meri može zavisiti od načina operacionalizacije i sadržaja primenjenih mera. Dalje bi bilo korisno ispitati uslove pod kojima frustraciona tolerancija i psihološka fleksibilnost mogu imati drugačiju ulogu od one pretpostavljene u ovom istraživanju. Budući da njihovi očekivani moderatorski efekti nisu potvrđeni, buduća istraživanja mogla bi proveriti da li su ovi konstrukti relevantniji kao neposredno povezani faktori, kao posredni procesi ili u interakciji sa nekim drugim emocionalnim i situacionim karakteristikama. Time bi se izbeglo unapred pretpostavljanje moderatorske funkcije koja u ovom istraživanju nije dobila empirijsku podršku.

Dalji pravac može obuhvatiti i uključivanje dodatnih konstrukata koji nisu bili deo testiranog modela, kao što su telesno nezadovoljstvo, impulsivnost, interpersonalni stres, iskustva kritike i odbacivanja, sociokulturni pritisci povezani sa izgledom, samosaosećanje i drugi aspekti odnosa prema sopstvenim unutrašnjim iskustvima. Njihovo uključivanje moglo bi doprineti preciznijem razumevanju heterogenosti psiholoških karakteristika osoba sa izraženim simptomima prejedanja.

Posebno značajan pravac predstavljaju klinička i eksperimentalna istraživanja kojima bi se neposredno proveravale pretpostavke o praktičnom značaju konstrukata izdvojenih u ovom radu. Umesto izvođenja preporuka o intervencijama na osnovu njihovih statističkih povezanosti sa simptomima, buduće studije trebalo bi da ispitaju da li promena određenog psihološkog procesa prati ili prethodi promeni izraženosti simptoma prejedanja. Na taj način moglo bi se pouzdanije proceniti koji od ispitivanih faktora predstavljaju relevantne procese promene i za koje grupe osoba.

Na taj način buduća istraživanja mogu nastaviti proveru i preciziranje odnosa identifikovanih u ovoj disertaciji, uz primenu longitudinalnih, intenzivnih longitudinalnih, kliničkih i eksperimentalnih nacrta. Posebna vrednost takvih istraživanja bila bi u prelasku sa utvrđivanja statističkih povezanosti na preciznije ispitivanje vremenske dinamike, uslova pod kojima se pojedini odnosi javljaju i potencijalnog značaja ispitivanih konstrukata za promene u izraženosti simptoma prejedanja.

V ZAKLJUČCI

Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 375 ispitanika sa izraženim simptomima prejedanja, pri čemu je kriterijum uključivanja bio skor BES ≥ 18. Uzorak je obuhvatio ispitanike različite starosne dobi, obrazovnog nivoa i materijalnog statusa.

U istraživanju su primenjeni instrumenti za procenu izraženosti simptoma prejedanja, uverenja o ishrani, držanja dijete, samokritičnosti, stida i krivice, negativnog afekta, emocionalne disregulacije, frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti, uz sociodemografske i antropometrijske podatke.

Primenom korelacionih analiza, višestruke regresione analize, medijacionih i moderatorskih analiza, kao i integrisanog modela moderirane medijacije, ispitane su postavljene hipoteze i odnosi između navedenih varijabli. Na osnovu dobijenih rezultata izdvajaju se sledeći zaključci:

1. Izraženost simptoma prejedanja bila je statistički značajno povezana sa gotovo svim ispitivanim psihološkim varijablama. Među izraženijim povezanostima bile su povezanosti sa uverenjima o ishrani, emocionalnom disregulacijom, samokritičnošću, negativnim afektom i psihološkom infleksibilnošću. Krivica se, za razliku od ostalih ispitivanih konstrukata, nije pokazala kao statistički značajno povezana sa izraženošću simptoma prejedanja. Dobijeni obrazac ukazuje na istovremenu relevantnost kognitivnih, samoevaluativnih, emocionalnih i regulatornih karakteristika u okviru ispitivanog skupa varijabli.
2. Osnovni regresioni model pokazao je da skup ispitivanih psiholoških prediktora objašnjava približno jednu trećinu varijanse izraženosti simptoma prejedanja. Statistički značajan jedinstveni doprinos ostvarili su uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost. Negativni afekt, emocionalna disregulacija, frustraciona netolerancija, stid i krivica nisu pokazali statistički značajan jedinstveni doprinos kada su svi prediktori istovremeno uključeni u model. Ovakav obrazac pokazuje da se doprinos pojedinih varijabli razlikuje u zavisnosti od toga da li se razmatraju zasebno ili zajedno sa drugim međusobno povezanim psihološkim faktorima.
3. U prvom medijacionom modelu utvrđen je statistički značajan indirektni efekat samokritičnosti na izraženost simptoma prejedanja preko negativnog afekta, uz istovremeno statistički značajan direktni efekat samokritičnosti. Indirektni efekti stida i krivice preko negativnog afekta nisu bili statistički značajni. Pretpostavljena indirektna putanja, prema tome, dobila je statističku podršku za samokritičnost, ali ne i za stid i krivicu.
4. U drugom medijacionom modelu utvrđen je statistički značajan indirektni efekat uverenja o ishrani na izraženost simptoma prejedanja preko emocionalne disregulacije, uz statistički značajan direktni efekat uverenja o ishrani. Za držanje dijete nije utvrđen statistički značajan indirektni efekat preko emocionalne disregulacije, dok je njegov direktni efekat na izraženost simptoma prejedanja bio statistički značajan. Pri tumačenju izraženog odnosa uverenja o ishrani sa simptomima prejedanja potrebno je imati u vidu i sadržinsku srodnost primenjenih mera, budući da deo sadržaja EBQ i BES obuhvata aspekte povezane sa gubitkom kontrole nad jedenjem.
5. Moderatorska uloga frustracione netolerancije u odnosu između negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja nije potvrđena. Negativni afekt i frustraciona netolerancija pokazali su statistički značajne zasebne odnose sa izraženošću simptoma

prejedanja, ali njihov interakcioni efekat nije bio statistički značajan. Prema tome, nije utvrđeno da se jačina povezanosti negativnog afekta sa izraženošću simptoma prejedanja razlikuje u zavisnosti od nivoa frustracione netolerancije.

6. Nije potvrđena ni moderatorska uloga psihološke infleksibilnosti u odnosu između emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja. Emocionalna disregulacija i psihološka infleksibilnost pokazale su statistički značajne zasebne odnose sa izraženošću simptoma prejedanja, ali njihov interakcioni efekat nije bio statistički značajan. Nalazi, prema tome, ne podržavaju pretpostavku da psihološka infleksibilnost menja jačinu povezanosti emocionalne disregulacije sa izraženošću simptoma prejedanja.
7. Integrisani model moderirane medijacije bio je statistički značajan i objasnio je približno jednu trećinu varijanse izraženosti simptoma prejedanja. Međutim, hipoteza o integrisanom modelu moderirane medijacije nije potvrđena u svom pretpostavljenom kompleksnom obliku. Kada su sve varijable istovremeno uključene u model, pretpostavljeni medijatori nisu pokazali statistički značajan jedinstveni doprinos izraženosti simptoma prejedanja, interakcioni efekti nisu bili statistički značajni, a moderirana medijacija nije potvrđena. Statistička značajnost ukupnog modela i pojedinih direktnih efekata stoga ne predstavlja potvrdu pretpostavljenih medijacionih i moderatorskih odnosa. Nalazi jednostavnijih modela nisu se u istom obliku održali nakon njihovog objedinjavanja u kompleksniji model.
8. Kada je reč o sociodemografskim i antropometrijskim karakteristikama, nisu utvrđene statistički značajne razlike u izraženosti simptoma prejedanja prema polu, pri čemu veoma mali broj muškaraca u uzorku ograničava mogućnost pouzdanijeg zaključivanja o polnim razlikama. Indeks telesne mase bio je statistički značajno, ali slabo pozitivno povezan sa izraženošću simptoma prejedanja. Razlike prema nivou obrazovanja nisu bile statistički značajne, dok su utvrđene statistički značajne razlike prema materijalnom statusu, pri čemu su ispitanici nižeg materijalnog statusa ostvarivali više skorove na meri simptoma prejedanja.
9. Rezultati različitih nivoa analiza ukazuju na složen obrazac odnosa između ispitivanih psiholoških faktora i izraženosti simptoma prejedanja. Uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost zadržali su statistički značajan jedinstveni doprinos u osnovnom regresionom modelu, dok su negativni afekt i emocionalna disregulacija bili relevantni u pojedinim jednostavnijim modelima, ali nisu zadržali statistički značajan jedinstveni doprinos u integrisanom modelu. Istovremeno, očekivani moderatorski efekti nisu potvrđeni. Činjenica da testirani regresioni modeli objašnjavaju približno jednu trećinu varijanse pokazuje i da znatan deo individualnih razlika u izraženosti simptoma prejedanja nije obuhvaćen ispitivanim skupom psiholoških faktora.

Rezultati ove disertacije ukazuju na značaj istovremenog razmatranja kognitivnih, samoevaluativnih, emocionalnih i regulatornih faktora povezanih sa izraženošću simptoma prejedanja. Uverenja o ishrani, držanje dijete, samokritičnost i psihološka infleksibilnost pokazali su statistički značajan jedinstveni doprinos u osnovnom regresionom modelu, dok su negativni afekt i emocionalna disregulacija imali značaj u pojedinim jednostavnijim modelima. Ovakav obrazac pokazuje da se statistički odnosi između ispitivanih konstrukata menjaju kada se veći broj međusobno povezanih faktora razmatra istovremeno.

Posebno je važno razlikovati statističku značajnost integrisanog modela od potvrde njegove pretpostavljene strukture. Iako je ukupni model bio statistički značajan i objasnio deo varijanse izraženosti simptoma prejedanja, centralna hipoteza o integrisanom modelu

moderirane medijacije nije dobila empirijsku podršku u svom pretpostavljenom kompleksnom obliku. Očekivani moderatorski efekti frustracione netolerancije i psihološke infleksibilnosti nisu potvrđeni, kao ni moderirana medijacija, dok se statistički značajne indirektne putanje utvrđene u jednostavnijim modelima nisu održale u istom obliku u integrisanom modelu. Time se jasnije razgraničavaju odnosi koji su dobili statističku podršku od onih teorijski pretpostavljenih odnosa koji nisu potvrđeni.

Dobijeni nalazi, prema tome, pružaju delimičnu empirijsku podršku pojedinim pretpostavljenim odnosima između ispitivanih kognitivnih, samoevaluativnih, emocionalnih i regulatornih faktora, ali ne potvrđuju integrisani model u celini. Njihov značaj ogleda se prvenstveno u istovremenom ispitivanju većeg broja teorijski relevantnih konstrukata, proceni njihovih relativnih statističkih odnosa sa izraženošću simptoma prejedanja i empirijskoj proveri kompleksnog modela. Rezultati na taj način pružaju osnovu za preciznije teorijsko određenje odnosa između ispitivanih konstrukata i njihovu dalju empirijsku proveru.

LITERATURA

Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect, 26*(5), 455–473.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 50*(7–8), 493–501.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237.

Allen, K. L., Byrne, S. M., McLean, N. J., & Davis, E. A. (2008). Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: Evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body Image, 5*(3), 261–270.

Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: A comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1107–1115.

Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2007). High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy, 45*(12), 2874–2883.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders *(3rd ed.)*.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders *(3rd ed., rev.)*.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders *(4th ed.)*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Anton, S. D., Perri, M. G., & Riley, J. R. (2000). Discriminant and predictive validity of the Binge Eating Scale. *Eating Behaviors, 1*(1), 1–8.

Arnow, 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*(1), 79–90.

Azarbad, L., Corsica, J., Hall, B., & Hood, M. (2010). Psychosocial correlates of binge eating in Hispanic, African American, and Caucasian women presenting for bariatric surgery. *Eating Behaviors, 11*(2), 79–84.

Azevedo, J., Ferreira, C., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2025). Early affective experiences, shame, self-criticism and disordered eating: A path analysis model in women from the community. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 30*, 12.

Balodis, I. M., Kober, H., Worhunsky, P. D., White, M. A., Stevens, M. C., Pearlson, G. D., Sinha, R., Grilo, C. M., & Potenza, M. N. (2013). Monetary reward processing in obese individuals with and without binge eating disorder. *Biological Psychiatry, 73*(9), 877–886.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence, 11*(1), 56–95.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Hoeber.

Becker, A. E., Thomas, J. J., & Pike, K. M. (2017). Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-5? *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 12–19.

Berking, M., Eichler, E., Naumann, E., & Svaldi, J. (2022). The efficacy of a transdiagnostic emotion regulation skills training in the treatment of binge-eating disorder—Results from a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. *61*, 998–1018

Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*, 284–296.

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.

Blomquist, K. K., & Grilo, C. M. (2011). Predictive significance of changes in dietary restraint in obese patients with binge eating disorder during treatment. *International Journal of Eating Disorders, 44*(6), 515–523.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688.

Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity. *Psychiatric Clinics of North America, 30*(4), 629–643.

Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2018). The revised short-form of the Eating Beliefs Questionnaire: Measuring positive, negative, and permissive beliefs about binge eating. *Journal of Eating Disorders, 6*, 37.

Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2019). Processes and pathways to binge eating: Development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *Journal of Eating Disorders, 7*, 18.

Button, E. J., Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15–16: A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders, 21*(1), 39–47.

Cardi, V., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 57*, 299–309.

Celio, A. A., Wilfley, D. E., Crow, S. J., Mitchell, J., & Walsh, B. T. (2004). A comparison of the Binge Eating Scale, Questionnaire for Eating and Weight Patterns-Revised, and Eating Disorder Examination Questionnaire with instructions with the Eating Disorder Examination in the assessment of binge eating disorder and its symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 36*(4), 434–444.

Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (Eds.). (2001). *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry*. Psychology Press.

Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & 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.

Cooney, L. G., Gyorfi, K., Sanneh, A., Bui, L. M., Mousa, A., Tay, C. T., Teede, H., Stener-Victorin, E., & Brennan, L. (2024). Increased prevalence of binge eating disorder and bulimia nervosa in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 109*(12), 3293–3305.

Cooper, M. J., Rose, K. S., & Turner, H. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 7*(1), 27–35.

Cooper, M. J., Todd, G., Wells, A., & Cox, R. (2004). The role of eating beliefs in maintaining eating disorder pathology: A cognitive model. *Behaviour Research and Therapy, 42*(7), 801–812.

Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 1–16.

Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2004). *Cognitive-behavioral treatment of obesity*. Guilford Press.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Craven, M. P., & Fekete, E. M. (2019). Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. *Eating Behaviors, 33*, 44–48.

da Luz, F. Q., Mohsin, M., Jana, T. A., Marinho, L. S., Santos, E. d., Lobo, I., Pascoareli, L., Gaeta, T., Ferrari, S., Teixeira, P. C., Cordás, T., & Hay, P. (2023). An examination of the relationships between eating-disorder symptoms, difficulties with emotion regulation, and mental health in people with binge eating disorder. *Behavioral Sciences, 13*(3), Article 234.

Dakanalis, A., Timko, C. A., Clerici, M., Zanetti, M. A., & Riva, G. (2014). Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males. *Eating Behaviors, 15*(1), 63–67.

de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity, 25*(Suppl. 1), S51–S55.

Dingemans, A. E., Danner, U. N., & Parks, M. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients, 9*(11), 1274.

Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: The role of energy density and energy costs. *The American Journal of Clinical Nutrition, 79*(1), 6–16.

Dryden, W., & Branch, R. (2008). *The fundamentals of rational emotive behaviour therapy: A training handbook*. Wiley.

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors, 15*(4), 638–643.

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2017). Ashamed and fused with body image and eating: Binge eating as an avoidance strategy. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*(1), 195–202.

Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy, 45*(1), 139–149.

Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion, 29*(8), 1496–1504.

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Smith, C. L. (2004). Emotion-related regulation: Its conceptualization, relations to social functioning, and socialization. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 277–306). Lawrence Erlbaum Associates.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion, 6*(3–4), 169–200.

Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion Review, 3*(4), 364–370.

Ernersson, Å., Nyström, F. H.**,** & Lindström, T. (2010). Long-term increase of fat mass after a four week intervention with fast food based hyper-alimentation and limitation of physical activity. *Nutrition & Metabolism, 7*, 68.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 363–370.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309–313). Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry, 55*(5), 425–432.

Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors, 14*(2), 207–210.

Finger, I. da R., de Freitas, B. I., & Oliveira, M. da S. (2020). Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 25*(1), 169–175.

Finger, I. R., de Freitas, B. I., & Oliveira, M. S. (2020). Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 25*(1), 169–175.

Fischer, S., Smith, G. T., & Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: A meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review, 28*(8), 1413–1425.

Ford, B. Q., Lam, P., John, O. P., & Mauss, I. B. (2018). The psychological health benefits of accepting negative emotions and thoughts: Laboratory, diary, and longitudinal evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 115*(6), 1075–1092.

Frevert, U. (2016). *The history of emotions*. Oxford University Press.

Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist, 43*(5), 349–358.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(1), 31–50.

Godfrey, K. M., Butryn, M. L., Forman, E. M., Martinez, M., Roberts, S. R., & Sherwood, N. E. (2019). Depressive symptoms, psychological flexibility, and binge eating in individuals seeking behavioral weight loss treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 50–54.

Godfrey, K. M., Butryn, M. L., Forman, E. M., Martinez, M., Roberts, S. R., & Sherwood, N. E. (2019). Depressive symptoms, psychological flexibility, and binge eating in individuals seeking behavioral weight loss treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science, 14*, 50–54.

Goldschmidt, A. B., Wall, M. M., Zhang, J., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors. *Developmental Psychology, 52*(3), 475–483.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors, 7*(1), 47–55.

Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*(4), 303–316.

Grabe, S., Ward, L. M., & 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), 460–476.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54.

Greeno, C. G., Marcus, M. D., & Wing, R. R. (1995). Diagnosis of binge eating disorder: Discrepancies between a questionnaire and clinical interview. *International Journal of Eating Disorders, 17*(2), 153–160.

Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2001). A randomized controlled comparison of guided self-help and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy, 39*(12), 1431–1448.

Grilo, C. M., Hrabosky, J. I., White, M. A., Allison, K. C., Stunkard, A. J., & Masheb, R. M. (2008). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(1), 72–78

Grilo, C. M., Masheb, R. M., & White, M. A. (2007). Significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder: Comparative study with bulimia nervosa. *Obesity, 15*(4), 831–838.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281–291.

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford Press.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26.

Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 48*(2), 124–131.

Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin, 137*(4), 660–681.

Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics, 117*(2), e209–e215.

Harrington, N. (2005). The Frustration Discomfort Scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(5), 374–387.

Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.

Hayes, A. F. (2015). An index and test of linear moderated mediation. *Multivariate Behavioral Research, 50*(1), 1–22.

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021a). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021b). Third-wave cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry, 20*(3), 363–375.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152–1168.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110*(1), 86–108.

Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality, 43*(4), 647–660.

Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208–225). Saunders.

Herman, C. P., & Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. In A. J. Stunkard & E. Stellar (Eds.), *Eating and its disorders* (pp. 141–156). Raven Press.

Herman, C. P., & Polivy, J. (1985). Dieting and binge eating: A causal analysis. *American Psychologist, 40*(2), 193–201.

Herman, C. P., & Polivy, J. (2019). Restrained eating and the boundary model. In H. L. Meiselman (Ed.), *Handbook of eating and drinking: Interdisciplinary perspectives* (pp. 1–16). Springer.

Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(1), 91–105.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 61*(3), 348–358.

Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope, H. G., Jr., & Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders, 41*(2), 174–179.

Joeng, J. R., & Turner, S. L. (2015). Mediators between self-criticism and depression: Fear of compassion, self-compassion, and importance to others. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 453–463.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry, 159*(3), 394–400.

Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., & Brdarić, D. (2014). Psychometric evaluation of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a Serbian student sample. *Psihologija, 47*(1), 93–112.

Jovičić, A. Đ. (2015). Healthy eating habits among the population of Serbia: Gender and age differences. *Journal of Health, Population and Nutrition, 33*(1), 76–84.

Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A., & Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior Modification, 37*(4), 459–489.

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865–878.

Kauffman, B. Y., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2022). Psychological inflexibility in terms of eating behaviors among individuals seeking treatment for comorbid affective vulnerabilities and weight-related behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science, 26*, 168–172.

Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health, 37*(2), 120–127.

Kelly, A. C., & 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.

Kelly, A. C., & Carter, J. C. (2015). Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(3), 285–303.

Kelly, A. C., & Tasca, G. A. (2016). Within-persons predictors of change during eating disorders treatment: An examination of self-compassion, self-criticism, shame, and eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 49*(7), 716–722.

Kelly, A. C., Vimalakanthan, K., & Carter, J. C. (2014). Understanding the roles of self-esteem, self-compassion, and fear of self-compassion in eating disorder pathology: An examination of female students and eating disorder patients. *Eating Behaviors, 15*(3), 388–391.

Kerr, K. L., Moseman, S. E., Avery, J. A., Bodurka, J., Zucker, N. L., & Simmons, W. K. (2016). Altered insula activity during visceral interoception in weight-restored patients with anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology, 41*(2), 521–528.

Keski-Rahkonen, A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: Prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry, 34*(6), 525–531.

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry, 29*(6), 340–345.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., . . . Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904–914.

Krauss, S., Dapp, L. C., & Orth, U. (2023). The link between low self-esteem and eating disorders: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychological Science, 11*(6), 1141–1158.

Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders, 19*(1), 49–61.

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 111–133.

Lampard, A. M., Byrne, S. M., McLean, N., & Fursland, A. (2011). An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 49*(9), 529–535.

Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 21*(2), 99–107.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 40*, 111–122.

Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 49*, 125–134.

Lench, H. C., & Carpenter, Z. K. (2018). What emotions are good for. *Current Directions in Psychological Science, 27*(5), 350–357.

Leung, F., Geller, J., & Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 19*(3), 249–256.

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 155–163.

Lilenfeld, L. R. R., Ringham, R., Kalarchian, M. A., & Marcus, M. D. (2008). A family history study of binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry, 49*(3), 247–254.

Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(4), 348–354.

Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(11), 1080–1094.

Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioral Scientist, 27*(6), 689–704.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage, 49*(2), 1849–1856.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343.

Lowe, M. R. (2002). Dietary restraint and overeating. *Psychological Bulletin, 128*(1), 69–86.

Lowe, M. R., Doshi, S. D., Katterman, S. N., & Feig, E. H. (2013). Dieting and restrained eating as prospective predictors of weight gain. *Frontiers in Psychology, 4*, Article 577.

Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist, 68*(3), 172–183.

Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2018). Comparing men and women with binge-eating disorder and co-morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders, 51*(5), 411–417.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite, 50*(1), 1–11.

Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2008). Prognostic significance of two sub-categorization methods for the treatment of binge eating disorder: Negative affect and overvaluation predict, but do not moderate, specific outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 46*(4), 428–437.

Masuda, A., Price, M., & Latzman, R. D. (2012). Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a non-clinical college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*(1), 107–115.

Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., & Wendell, J. W. (2010). Disordered eating-related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification, 34*(1), 3–15.

Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 167–195.

McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1–9.

Messer, M., Eckley, T., Milesi, M., Storey, L., & Linardon, J. (2024). An inflexible adherence to food rules mediates the longitudinal association between shape/weight overvaluation and binge eating. *Journal of Psychiatric Research, 169*, 378–381.

Mischel, W., Ayduk, O., Berman, M. G., Casey, B. J., Gotlib, I. H., Jonides, J., Kross, E., Teslovich, T., Wilson, N. L., Zayas, V., & Shoda, Y. (2011). 'Willpower' over the life span: Decomposing self-regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 6*(2), 252–256.

Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2004). Binge eating and psychological distress in ethnically diverse undergraduate men and women. *Eating Behaviors, 5*(2), 157–169.

Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey-Replication Study. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 307–315.

Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC Public Health, 14*, Article 943.

Munsch, S., Meyer, A. H., Quartier, V., & Wilhelm, F. H. (2012). Binge eating in binge eating disorder: A breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Research, 195*(3), 118–124.

Myers, M. G., Jr., Leibel, R. L., Seeley, R. J., & Schwartz, M. W. (2010). Obesity and leptin resistance: Distinguishing cause from effect. *Trends in Endocrinology & Metabolism, 21*(11), 643–651.

Napolitano, M. A., & Himes, S. (2011). Race, weight, and correlates of binge eating in female college students. *Eating Behaviors, 12*(1), 29–36.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85–101.

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(1), 1–12.

Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity, 26*(1), 123–131.

Neumark-Sztainer, D., Levine, M. P., Paxton, S. J., Smolak, L., Piran, N., & Wertheim, E. H. (2006a). Prevention of body dissatisfaction and disordered eating: What next? *Eating Disorders, 14*(4), 265–285.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., Story, M., Haines, J., & Eisenberg, M. (2006b). Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association, 106*(4), 559–568.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Haines, J., Story, M., Sherwood, N. E., & van den Berg, P. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine, 33*(5), 359–369.

Paranjothy, S. M., & Wade, T. D. (2024). A meta-analysis of disordered eating and its association with self-criticism and self-compassion. *International Journal of Eating Disorders, 57*(3), 473–536.

Patton, G. C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J. B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *BMJ, 318*(7186), 765–768.

Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles, 71*(11–12), 363–377.

Pickett, K. E., Kelly, S., Brunner, E., Lobstein, T., & Wilkinson, R. G. (2005). Wider income gaps, wider waistbands? An ecological study of obesity and income inequality. *Journal of Epidemiology & Community Health, 59*(8), 670–674.

Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(2), 198–204.

Pila, E., Sabiston, C. M., Brunet, J., Castonguay, A. L., & O'Loughlin, J. (2015). Do body-related shame and guilt mediate the association between weight status and self-esteem? *Journal of Health Psychology, 20*(5), 659–669.

Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research, 11*(2), 195–201.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1984). The effects of deprivation on food cravings and eating behavior in restrained and unrestrained eaters. *International Journal of Eating Disorders, 3*(3), 15–27.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychologist, 40*(2), 193–201.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173–205). Guilford Press.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2000). The false-hope syndrome: Unfulfilled expectations of self-change. *Current Directions in Psychological Science, 9*(4), 128–131.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2017). Restrained eating and food cues: Recent findings and conclusions. *Current Obesity Reports, 6*(1), 79–85.

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*(3), 879–891.

R Core Team. (2023). *R: A language and environment for statistical computing* [Computer software]. R Foundation for Statistical Computing.

Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders, 46*(7), 713–720.

Reeves, A., McKee, M., Mackenbach, J., Whitehead, M., & Stuckler, D. (2017). Introduction of a national minimum wage reduced depressive symptoms in low-wage workers: A quasi-natural experiment in the UK. *Health Economics, 26*(5), 639–655.

Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Tambs, K., & Harris, J. R. (2004). Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: A population-based twin study. *International Journal of Eating Disorders, 36*(3), 307–314.

Rodgers, R. F., Berry, R., & Franko, D. L. (2018). Eating disorders in ethnic minorities: An update. *Current Psychiatry Reports, 20*(10), Article 90.

Roehrig, M., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2009). Dieting frequency in obese patients with binge eating disorder: Behavioral and metabolic correlates. *Obesity, 17*(4), 689–697.

Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling components of flexibility via the Hexaflex model: Development and validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment, 25*(4), 458–482.

Scarantino, A. (2016). The philosophy of emotions. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed.). Guilford Press.

Schienle, A., Schäfer, A., Hermann, A., & Vaitl, D. (2009). Binge-eating disorder: Reward sensitivity and brain activation to images of food. *Biological Psychiatry, 65*(8), 654–661.

Serpell, L., Amey, R., & Kamboj, S. K. (2020). The role of self-compassion and self-criticism in binge eating behaviour. *Appetite, 144*, 104470.

Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 31*(2), 136–150.

Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., & 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.

Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders, 11*(3), 191–203.

Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders, 13*(2), 137–153.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite, 48*(3), 368–376.

Stanković, S., & Vukosavljević-Gvozden, T. (2011). The relationship of a measure of frustration intolerance with emotional dysfunction in a student sample. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 29*(1), 17–34.

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.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128*(5), 825–848.

Stice, E., & 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.

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669–678.

Stice, E., & Yokum, S. (2016). Neural vulnerability factors that increase risk for future weight gain. *Psychological Bulletin, 142*(5), 447–471.

Stice, E., Bohon, C., Marti, C. N., & Fischer, K. (2008). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: Further evidence of reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 1022–1033.

Stice, E., Davis, K., Miller, N. P., & Marti, C. N. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: A 5-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(4), 941–946.

Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 49*(10), 622–627.

Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology, 21*(2), 131–138.

Stice, E., Shaw, H. E., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 207–231.

Stice, E., Yokum, S., & Burger, K. S. (2013). Elevated reward region responsivity predicts future substance use onset but not overweight/obesity onset. *Biological Psychiatry, 73*(9), 869–876.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry, 157*(3), 393–401.

Stunkard, A. J., Grace, W. J., & Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome: A pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal of Medicine, 19*(1), 78–86.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research, 197*(1–2), 103–111.

Svaldi, J., Werle, D., Naumann, E., Eichler, E., & Berking, M. (2019). Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *Journal of Psychiatric Research, 115*, 61–68.

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*(2), 271–324.

Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2011). Loss of control over eating in children and adolescents. In R. H. Striegel-Moore, S. A. Wonderlich, B. T. Walsh, & J. E. Mitchell (Eds.), *Developing an evidence-based classification of eating disorders: Scientific findings for DSM-5* (pp. 221–236). American Psychiatric Association.

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681–706). Lawrence Erlbaum Associates.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.

Tiggemann, M., & Slater, A. (2013). NetGirls: The Internet, Facebook, and body image concern in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 46*(6), 630–633.

Timmerman, G. M. (1999). Binge Eating Scale: Further assessment of validity and reliability. *Journal of Applied Biobehavioral Research, 4*(1), 1–12.

Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders, 52*(1), 42–50.

van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports, 18*, Article 35.

van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders, 5*(2), 295–315.

van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample: Does external eating play a role? *Appetite, 52*(2), 380–387.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*(3), 465–490.

Westenhoefer, J. (1991). Dietary restraint and disinhibition: Is restraint a homogeneous construct? *Appetite, 16*(1), 45–55.

White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2011). Self-reported weight gain in binge eating disorder: Associations with treatment outcome and weight/shape concerns. *International Journal of Eating Disorders, 44*(8), 718–724.

Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. E. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors, 8*(2), 162–169.

Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. Basic Books.

World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (WHO Technical Report Series No. 894). World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th rev.)*. World Health Organization.

Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders, 34*(Suppl. 1), S117–S120.

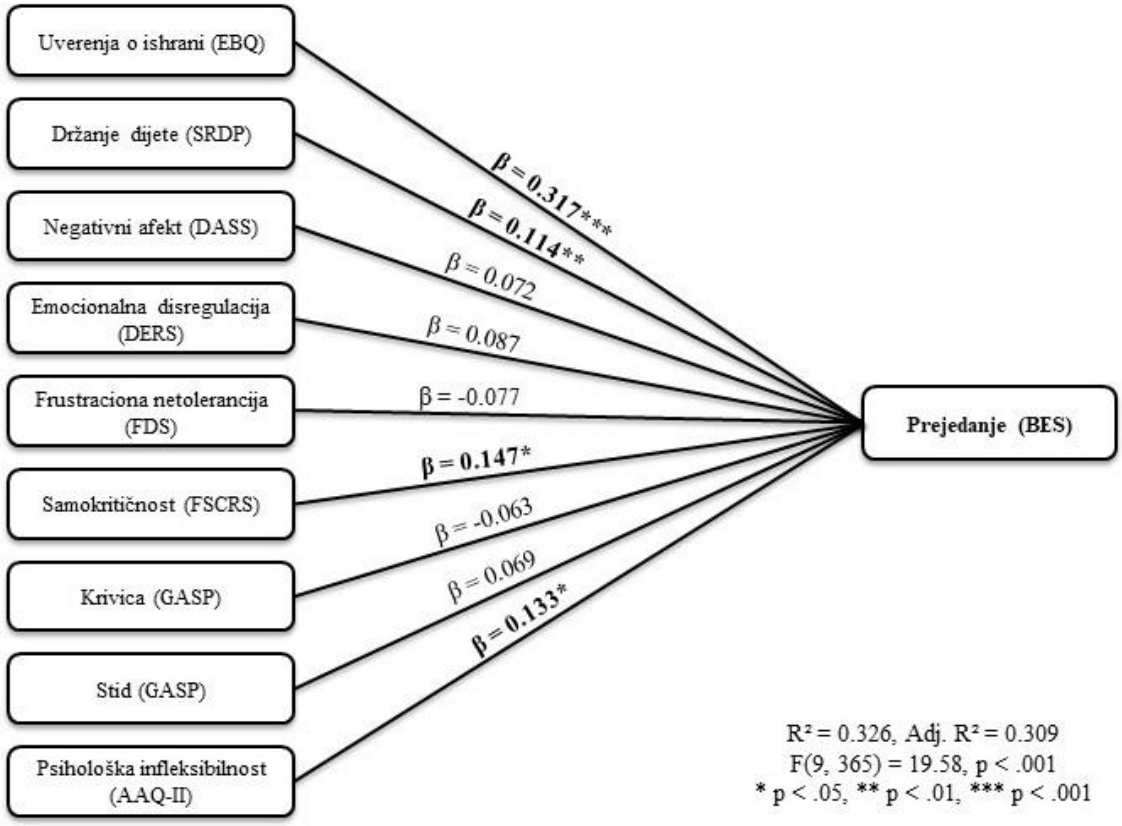
Yao, S., Kuja-Halkola, R., Martin, J., et al. (2019). Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically Informative Approaches. Biological Psychiatry, 86*(8), 577–586*

Zuroff, D. C., Clegg, K.-A., Levine, S. L., Hermanto, N., Armstrong, B. F., III, Haward, B., & Thode, S. (2021). Beyond trait models of self-criticism and self-compassion: Variability over domains and the search for signatures. *Personality and Individual Differences, 170*, 110429.

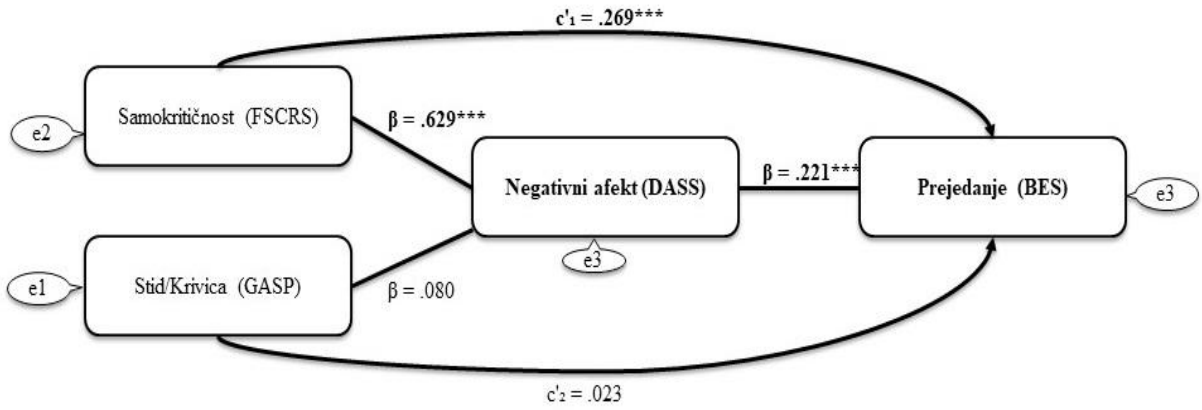
PRILOZI

PRILOG 1.

Prediktorski efekti psiholoških varijabli na izraženost simptoma prejedanja (Model 1)

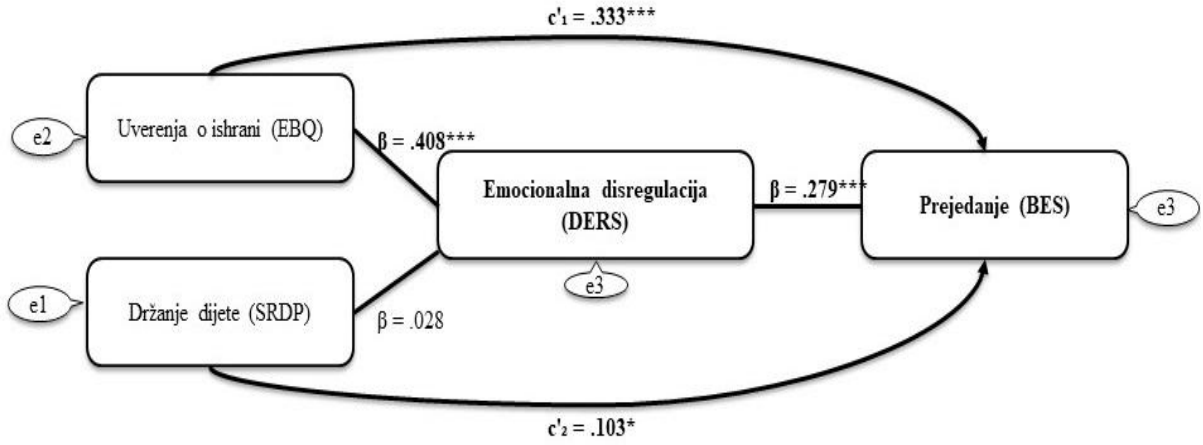


Medijacioni model: uloga negativnog afekta u odnosu samokritičnosti i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2a)



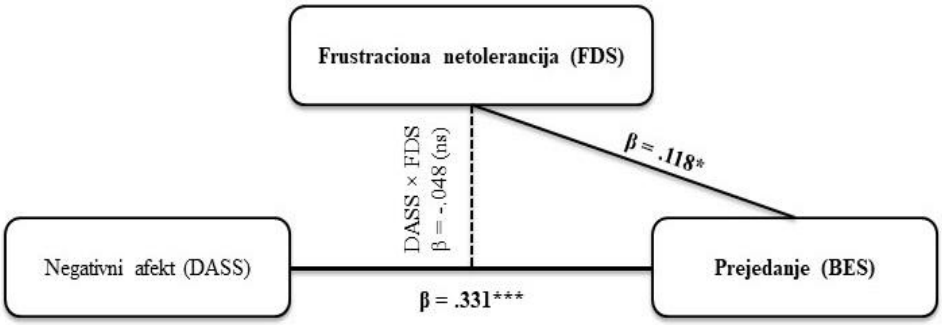
Indirektni efekti (bootstrap 95% CI):
Samokritičnost → Negativni afekt → Prejedanje: β = 0.139 [0.061, 0.219]
Stid/Krivica → Negativni afekt → Prejedanje: β = 0.018 [-0.002, 0.046]
R^2 medijator = 0.402, R^2 kriterijum = 0.202
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Medijacioni model: uloga emocionalne disregulacije u odnosu uverenja o ishrani i izraženosti simptoma prejedanja (Model 2b)



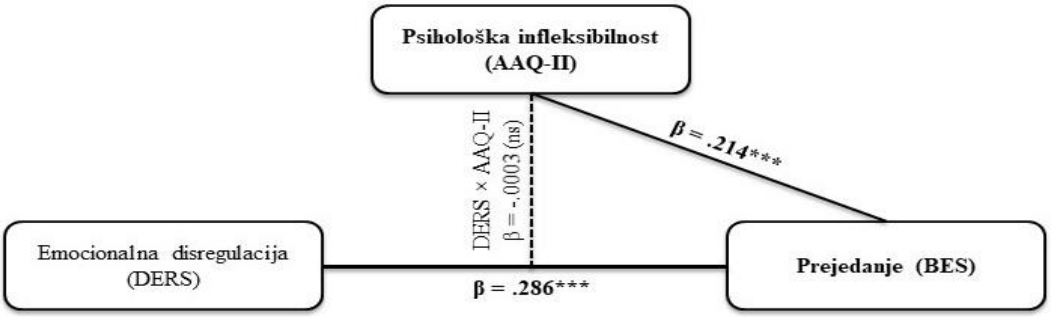
Indirektni efekti (bootstrap 95% CI):
Uverenja → Emocionalna disregulacija → Prejedanje: β = 0.114 [0.071, 0.160]
Dijeta → Emocionalna disregulacija → Prejedanje: β = 0.008 [-0.019, 0.034]
R^2 medijator = 0.167, R^2 kriterijum = 0.281
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Moderatorski model: frustraciona netolerancija kao moderator odnosa negativnog afekta i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3a)



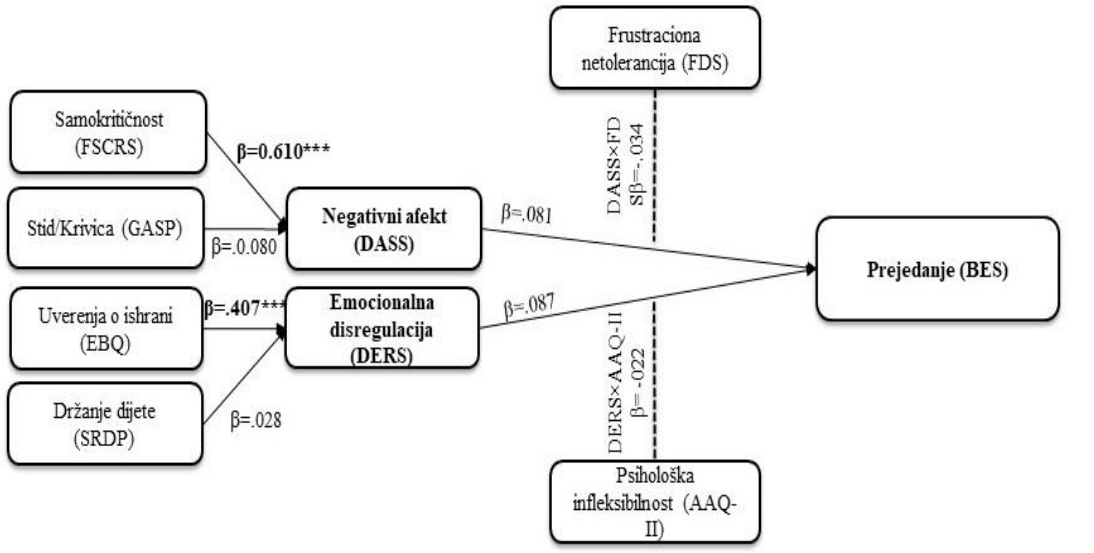
$R^2 = 0.167$, ΔR^2 (interakcija) = 0.0005
$F(3, 371) = 24.73$, $p < .001$
Interakcija nije statistički značajna ($p = .633$)
* $p < .05$, *** $p < .001$, ns = nije značajno

Moderatorski model: psihološka infleksibilnost kao moderator odnosa emocionalne disregulacije i izraženosti simptoma prejedanja (Model 3b)



$R^2 = 0.204$, ΔR^2 (interakcija) = 0.0001
$F(3, 371) = 31.74$, $p < .001$
Interakcija nije statistički značajna ($p = .814$)
*** $p < .001$, ns = nije značajno

Integrisani model psiholoških determinanti izraženosti simptoma prejedanja (Model 4)



$R^2 = 0.324$, Adj. $R^2 = 0.305$
$F(10, 364) = 17.42$, $p < .001$
Nijedan kondicionalni indirektni efekat nije značajan (svi 95% CI sadrže 0)
Index of Moderated Mediation nije značajan za nijednu putanju
*** $p < .001$, ns = nije značajno

Prilog 2

FORMULAR ZA SAGLASNOST ISPITANIKA ZA UČEŠĆE U ISTRAŽIVANJU

Naziv projekta: **Psihološke determinante prejedanja: mehanizmi emocionalne regulacije u okviru kognitivno-bihejvioralne perspektive**

Ustanova: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu – Odeljenje za psihologiju

POZIV DA SE UČESTVUJE U ISTRAŽIVANJU

Ovim putem Vas pozivamo da učestvujete u istraživanju čiji je cilj da ispita psihološke mehanizme koji doprinose nastanku i održavanju izraženosti simptoma prejedanja. Učešće je u potpunosti dobrovoljno i možete odustati u bilo kom trenutku bez posledica.

SVRHA ISTRAŽIVANJA

Ovo istraživanje ima za cilj da ispita kako kognitivni (samokritičnost, stid i krivica, uverenja o ishrani, držanje dijeta), emocionalni (negativni afekt) i regulatorni faktori (emocionalna regulacija, frustraciona tolerancija i psihološka fleksibilnost) međusobno deluju i doprinose pojavi izraženosti simptoma prejedanja. Dobijeni rezultati doprineće razvoju naučnih saznanja i unapređenju preventivnih i terapijskih programa namenjenih osobama koje imaju teškoće sa izraženošću simptoma prejedanja.

TRAJANJE

Učešće podrazumeva popunjavanje online upitnika, što će Vam oduzeti približno 30 minuta.

RIZIK

Učešće u istraživanju ne nosi nikakav rizik po Vaše fizičko ili mentalno zdravlje. Neki upitnici mogu sadržati pitanja koja se odnose na lična osećanja i navike, ali ne postoje tačni ili pogrešni odgovori i slobodni ste da preskočite svako pitanje koje Vam ne odgovara.

KOMPENZACIJA

Za učešće u istraživanju ne predviđa se nikakva materijalna nadoknada.

ODUSTAJANJE OD UČEŠĆA

Učešće je dobrovoljno i možete ga prekinuti u bilo kom trenutku bez objašnjavanja razloga. U tom slučaju, Vaši podaci neće biti korišćeni u daljoj analizi.

PRIVATNOST I ANONIMNOST

Podaci će biti prikupljani i čuvani anonimno, i koristiće se isključivo u naučne svrhe (izrada doktorske disertacije i objavljivanje rezultata u naučnim publikacijama). Ni na koji način neće biti moguće povezati prikupljene podatke sa Vašim identitetom.

_____ _____

Potpis učesnika Datum i mesto

_____

Prilog 3

Instrumenti

Istraživanje o psihološkim faktorima u ishrani i prejedanju

Poštovani/a,

Ovaj upitnik je deo naučnog istraživanja koje ima za cilj da ispita psihološke faktore povezane sa obrascima ishrane, posebno ponašanjima vezanim za prejedanje.

Upitnik je **anoniman**, a prikupljeni podaci koristiće se isključivo u **istraživačke svrhe**.

Popunjavanje traje **15–20 minuta**.

Hvala vam na izdvojenom vremenu i doprinosu nauci!

Sociodemografski podaci

1. Pol:
   Žensko
   Muško
2. Koliko imate godina? _____
3. Koji je Vaš najviši stepen završenog obrazovanja? _____
4. Kako biste ocenili svoje ukupne materijalne prilike? _____
5. Koje je Vaše trenutno zanimanje?
   Student/kinja
   Zaposlena osoba
6. Nezaposlen/a
   Penzioner/ka
   Freelance
7. Kolika je Vaša visina u centimetrima (cm)? _____
8. Kolika je Vaša telesna težina u kilogramima (kg)? _____

1. Skala prejedanja (Binge Eating Scale – BES; Gormally i sar., 1982)

U nastavku se nalaze tvrdnje koje se odnose na Vaše navike u ishrani. Za svaku grupu izjava odaberite onu koja Vas najbolje opisuje. Nema tačnih ili netačnih odgovora – važno je da odgovorite iskreno.

1.

a) Ne osećam neprijatnost zbog svoje težine ili izgleda kada sam među drugim ljudima.
b) Ponekad razmišljam o tome kako izgledam u očima drugih, ali to ne utiče značajno na moje samopouzdanje.
c) Često se osećam nelagodno zbog svog izgleda i telesne težine, što utiče na moj doživljaj sebe.
d) Vrlo često se osećam postiđeno i nezadovoljno sobom zbog svoje težine, zbog čega nerado odlazim među ljude ili izbegavam društvene situacije.

2.

a) Nemam problema da jedem polako i pristojno, uobičajenim tempom.
b) Ponekad jedem brzopleto, ali se nakon toga ne osećam prejedeno niti mi to smeta.
c) Dešava mi se da jedem brzo, nakon čega osećam neprijatnu težinu i prekomernu sitost.
d) Sklon/a sam da jedem ubrzanim tempom, bez dovoljno žvakanja, što često dovodi do osećaja prekomerne sitosti i fizičke nelagodnosti.

3.

a) Osećam da mogu da kontrolišem potrebu za hranom kada to želim.
b) Imam utisak da slabije kontrolišem ishranu nego većina ljudi.
c) Osećam se potpuno bespomoćno kada pokušavam da obuzdam porive za jelom.
d) Zbog stalnog osećaja gubitka kontrole nad ishranom postajem očajan/na dok pokušavam da to promenim.

4.

a) Nemam naviku da jedem kada mi je dosadno.
b) Ponekad jedem iz dosade, ali se najčešće uspem usmeriti na neku drugu aktivnost.
c) Često jedem kada mi je dosadno, iako povremeno uspevam da se usmerim na neku drugu aktivnost.
d) Imam izraženu naviku da jedem kada mi je dosadno i teško uspevam da se od toga odvratim.

5.

a) Obično jedem tek kada zaista osetim glad.
b) Ponekad pojedem nešto impulsivno iako nisam zaista gladan/na.
c) Dešava mi se da jedem i hranu koja mi nije naročito privlačna samo da bih ublažio/la osećaj gladi.
d) Čak i kada ne osećam pravu glad, javlja se snažan nagon za jelom koji mogu da umirim tek kada nešto pojedem.

6.

a) Ne osećam krivicu niti prezir prema sebi nakon što se prejedem.
b) Ponekad osećam krivicu ili prezir prema sebi nakon epizode prejedanja.
c) Gotovo uvek doživljavam snažan osećaj krivice i samoprezira nakon epizode prejedanja.

7.

a) Čak i kada se ponekad prejedem, uspevam da zadržim kontrolu nad ishranom tokom držanja dijete.
b) Ponekad, kada pojedem „zabranjenu“ namirnicu tokom dijete, pomislim da sam sve pokvario/la i nastavim da jedem.
c) Često pomislim: „Sad sam već sve pokvario/la, mogu i da nastavim“, što me navodi da pojedem još više.
d) Često započinjem stroge dijete, ali ih prekidam epizodama prejedanja, pa se moja ishrana smenjuje između perioda prejedanja i restrikcije.

8.

a) Retko pojedem toliko hrane da se nakon toga osećam neprijatno sito.
b) Otprilike jednom mesečno pojedem toliku količinu hrane da se nakon toga osećam prenatrpano.
c) Tokom meseca imam više perioda kada jedem velike količine hrane u obrocima ili užinama.
d) Često pojedem toliko hrane da se nakon jela osećam veoma neprijatno, a ponekad mi bude i mučno.

9.

a) Moj unos kalorija uglavnom ne varira značajno.
b) Ponekad, nakon prejedanja, značajno smanjujem unos hrane kako bih kompenzovao/la prethodni unos.
c) Imam naviku da se prejedam u večernjim satima, dok ujutru često nemam apetit.
d) Moj način ishrane često ide iz krajnosti u krajnost – ili se prejedam ili se strogo uzdržavam od hrane.

10.

a) Obično mogu da prestanem da jedem kada to odlučim.
b) Povremeno osećam snažnu potrebu za jelom koju teško kontrolišem.
c) Često imam snažne porive za jelom koje teško obuzdavam.
d) Imam utisak da nisam sposoban/na da kontrolišem porive za jelom.

11.

a) Nemam problema da prestanem da jedem kada osetim sitost.
b) Obično mogu da prestanem da jedem kada osetim sitost, ali se ponekad prejedem.
c) Imam poteškoće da prestanem sa jelom kada jednom počnem.
d) Ponekad moram da izazovem povraćanje kako bih ublažio/la osećaj prejedanja.

12.

a) Jedem približno istu količinu hrane kada sam sam/a ili u društvu.
b) Ponekad se uzdržavam od jela u društvu jer mi je neprijatno.
c) Često pojedem vrlo malu količinu hrane kada su drugi prisutni jer me je sramota svog načina ishrane.
d) Toliko me je stid zbog prejedanja da to činim samo kada sam sam/a.

13.

a) Imam tri obroka dnevno i samo povremeno užinu između obroka.
b) Imam tri obroka dnevno, ali često grickam između obroka.
c) Kada često jedem grickalice, počinjem da preskačem redovne obroke.
d) Postoje periodi kada imam utisak da stalno jedem, bez jasne strukture obroka.

14.

a) Ne razmišljam mnogo o kontroli poriva za jelom.
b) Ponekad pokušavam da kontrolišem porive za jelom.
c) Često razmišljam o tome koliko sam pojeo/la i kako da prestanem da jedem.
d) Veći deo vremena provodim razmišljajući o hrani i pokušavajući da se uzdržim od jedenja.

15.

a) Ne razmišljam mnogo o hrani.
b) Ponekad imam snažnu želju za hranom, ali ona brzo prolazi.
c) Postoje dani kada mi se čini da ne mogu da mislim ni o čemu drugom osim o hrani.
d) Većinu vremena razmišljam o hrani.

16.

a) Obično mogu da procenim kada sam gladan/na i koliko hrane mi je potrebno.
b) Ponekad nisam siguran/na da li sam zaista gladan/na.
c) I kada znam koliko bi trebalo da pojedem, teško procenjujem šta je normalna količina hrane za mene.

2. **Upitnik uverenja o ishrani – EBQ-18 (Burton & Abbott, 2018)**

Uputstvo:
U nastavku se nalaze tvrdnje koje se odnose na uverenja o hrani i jedenju, posebno u situacijama kada ne osećate fizičku glad.
Molimo vas da za svaku tvrdnju označite u kojoj meri se slažete sa njom, koristeći sledeću skalu:

1 – Uopšte se ne slažem
2 – Uglavnom se ne slažem
3 – Niti se slažem niti se ne slažem
4 – Uglavnom se slažem
5 – Potpuno se slažem

1. Ne uspevam da obuzdam porive za jelom.	1 2 3 4 5
2. Kada jedem, ne moram da razmišljam o negativnim stvarima.	1 2 3 4 5
3. Prejedanje doživljavam kao nešto što pripada samo meni.	1 2 3 4 5
4. Kada jednom počnem da jedem, ne mogu da se zaustavim.	1 2 3 4 5
5. Jedenje mi pomaže da regulišem svoje emocije.	1 2 3 4 5
6. Verujem da imam pravo da sebi priuštim zadovoljstvo kao što je prejedanje.	1 2 3 4 5
7. Kada je reč o hrani, nemam dovoljno samokontrole.	1 2 3 4 5
8. Jedenje mi pomaže da držim svoja osećanja pod kontrolom.	1 2 3 4 5
9. Smatram da je sasvim prihvatljivo da uživam u iskustvu prejedanja.	1 2 3 4 5
10. Ne mogu da kontrolišem svoje jedenje.	1 2 3 4 5
11. Jedenje mi pomaže da se izborim sa negativnim mislima.	1 2 3 4 5
12. Prejedanjem sebi priuštim nešto lepo.	1 2 3 4 5
13. Ako ne zadržim kontrolu, neću moći da prestanem da jedem.	1 2 3 4 5
14. Jedenje mi pomaže da se nosim sa neprijatnim osećanjima.	1 2 3 4 5
15. Nije bitno ako pojedem još malo.	1 2 3 4 5
16. Ništa ne mogu da učinim da zaustavim jedenje.	1 2 3 4 5
17. Jedenje mi je najbolji način da se izborim sa neželjenim osećanjima.	1 2 3 4 5
18. Volim da se prejedam.	1 2 3 4 5

3. Subskala dijetne restrikcije *(*Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994)

Uputstvo:
Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite odgovarajući broj koji najbolje opisuje Vaše iskustvo.

Imajte na umu da se pitanja odnose **isključivo na poslednje četiri nedelje (28 dana).**

Skala odgovora:

0 – Nijednog dana
1 – 1–5 dana
2 – 6–12 dana
3 – 13–15 dana
4 – 16–22 dana
5 – 23–27 dana
6 – Svakog dana

1. Da li ste namerno pokušavali da ograničite količinu hrane koju jedete kako biste uticali na oblik ili težinu tela (bez obzira na uspeh)?	0 1 2 3 4 5 6
2. Da li ste proveli duže periode (8 budnih sati ili više) bez hrane kako biste uticali na oblik ili težinu tela?	0 1 2 3 4 5 6
3. Da li ste pokušali da izbacite iz ishrane neku hranu koju volite kako biste uticali na oblik ili težinu tela (bez obzira na uspeh)?	0 1 2 3 4 5 6
4. Da li ste pokušavali da se pridržavate jasnih pravila u vezi sa ishranom (npr. kalorijski limit) kako biste uticali na oblik ili težinu tela (bez obzira na uspeh)?	0 1 2 3 4 5 6
5. Da li ste imali izraženu želju da ostanete praznog stomaka kako biste uticali na oblik ili težinu tela?	0 1 2 3 4 5 6

4. Skala depresije, anksioznosti i stresa – DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Jovanović i sar., 2014)

Uputstvo:
Pročitajte svaku od navedenih rečenica i zaokružite broj koji najbolje opisuje kako ste se osećali tokom **poslednjih nedelju dana**.
Ne postoji tačan ili netačan odgovor. Nemojte se predugo zadržavati na pojedinim rečenicama.

0 – Nimalo
1 – Pomalo ili ponekad
2 – U priličnoj meri ili često
3 – Uglavnom ili skoro uvek

1. Bilo mi je teško da se smirim.	0 1 2 3
2. Primetio/la sam da mi se suše usta.	0 1 2 3
3. Nisam imao/la nikakvo lepo osećanje.	0 1 2 3
4. Imao/la sam poteškoća sa disanjem (npr. ubrzano disanje).	0 1 2 3
5. Bilo mi je teško da započnem bilo kakvu aktivnost.	0 1 2 3
6. Preterano sam reagovao/la u nekim situacijama.	0 1 2 3
7. Osetio/la sam da se tresem (npr. tresle su mi se ruke).	0 1 2 3
8. Imao/la sam osećaj da koristim mnogo „nervozne energije“.	0 1 2 3
9. Bojao/la sam se situacija u kojima bih mogao/la da se uspaničim ili napravim budalu od sebe.	0 1 2 3
10. Osećao/la sam da nemam čemu da se nadam.	0 1 2 3
11. Primetio/la sam da se nerviram.	0 1 2 3
12. Teško mi je bilo da se opustim.	0 1 2 3
13. Osećao/la sam se tužno i potišteno.	0 1 2 3
14. Nerviralo me je kada me nešto prekida u onome što radim.	0 1 2 3
15. Osećao/la sam da sam blizu panike.	0 1 2 3
16. Ništa me nije moglo zainteresovati.	0 1 2 3
17. Osećao/la sam da kao osoba ne vredim mnogo.	0 1 2 3
18. Bio/la sam jako osetljiv/a.	0 1 2 3
19. Osetio/la sam rad srca iako se nisam fizički zamorio/la (npr. lupanje srca).	0 1 2 3
20. Osećao/la sam se uplašeno bez razloga.	0 1 2 3
21. Osećao/la sam da je život besmislen.	0 1 2 3

5. Skala poteškoća u emocionalnoj regulaciji – DERS-16 (Bjureberg i sar., 2016)

Uputstvo:
Molimo Vas da navedete koliko često se sledeće tvrdnje odnose na Vas u poslednjih nekoliko nedelja.
Za svaku tvrdnju **zaokružite broj (1–5)** koji najbolje opisuje Vaše iskustvo.

1 – Skoro nikad
2 – Ponekad
3 – Oko polovine vremena
4 – Veći deo vremena
5 – Skoro uvek

1. Imam poteškoća da razumem svoja osećanja.	1 2 3 4 5
2. Zbunjuje me to kako se osećam.	1 2 3 4 5
3. Kada sam uznemiren/a, teško mi je da obavim posao ili izvršim obaveze.	1 2 3 4 5
4. Kada sam uznemiren/a, osećam da gubim kontrolu.	1 2 3 4 5
5. Kada sam uznemiren/a, verujem da ću se tako osećati jako dugo.	1 2 3 4 5
6. Kada sam uznemiren/a, verujem da ću se na kraju osećati potpuno potišteno.	1 2 3 4 5
7. Kada sam uznemiren/a, teško se fokusiram na druge stvari.	1 2 3 4 5
8. Kada sam uznemiren/a, imam osećaj da sam van kontrole.	1 2 3 4 5
9. Kada sam uznemiren/a, stidim se sebe zbog toga što tako osećam.	1 2 3 4 5
10. Kada sam uznemiren/a, osećam se slabo i nemoćno.	1 2 3 4 5
11. Kada sam uznemiren/a, teško kontrolišem svoje ponašanje.	1 2 3 4 5
12. Kada sam uznemiren/a, verujem da ne postoji ništa što mogu da učinim da bih se osećao/la bolje.	1 2 3 4 5
13. Kada sam uznemiren/a, postajem ljut/a na sebe zbog svojih osećanja.	1 2 3 4 5
14. Kada sam uznemiren/a, počinjem da imam veoma loše mišljenje o sebi.	1 2 3 4 5
15. Kada sam uznemiren/a, teško mi je da mislim o bilo čemu drugom.	1 2 3 4 5
16. Kada sam uznemiren/a, osećam da su moja osećanja preplavljujuća.	1 2 3 4 5

6. Skala frustracione netolerancije – FDS (Harrington, 2005; Stanković & Vukosavljević-Gvozden, 2011)

Uputstvo:
Pred Vama se nalaze uobičajene misli i uverenja koja ljudi mogu imati kada su uznemireni, frustrirani ili pod stresom.
Pročitajte svaku tvrdnju i ocenite koliko dobro ona opisuje Vaša uverenja u takvim situacijama.
Za svaku tvrdnju **zaokružite broj (1–5)** koji najbolje opisuje jačinu tih uverenja kod Vas.

1 – Odsutno
2 – Blago
3 – Umereno
4 – Jako
5 – Veoma jako

1. Moram naći najlakši način da rešim problem; ne mogu da izdržim da se mučim.	1 2 3 4 5
2. Ne mogu da podnesem kad moram da čekam na stvari koje želim odmah.	1 2 3 4 5
3. Apsolutno moram da se što brže oslobodim uznemirujućih osećanja; ne mogu da izdržim kada ona traju.	1 2 3 4 5
4. Ne mogu da podnesem da budem sprečen/a da ostvarim svoj puni potencijal.	1 2 3 4 5
5. Ne mogu da podnesem da radim zadatke koji mi se čine suviše teškim.	1 2 3 4 5
6. Ne mogu da podnesem kada se ljudi ponašaju protivno mojim željama.	1 2 3 4 5
7. Ne bih mogao/la da podnesem osećaj da gubim razum.	1 2 3 4 5
8. Ne mogu da podnesem frustraciju kada ne ostvarim svoje ciljeve.	1 2 3 4 5
9. Ne mogu da podnesem da radim nešto kada nisam za to raspoložen/a.	1 2 3 4 5
10. Ne mogu da podnesem ukoliko drugi ljudi stanu na put onome što želim.	1 2 3 4 5
11. Ne mogu da podnesem određene misli.	1 2 3 4 5
12. Ne mogu da tolerišem snižavanje sopstvenih standarda čak i onda kada bi to bilo korisno.	1 2 3 4 5
13. Ne mogu da podnesem kada moram da se teram da radim.	1 2 3 4 5
14. Ne mogu da podnesem kada me uzimaju „zdravo za gotovo“.	1 2 3 4 5
15. Ne mogu da izdržim situacije u kojima bih mogao/la da se osetim uznemireno.	1 2 3 4 5
16. Ne mogu da podnesem da završim posao ukoliko nisam u potpunosti zadovoljan/a time kako sam ga obavio/la.	1 2 3 4 5
17. Ne mogu da izdržim opterećenje kada moram nešto da uradim odmah.	1 2 3 4 5
18. Ne mogu da podnesem kad moram da se povinujem zahtevima drugih.	1 2 3 4 5

19. Ne mogu da izdržim uznemirujuća osećanja.	1 2 3 4 5
20. Ne mogu da podnesem da radim nešto ukoliko nisam u stanju da to uradim dobro.	1 2 3 4 5
21. Ne mogu da izdržim da radim stvari koje zahtevaju mnogo napora i truda.	1 2 3 4 5
22. Ne mogu da podnesem kada ja moram da se menjam, a drugi su u krivu.	1 2 3 4 5
23. Ne mogu da nastavim sa svojim životom ili da budem srećan/a ako se stvari ne promene.	1 2 3 4 5
24. Ne mogu da podnesem osećaj da nisam na visini nekog zadatka.	1 2 3 4 5
25. Ne mogu da podnesem kada moram da istrajavam u zadacima koji mi ne prijaju.	1 2 3 4 5
26. Ne mogu da podnesem kritiku, naročito kada znam da sam u pravu.	1 2 3 4 5
27. Ne mogu da podnesem da izgubim kontrolu nad svojim osećanjima.	1 2 3 4 5
28. Ne mogu da podnesem nikakav pad sopstvene samokontrole.	1 2 3 4 5

7. Skala samokritičnosti (FSCRS; Gilbert i sar., 2004)

Uputstvo: Pažljivo pročitajte svaku tvrdnju i zaokružite broj koji najbolje opisuje u kojoj meri se ona odnosi na vas.

0 – Uopšte me ne opisuje
1 – Donekle me opisuje
2 – U izvesnoj meri me opisuje
3 – Prilično me opisuje
4 – U potpunosti me opisuje

1.Lako se razočaram u sebe.

2. Ponekad sam sklon/sklona da sebe omalovažavam.

3. Znam da sebe podsetim na svoje dobre osobine.

4. Teško mi je da kontrolišem ljutnju i frustraciju prema sebi.

5. Lako mi je da oprostim sebi.

6. U meni postoji osećaj da nisam dovoljno vredan/vredna.

7. Osećam se iscrpljeno od svojih samokritičnih misli.

8. I dalje volim što sam to što jesam.

9. Dešava se da sam toliko ljut/ljuta na sebe da poželim da naškodim sebi.

10. Imam osećaj gađenja prema sebi.

11. I dalje osećam da zaslužujem ljubav i prihvatanje.

12. Zanemarujem sebe.

13. Lako mi je da volim sebe.

14. Često se sećam svojih grešaka i predugo se zadržavam na njima.

15. Nazivam sebe pogrdnim imenima.

16. Nežan/nežna sam prema sebi i podržavam sebe.

17. Kada doživim neuspeh ili pad, uvek se osećam nedovoljno vrednim/vrednom.

18. Moja samokritika je opravdana.

19. Znam da brinem o sebi i da vodim računa o svojim potrebama.

20.U meni postoji želja da promenim ono što ne volim kod sebe.

21. Ohrabrujem sebe kad razmišljam o budućnosti.

22. Ne volim biti ja.

8. Skala sklonosti ka krivici i stidu – GASP (Cohen i sar., 2011)

Uputstvo:
Dok čitate svaki scenario, pokušajte da zamislite sebe u opisanoj situaciji.
Zatim označite koliko je verovatno da biste reagovali na opisani način.
Za svaku tvrdnju zaokružite broj (1–7) koji najbolje opisuje Vašu verovatnu reakciju.

1 – Uopšte nije verovatno
2 – Veoma malo verovatno
3 – Malo verovatno
4 – Podjednako verovatno i neverovatno
5 – Donekle verovatno
6 – Verovatno
7 – Veoma verovatno

1. Nakon što shvatite da ste u prodavnici dobili više kusura nego što treba, odlučujete da ga zadržite jer prodavac to nije primetio. Koliko je verovatno da biste se osećali neprijatno zbog toga?	1 2 3 4 5 6 7
2. Obavešteni ste da ste jedini u grupi koji nije primljen u udruženje zbog izostajanja. Koliko je verovatno da bi vas to podstaklo da budete odgovorniji?	1 2 3 4 5 6 7
3. Iščupate članak iz časopisa u biblioteci, a profesor to sazna i obavesti druge. Koliko je verovatno da biste se osećali kao loša osoba?	1 2 3 4 5 6 7
4. Nakon velike greške na poslu, nadređeni vas kritikuje pred kolegama. Koliko je verovatno da biste se pretvarali da ste bolesni i otišli kući?	1 2 3 4 5 6 7
5. Otkrivate tajnu prijatelja, iako on to nikada ne sazna. Koliko je verovatno da biste ubuduće više pazili da čuvate tajne?	1 2 3 4 5 6 7
6. Održite lošu prezentaciju, a nadređeni vas okrivi pred svima. Koliko je verovatno da biste se osećali nesposobno?	1 2 3 4 5 6 7
7. Prijatelj vam kaže da se previše hvalite. Koliko je verovatno da biste prestali da provodite vreme s njim?	1 2 3 4 5 6 7
8. Stan vam je u neredu, a nenajavljeni gosti dolaze. Koliko je verovatno da biste ih izbegavali?	1 2 3 4 5 6 7
9. Učinite nešto protivzakonito u tajnosti. Koliko je verovatno da biste osećali kajanje?	1 2 3 4 5 6 7
10. Laž na sudu bude otkrivena. Koliko je verovatno da biste pomislili da ste bezvredna osoba?	1 2 3 4 5 6 7
11. Shvatite da ste u raspravi pogrešili, iako to niko ne primećuje. Koliko je verovatno da biste ubuduće pažljivije razmišljali?	1 2 3 4 5 6 7
12. Uzmete kancelarijski materijal, a nadređeni vas uhvati. Koliko je verovatno da biste napustili posao?	1 2 3 4 5 6 7

13. Napravite grešku, a kolega bude okrivljen. Kada vas suoči, koliko je verovatno da biste se osećali kao kukavica?	1 2 3 4 5 6 7
14. Prospete vino na tepih i sakrijete mrlju. Koliko je verovatno da biste pomislili da je vaše ponašanje bilo sramotno?	1 2 3 4 5 6 7
15. U raspravi shvatite da vičete, iako to drugi ne primećuju. Koliko je verovatno da biste ubuduće bili obazriviji?	1 2 3 4 5 6 7
16. Lagali ste ljude, ali oni to nikada ne saznaju. Koliko je verovatno da biste se osećali loše zbog toga?	1 2 3 4 5 6 7

9. Skala psihološke fleksibilnosti – AAQ-II (Bond i sar., 2011)

Uputstvo:
Molimo Vas da za svaku izjavu označite u kojoj meri je ta izjava istinita za Vas.
Za svaku tvrdnju zaokružite broj (1–7) koji najbolje opisuje Vaše iskustvo.

1 – Netačno
2 – Uglavnom netačno
3 – Delimično netačno
4 – Delimično tačno
5 – Uglavnom tačno
6 – Veoma tačno
7 – Potpuno tačno

1. Moja bolna iskustva i sećanja otežavaju mi da živim život koji bih želeo/la da živim.	1 2 3 4 5 6 7
2. Plašim se svojih osećanja.	1 2 3 4 5 6 7
3. Brinem se da neću moći da kontrolišem svoje brige i osećanja.	1 2 3 4 5 6 7
4. Moja bolna sećanja mi ne dozvoljavaju da imam ispunjen život.	1 2 3 4 5 6 7
5. Emocije stvaraju probleme u mom životu.	1 2 3 4 5 6 7
6. Izgleda da se većina ljudi bolje nosi sa svojim životom nego ja.	1 2 3 4 5 6 7
7. Moje brige mi stoje na putu uspeha.	1 2 3 4 5 6 7

BIOGRAFIJA

Gorica Vuksanović rođena je 1987. godine u Foči. Osnovne studije psihologije završila je 2012. godine na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Istočnom Sarajevu, sa prosečnom ocenom 9,20, a master studije psihologije 2016. godine na istom fakultetu, sa prosečnom ocenom 9,50. Nakon toga upisala je doktorske studije na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, gde je ostvarila prosečnu ocenu 9,00. Tokom 2012–2013. godine obavila je klinički staž u Univerzitetskoj bolnici. Od 2013. godine zaposlena je na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Istočnom Sarajevu, gde je izabrana u zvanje asistenta za užu naučnu oblast Opšta psihologija, a od 2017. godine nalazi se u zvanju višeg asistenta. Aktivno učestvuje u izvođenju nastave na četiri studijska programa: medicina, stomatologija, specijalna edukacija i rehabilitacija i zdravstvena nega. Nastavno angažovanje obuhvata predmete Razvojna psihologija, Neuropsihologija, Medicinska psihologija, Mentalno zdravlje, Psihologija ličnosti, Pedagoška psihologija, Veštine komunikacije i Osnovi nauke o ponašanju. Nastavu izvodi i na engleskom jeziku na predmetima *Medical Psychology* i *Mental Health*. Zamenik je rukovodioca Katedre za opšteobrazovne predmete i član uređivačkog odbora časopisa *Biomedicinska istraživanja*. Koautor je udžbenika *Psihijatrija za lekare porodične medicine* i *Osnovi psihopatologije*. Objavila je više od 30 naučnih radova u domaćim i međunarodnim časopisima, a rezultate svog naučnoistraživačkog rada predstavljala je na više od deset domaćih i međunarodnih naučnih konferencija.

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора: **Горица Вуксановић**

Број индекса: **4П17-11**

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Психолошке детерминанте преједања: механизми емоционалне регулације у оквиру когнитивно-бихејвиоралне перспективе

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права и користила интелектуалну својину других лица.

У Београду, _____ **Потпис ауторке**

_____

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора: **Горица Вуксановић**

Број индекса: **4П17-11**

Студијски програм: **Психологија**

Наслов рада: **Психолошке детерминанте прејedања: механизми емоционалне регулације у оквиру когнитивно-бихејвиоралне перспективе**

Ментор: **др Никола Петровић**

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предала ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

У Београду, _____ **Потпис ауторке**

_____

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Психолошке детерминанте преједања: механизми емоционалне регулације у оквиру когнитивно-бихејвиоралне перспективе

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучила.

1. Ауторство (CC BY)
2. **Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)**
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци. Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве.)

Потпис ауторке

У Београду, _____ _____

1. Ауторство. Дозвољавате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.

2. Ауторство – некомерцијално. Дозвољавате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

3. Ауторство – некомерцијално – без прерада. Дозвољавате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима. Дозвољавате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.

5. Ауторство – без прерада. Дозвољавате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. Ауторство – делити под истим условима. Дозвољавате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.