

Odnos anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda s prisutnošću simptoma tjelesnog dismornog poremećaja

Tadić, Tina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:131:701548>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-18**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**ODNOS ANKSIOZNE OSJETLJIVOSTI, OSJETLJIVOSTI NA OKOLINU I
OSJETLJIVOSTI NA ODBIJANJE NA TEMELJU IZGLEDA S
PRISUTNOŠĆU SIMPTOMA TJELESNOG DISMORFNOG POREMEĆAJA**

Diplomski rad

Tina Tadić

Mentor: Prof. dr. sc. Nataša Jokić-Begić

Zagreb, 2024.

IZJAVA

Pod punom moralnom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno te da u njemu nema kopiranih, prepisanih ili preuzetih dijelova teksta tuđih radova koji nisu propisno označeni kao citati s navedenim izvorom iz kojeg su preneseni.

U Zagrebu, 04.02.2024.

Tina Tadić

SADRŽAJ

UVOD.....	1
Tjelesni dismorfní poremećaj	1
Anksiozna osjetljivost.....	2
Osjetljivost na okolinu	4
Osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda	5
Zadovoljstvo životom	6
Istraživanje tjelesnog dismorfnog poremećaja u Hrvatskoj.....	7
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE.....	8
METODA.....	9
Sudionici	9
Postupak.....	10
Mjerni instrumenti	12
Demografski podaci i opće zadovoljstvo životom	12
Indeks anksiozne osjetljivosti-3 (ASI-3).....	12
Ljestvica osjetljivosti na okolinu za odrasle (HSP-12)	12
Ljestvica osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda (ARSQ)	13
Upitnik tjelesnog dismorfnog poremećaja (BDDQ)	14
Skala depresije, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21).....	15
REZULTATI	16
Odgovor na prvi i drugi istraživački problem.....	17
Odgovor na treći istraživački problem.....	18
RASPRAVA.....	20
ZAKLJUČAK.....	30
LITERATURA	31
PRILOZI.....	36
Prilog A.....	36
Prilog B	37
Prilog C.....	38

Odnos anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda s prisutnošću simptoma tjelesnog dismornog poremećaja

The relationship between the presence of body dysmorphia symptoms and anxious sensitivity, environmental sensitivity and appearance-based rejection sensitivity

Tina Tadić

Sažetak: Tjelesni dismorfni poremećaj karakteriziran je preokupacijom zamišljenom ili prisutnom manjkavošću u tjelesnom izgledu, uz preuveličavanje i pretjeranu brigu oko mane. Uzrokuje značajne poteškoće u svakodnevnom životu i posljedično dovodi do smanjene psihološke dobrobiti i zadovoljstva životom. Poremećaj je slabo istražen u Hrvatskoj stoga nas je zanimalo istražiti neke odrednice ovog poremećaja. Cilj istraživanja bio je istražiti odnos prisutnosti simptoma tjelesnog dismornog poremećaja i anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda. Provedeno je online anketno ispitivanje kojem je pristupilo 1025 sudionika, među kojima je bilo 90 % žena i 10 % muškaraca. Primijenjeni su psihodijagnostički instrumenti kojima je ispitana prisutnost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja, anksiozna osjetljivost, osjetljivost na okolinu, osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda, zadovoljstvo životom te razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Uvjete za postojanje simptoma tjelesnog dismornog poremećaja zadovoljavalo je 11.5 % sudionika, kod žena ih je bilo 12.1 % ($N = 112$), a kod muškaraca 5.8 % ($N = 6$). Zbog nejednake veličine uzorka među spolovima odlučili smo se za provedbu analiza samo na ženskim sudionicama. Žene sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imale su značajno izraženiju anksioznu osjetljivost i brige vezane uz kognitivne, socijalne i tjelesne aspekte anksioznosti, osjetljivost na okolinu i lakoću pobuđivanja te osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda u odnosu na osobe bez simptoma. Imale su značajno sniženo zadovoljstvo životom, veću razinu depresivnih i anksioznih simptoma i povišene simptome stresa. Osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda ima najznačajniji doprinos razlikovanju grupa, a u manjoj mjeri su značajne brige vezane uz kognitivne i socijalne aspekte anksioznosti te lakoća pobuđivanja.

Ključne riječi: tjelesni dismorfni poremećaj, anksiozna osjetljivost, osjetljivost na okolinu, osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda

Abstract: Body dysmorphic disorder is characterised by a preoccupation with an imagined or present flaw in physical appearance, with exaggeration of the flaw and excessive concern about it. It causes significant difficulties in everyday life and consequently leads to reduced psychological well-being and life satisfaction. The disorder has not been well researched in Croatia yet, so we were interested in exploring some determinants of this disorder. The aim of the study was to determine the relationship between the presence of body dysmorphic disorder symptoms and anxiety sensitivity, environmental sensitivity and appearance-based rejection sensitivity. There were 1025 participants who took part in the survey, of which 90 % were women and 10 % were men. Psychodiagnostic instruments were used to examine the presence of symptoms of body dysmorphic disorder, anxiety sensitivity, environmental sensitivity, appearance-based rejection sensitivity, life satisfaction, and levels of depression, anxiety

and stress. The conditions for the existence of symptoms of body dysmorphic disorder were met by 11.5 % of participants, with 12.1 % among women and 5.8 % among men. Due to the unequal size of the samples between the sexes, we decided to conduct analyses only on female participants. Participants with symptoms of body dysmorphic disorder had significantly more anxiety sensitivity and concerns related to cognitive, social and physical aspects of anxiety, environmental sensitivity and ease of arousal, and appearance-based rejection sensitivity compared to those without symptoms. They had significantly lower life satisfaction, higher levels of depressive and anxious symptoms, and increased symptoms of stress. Appearance-based rejection sensitivity has the most significant contribution to group differentiation, and concerns related to cognitive and social aspects of anxiety and ease of arousal are significant to a lesser extent.

Keywords: body dysmorphic disorder, anxiety sensitivity, environmental sensitivity, appearance-based rejection sensitivity

Uvod

Tjelesni dismorfni poremećaj

Većina ljudi ponekad doživljava nezadovoljstvo vlastitim izgledom, no neki ljudi to nezadovoljstvo doživljavaju u značajno većoj mjeri te im ono ometa svakodnevno funkcioniranje. Ti ljudi se možda nose sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja (eng. *Body Dysmorphic Disorder, BDD*). Tjelesni dismorfni poremećaj je poremećaj kojeg karakterizira preokupacija zamišljenom ili prisutnom manjkavošću u tjelesnom izgledu, uz preuveličavanje same mane ako ju osoba ima te pretjeranom brigom oko nje (Wilhelm, Phillips i Steketee, 2012). Brige o izgledu javljaju se često, više sati dnevno, i teško ih je kontrolirati. Poremećaj uključuje ponašanja s ciljem prikrivanja percipiranih mana koja narušavaju svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života, na primjer kašnjenje zbog pretjeranog uređivanja, izbjegavanje društvenih aktivnosti, pokušaji modifikacije izgleda i slično. Okolina osobe s tjelesnim dismornim poremećajem može uvjeravati da nemaju određeni nedostatak i ne percipirati ga, ali te osobe ga ne mogu ignorirati jer vjeruju da percipiraju objektivnu sliku sebe. Zapravo je njihova unutarnja slika o sebi iskrivljena i ne odražava stvarnost, ali oni teško mogu vjerovati drugima jer ju vide „svojim očima”.

DSM-5 smatra tjelesni dismorfni poremećaj dijelom opsesivno-kompulzivnog spektra i razlikuje ga od poremećaja prehrane, koji također uključuju preokupaciju izgledom (Bjornsson, Didie i Phillips, 2010). Osim što su misli o percipiranim nedostacima opsesivne i učestale, također tipično postoje ponavljajuća ponašanja provjeravanja i uspoređivanja nedostatka i razvijanje specifičnih rutina za izbjegavanje izlaganja. Najčešća procjena koja se ponavlja u literaturi je da tjelesni dismorfni poremećaj zahvaća 0.7 % do 2.4 % populacije (Bjornsson i sur., 2010), ali se podaci o prevalenciji razlikuju i u nekim populacijama su značajno viši ili niži, što je vezano uz specifične populacije, dijagnostičke instrumente i druge faktore. Prema meta-analizi McGrath i suradnika (2023) prevalencija je 11.3 % u općoj populaciji, s time da je prevalencija kod populacije uključene u kozmetičke i dermatološke zahvate 20 %, u populaciji s nekom dijagnozom u području mentalnog zdravlja 7.4 % i u drugim područjima (npr. studenti, plesači..) 6.7 %. Također zbog postojanja stigme o taštini

mnogi ne priznaju ovaj poremećaj te osjećaju sram i krivnju obratiti se stručnjacima pa je poremećaj često nedijagnosticiran. Najčešće se javlja tijekom adolescencije i podjednako zahvaća muškarce i žene (McGrath i sur., 2023). U usporedbi sa svim poremećajima slike tijela, pacijenti s tjelesnim dismorfnim poremećajem imaju najveću razinu uznemirenosti i socijalnih smetnji zbog svog poremećaja te manje zadovoljstvo životom od pacijenata s depresijom, dijabetesom i bipolarnim poremećajem (Phillips, 2000). Socijalne smetnje zbog poremećaja uključuju izbjegavanje socijalnih situacija koje ih izlažu osudi i koje mogu voditi intimnosti i romantičnim odnosima, mogu ih sprječavati u obrazovanju i zaposlenju te izbjegavanju prijateljskih i obiteljskih odnosa. Osobe s tjelesnim dismorfnim poremećajem često su socijalno izolirane zbog čega tjelesni dismorfni poremećaj može nalikovati socijalnoj fobiji (Veale, 2004).

S obzirom na značajni utjecaj na obrazovno, poslovno i društveno funkcioniranje, osobe s tjelesnim dismorfnim poremećajem imaju značajno povišenu prisutnost suicidalnih misli i pokušaja samoubojstva. Prema Fenske i Pettersen (2015) 63 % osoba s poremećajem tjelesne dismorfije imalo je suicidalne misli, a 26 % pokušaje suicida. Također imaju rizik za pokušaje samostalnih “uradi sam” operacija koje mogu imati loše posljedice (Veale, 2004). Komorbiditet s drugim poremećajima povećava rizik suicida (Fenske i Pettersen, 2015), a česti je komorbiditet s anksioznim poremećajima, velikim depresivnim poremećajem, poremećajima hranjenja (bulimija, anoreksija nervosa), zloupotrebom supstanci i opsesivno-kompulzivnim poremećajem (Eskander i sur., 2020). Poremećaji hranjenja imaju među simptomima pretjeranu usmjerenost na tjelesni izgled, što je vrlo slično simptomima tjelesnog dismorfnog poremećaja, stoga se pri zaključivanju o tome radi li se o komorbiditetu ili o jednom od ova dva poremećaja u obzir uzima ima li osoba ponašanja kao što su sklonost držanju ekstremnih dijeta, izazvanog povraćanja ili intenzivnog treniranja, u kojem slučaju se vjerojatno radi o nekom poremećaju prehrane (American Psychiatric Association, 2014).

Anksiozna osjetljivost

Tjelesni dismorfni poremećaj je kompleksan poremećaj kojemu pridonose različiti faktori i koji ima raznovrsne utjecaje na život osoba koje se s njime nose. Jedan od tih faktora je anksiozna osjetljivost. Anksiozna osjetljivost je strah od anksioznosti i senzacija povezanih s anksioznošću zbog uvjerenja da će one imati katastrofalne

posljedice (Reiss i McNally, 1985, prema DeWolfe i sur., 2023). Anksiozna osjetljivost se sastoji od tri dimenzije: tjelesnih briga - dimenzije zabrinutosti zbog tjelesnih simptoma anksioznosti, npr. zbog povišenog pulsa osoba misli da će dobiti srčani infarkt, zatim kognitivnih briga - dimenzije zabrinutosti zbog kognitivnih simptoma anksioznosti, npr. zbog ubrzanih misli osoba se boji da će poludjeti; te socijalnih briga – dimenzije zabrinutosti zbog izvana primjetnih simptoma anksioznosti, npr. zbog toga što drugi mogu primijetiti da se osoba pojačano znoji, osoba se boji da će zbog toga biti negativno evaluirana tj. osuđena. Osobe s niskim razinama anksiozne osjetljivosti će pak senzacije pobuđenosti kao što su palpitacije, drhtanje, osjećaj slabosti ili vrtoglavice percipirati kao većinom prolazne, bezopasne i neuznemiravajuće.

Osjetljivost na anksioznost konceptualizirana je kao čimbenik koji pogoršava anksioznost, paniku i druge oblike uznemirenosti, što znači da, primjerice, kada osoba postane tjeskobna zbog nekog događaja, a onda se uznemiri zbog samih tjelesnih osjeta uzrokovanih tjeskobom, osjećaji postaju jači i tjeskoba eskalira (Taylor, 2019). Istraživanja pokazuju da je anksiozna osjetljivost predisponirajući čimbenik za različite psihičke poremećaje, najjače je povezana s paničnim poremećajem i posttraumatskim stresnim poremećajem, ali značajno i s opsesivno-kompulzivnim, generaliziranim anksioznim poremećajem i socijalnom anksioznošću (Taylor, 2019), a povezana je i s više simptoma anksioznosti i depresije (DeWolfe i sur., 2023). Kada je tek konceptualizirana smatrala se jednodimenzionalnom, no istraživanja su pokazala tri faktora koja su različito izražena u različitim poremećajima: fizičke brige su izražene u paničnom poremećaju, socijalne u socijalnoj anksioznosti, a kognitivne brige u depresiji i generaliziranom anksioznom poremećaju (Mantar i sur., 2011).

U izostanku tretmana anksiozna osjetljivost se pokazala stabilnom (slično osobinama ličnosti), ali Fitzgerald i suradnici (2021) su pokazali da se izraženost anksiozne osjetljivosti može uspješno smanjiti kratkim intervencijama od šest ili manje tretmana, a intervencije za smanjenje anksiozne osjetljivosti su uspješne u reduciranju simptoma u svim anksioznim poremećajima (Olthuis i sur., 2014, prema DeWolfe i sur., 2023) i kod depresije (Smits i sur., 2008, prema DeWolfe i sur., 2023). Dakle, anksiozna osjetljivost je transdijagnostički rizični faktor za psihopatologiju povezanu s anksioznošću koji se može smanjiti intervencijama, što ga čini važnim faktorom za istraživanje i razvoj tretmana (Taylor, 2019).

Osjetljivost na okolinu

Sljedeći faktor razmatran u ovom istraživanju je osjetljivost na okolinu (eng. *sensory processing sensitivity* ili *environmental sensitivity*). Osjetljivost na okolinu je prvi put detaljno opisala i imenovala dr. Elaine Aron (1997) i definirala ju kao biološki osnovanu osobinu karakteriziranu povišenom svjesnošću i osjetljivošću na okolinske podražaje i informacije te procesiranje istih dublje od prosječne osobe. Neke od karakteristika visoko osjetljivih osoba (eng. *highly sensitive person*) su dublje kognitivno procesiranje, veća posvećenost detaljima, veća emocionalna reaktivnost, veća osjetljivost na tuđa raspoloženja i emocije te na promjene u okolini (fizičkoj i socijalnoj).

Prema Aron (1997), osjetljivost na okolinu može se podijeliti na tri različite komponente. Neugoda zbog glasnih zvukova, jakog svjetla, neugodnih mirisa i tuđih emocija je povezana s niskim osjetljivim pragom. Nervoza kada se mora obaviti više zadataka u kratkom vremenu, nelagoda zbog bivanja promatranim i potreba za izoliranjem su povezane s lakoćom pobuđivanja. Značajno više uživanje i reagiranje na ugodne podražaje poput glazbe, mirisa i prirode povezano je s estetskom osjetljivošću.

Osjetljivost na okolinu nije poremećaj, već osobina koje je dijelom urođena i povezana je s povećanom svjesnošću i dubinom obrade okolinskih podražaja i informacija (Acevedo i sur., 2014). Rane studije procjenjuju da je oko 20 posto populacije „vrlo osjetljivo“, ali prema novijim istraživanjima čini se da unutar visoko osjetljivih ljudi postoje tri skupine prema jačini osjetljivosti, što implicira da je osjetljivost na okolinu kontinuum od manje do veće osjetljivosti (Acevedo, 2020).

Većina komponenti ove osobine povezana je sa psihološkim ishodima koji se tradicionalno smatraju negativnim: visokom razinom stresa, lakoćom preopterećenosti, povećanom stopom depresije, anksioznosti i problema sa spavanjem i autizmom (Booth i sur., 2015). Prema teoriji dijateza-stres, visoka osjetljivost na okolinu predstavlja povećanu ranjivost na negativne utjecaje, dok teorija diferencijalne osjetljivosti sugerira povećanu plastičnost u reakcijama na pozitivne i negativne utjecaje (Belsky i Pluess, 2009). U istraživanju Smolewske i suradnika (2006) rezultati pokazuju da kod pojedinaca s visokom estetskom osjetljivošću dolazi do više pozitivnih ishoda jer zbog pozitivnog potkrjepljenja doživljavaju intenzivnije ugodne emocije i veći poticaj za djelovanje. Također osobe s visokom estetskom osjetljivošću ostvaruju veći rezultat na

osobini otvorenosti u Pet-faktorskom modelu ličnosti, dok su niski osjetni prag i lakoća pobuđivanja povezane s neuroticizmom (Smolewska i sur., 2006).

Osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda

Posljednji razmatrani faktor u ovom istraživanju je osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda. Pojačana osjetljivost na interpersonalno odbijanje pokazala se kao važan prediktor narušenog mentalnog zdravlja i dobrobiti (Calogero i sur., 2010), a s obzirom na bavljenje tjelesnim dismornim poremećajem koji je fokusiran na izgled, osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda se pokazala kao najvažnija. Osobama s visokom osjetljivošću na odbijanje na temelju izgleda fizička privlačnost je najvažniji faktor percepcije svijeta zbog čega često uspoređuju svoj izgled s drugima i sebe percipiraju neprivačnima, što dovodi do više simptoma tjelesnog dismornog poremećaja i poremećaja prehrane nego kod osoba s niskom osjetljivošću na odbijanje na temelju izgleda (Park, 2007). Park (2007) osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda definira kao dispozicijsku tendenciju tjeskobnog očekivanja, spremnog opažanja i pretjeranog reagiranja na znakove odbijanja na temelju fizičkog izgleda. Ona je relativno stabilan konstrukt ličnosti koji se sastoji od afektivne i kognitivne komponente. Tjeskoba i zabrinutost zbog odbijanja predstavljaju afektivnu komponentu, dok očekivanja odbijanja predstavljaju kognitivnu komponentu. Smatra se da te komponente međusobno djeluju tako da tjeskoba zbog odbijanja pojačava percipiranje i očekivanja odbijanja temeljenog na izgledu (Park, 2007). Osoba s visokom osjetljivošću na odbijanje na temelju izgleda će osjećati visoku anksioznost očekujući da će biti odbijeni na temelju izgleda te će stoga u socijalnim situacijama biti usmjerena na najsitnije znakove koji impliciraju da su odbijeni zbog izgleda i biti će značajno više pogođeni u slučaju stvarnog odbijanja koje će im samo potvrditi njihovo očekivanje i strah od odbijanja na temelju izgleda. Zbog toga, osobe s visokom osjetljivošću na odbijanje na temelju izgleda imaju veću vjerojatnost izbjegavanja te negativne interpretacije društvenih situacija koje naglašavaju izgled, doživljavaju više simptoma tjelesnog dismornog poremećaja i imaju veću učestalost ponašanja koja su usmjerena na mijenjanje izgleda kao što su poremećaji prehrane i interes za estetske operacije (Calogero i sur., 2010).

Mnoga istraživanja su pokazala važnost osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda kao prediktora za tjelesni dismorfni poremećaj. Značajna iskustva odbijanja tijekom života mogu pridonijeti pojavi simptoma tjelesnog dismornog poremećaja (Phillips, 2005, prema Calogero i sur., 2010), a iskustva zadirkivanja zbog izgleda su bila povezana s vjerojatnošću podvrgavanja estetskim operacijama (Sarwer i sur., 2005, prema Calogero i sur., 2010). Osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda bio je prediktor tjelesnog dismornog poremećaja uz kontrolu individualnih razlika u općenitoj osjetljivosti na odbacivanje/odbijanje, strahu od negativne procjene, zadovoljstvu izgledom i simptomima depresije (Park i Pinkus, 2009). Cash, Theriault i Annis (2004, prema Calogero i sur., 2010) navode kako osobe s većom zabrinutošću oko odobravanja i prihvaćanja u društvenim interakcijama imaju lošiji doživljaj izgleda tijela i veće nezadovoljstvo percipiranim izgledom, ulaganje u izgled s potencijalno lošim posljedicama (poremećaji prehrane, estetske operacije) i tjelesnu dismorfiju u socijalnim situacijama.

Zadovoljstvo životom

Proučavanjem apstraktnog konstrukta sreće, istraživači u području pozitivne psihologije uveli su konstrukt subjektivne dobrobiti koji označava pojedinačno afektivno (tj. emocionalno) i kognitivno (tj. prosuđujuće) doživljavanje vlastitog života (Diener i sur., 1999). Afektivna komponenta predstavlja koliko često pojedinac doživljava pozitivne i negativne afekte. Zadovoljstvo životom smatra se kognitivnom komponentom ovog šireg konstrukta, a definirano je kao stupanj u kojem osoba pozitivno procjenjuje ukupnu kvalitetu svog života prema vlastitim subjektivnim kriterijima (Veenhoven, 1996). Zadovoljstvo životom je globalna procjena kvalitete života, često mjerena samo jednom česticom, koja se u mnogim istraživanjima pokazala pozitivno povezanom sa zdravljem, samopouzdanjem, otpornošću, optimizmom, kvalitetnim socijalnim odnosima, većim radnim angažmanom i drugim poželjnim ishodima (Karataş i sur., 2021). S druge strane, negativno je povezano s anksioznom osjetljivošću i osjetljivošću na okolinu (Rogowska i sur., 2020), ali prema istraživanju Booth i suradnika (2015) osobe s visokom osjetljivošću na okolinu prijavile su niže zadovoljstvo životom u usporedbi s osobama s niskom osjetljivošću samo ako su doživjeli negativna iskustva u djetinjstvu. Neka su istraživanja pokazala da je izraženija

osjetljivost na odbijanje povezana s sniženim zadovoljstvom životom (Kawamoto i sur., 2017). Phillips (2000) navodi izrazito nisko zadovoljstvo životom kod pacijenata s tjelesnim dismorfničkim poremećajem te je manje u usporedbi s pacijentima s depresijom, dijabetesom i bipolarnim poremećajem.

Istraživanje tjelesnog dismorfnog poremećaja u Hrvatskoj

Unatoč kulturi koja naglašava izgled, snažnom utjecaju globalnih trendova i interneta, do sada nije proveden značajan broj istraživanja tjelesnog dismorfnog poremećaja u hrvatskom kontekstu niti su do nedavno postojali prevedeni instrumenti za probir i dijagnosticiranje poremećaja. Jedno od prvih istraživanja o ovom poremećaju s ciljem informiranja javnosti provedeno je 2022. u okviru udruge Kako si?. Cilj projekta "Slika o sebi - nježnost i umjetnost" bio je senzibilizacija i educiranje opće i stručne javnosti o tjelesnom dismorfničkom poremećaju. U sklopu projekta su prevedeni instrumenti za probir tjelesnog dismorfnog poremećaja, koji su tada prvi puta korišteni, a sada je prevedeni Upitnik tjelesno dismorfnog poremećaja uključen u ovo istraživanje te je ovo prvo istraživanje na hrvatskoj populaciji koje koristi ovaj upitnik. Smatramo da je važno istražiti i bolje razumjeti tjelesni dismorfni poremećaj u hrvatskom kontekstu jer kao i u ostatku svijeta postoji neprestana izloženost medijskim prikazima nerealističnih tjelesnih standarda, a pokazani su značajni porasti nezadovoljstva tijelom u cijelom svijetu (Rodgers i sur., 2023).

S obzirom na relevantnost ove teme i manjak bavljenja njome, u ovom istraživanju odlučili smo ispitati neke aspekte koji bi mogli imati ulogu u izraženosti tjelesnog dismorfnog poremećaja. Varijable kojima ćemo se baviti su anksiozna osjetljivost, osjetljivost na okolinu, osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda, prisutnost neugodnih emocionalnih stanja stresa, anksioznosti i depresivnosti, načini suočavanja sa stresnim situacijama te zdravstvene navike među osobama s prisutnim simptomima tjelesnog dismorfnog poremećaja i osobama bez simptoma. Tjelesni dismorfni poremećaj složen je poremećaj s velikim negativnim utjecajem na kvalitetu života pacijenata (Schneider i sur., 2019) stoga smatramo da je važno ispitati utjecaje različitih osjetljivosti na prisutnost ovog poremećaja u nadi da ćemo rasvijetliti neke njegove karakteristike.

Cilj, problemi i hipoteze

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda s prisutnošću simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Iz postavljenog cilja proizlaze sljedeći istraživački problemi:

Problem 1: Utvrditi postoje li razlike u izraženosti anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda te osjetljivosti na okolinu s obzirom na prisutnost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Problem 2: Utvrditi postoje li razlike u izraženosti neugodnih emocionalnih stanja stresa, anksioznosti i depresivnosti, te razlike u zadovoljstvu životom između osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i onih bez simptoma.

Problem 3: Utvrditi koje varijable imaju najveći doprinos u razlikovanju osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i onih bez simptoma.

Na temelju dosadašnjih spoznaja postavili smo sljedeće hipoteze:

Hipoteza 1: Očekuje se postojanje razlika u izraženosti anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda i osjetljivosti na okolinu između osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja te onih bez simptoma.

Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imat će više socijalnih, kognitivnih i tjelesnih briga povezanih s anksioznošću od osoba bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imat će izraženiju osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda od osoba bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imat će izraženiju lakoću pobuđivanja, nizak osjetni prag i estetsku osjetljivost od osoba bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Hipoteza 2: Očekuje se postojanje razlika u izraženosti neugodnih emocionalnih stanja depresivnosti, anksioznosti i stresa te razlika u zadovoljstvu životom između osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja te onih bez simptoma.

Neugodna emocionalna stanja depresivnosti, anksioznosti i stresa u većoj će mjeri doživljavati osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u odnosu na osobe bez simptoma.

Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imat će sniženo zadovoljstvo životom u odnosu na osobe bez simptoma.

Hipoteza 3: Očekuje se značajan doprinos anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda u razlikovanju osoba sa i bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja. Pri tome se očekuje najznačajniji doprinos varijable osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda na razlikovanje osoba sa i bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Metoda

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 1025 sudionika, 922 žene (90 %) i 103 muškarca (10 %), u dobi između 18 i 80 godina ($M = 37.65$, $SD = 12.79$).

Sudionike smo podijelili u skupine s obzirom na zadovoljene kriterije za tjelesni dismorni poremećaj, koji su detaljnije objašnjeni kod opisa BDDQ upitnika. Zbog jasnoće izražavanja, u tekstu skupine nazivamo „skupina koja ima prisutne simptome tjelesnog dismornog poremećaja ” i “skupina koja nema prisutne simptome tjelesnog dismornog poremećaja”. Kategorizacija je napravljena na temelju zadovoljavanja uvjeta (Phillips, 2009) ovisno o odgovorima na upitniku BDDQ, gdje kod sudionika koji zadovoljavaju uvjete postoji sumnja na tjelesni dismorni poremećaj. Iako je moguće da su kod obje skupine simptomi prisutni u nekoj mjeri, smatramo da je skupine opravdanije nazivati „sa i bez simptoma“ nego „sa i bez poremećaja“ s obzirom na to da se nije provela klinička psihodijagnostička procjena.

Prisutnost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja utvrđena je kod 11.5 % sudionika. S obzirom na spol, izraženi simptomi tjelesnog dismornog poremećaja prisutni su kod 5.8 % ($N = 6$) muških i 12.2 % ($N = 112$) ženskih sudionika. U obzir moramo uzeti to da je muških sudionika bilo samo 103, a ženskih 922 tako da postotak tjelesnog dismornog poremećaja kod muškaraca vjerojatno ne odražava stvarni postotak u populaciji jer su prijašnja istraživanja uglavnom pokazala da je prisutnost

tjelesnog dismornog poremećaja podjednako zastupljen kod oba spola (McGrath i sur., 2023). S obzirom na disproporcionalnu veličinu uzorka među spolovima analize smo odlučili provoditi samo na ženskom dijelu sudionika i svi prikazani rezultati odnose se na žene. Obrazovni, radni, partnerski i roditeljski status te životni standard sudionica sa i bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja (postoci izračunati unutar te dvije skupine) prikazani su u Tablici 1.

Postupak

S ciljem regrutiranja što većeg broja sudionika, istraživanje je provedeno putem online upitnika u razdoblju od travnja do lipnja 2023. godine. Online upitnik je napravljen putem platforme SurveyMonkey kojoj su sudionici mogli pristupiti putem poveznice preko računala ili mobitela. Poveznica s upitnikom objavljena je u većem broju različitih Facebook grupa koje nisu ciljano okupljale sudionike s temama tjelesnog izgleda, dismorfije, prehrane, estetskih operacija ili slično kako bi uzorak bio nepristran. Sudionicima je u objavi s poveznicom na istraživanje, kao i na uvodnoj stranici upitnika, objašnjena svrha istraživanja te su dane opće informacije o istraživanju – ciljna populacija i vrijeme ispunjavanja. Sudionicima je bila naglašena dobrovoljnost pristupanja istraživanju, mogućnost odustajanja u svakom trenutku bez posljedica, anonimnost sudjelovanja te uvjet punoljetnosti kako bi mogli sudjelovati u istraživanju. Na uvodnoj stranici upitnika napomenuto je kako se započinjanje ispunjavanja upitnika smatra pristankom na sudjelovanje u istraživanju. Vrijeme potrebno za rješavanje upitnika procijenjeno je na oko 15 minuta, no svaki je sudionik mogao rješavati koliko god mu je vremenski bilo potrebno. Redoslijed pitanja bio je jednak za sve sudionike.

U upitniku su navedeni kontakti autorica Tine Tadić i Jelene Zadro, koje su i prikupljale upitnike, i mentorice prof. dr. sc. Nataše Jokić-Begić. Na navedene kontakte sudionici su se mogli javiti s pitanjima, komentarima ili zamolbom za uvid u konačne rezultate istraživanja.

Tablica 1

Prikaz dobi, obrazovnog, radnog, partnerskog i roditeljskog statusa te životnog standarda sudionica sa simptomima tjelesnog dismorfnog poremećaja (N = 112) i bez simptoma tjelesnog dismorfnog poremećaja (N = 810), izražen u postocima

		Prisutnost simptoma tjelesnog dismorfnog poremećaja	
		Da	Ne
Obrazovni status	Osnovna škola	3.6 %	0.7 %
	Srednja škola	43.8 %	38.8 %
	Preddiplomski studij	16.1 %	14.9 %
	Diplomski studij	35.7 %	39.3 %
	Poslijediplomski studij	0.9 %	6.3 %
Radni status	Učenik	0.9 %	0.2 %
	Student	31.3 %	16.2 %
	Zaposlen	50.9 %	68.9 %
	Nezaposlen	13.4 %	5.6 %
	U mirovini	0.9 %	5.2 %
	Ostalo	2.7 %	3.9 %
Životni standard	Znatno nižim od prosjeka	3.6 %	5.1 %
	Nešto nižim od prosjeka	13.4 %	11 %
	Prosječnim	58.9 %	54.1 %
	Nešto višim od prosjeka	20.5 %	25.3 %
	Znatno višim od prosjeka	3.6 %	4.6 %
Partnerski status	Nisam u vezi	35.7 %	26.2 %
	U vezi, ali ne živimo zajedno	17.9 %	13 %
	U vezi (brak, izvanbračna zajednica, životno partnerstvo) i živimo zajedno	46.4 %	60.9 %
Roditeljski status	Bez djece	37.5 %	55.3 %
	S djecom	62.5 %	44.7 %

Mjerni instrumenti

Demografski podaci i opće zadovoljstvo životom

U ovom istraživanju prikupljeni su osnovni demografski podaci, dakle rod, dob, stupanj obrazovanja, radni status, partnerski status, broj djece te životni standard.

Podatak o općem zadovoljstvu životom prikupljen je česticom “Koliko ste sveukupno zadovoljni svojim životom?” na koju su sudionici odgovarali na ljestvici od 0 („uopće nisam zadovoljan/na“) do 10 („u potpunosti sam zadovoljan/na“). Unatoč postojanju mnogih instrumenata za mjerenje zadovoljstva životom s većim brojem čestica, istraživanja su pokazala zadovoljavajuću razinu pouzdanosti mjerenja samo ovom jednom česticom, te je potvrđena kriterijska i konstruktiva valjanost korištenja te čestice (Lauri Korajlija i sur., 2019).

Indeks anksiozne osjetljivosti-3 (ASI-3)

Indeks anksiozne osjetljivosti-3 (eng. *Anxiety Sensitivity Indeks-3*; u daljnjem tekstu ASI-3; Reiss i sur., 1986) je ljestvica namijenjena mjerenju anksiozne osjetljivosti koja se sastoji od 18 čestica. Ljestvica se sastoji od tri podljestvice od kojih svaka sadrži šest čestica. Podljestvice mjere tri aspekta anksiozne osjetljivosti- brigu oko tjelesnih aspekata („Plaši me kad mi srce brzo kuca“), socijalnu brigu („Važno mi je da ne odajem dojam nervoze“) i kognitivni element anksioznosti („Plaši me kad ne mogu zadržati pažnju na zadatku“). Sudionici su odgovarali u kojem se stupnju određena čestica odnosi na njih na skali od 1 („vrlo malo“) do 5 („vrlo jako“). Ukupan rezultat računa se kao zbroj čestica na svim podljestvicama, a viši rezultat upućuje na višu razinu osjetljivosti na tjelesne, socijalne i kognitivne elemente anksioznosti.

Pouzdanost ljestvice, izračunata pomoću Cronbachovog alfa koeficijenta, u ovom istraživanju iznosi .92, a koeficijenti pouzdanosti podljestvica iznose .89 za tjelesnu brigu, .87 za kognitivnu brigu i .81 za socijalnu brigu. Podjednake su pouzdanosti dobivene i u prijašnjim istraživanjima (Taylor i sur., 2007).

Ljestvica osjetljivosti na okolinu za odrasle (HSP-12)

Ljestvica osjetljivosti na okolinu za odrasle (eng. *Brief Highly Sensitive Person Scale*; u daljnjem tekstu HSP-12; Pluess i sur., 2023) razvijena je kao kraća verzija Ljestvice za procjenu visoke osjetljivosti (Aron i Aron, 1997, prema Pluess i sur., 2023)

koja u originalnom obliku sadrži 27 čestica. Pri izradi skraćene verzije upitnika autori su se odlučili referirati na faktorsku analizu autorice Smolewske i suradnika (2006). Ova ljestvica namijenjena je mjerenju konstrukta osjetljivosti na osjetne informacije, odnosno okolinske osjetljivosti. Sastoji se od ukupno 12 čestica koje čine tri ljestvice-lakoća pobuđivanja (eng. *ease of excitation*, EOE), koja je zahvaćena s 5 čestica („Je li Vam nelagodno kada Vam se puno toga događa odjednom?“), nizak osjetni prag (eng. *low sensory threshold*, LST), mjeren s 3 čestice („Smetaju li Vas intenzivni podražaji, poput glasnih zvukova i kaotičnih scena?“) i estetska osjetljivost (eng. *aesthetic sensitivity*, AES), koju sačinjavaju 4 čestice („Čini li Vam se da ste svjesni sitnih pojedinosti i detalja u Vašoj okolini?“). Sve su čestice procjenjivane na ljestvici od 1 („uopće se ne odnosi na mene“) do 7 („izrazito se odnosi na mene“) uz srednju vrijednost 4 („umjereno se odnosi na mene“). U prethodnim istraživanjima, tri navedene ljestvice odgovaraju istoimenim faktorima nižeg reda koji zasićuju faktor višeg reda nazvan osjetljivost na osjetne informacije (Smolewska i sur., 2006). Ukupan rezultat računa se kao zbroj čestica na svim podljestvicama, a viši rezultat upućuje na višu lakoću pobuđivanja, niži osjetni prag i višu estetsku osjetljivost.

Pouzdanost ljestvice HSPS-12, izračunata pomoću Cronbachovog alfa koeficijenta, u ovom istraživanju iznosi .74 i malo je niža od pouzdanosti koju su u svojim istraživanjima dobili Pluess i suradnici (2023), a koja je iznosila .78. Koeficijenti pouzdanosti podljestvica dobiveni u ovom istraživanju iznose .79 za lakoću pobuđivanja, .61 za estetsku osjetljivost i .63 za nizak prag pobuđivanja. U prijašnjim istraživanjima Cronbachov alfa iznosi .82 za lakoću pobuđivanja, .64 za podljestvicu niskog praga pobuđivanja te .62 za podljestvicu estetske osjetljivosti (Pluess i sur., 2023). Nizak Cronbachov alfa koeficijent podljestvica estetske osjetljivosti i niskog praga pobuđivanja potencijalno se može pripisati malom broju čestica.

Ljestvica osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda (ARSQ)

Izvorna ljestvica osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda (eng. *Appearance Rejection Sensitivity Questionnaire*, u daljnjem tekstu ARSQ; Park, 2007) sastoji se od 15 scenarija u kojima bi ljudi mogli imati tjeskobno očekivanje da će biti odbijeni na temelju svog izgleda. Jedan od primjera scenarija je: “Bili ste na spoju na slijepo. Spoj je prošao dobro i sviđa Vam se osoba, ali on/ona Vas nije nazvao/la već nekoliko dana.”

Sudionici su svoju tjeskobu izrazili odgovaranjem na pitanje nakon svakog scenarija, za ovaj scenarij "Koliko biste bili zabrinuti ili tjeskobni oko toga da Vas pratnja neće nazvati zbog toga kako izgledate?", na ljestvici od 6 stupnjeva od 1 (vrlo nezabrinut) do 6 (vrlo zabrinut), a svoje očekivanje odbijanja na temelju izgleda odgovaranjem na pitanje "Očekivao bih da me pratnja neće nazvati zbog toga kako izgledam", na ljestvici od 6 stupnjeva od 1 (malo vjerojatno) do 6 (vrlo vjerojatno). U ovom istraživanju korištena je skraćena verzija ove ljestvice koja ima 10 scenarija. Kratka verzija korištena je u prijašnjim istraživanjima i imala je dobru unutarnju pouzdanost izračunatu Cronbachovim alfa koeficijentom koji je iznosio .91 (Park i Pinkus, 2009).

Rezultat osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda izračunat je množenjem stupnja tjeskobne zabrinutosti (prvo pitanje nakon scenarija) sa stupnjem očekivanja odbijanja (drugo pitanje) za svaki scenarije, a zatim izračunavanjem prosjeka jednostavne linearne kombinacije rezultata anksioznog očekivanja odbijanja po situacijama za svakog sudionika (Park i Pinkus, 2009). Pojedinačne procjene su izražene kao umnošci jer nas je zanimala interakcija između tjeskobnih briga i očekivanja, prema načinu na koji su Downey i Feldman (1996.) računali rezultate u prethodnim istraživanjima. Računanjem Cronbachovog alfa koeficijenta dobili smo unutarnju pouzdanost ARSQ koja u ovom istraživanju iznosi .97.

Upitnik tjelesnog dismorfnog poremećaja (BDDQ)

Simptomi tjelesnog dismorfnog poremećaja su u ovom istraživanju procijenjeni upitnikom tjelesnog dismorfnog poremećaja (eng. *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*, u daljnjem tekstu BDDQ; Phillips, 1996) koji je kratka mjera samoprocjene izvedena iz dijagnostičkih kriterija DSM-IV za tjelesni dismorfni poremećaj. Koristeći zatvorena pitanja, ispituje osobe jesu li njihove brige oko izgleda izvori preokupacije i, ako jesu, procjenjuje stupanj u kojem uzrokuju nevolju ili ometaju njihovo društveno ili profesionalno funkcioniranje (Phillips, 2009.) BDDQ je bio zamišljen kao instrument za probir, a ne kao dijagnostički alat (Phillips, 1996). Odgovori na upitnik mogu upućivati na prisutnost poremećaja, ali dijagnozu može pružiti samo stručnjak za mentalno zdravlje, dakle psihijatar ili klinički psiholog. Unatoč tome, prijašnja istraživanja pokazala su unutarnju pouzdanost i valjanost ljestvice, visoku korelaciju sa kliničkim dijagnozama tjelesnog dismorfnog poremećaja i

osjetljivost 100 % i specifičnost 89 % među pojedincima s kliničkom dijagnozom (Phillips, 1996). Ukupna ljestvica pokazala je dobru unutarnju pouzdanost izračunatu Cronbach alfa koeficijentom koji iznosi .75, što je niže nego u prijašnjim istraživanjima.

Upitnik se sastoji od osam čestica koje su četiri pitanja s potpitanjima. Sva pitanja su navedena u Prilogu A. Sudionici su odgovarali na svaku česticu s 0 („NE”) ili 1 („DA”). Simptome tjelesnog dismornog poremećaja konceptualizirali smo kao konstrukt za kategoriziranje sudionika na one s prisutnim simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i one bez simptoma, prema kriterijima koje je naveo Phillips (2009), dakle odgovor DA na oba dijela prvog pitanja, odgovor DA na bilo koji dio trećeg pitanja te odgovor b) ili c) na četvrtom pitanju. Sudionici koji su ispunili ova tri uvjeta su kategorizirani kao “ima prisutne simptome tjelesnog dismornog poremećaja”, a oni koji nisu kao “nema prisutne simptome tjelesnog dismornog poremećaja”.

Skala depresije, anksioznosti i stresa-21 (DASS-21)

Skala depresije, anksioznosti i stresa-21 (*Depression Anxiety Stress Scale-21*, u daljnjem tekstu DASS-21; Lovibond i Lovibond, 1995) jedna je od najpoznatijih mjera samoprocjene za ispitivanje učestalosti i ozbiljnosti emocionalnih stanja depresije, tjeskobe i stresa. Puna verzija upitnika sastoji se od 42 čestice (Lovibond i Lovibond, 1995), ali su autori napravili i skraćenu verziju koja se sastoji od 21 čestice. Skraćena verzija također ima dobru pouzdanost i valjanost, Cronbach alfa za subskalu depresije iznosi .97, subskalu anksioznosti .92 i subskalu stresa .95 (Lovibond i Lovibond, 1995). U ovom istraživanju korištena je hrvatska adaptacija upitnika (Ivezić i sur., 2012). Ljestvica sadrži tri podljestvice - skalu depresivnosti (primjer čestice: "Ništa me nije moglo oduševiti"), anksioznosti ("Osjećao sam se jako nervozno") i stresa ("Sušila su mi se usta") od kojih svaka sadrži sedam čestica. Od sudionika se traži da označe koliko su često u proteklih tjedan dana doživjeli stanje opisano u tvrdnji, koristeći ljestvicu od četiri stupnja (0 „uopće se nije odnosilo na mene”, 1 „odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme”, 2 „odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena”, 3 „gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene”).

Ukupan rezultat računa se kao zbroj čestica na svim podljestvicama, a viši rezultat upućuje na više razine depresivnosti, anksioznosti i stresa. Pouzdanost skale izračunata Cronbachovim alfa koeficijentom unutarnje pouzdanosti za cijelu skalu iznosio je .95.

Pouzdanost unutarnje konzistencije za pojedine podljestvice iznosila je .91 za podljestvicu depresije, .86 za podljestvicu anksioznosti i .91 za podljestvicu stresa, što je u skladu s prijašnjim istraživanjima (Dadić, 2022).

Anketa je još sadržavala COPE upitnik, COPS upitnik, upitnik stavova o estetskim operacijama, pitanja o životnim i zdravstvenim navikama te sadašnjim ponašanjima vezanim uz fotografiranje i uređivanje slika. Navedeni podaci nisu prikazani u ovom diplomskom radu.

Rezultati

Glavni cilj istraživanja bio je utvrditi odnos tjelesnog dismorfnog poremećaja s anksioznom osjetljivošću, osjetljivošću na okolinu i osjetljivošću na odbacivanje temeljenom na izgledu.

Kao što je opisano u dijelu o sudionicima i BDDQ upitniku, u svrhu dobivanja odgovora na postavljene probleme sudionici su kategorizirani u dvije kategorije: osobe sa i bez simptoma tjelesnog dismorfnog poremećaja. Kodirali smo novu varijablu BDD koja je binarna, dakle moguće vrijednosti su ili 1 za sudionike koji imaju simptome tjelesnog dismorfnog poremećaja ili 0 za one koji nemaju. Varijablu smo stvorili na temelju uvjeta za sumnju na postojanje tjelesnog dismorfnog poremećaja (Phillips, 2009) te ćemo u daljnjem tekstu govoriti o sudionicima koji imaju vrijednost 1 i kategorizirani su kao “ima simptome tjelesnog dismorfnog poremećaja”.

Uvjeti koji su zadovoljeni ako je osoba kategorizirana kao “ima simptome tjelesnog dismorfnog poremećaja” su da su odgovorili DA na oba dijela prvog pitanja, odgovor DA na bilo koji dio trećeg pitanja te odgovor b) ili c) na četvrtom pitanju, što znači da su zabrinuti o svom izgledu i htjeli bi o tome manje razmišljati, ta briga ih ometa u nekom aspektu života i provode više od jednog sata dnevno razmišljajući o svom izgledu.

Prije provođenja parametrijskih testova provedena je analiza za provjeru jesu li zadovoljeni uvjeti normalnosti distribucije za ispitivane mjere. Prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu rezultati na upitnicima ASI-3, ARSQ, BDDQ i DASS-21 odstupaju od normalne distribucije te su svi pozitivno asimetrični, što je očekivano s obzirom da to znači da veći broj ljudi ima niske rezultate na tim upitnicima, odnosno manje izražene simptome anksioznosti, depresije, stresa i poremećaja tjelesne

dismorfije. Ostale varijable zadovoljavaju normalitet distribucije. S obzirom na veličinu uzorka i očekivanu asimetričnost distribucija, umjesto transformacija odlučili smo uvažiti Klineov (2005) kriterij koji opravdava korištenje parametrijskih postupaka u slučaju indeksa asimetričnosti manjeg od 3 i indeksa spljoštenosti manjeg od 10, a taj uvjet svi testovi zadovoljavaju. Dobivene vrijednosti prikazane su u Prilogu B.

Odgovor na prvi i drugi istraživački problem

U svrhu dobivanja odgovora na prvi istraživački problem, postoje li razlike u izraženosti anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu, te osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda s obzirom na prisutnost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja, proveden je t-test za nezavisne uzorke. Kako bi odgovorili na drugi istraživački problem, postoje li razlike u izraženosti neugodnih emocionalnih stanja stresa, anksioznosti i depresivnosti, te zadovoljstva životom s obzirom na izraženost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja, također je proveden t-test za nezavisne uzorke.

Homogenost varijanci testirana je Levenovim testom koji se pokazao značajnim za depresivnost, anksioznost, kognitivne brige kod anksiozne osjetljivosti te zadovoljstvo životom što ukazuje na nejednakost varijanci. Za te varijable rezultati t-testa su manje pouzdani, no prema Marshall i Boggis (2016) i dalje ih je prihvatljivo međusobno uspoređivati koristeći stroži kriterij ($p < .01$). Druge varijable zadovoljavaju uvjet jednakosti varijanci. Rezultati su prikazani u Prilogu C.

Provedbom t-testova za nezavisne uzorke utvrđene su statistički značajne razlike u rezultatima postignutima na mjerama anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu, osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda, izraženosti neugodnih emocionalnih stanja stresa, anksioznosti i depresivnosti, te zadovoljstva životom između osoba sa i bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Kao provjeru validnosti kategorizacije provjerili smo razliku između osoba sa i bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja na Upitniku tjelesno dismornog poremećaja i vidimo da je razlika velika i statistički značajna ($t(401) = 21.38; p < .001$).

Kao što je vidljivo iz Priloga C, osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja postižu statistički značajno više rezultate na Ljestvici anksiozne osjetljivosti ($t(134.15) = 8.99; p < .001$) i na Podljestvicama tjelesne brige ($t(920) = 6.64; p < .001$),

kognitivne brige ($t(131.86) = 8.84$ $p < .001$) i socijalne brige ($t(920) = 8.7$; $p < .001$) Ljestvice anksiozne osjetljivosti u odnosu na osobe bez simptoma.

Rezultati na Ljestvici osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda značajno su viši kod osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u odnosu na osobe bez simptoma ($t(141.58) = 12.43$; $p < .001$).

Nadalje, osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja postižu statistički značajno više rezultate na Ljestvici osjetljivosti na okolinu za odrasle ($t(858) = 5.36$; $p < .001$) i njenoj podljestvici Lakoća pobuđivanja ($t(861) = 6.98$; $p < .001$), dok ne postižu statistički značajno više rezultate na podljestvicama Estetska osjetljivost ($t(861) = 1.74$; $p > .001$) i Nizak osjetni prag ($t(860) = 1.47$; $p > .001$).

Rezultati su pokazali da osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja postižu statistički značajno više rezultate na Podljestvicama depresije ($t(114.85) = 8.31$; $p < .001$), anksioznosti ($t(113.9) = 6.83$; $p < .001$) i stresa ($t(571) = 9.76$; $p < .001$) Skale depresije, anksioznosti i stresa od osoba bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Također su rezultati na čestici Zadovoljstvo životom značajno niži kod osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u odnosu na osobe bez simptoma ($t(131.93) = -5.94$; $p < .001$).

Za svaki t-test provijerili smo Cohenov d kako bi saznali veličinu učinka (Prilog C). Za Upitnik tjelesno dismornog poremećaja, Ljestvicu anksiozne osjetljivosti, Podljestvice kognitivne brige i socijalne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti, Ljestvicu osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda te Podljestvice depresije, anksioznosti i stresa Skale depresije, anksioznosti i stresa dobiven je velik učinak, dakle veći od .80. Za Podljestvicu tjelesne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti, Ljestvicu osjetljivosti na okolinu za odrasle i njenu podljestvicu Lakoća pobuđivanja te Zadovoljstvo životom dobivena je srednja veličina učinka, iznad .50. Za podljestvice Estetska osjetljivost i Nizak osjetni prag Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle dobivena je mala veličina učinka, manja od .20.

Odgovor na treći istraživački problem

Naš treći problem bio je ispitati koje varijable imaju najveći doprinos u razlikovanju osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i onih bez simptoma. Kako bi

odgovorili na ovaj problem proveli smo diskriminacijsku analizu. Diskriminacijskom analizom provjerili smo doprinos nezavisnih varijabli na pripadnost sudionika u skupinu sa simptomima tjelesnog dismorfnog poremećaja ili skupinu bez simptoma. Nezavisne varijable su nam bile podljestvice ASI-3, podljestvice HSP-12 i ARSQ. Deskriptivna statistika i rezultati t-testa su već navedeni u Prilogu C, i t-test je pokazao da se sve varijable osim estetske osjetljivosti i niskog osjetnog praga značajno razlikuju među grupama. Zatim smo proveli diskriminacijsku analizu kako bismo izračunali odnos nezavisnih varijabli sa funkcijom razlikovanja grupa i njihov apsolutni doprinos razlikovanju grupa. Rezultati diskriminacijske analize pokazuju da je model, odnosno funkcija razlikovanja, statistički značajna i model uspješno razlikuje grupe. Boxov test je značajan ($p < .05$) što znači da su matrice kovarijanci različite među grupama. Unatoč tome, uz analizu na pretpostavci jednakih veličina grupa i korištenje multivarijantnog testa koji ne pretpostavlja jednake matrice kovarijance - Wilksove lambda, koja je značajna, smatramo da su nam rezultati diskriminacijske analize korisni i informativni u shvaćanju odnosa varijabli i njihovog doprinosa razlikovanju skupina ovisno o prisutnost tjelesnog dismorfnog poremećaja. Wilksova lambda je značajna, $\lambda = .78$, $X^2(2) = 208.58$, $p < .001$, a kanonička korelacija je $r = .47$ i kvadrirana iznosi $r^2 = 22.4\%$ što govori da je 22.4 % varijance rezultata objašnjeno razlikama među grupama. Diskriminacijska funkcija omogućuje 79.2 % točne ponovne klasifikacije (656 od 828; slučajna vjerojatnost je 50 %). Osjetljivost funkcije je 73.7 %, a specifičnost je 80.1 %. Tablica 2 prikazuje standardizirane kanoničke diskriminacijske koeficijente i strukturne koeficijente. Iz dobivenih vrijednosti vidimo da je varijabla *osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda* najviše pridonijela razlikovanju među grupama, a uz nju su najznačajnije varijable *kognitivne brige* i *lakoća pobuđivanja*. *Socijalne brige* i *tjelesne brige* Ljestvice anksiozne osjetljivosti su također doprinijele razlikovanju grupa, ali zbog njihovih niskih standardiziranih kanoničkih diskriminacijskih koeficijenata možemo zaključiti da je njihov samostalni doprinos zanemariv, a razlikovanju pridonose jer visoko koreliraju s tri varijable koje imaju najveći doprinos.

Tablica 2

Prikaz standardiziranih kanoničkih koeficijenata i strukturnih koeficijenata varijabli korištenih u diskriminacijskoj analizi poredanih prema njihovom doprinosu razlikovanju između osoba sa (N = 112) i bez simptoma (N = 810) tjelesnog dismorfnog poremećaja

Nezavisna varijabla	Standardizirani kanonički diskriminacijski koeficijenti	Strukturni koeficijenti
ARSQ	.80	.93
ASI-K	.36	.68
ASI-S	.00	.59
HSP-EAS	.00	.49
ASI-T	-.03	.42
HSP-LST	-.02	.14
HSP-AES	.17	.10

Legenda: ARSQ = Ljestvica osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda; ASI-3-K = Podljestvica kognitivne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ASI-3-S = Podljestvica socijalne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; HSP-EAS = Podljestvica Lakoća pobuđivanja Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle; ASI-3-T = Podljestvica tjelesne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; HSP-LST = Podljestvica Nizak osjetni prag Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle; HSP-AES = Podljestvica Estetska osjetljivost Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle

Rasprava

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda sa simptomima tjelesnog dismorfog poremećaja te istražiti izraženost još nekih odrednica tjelesnog dismorfog poremećaja. Sudionici su bili kategorizirani s obzirom na prisutnost simptoma tjelesnog dismorfog poremećaja na osobe sa i bez simptoma. Podjela je provedena ovisno o zadovoljavanju uvjeta za sumnju na postojanje tjelesnog dismorfog poremećaja (Phillips, 2009). Sudionici koji su kategorizirani kao “nema simptome tjelesnog dismorfog poremećaja” svejedno mogu imati neke od simptoma, ali ne u mjeri koja dovodi do sumnje na

postojanje poremećaja, dok sudionici koji su kategorizirani kao “ima simptome tjelesnog dismornog poremećaja” možda ne bi dobili dijagnozu poremećaj tjelesne dismorfije, već postoji nešto drugo što pridonosi zadovoljavanju ovih uvjeta. Ova kategorizacija činila se opravdanom jer nije provedena psihodijagnostička procjena prema kojoj bi mogli utvrditi imaju li osobe poremećaj ili ne, ali smo svjesni da su simptomi prisutni kod obje skupine u određenoj mjeri.

Rezultati istraživanja pokazuju da je 11.5 % sudionika imalo izražene simptome tjelesnog dismornog poremećaja. U našem uzorku bilo je 12.1 % žena koje su zadovoljile uvjete za postojanje simptoma tjelesnog dismornog poremećaja, a 5.8 % muškaraca. Prema literaturi prisutnost tjelesnog dismornog poremećaja podjednako je zastupljena kod oba spola (McGrath i sur., 2023), stoga naši rezultati nisu u skladu s očekivanjima. Ipak, u obzir moramo uzeti to da je u našem uzorku bilo samo 103 muških sudionika, a 902 ženske sudionice tako da postotak tjelesnog dismornog poremećaja kod muškaraca vjerojatno ne odražava stvarni postotak u populaciji zbog manjeg uzorka. Razlog za ovakvu razliku veličine uzorka ovisno o spolu je vjerojatno zbog toga što su sudionici prikupljeni putem Facebook stranica koje su bile poznate nama (psihologinjama ženskog roda) pa je moguće da je postojala pristranost u uzorku. Također istraživanja pokazuju da žene češće ispunjavaju upitnike (Smith, 2008), moguće zbog više vjerojatnosti za sudjelovanjem u online aktivnostima karakteriziranim komunikacijom i razmjenom informacija, dok muškarci više sudjeluju u potrazi za informacijama (Jackson i sur., 2001). Usprkos pristranosti uzorka, dobiveni postotci su zabrinjavajući jer ukazuju na raširenost psihičkih smetnji koje proizlaze iz preokupiranosti izgledom. Također ukazuju na potencijalni porast njihove prevalencije jer starija istraživanja navode puno niže prevalencije u općoj populaciji, primjerice prema Bjornsson i suradnici (2010) ona se kreće između 0.7 % i 2.4 %, dok McGrath i suradnici (2023) svojom meta-analizom dobivaju prevalenciju od 11.3 % u općoj populaciji.

Prvim istraživačkim problemom postavili smo pitanje postoje li razlike u psihološkim varijablama, odnosno u izraženosti anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na okolinu, te osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda s obzirom na prisutnost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja. Provedbom t-testova za nezavisne uzorke

dobili smo statistički značajne razlike za sve mjerene varijable između skupine sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i skupine bez simptoma.

Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u prosjeku imale su izraženiju anksioznu osjetljivost i doživljavale su više socijalnih, kognitivnih i tjelesnih briga od osoba bez simptoma. Ovi rezultati slažu se s očekivanjima s obzirom da svi anksiozni poremećaji pokazuju visoku zaokupljenost vlastitom anksioznošću i njenim fiziološkim aspektima. Prema Hallas i suradnicima (2012) visoko anksiozno osjetljive osobe precizno procjenjuju interoceptivne znakove koje im tijelo šalje, ali u kognitivnoj obradi tih znakova dolazi do katastrofiziranja njihovih ishoda.

Veale (2004) navodi jedno istraživanje o selektivnoj pažnji u kojem su pacijentima s tjelesnim dismornim poremećajem i kontrolnoj skupini bez poremećaja prikazivane različite slike s povremenim slikama same osobe, uz jednaku učestalost prikazivanja kod obje skupine. Međutim, pacijenti s tjelesnim dismornim poremećajem imali su veću vjerojatnost da će ocijeniti slike samih sebe kao znatno negativnije i živopisnije od osoba bez poremećaja. Pacijenti s tjelesnim dismornim poremećajem su slike opisivali kao više iskrivljene, a "neispravne" značajke su zauzimale veći udio cijele slike. Od posebnog je značaja to što su slike vjerojatnije bile opisivane iz perspektive promatrača (pojedinaac sebe gleda iz perspektive druge osobe) nego iz perspektive subjekta (pojedinaac sebe gleda iz vlastitog tijela), slično nalazu kod socijalne fobije. To ukazuje na sličnost socijalne fobije i tjelesnog dismornog poremećaja u tome što se socijalne situacije ocjenjuju kao potencijalno opasne zbog osude i odbacivanja koje osoba može doživjeti, a zbog visoke razine anksioznosti u oba poremećaja, socijalne brige unutar anksiozne osjetljivosti će biti očekivano visoke (Gunstad i Phillips, 2003). Također, prema kriterijima DSM-5 tjelesni dismorni poremećaj svrstava se u opsesivno kompulzivne poremećaje, za koje su karakteristične kognitivne brige (Gunstad i Phillips, 2003).

Nadalje, osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u prosjeku su imale izraženiju osjetljivost na okolinu od osoba bez simptoma, ali značajno višu samo lakoću pobuđivanja, dok nizak osjetni prag i estetska osjetljivost nisu statistički značajno povišeni. Neke od karakteristika koje odlikuju lakoću pobuđivanja su nelagoda zbog bivanja promatranim, potreba za izoliranjem, nervoza kada se mora obaviti više zadataka u kratkom vremenu i uznemirenost zbog previše promjena. Kako se u više

čestica navodi nelagoda zbog tuđih nadgledanja, nametanja obaveza ili pritiska, jasno je da je lakoća pobuđivanja značajno pod utjecajem drugih ljudi i okoline, a kod osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja izražena je nelagoda zbog očekivanog osuđivanja od drugih ljudi. Moguće je da su te dvije stvari povezane preko toga što osobe sa tjelesnim dismornim poremećajem svoj izgled (koji procjenjuju negativno) povezuju sa svojom cjelokupnom vrijednošću kao osobom (te ju stoga također procjenjuju negativno), a pritisci i očekivanja drugih ljudi koje bi mogli razočarati im se povezuju s vlastitom slikom svoje bezvrijednosti. Veale (2004) opisuje kako kod tjelesnog dismornog poremećaja sam izgled postaje pretjerano poistovjećen sa cijelom slikom o sebi, pa dovodi do zaključaka kao što su „ako sam neprivlačan, onda život nije vrijedan življenja” ili „ako sam defektan, onda ću biti sam cijeli život”, što nadalje dovodi do korištenja različitih sigurnosnih ponašanja (izolacija, prekidanje kontakta zbog straha od odbacivanja, skrivanja svojih nedostataka) koji zapravo samo perpetuiraju osjećaj da su neugledni i da ne mogu biti prihvaćeni i tako dalje u začaranom krugu.

Booth i suradnici (2015) navode kako je povišena osjetljivost na okolinu povezana s tradicionalno smatrano negativnim psihološkim ishodima, među ostalima visokom razinom stresa, lakoćom preopterećenosti i povećanom stopom depresije i anksioznosti, što je u skladu s našim rezultatima prema kojima osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imaju izraženiju osjetljivost na okolinu te također povišene razine osjećaja depresivnosti, anksioznosti i stresa. Prema teoriji dijateza-stres modela visoka osjetljivost na okolinu dovodi do povećane ranjivosti na negativne utjecaje (Belsky i Pluess, 2009), zbog čega je moguće pretpostaviti da je kod osoba s povišenom lakoćom pobuđivanja zbog kontinuiranih doživljavanja određenih društvenih pritisaka, primjerice okruženost određenim standardima ljepote i nametnute slike idealnog izgleda, i nekih neugodnih iskustava, na primjer negativnih komentara na izgled od bliskih osoba ili zadirkivanja od okoline, postojala veća vjerojatnost za razvoj simptoma poremećaja tjelesne dismorfije. Naravno, nemamo mogućnost određivanja kauzalnosti ove dvije osobine kod sudionika u našem istraživanju, no smatramo da je to zanimljiva i važna hipoteza za daljnja istraživanja.

Smolewska i suradnici (2006) navode da pojedinci s visokom estetskom osjetljivošću pokazuju više pozitivnih ishoda jer doživljavaju više pozitivnih emocija i

također pokazuju izraženiju osobinu otvorenosti, što nije očekivano kod osoba sa simptomima poremećaja tjelesne dismorfije te je očekivano da neće imati značajno više ovu karakteristiku. Niski osjetilni prag povezan je s neugodom zbog glasnih zvukova, jakih svjetla, neugodnih mirisa i tuđih emocija, i u skladu s literaturom (Kaplan i sur., 2014) nije pronađena značajna razlika osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i osoba bez simptoma.

Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u prosjeku su imale izraženiju osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda od osoba bez simptoma. Dobiveni rezultati su očekivani s obzirom da su prijašnja istraživanja pokazala osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda kao značajan prediktor simptoma tjelesne dismorfije (Park i sur., 2009). Što su sudionici bili osjetljiviji na odbijanje na temelju svog izgleda, to je bilo vjerojatnije da će prijaviti misli i ponašanja koja karakteriziraju simptome tjelesnog dismornog poremećaja. Važno je da su se ti rezultati pojavili čak i nakon kontrole drugih varijabli koje su teoretski ili empirijski povezane sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja (Calogero i sur., 2010, Park i sur., 2009). Osjetljivost na odbacivanje na temelju izgleda definirana je kao očekivanje društvenog odbijanja na temelju fizičkog izgleda koja izazivaju izrazitu tjeskobu (Park, 2007). Iako su ljudi društvena bića, pokušaj uspostavljanja odnosa dolazi s rizikom odbijanja, a osobe s visokom osjetljivošću na odbijanje na to reagiraju željom za izbjegavanjem društvenih interakcija i preventivnim povlačenjem iz situacija koje ih mogu učiniti ranjivima na odbijanje. Zbog straha od negativne procjene, radije izbjegavaju interakciju kako bi izbjegli nelagodu i emocionalni stres, te neprijeteće ili nejasne osobe percipiraju kao prijeteće (Kelly i sur., 2010). Zbog usmjerenosti na sitne i vjerojatno beznačajne znakove u tuđem ponašanju iz kojih zaključuju da su odbijene zbog izgleda, osobe s visokom osjetljivošću na odbijanje na temelju izgleda bit će značajno više pogođene i u slučaju percipiranog i stvarnog odbijanja i ona će im potvrditi njihovo očekivanje te opravdati potrebu za izbjegavanjem situacijama u kojima opet mogu biti odbijene. Naravno visoka osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda ne nastaje niotkuda, već je povezana s doživljavanjem značajnih iskustava odbijanja tijekom života te iskustvima zadirkivanja povezanih s izgledom (Calogero i sur., 2010).

U vidu drugog istraživačkog problema postavili smo pitanje postoje li razlike neugodnih emocionalnih stanja depresivnosti, anksioznosti i stresa te zadovoljstva životom s obzirom na izraženost simptoma tjelesnog dismornog poremećaja.

Dobiveni rezultati pokazuju da su osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja u prosjeku doživljavale više razine neugodnih emocionalnih stanja depresivnosti, anksioznosti i stresa u odnosu na osobe bez simptoma. To je očekivano s obzirom na prijašnja istraživanja, primjerice Eskander i suradnici (2020) i Gunstad i Phillips (2003), koja navode da se poremećaj često pojavljuje u komorbiditetu s anksioznim poremećajima, velikim depresivnim poremećajem i poremećajima raspoloženja. Zbog toga što je tjelesni dismorni poremećaj najčešće u komorbiditetu s velikim depresivnim poremećajem (životna prevalencija 75-82 %), depresivni simptomi (npr. anhedonija, niska energija, poteškoće s koncentracijom, beznade) mogu utjecati na smanjenu motivaciju i angažman u terapijskim intervencijama, što predstavlja značajan problem u liječenju ovog poremećaja (Gunstad i Phillips, 2003). Druga istraživanja također pokazuju povišene razine percipiranog stresa kod osoba s tjelesnim dismornim poremećajem (Gajić i Gajić, 2022).

Nadalje, dobiveni rezultati pokazuju da osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imaju sniženo zadovoljstvo životom u usporedbi sa skupinom bez simptoma što je u skladu s literaturom - Phillips (2000) navodi da pacijenti s tjelesnim dismornim poremećajem imaju manje zadovoljstvo životom od pacijenata s depresijom, dijabetesom i bipolarnim poremećajem. Ovi rezultati su očekivani jer poremećaj tjelesne dismorfije ima utjecaj na različite sfere života i uzrokuje teškoće u radu i obrazovanju, socijalizaciji, romantičnim odnosima i drugim područjima. Phillips (2000) navodi da pacijenti s tjelesnim dismornim poremećajem imaju najveću razinu uznemirenosti i socijalnih smetnji zbog svog poremećaja i postižu izrazito loše rezultate u svim domenama funkcioniranja i mentalnog zdravlja, s povišenim stresom, smanjenim funkcioniranjem u socijalnim, radnim i obiteljskim okruženjima te smanjenim zadovoljstvom života. Mnogi pacijenti izbjegavaju aktivnosti, prestaju raditi, napuštaju školu, pa čak i ostaju potpuno socijalno izolirani, što predstavlja značajno psihosocijalno oštećenje (Phillips, 2000).

Unatoč velikom utjecaju ovog poremećaja na smanjenu kvalitetu života, tjelesni dismorni poremećaj i dalje ostaje nedovoljno dijagnosticiran te su i u psihijatrijskim

ustanovama kod pacijenta neprepoznati simptomi tjelesne dismorfije (Singh i Veale, 2019). Velik broj pacijenata neće imati dijagnozu tjelesnog dismornog poremećaja u svojoj medicinskoj dokumentaciji unatoč tome da mnogi navode upravo taj poremećaj kao glavni razlog svoje hospitalizacije. Neki od razloga neotkrivanja poremećaja su osjećaj prevelike posramljenosti, strah od osude, osjećaj da psihijatar ne bi razumio njihove brige, neznanje da postoji liječenje za poremećaj, nitko ih ne pita o tome, osjećaj da ti simptomi ne predstavljaju veliki problem, ne žele otkriti da je njihov izgled tijela problem i mišljenje da ne postoje drugi ljudi s tim problemom (Singh i Veale, 2019). Još jedan potencijalni problem je manjak uvida u svoj poremećaj, odnosno neprepoznavanje da je problem u njihovim uvjerenjima o svom izgledu, već potpuno uvjerenje da imaju tu percipiranu manu i npr. “izgledaju kao čudovište” (Phillips, 2004). Zbog toga često pacijenti ne prihvaćaju psihološki tretman kojem je fokus promjena njihove percepcije, a ne samog izgleda. Zbog toga su i toliko skloniji tražiti rješenje u estetskim operacijama – čak 15 % pacijenata koji traže operacije su pacijenti s tjelesnim dismornim poremećajem (Calogero i sur., 2010). Ipak, rijetko dožive poboljšanje simptoma i u nekim slučajevima mogu postati depresivne nakon kozmetičkih tretmana jer su uzrujane zbog izostanka poboljšanja svojih simptoma ili smatraju da im je zahvat pogoršao izgled (Crerand i sur., 2004).

Trećim istraživačkim problemom željeli smo ispitati doprinos anksiozne osjetljivosti, osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda te osjetljivosti na okolinu na razlikovanje između grupa sa i bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja. Provedbom diskriminacijske analize dobili smo rezultate koji pokazuju da je osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda najvažnija varijabla za razlikovanje grupa ovisno o prisutnosti tjelesnog dismornog poremećaja, a po važnosti ju slijede kognitivne brige, lakoća pobuđivanja, socijalne brige i tjelesne brige. Osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda je očekivano važna jer uključuje karakteristike vrlo slične nekim simptomima tjelesnog dismornog poremećaja, primarno preokupaciju izgledom, izobličenu sliku sebe, preuveličavanje percipiranih mana, strah od osude i izrugivanja, izbjegavanje situacija koje mogu dovesti do prosuđivanja izgleda i odbacivanja, te narušeno društveno i profesionalno funkcioniranje. Osobe koje imaju tjelesni dismorni poremećaj će zbog fokusiranja na svoje percipirane mane vjerovati da su “ružni”, “odbojni” i “odvratni” (Wilhelm i sur., 2012) i biti uvjereni da će zbog toga biti odbijeni

i nevoljeni jer izgledu pridaju veliki značaj, često veći nego svojim drugim osobinama. To dovodi do pretjerane osjetljivosti na najmanje znakove drugih osoba koje oni tumače kao odbijanje, jer ga već anksiozno očekuju i imaju uvjerenje da će biti odbijeni (Park i Pinkus, 2009). Kada uz to uključimo lakoću pobuđivanja moguće je zamisliti kako bi takvu osobu lako uznemirile male promjene u tuđem ponašanju i onda zbog brige o odbijanju dođe do zaključka da se drugoj osobi nije svidjela te pripíše to izgledu zbog uvjerenja o svojoj ružnoći i deformiranosti. Lakoća pobuđivanja znači da kod osobe postoji veća osjetljivost na različite podražaje u okolini, i uključuje preopterećenost u pretjerano stimulirajućim okruženjima te osjetljivost na stres. Osobe s tjelesnim dismornim poremećajem često lako povrijedi kritika i javlja im se osjećaj neugode i srama zbog stvarne i percipirane kritike (Phillips i McElroy, 2000), a lakoća pobuđivanja javlja se u situacijama koje uključuju evaluaciju, nadgledanje i pritisak drugih osoba tijekom izvršavanja zadataka. To dijelom objašnjava i zašto im je stres značajno povišen u usporedbi s osobama bez simptoma poremećaja jer su osjetljiviji na stresore u okolini i izazovne situacije ili percipirane prijetnje, a uz to velik broj situacija mogu percipirati kao prijeteće zbog straha od odbijanja. Također zbog briga vezanih uz kognitivni aspekt anksioznosti kod osoba s tjelesnim dismornim poremećajem dolazi do straha da će “poludjeti” i doživjeti opasne posljedice anksioznosti, a zbog visokih razina stresa često može doći do manjka koncentracije i teškoća u pamćenju koje potom izazivaju strah od gubljenja kontrole nad svojim mislima i emocijama (Buhlmann i sur., 2015). Također, ovisno o uvidu u stvarnost, koji se razlikuje među osobama s tjelesnim dismornim poremećajem, osobe mogu biti svjesne da su njihove opsivne misli o izgledu pretjerane i osjećati strah da su “ludi”. Često ih je stoga sram priznati drugima da imaju problem i zatražiti pomoć. Zaključno, osobe s tjelesnim dismornim poremećajem doživljavaju veću osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda i lakše ih uznemire okolinski podražaji koje percipiraju kao odbijanje. Strah od nerazumijevanja i stigmatizacije otežava prepoznavanje ovog poremećaja. Zbog narušene psihološke dobrobiti osoba s tjelesnim dismornim poremećajem važno im je pružiti adekvatnu pomoć, stoga bi bilo poželjno raditi na destigmatizaciji ovog poremećaja.

Metodološka ograničenja istraživanja

U provedenom istraživanju postoje neka metodološka ograničenja koja bi trebala biti razmotrena u budućim istraživanjima na sličnu temu. Prvi metodološki nedostatak je vezan uz karakteristike uzorka koji se sastojao od 90 % ženskih sudionica i stoga nije bio ujednačen po spolu. Mogući razlog za ovaj nesrazmjer su potencijalno pristrane stranice na Facebooku na kojima su objavljene poveznice za istraživanje. Postoji mogućnost da je velik broj sudionica pristupio istraživanju preko stranica koje se tiču tjelesnog izgleda (savjeti za uljepšavanje, fitness stranice, savjeti za zdravlje, stranice sa recenzijama kozmetike), čime je veća vjerojatnost da pridaju važnost izgledu i interesira ih ova tema. Generalizacija je stoga smanjena jer je uzorak prigodan i nereprezentativan za cijelu populaciju. U budućim istraživanjima bilo bi poželjno imati podjednak uzorak muškaraca i žena kako bi se mogla bolje procijeniti prevalencija tjelesnog dismorfog poremećaja na hrvatskoj populaciji.

Nadalje, veličina uzorka u skupini sudionika sa simptomima tjelesnog dismorfog poremećaja je značajno manja u odnosu na skupinu bez simptoma. To je naravno očekivano zbog podjednake prevalencije poremećaja u populaciji, no to dovodi do manjka točnosti klasifikacije u diskriminacijskoj funkciji. U budućim istraživanjima bi bila poželjno imati veći uzorak koji bi omogućio robusnije rezultate diskriminacijske analize ili korištenje alternativnih metoda, kao što su Kvadratna diskriminacijska analiza, Pillai test multivarijantnosti ili Hotellingov T^2 .

Sljedeći nedostatak odnosi se na osjetljivost teme ovog istraživanja i moguću sklonost davanju socijalno poželjnih odgovora. Čak i uz anonimnost upitnika, postoji tendencija da sudionici ne odgovaraju potpuno iskreno na osjetljiva pitanja te da ne pristupaju istraživanjima koja se bave osjetljivim temama ili u kojima bi otkrili potencijalno neugodne informacije o sebi (Tourangeau i Yan, 2007). To nam govori da postoji mogućnost da neke osobe čak nisu ni pristupile istraživanju zbog teme, a to bi posebice mogli biti muškarci jer postoji manjak osviještenosti i razgovora o problemima sa slikom tijela među muškarcima (Frederick i sur., 2022).

Također treba napomenuti da je Upitnik tjelesno dismorfog poremećaja namijenjen za probir, a ne dijagnozu tjelesnog dismorfog poremećaja te bi se za dijagnozu trebala provesti klinička psihodijagnostička procjena. Dakle postoje sudionici u istraživanju smatrani da imaju simptome koji ne bi dobili dijagnozu ovog poremećaja, dok bi neki

sudionici smatrani bez simptoma dobili dijagnozu poremećaja. Provođenje kliničke procjene omogućilo bi veću sigurnost u to imaju li sudionici razvijen poremećaj i time veću valjanost zaključaka o povezanosti poremećaja s mjerenim varijablama. Ipak, upitnik je u prijašnjim istraživanjima pokazao visoku korelaciju s kliničkim dijagnozama stoga smo ga smatrali adekvatnim.

Smjernice za buduća istraživanja

Smatramo da su rezultati ovog istraživanja vrijedan doprinos proučavanju tjelesnog dismornog poremećaja na hrvatskoj populaciji jer je još slabo istražen na našem području. Daljnja istraživanja bi se mogla usmjeriti na razumijevanje uloge ovih osjetljivosti na razvoj tjelesnog dismornog poremećaja. Osjetljivost na okolinu znači veću osjetljivost na neugodna i traumatična iskustva (Lionetti i sur., 2018), a istraživanje Booth i suradnika (2015) je pokazalo osjetljivost na okolinu kao moderacijski faktor između iskustava iz djetinjstva i zadovoljstva životom u odrasloj dobi. Stoga je potencijalno istraživačko pitanje postoji li utjecaj lakoće pobuđivanja na veću osjetljivost za razvijanje ovog poremećaja uz prisutnost specifičnih iskustava i okolinskih pritisaka, te koja su to iskustva. Veale (2004) navodi da nema puno istraživanja koja razlikuju rizične faktore specifične za tjelesni dismorni poremećaj od onih za druge poremećaje, na primjer zadirivanje u djetinjstvu je rizični faktor i za depresiju, anoreksiju nervozu, socijalnu anksioznost i druge poremećaje, pa je važno ispitati što dovodi baš do razvoja tjelesnog dismornog poremećaja. Također bi bilo zanimljivo vidjeti kakav je odnos prisutnosti tjelesnog dismornog poremećaja i osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda, recimo u kontekstu longitudinalnog istraživanja ili retrospektivnog istraživanja, no to su nažalost zahtjevni nacrti, pa je moguće istražiti razlike osoba s visokom osjetljivošću na odbijanje na temelju izgleda koje imaju i koje nemaju poremećaj tjelesne dismorfije. Nadalje, bilo bi poželjno usmjeriti se na razvijanje i validiranje intervencija usmjerenih na osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda s obzirom da je to značajan element poremećaja tjelesne dismorfije koji dovodi do izbjegavajućih ponašanja sličnih socijalnoj fobiji te značajne probleme u školovanju, radu i drugim aktivnostima (Calogero i sur., 2010).

Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi odnos tjelesnog dismornog poremećaja s anksioznom osjetljivošću, osjetljivošću na okolinu i osjetljivošću na odbacivanje temeljenom na izgledu. Osobe sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja imaju značajno izraženiju prisutnost brige oko tjelesnih, kognitivnih i socijalnih aspekata anksioznosti, izraženiju osjetljivost na odbijanje na temelju izgleda te izraženiju lakoću pobuđivanja od osoba bez simptoma tjelesnog dismornog poremećaja. Također imaju značajno izraženija neugodna emocionalna stanja depresije, anksioznosti i stresa te sniženo zadovoljstvo životom u odnosu na osobe bez simptoma. Razlikovanju osoba sa simptomima tjelesnog dismornog poremećaja i osoba bez simptoma najviše pridonosi izraženost osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda, brige kognitivnim aspektima anksioznosti i lakoća pobuđivanja.

Literatura

- Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M. D., Collins, N. i Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behavior*, 4(4), 580–594. <https://doi.10.1002/brb3.242>
- Acevedo, B. P. (2020). *Why Are You So Sensitive? Understand How Sensory Processing Sensitivity Affects the ADHD Brain*. ADDitude. <https://www.additudemag.com/webinar/hsp-and-adhd-podcast-333/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.).
- Aron, E. (1997). *The Highly Sensitive Person: How to Thrive When the World Overwhelms You*. Broadway Books.
- Belsky, J. i Pluess, M. (2009). Beyond Diathesis Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885–908. <https://doi.10.1037/a0017376>.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R. i Phillips, K. S131–S135A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 221–32. <https://doi.10.31887/DCNS.2010.12.2/abjornsson>.
- Booth, C., Standage, H. i Fox, E. (2015). Sensory-processing sensitivity moderates the association between childhood experiences and adult life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 87, 24–29. <https://doi.10.1016/j.paid.2015.07.020>.
- Buhlmann, U., Wacker, R. i Dziobek, I. (2015). Inferring other people's states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive–compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.06.003>.
- Calogero, R. M., Park, L. E., Rahemtulla, Z. K. i Williams, K. C. (2010). Predicting excessive body image concerns among British university students: the unique role of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Body Image*, 7(1), 78–81. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.005>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol is too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Crerand, C. E., Sarwer, D. B., Magee, L., Gibbons, L. M., Lowe, M. R., Bartlett, S. P. i Whitaker, L. A. (2004). Rate of body dysmorphic disorder among patients seeking facial cosmetic procedures. *Psychiatric Annals*, 34, 958–965. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20041201-19>

- Dadić, M. (2022). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog dismorfnog poremećaja* (Diplomski rad). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet. Preuzeto s <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:697011>
- DeWolfe, C. E. J., Galbraith, M. K., Smith, M. M., Watt, M. C., Olthuis, J. V., Sherry, S. B. i Stewart, S. H. (2023). Anxiety sensitivity and physical activity are inversely related: A meta-analytic review. *Mental Health and Physical Activity*, 25(7), 100548. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2023.100548>.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. i Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Downey, G. i Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327–1343. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>
- Eskander, N., Limbana, T. i Khan, F. (2020). Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. *Cureus* 12(8). <https://doi.10.7759/cureus.9805>
- Fenske, J. N. i Pettersen, K. (2015). Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *American Family Physician*, 92, 896-903.
- Fitzgerald, H. E., Hoyt, D. L., Kredlow, M. A., Smits, J. A. J., Schmidt, N. B., Edmondson, D. i Otto, M. W. (2021). Anxiety Sensitivity as a Malleable Mechanistic Target for Prevention Interventions: A Meta-Analysis of the Efficacy of Brief Treatment Interventions in Clinical Psychology. *Clinical Psychology (New York)*, 28(4), 323-337. <https://doi.10.1037/cps0000038>.
- Frederick, D. A., Crerand, C. E., Brown, T. A., Perez, M., Best, C. R., Cook-Cottone, C. P., Compton, E. J., Conventino, L., Gordon, A. R., Malcarne, V. L., Nagata, J. M., Parent, M. C., Pennesi, J. L., Pila, E., Rodgers, R. F., Schaefer, L. M., Thompson, J. K., Tylka, T. L. i Murray, S. B. (2022). Demographic predictors of body image satisfaction: The U.S. Body Project I. *Body Image*, 41, 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.01.011>
- Gajić, L. D. i Gajić, M. (2022). The Relationship between Depression, Anxiety, Stress, and Symptoms of Body Dysmorphic Disorder and Mediating Role of Self-esteem in Cosmetic Surgery. *Hrvatski časopis zdravstvenih znanosti*, 2(1), 39-46. <https://doi.org/10.48188/hczz.2.1.7>
- Gunstad, J. i Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 44(4), 270-276. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00088-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00088-9)

- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (1993). Upitnik dispozicijskog i situacijskog suočavanja sa stresom i njegove psihometrijske značajke. *Godišnjak Zavoda za Psihologiju*, 2, 43-63.
- Ivezić, E., Jakšić, N., Jokić-Begić, N. i Surányi, Z. (2012). Validation of the Croatian adaptation of the Depression, Anxiety, Stress Scales–21 (DASS-21) in a clinical sample. In Conference paper presented at 18th Psychology Days in Zadar. Zadar.
- Jackson, L. A., Ervin, K. S., Gardner, P. D. i Schmitt, N. (2001). Gender and the Internet: Women Communicating and Men Searching. *Sex Roles*, 44(5), 363.
- Kaplan, R. A., Enticott, P. G., Hohwy, J., Castle, D. J. i Rossell, S. L. (2014). Is body dysmorphic disorder associated with abnormal bodily self-awareness? A study using the rubber hand illusion. *PLoS ONE* 9(6): e99981. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099981>
- Karataş, Z., Uzun, K. i Tagay, Ö. (2021). Relationships Between the Life Satisfaction, Meaning in Life, Hope and COVID-19 Fear for Turkish Adults During the COVID-19 Outbreak. *Frontiers in psychology*, 12, 633384. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633384>
- Kawamoto, T., Ura, M. i Hiraki, K. (2017). Curious people are less affected by social rejection. *Personality and Individual Differences*, 105, 264-267, ISSN 0191-8869, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.006>
- Kelly, M. M., Walters, C. i Phillips, K. A. (2010). Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 41(2), 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.005>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Lauri Korajlija, A., Mihaljević, I. i Jokić-Begić, N. (2019). Mjerenje zadovoljstva životom jednom česticom. *Socijalna Psihijatrija*, 47(4), 449-469. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.449>
- Lionetti, F., Aron, A., Aron, E. N., Burns, G. L., Jagiellowicz, J. i Pluess, M. (2018). Dandelions, tulips and orchids: evidence for the existence of low-sensitive, medium-sensitive and high-sensitive individuals. *Translational Psychiatry*, 8(1), 24. <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0090-6>
- Lovibond, P. F. i 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. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Mantar, A., Yemez, B. i Alkin, T. (2011). Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. *Turkish Journal of Psychiatry* 22(3), 187-93.

- Marshall, E. i Boggis, E. (2016). The statistics tutor's quick guide to commonly used statistical tests. *Statstutor Community Project*, 49(10), 1229–1232.
- McGrath, L. R., Oey, L., McDonald, S., Berle, D. i Wootton, B. M. (2023). Prevalence of body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 46, 202-211. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.06.008>
- Park, L. E. (2007). Appearance-based rejection sensitivity: implications for mental and physical health, affect, and motivation. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 33(4), 490–504. <https://doi.org/10.1177/0146167206296301>
- Park, L. E. i Pinkus, R. (2009). Interpersonal effects of Appearance-based Rejection Sensitivity. *Journal of Research in Personality*, 43, 602-612. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.02.003>.
- Park, L. E., Calogero, R. M., Harwin, M. J. i DiRaddo, A. M. (2009). Predicting interest in cosmetic surgery: Interactive effects of appearance-based rejection sensitivity and negative appearance comments, *Body Image*, 6(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.02.003>
- Phillips, K. A. (1996). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 170–5. <https://doi.org/10.1097/00005053-200003000-00007>
- Phillips, K. A. i McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 229–236. <https://doi.org/10.1053/comp.2000.7429>
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. Oxford University Press.
- Pluess, M., Lionetti, F., Aron, E. i Aron, A. (2023). People Differ in their Sensitivity to the Environment: An Integrated Theory and Empirical Evidence. *Journal of Research in Personality*, 104, 104377.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. i McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 24(1), 1–8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Rodgers, R. F., Laveway, K., Campos, P. i de Carvalho, P. H. B. (2023). Body image as a global mental health concern. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10(9). <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.2>

- Rogowska, A.M., Kuśnierz, C. i Bokszczanin, A. (2020). Examining Anxiety, Life Satisfaction, General Health, Stress and Coping Styles During COVID-19 Pandemic in Polish Sample of University Students. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 797-811, <https://doi.org/10.2147/PRBM.S266511>
- Schneider, S. C., Turner, C. M., Storch, E. A. i Hudson, J. L. (2019). Body dysmorphic disorder symptoms and quality of life: the role of clinical and demographic variables. *The Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.11.002>
- Singh, A. R. i Veale, D. (2019). Understanding and treating body dysmorphic disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(1), S131–S135. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_528_18
- Smith, W. G. (2008). Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. *ERIC Document Reproduction Service No. ED 501717*.
- Smolewska, K. A., McCabe, S. B. i Woody, E. Z. (2006). A psychometric evaluation of the Highly Sensitive Person Scale: The components of sensory-processing sensitivity and their relation to the BIS/BAS and “Big Five”. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1269-1279. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.09.022>.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M. i Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176–188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Taylor, S. (2019). Treating Anxiety Sensitivity In Adults With Anxiety And Related Disorders. *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* 1(4), 55-75. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813495-5.00004-8>
- Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80(940), 67–71. <https://doi.org/10.1136/pmj.2003.015289>
- Veenhoven, R. (1996). The study of life satisfaction. In W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, & B. Bunting (Eds.), *A comparative study of satisfaction with life in Europe*, 11-48. Budapest: EOTvOs University Press.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A. i Steketee, G. (2012). *Cognitive-Behavioral Therapy For Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000174>

Prilozi

Prilog A

Sva pitanja Upitnika tjelesno dismornog poremećaja (BDDQ) i uvjeti za sumnju na prisutnost tjelesnog dismornog upitnika

1. Jeste li zabrinuti oko svojeg izgleda? DA NE

Razmišljate li o tim brigama učestalo i želite li manje o njima razmišljati? DA NE

Ako DA: Molimo navedite dijelove tijela koji vam se ne sviđaju.

2. Je li vaša glavna briga vezana za izgled to da niste dovoljno mršavi ili da biste se mogli pretjerano udebljati? DA NE

3. Kako Vaš problem s izgledom utječe na Vaš život?

Osjećate li često pretjeranu uznemirenost zbog toga? DA NE

Ometa li vas često u odnosima s prijateljima, ljubavnim vezama, generalno u odnosima s ljudima, ili u vašim društvenim aktivnostima? DA NE

Ako DA: Opišite kako.

Uzrokuje li probleme u školovanju, radu ili drugim aktivnostima? DA NE

Ako DA: Kakve probleme?

Izbjegavate li određene stvari/aktivnosti zbog svojeg izgleda? DA NE

Ako DA: Koje su to stvari/aktivnosti?

4. Koliko u jednom prosječnom danu provedete vremena razmišljajući o svom izgledu? (Zbrojite sve vrijeme koje provedete razmišljajući o tome pa zaokružite jedan od ponuđenih odgovora.)

(a) manje od 1 sat na dan

(b) od 1 do 3 sata na dan

(c) više od 3 sata na dan

Postoji mogućnost da imate tjelesni dismorni poremećaj ako ste dali sljedeće odgovore:

pitanje 1: DA na oba dijela pitanja

pitanje 3: DA na bilo koji dio pitanja

pitanje 4: odgovori (b) ili (c)

Prilog B

Pokazatelji normaliteta distribucije za Ljestvicu anksiozne osjetljivosti, Ljestvicu osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda, Upitnik tjelesno dismorfnog poremećaja i Skalu depresije anksioznosti i stresa

Mjera	KS	AS	SP
ASI-3 ukupno	.09**	.81	.29
ASI-3-T	.13**	.94	.49
ASI-3-K	.14**	1.11	.81
ASI-3-S	.10**	.51	-.56
ARSQ	.14**	1.03	.18
BDDQ	.18**	.44	-.89
DASS21-D	.19**	1.40	1.29
DASS21-A	.20**	1.64	2.92
DASS21-S	.12**	.79	.12

Legenda: ASI-3-T = Podljestvica tjelesne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ASI-3-K = Podljestvica kognitivne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ASI-3-S = Podljestvica socijalne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ARSQ = Ljestvica osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda; BDDQ = Upitnik tjelesno dismorfnog poremećaja; DASS21-D = Podljestvica depresije Skale depresije, anksioznosti i stresa; DASS21-A = Podljestvica anksioznosti Skale depresije, anksioznosti i stresa; DASS21-S = Podljestvica stresa Skale depresije, anksioznosti i stresa ; KS = Kolmogorov-Smirnovljeva z-vrijednost; AS = indeks asimetričnosti; SP = indeks spljoštenosti; ** = $p < .01$

Prilog C

Rezultati t-testa za utvrđivanje razlika u rezultatima na upitniku simptoma tjelesnog dismorfnog poremećaja, upitnika anksiozne osjetljivosti, upitnika osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda, upitnika osjetljivosti na okolinu, skale depresije, anksioznosti i stresa te zadovoljstva životom između osoba sa ($N = 112$) i bez simptoma ($N = 810$) tjelesnog dismorfnog poremećaja

Ispitivana mjera	BDD	N	M	SD	t	df	p	d																																																																																																																																																																				
BDDQ	Da	118	7.81	1.38	43.25	204	<.001*	3.46																																																																																																																																																																				
	Ne	907	1.47	2.19					ASI-3	Da	112	49	14.34	8.99	134.15	<.001*	2.69	Ne	810	36.23	12.19	ASI-3-T	Da	112	15.18	5.95	6.64	920	<.001*	0.63	Ne	810	11.72	5.04	ASI-3-K	Da	112	15.81	5.64	8.84	131.86	<.001*	0.96	Ne	810	10.89	4.57	ASI-3-S	Da	112	18.01	5.37	8.7	920	<.001*	0.85	Ne	810	13.61	4.96	ARSQ	Da	112	20.79	9.08	12.43	141.58	<.001*	1.34	Ne	637	9.45	7.84	HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55	Ne	748	54.52	10.49	HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*
ASI-3	Da	112	49	14.34	8.99	134.15	<.001*	2.69																																																																																																																																																																				
	Ne	810	36.23	12.19					ASI-3-T	Da	112	15.18	5.95	6.64	920	<.001*	0.63	Ne	810	11.72	5.04	ASI-3-K	Da	112	15.81	5.64	8.84	131.86	<.001*	0.96	Ne	810	10.89	4.57	ASI-3-S	Da	112	18.01	5.37	8.7	920	<.001*	0.85	Ne	810	13.61	4.96	ARSQ	Da	112	20.79	9.08	12.43	141.58	<.001*	1.34	Ne	637	9.45	7.84	HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55	Ne	748	54.52	10.49	HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88								
ASI-3-T	Da	112	15.18	5.95	6.64	920	<.001*	0.63																																																																																																																																																																				
	Ne	810	11.72	5.04					ASI-3-K	Da	112	15.81	5.64	8.84	131.86	<.001*	0.96	Ne	810	10.89	4.57	ASI-3-S	Da	112	18.01	5.37	8.7	920	<.001*	0.85	Ne	810	13.61	4.96	ARSQ	Da	112	20.79	9.08	12.43	141.58	<.001*	1.34	Ne	637	9.45	7.84	HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55	Ne	748	54.52	10.49	HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																					
ASI-3-K	Da	112	15.81	5.64	8.84	131.86	<.001*	0.96																																																																																																																																																																				
	Ne	810	10.89	4.57					ASI-3-S	Da	112	18.01	5.37	8.7	920	<.001*	0.85	Ne	810	13.61	4.96	ARSQ	Da	112	20.79	9.08	12.43	141.58	<.001*	1.34	Ne	637	9.45	7.84	HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55	Ne	748	54.52	10.49	HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																		
ASI-3-S	Da	112	18.01	5.37	8.7	920	<.001*	0.85																																																																																																																																																																				
	Ne	810	13.61	4.96					ARSQ	Da	112	20.79	9.08	12.43	141.58	<.001*	1.34	Ne	637	9.45	7.84	HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55	Ne	748	54.52	10.49	HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																															
ARSQ	Da	112	20.79	9.08	12.43	141.58	<.001*	1.34																																																																																																																																																																				
	Ne	637	9.45	7.84					HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55	Ne	748	54.52	10.49	HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																												
HSP	Da	112	60.19	10.04	5.36	858	<.001*	0.55																																																																																																																																																																				
	Ne	748	54.52	10.49					HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73	Ne	751	21.69	6.01	HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																									
HSP-EAS	Da	112	25.91	5.62	6.98	861	<.001*	0.73																																																																																																																																																																				
	Ne	751	21.69	6.01					HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18	Ne	751	19.97	4.34	HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																																						
HSP-AES	Da	112	20.72	4.01	1.74	861	.083	0.18																																																																																																																																																																				
	Ne	751	19.97	4.34					HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15	Ne	750	12.89	4.49	DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																																																			
HSP-LST	Da	112	13.55	4.32	1.47	860	.141	0.15																																																																																																																																																																				
	Ne	750	12.89	4.49					DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03	Ne	480	4.02	4.3	DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																																																																
DASS-21-D	Da	95	9.3	5.86	8.31	114.85	>.001*	1.03																																																																																																																																																																				
	Ne	480	4.02	4.3					DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84	Ne	481	2.93	3.52	DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																																																																													
DASS-21-A	Da	94	6.45	4.74	6.83	113.9	>.001*	0.84																																																																																																																																																																				
	Ne	481	2.93	3.52					DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09	Ne	480	5.57	4.42	Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																																																																																										
DASS-21-S	Da	93	10.5	4.66	9.76	571	>.001*	1.09																																																																																																																																																																				
	Ne	480	5.57	4.42					Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64	Ne	810	7.07	1.88																																																																																																																																																							
Zadovoljstvo životom	Da	112	5.71	2.32	-5.94	131.93	>.001*	0.64																																																																																																																																																																				
	Ne	810	7.07	1.88																																																																																																																																																																								

Legenda: BDDQ = Upitnik tjelesno dismorfnog poremećaja; ASI-3 = Ukupni rezultat na Ljestvici anksiozne osjetljivosti; ASI-3-T = Podljestvica tjelesne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ASI-3-K = Podljestvica kognitivne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ASI-3-S = Podljestvica socijalne brige Ljestvice anksiozne osjetljivosti; ARSQ = Ljestvica osjetljivosti na odbijanje na temelju izgleda; HSP = Ukupni rezultat na Ljestvici osjetljivosti na okolinu za odrasle; HSP-EAS = Podljestvica Lakoća pobuđivanja Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle ; HSP-AES = Podljestvica Estetska osjetljivost Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle; HSP-LST = Podljestvica Nizak osjetni prag Ljestvice osjetljivosti na okolinu za odrasle; DASS21-D = Podljestvica depresije Skale depresije, anksioznosti i stresa; DASS21-A = Podljestvica anksioznosti Skale depresije, anksioznosti i stresa; DASS21-S = Podljestvica stresa Skale depresije, anksioznosti i stresa; Zadovoljstvo životom = Pitanje “Koliko ste sveukupno zadovoljni svojim životom?”; BDD = Prisutnost simptoma tjelesnog dismorfnog poremećaja; N = ukupan broj sudionika; M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; t = t-test; df = stupnjevi slobode; p = razina značajnosti; * $p < .01$, d = Cohenov d