

# Kompulzivno prejedanje

---

Rupa, Pavla

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:634445>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-06**



**FILOZOFSKI FAKULTET**  
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Preddiplomski studij psihologije

Pavla Rupa

## **Kompulzivno prejedanje**

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Pavla Rupa

## **Kompulzivno prejedanje**

Završni rad

Područje društvenih znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena  
psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

## IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravila te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni. Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasna da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, 7.9.2020.

Pavla Rupa

Pavla Rupa, 0122224939

## Sažetak

Kompulzivnost može biti usmjerena na različite aspekte ponašanja, a jedno od njih je i hranjenje. Može se reći da svatko ponekad posegne za hranom bez prethodnog osjećaja gladi no osobe s patološkim obrascima hranjenja ne mogu kontrolirati svoje jedenje. Kompulzivno prejedanje je prepoznato kao veliki problem današnjice zbog lako dostupne hrane. Osobe koje se kompulzivno prejedaju osjećaju da je njihovo jedenje impulzivno i izvan njihove kontrole pri čemu jedu i nakon osjećaja sitosti, a čak i do osjećaja mučnine. Pojedinci se često prejedaju zbog izbjegavanja svijesti o sebi, negativnog afekta, a novija literatura povezuje kompulzivno prejedanje s ovisnošću o hrani. Neke teorije i modeli zastupaju stajalište da je obrazac kompulzivnog prejedanja negativno potkrepljujuć pri čemu prejedanje pruža privremeno uklanjanje negativnog stanja što povećava vjerojatnost da će se ono ponoviti u sličnim ili jednakim okolnostima. Time se potiče stvaranje začaranog kruga kojeg osoba ne može samostalno napustiti. Najčešće korištene terapije koje su se pokazale učinkovitima u smanjenju i uklanjanju epizoda prejedanja su kognitivno bihevioralna i interpersonalna terapija. Kognitivno bihevioralna terapija usmjerena je na kognitivno restrukturiranje kojim se nastoji identificirati i promijeniti pogrešne stavove o vlastitom izgledu i prehrani. Također, nastoji se povećati nisko samopoštovanje za koje se pretpostavlja da potiče epizode prejedanja. Interpersonalna terapija usmjerena je na rješavanje interpersonalnih sukoba te razvijanje socijalnih vještina i primjerenog načina izražavanja emocija.

*Ključne riječi:* kompulzivno prejedanje, negativan afekt, kognitivno bihevioralna terapija, interpersonalna terapija

## Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Poremećaj kompulzivnog prejedanja .....	2
2.1. Teorija izbjegavanja .....	3
2.2. Teorija regulacije afekta .....	5
2.3. Kompulzivno prejedanje kao ovisnost o hrani .....	8
3. Terapije kompulzivnog prejedanja.....	11
3.1. Kognitivno bihevioralna terapija .....	11
3.2. Interpersonalna terapija .....	12
3.3. Učinkovitost kognitivno bihevioralne i interpersonalne terapije .....	13
4. Zaključak.....	15
5. Literatura.....	16

## 1. Uvod

Kompulzivnost se može opisati kao snažan, neodoljiv unutarnji nagon za obavljanje nevoljne akcije, prisutan u mnogim psihijatrijskim stanjima (Moore, Sabino, Koob i Cottone, 2017). Pojedinci koji pate od kompulzivnosti često prepoznaju da im takvo ponašanje šteti no ipak osjećaju primoranost da izvrše određeno ponašanje (Moore, Sabino, Koob i Cottone, 2016). Kompulzivnost može biti usmjerena na različite aspekte ponašanja, a jedno od njih je i hranjenje.

Tradicionalna psihologijska paradigma podrazumijeva hranjenje kao ponašanje koje je pokrenuto od strane metaboličkih signala na smanjenje zalihe energije. Tada nastupa gladovanje koje pokreće hipotalamičku signalizaciju gladi i potragu za hranom i unosom kalorija (Piccinni i sur., 2015). Unos kvalitetne hrane i uravnotežena prehrana nužni su za optimalno funkcioniranje ljudskog organizma, ona se mora svakodnevno konzumirati i često predstavlja glavni dio socijalizacije.

Može se reći da svatko ponekad posegne za hranom bez prethodnog osjećaja gladi. Osobe s normalnim obrascima hranjenja će nakon što su pojele veću količinu hrane to i primijetiti, osjetit će nelagodu te prestati s jedenjem do slijedećeg osjećaja gladi. S druge strane, osoba koja je sklona kompulzivnom prejedanju ne može se kontrolirati i zaustaviti jedenje iako je sita (Frankel i Matz, 2014). Kompulzivno prejedanje nije vezano uz stvarni osjećaj gladi (Frankel i Matz, 2014).

Kompulzivno prejedanje je prepoznato kao veliki problem današnjice. Osobe koje se kompulzivno prejedaju osjećaju da je njihovo jedenje impulzivno i izvan njihove kontrole pri čemu jedu i nakon osjećaja sitosti, a čak i do osjećaja mučnine (Frankel i Matz, 2014). Ovakav obrazac ponašanja vezanog za prehranu može se ponavljati nekoliko puta u danu što za posljedicu ima nakupljanje viška kilograma i pretilost (Bégin i sur., 2012). Takvi pojedinci često jedu zbog emocionalnih problema i doživljenog stresa (Canetti, Bachar i Berry, 2002), a noviji modeli prepoznaju povezanost ovakvog ponašanja s ovisničkim ponašanjem (Davis i Carter, 2009). S obzirom da ljudi svakodnevno u određenoj razini doživljaju stres i promjene raspoloženja, ukoliko ne koriste adekvatne strategije rješavanja problema i ne znaju ovladati svojim emocijama, rezultat može biti traženje utočišta u hrani što može dovesti do patološkog prejedanja.

Sve navedeno upućuje da je kompulzivno prejedanje ozbiljan problem koji pridonosi tjelesnim i zdravstvenim problemima, ali i značajnoj psihosocijalnoj disfunkciji (Hudson i sur., 2010; prema Sulkowski, Dempsey i Dempsey 2011). S obzirom na negativne posljedice koje kompulzivno prejedanje uzrokuje, u nastavku će biti opisan poremećaj kompulzivnog prejedanja, neke od najčešćih teorija koje se upotrebljavaju u svrhu objašnjavanja zašto do njega dolazi te načini na koje se problem prejedanja nastoji riješiti.

## **2. Poremećaj kompulzivnog prejedanja**

Iako je kompulzivno prejedanje prisutno u podtipu anoreksije nervoze u kojem je prisutno čišćenje organizma i u bulimiji nervozi ono ipak najviše obilježava sami poremećaj kompulzivnog prejedanja (Američka psihijatrijska udruga, 2013). U posljednjih dvadeset godina provedeno je nekoliko stotina istraživanja na ovu temu čiji rezultati podupiru ideju kako je kompulzivno prejedanje zasebna dijagnoza (Amianto, Ottone, Daga i Fassinio, 2015). Posljedično, Američka psihijatrijska udruga 2013. godine kompulzivno prejedanje prepoznaje i uvrštava u DSM-5 kao zasebni poremećaj hranjenja. Poremećaj kompulzivnog prejedanja definira se kao konzumiranje pretjerane količine hrane u kratkom vremenskom periodu popraćeno s osjećajem gubitka samokontrole zbog prejedanja tj. osjećaja da se ne može prestati jesti ili kontrolirati što i koliko se jede (Američka psihijatrijska udruga, 2013). Nadalje, osobe koje pate od ovog poremećaja sklonije su jesti brže, ne prestaju jesti dok ne osjete nelagodu u želucu, jedu velike količine hrane iako nisu gladni, često jedu sami zbog srama kojeg osjećaju te osjećaju gađenje, stres, depresivnost i krivnju zbog prejedanja (Američka psihijatrijska udruga, 2013).

Kompulzivno prejedanje izaziva krivnju koja može rezultirati ponašanjima poput izolacije i sakrivanja zaliha hrane (Steelman i Westman, 2016). Nastojanje osobe da prejedanje ne bude primijećeno od strane drugih rezultira karakterističnim ponašajnim i prehrambenim obrascima npr. jedenjem rano ujutro ili kasno noću te jedenjem na osamljenim mjestima (Steelman i Westman, 2016). Nadalje, osjećaj da osoba može biti uhvaćena u prejedanju dodatno potiče još brže jedenje (Steelman i Westman, 2016).

Iako se prvotno smatralo da je ovaj poremećaj tipičan za odraslu dob, novija istraživanja pokazuju kako se može javiti već u djetinjstvu, a najčešće obolijevaju adolescenti i osobe u ranim dvadesetima (Kessler i sur., 2013; prema Amianto, i sur., 2015). U longitudinalnom istraživanju adolescenata pronađeno je kako je kompulzivno prejedanje sve učestalije u razdoblju od srednje adolescencije do rane odrasle dobi (Neumark-Sztainer, Wall, Larson,



Eisenberg i Loth, 2011). Pretpostavlja se da prevalencija poremećaja kompulzivnog prejedanja za žene iznosi 3.5%, a za muškarce 2% (Hudson, Hiripi, Pope Jr. i Kessler, 2007). No podaci na uzorku zdravih studenata pokazuju da čak 8% muškaraca i 20% žena ima barem jednu ili više epizoda kompulzivnog prejedanja tijekom razdoblja od tjedan dana (Whitside i sur., 2007). Nadalje, istraživanje na studenticama u Hrvatskoj pokazuje kako je 8% izrazito sklono kompulzivnom prejedanju, a 24% iskazalo blagu do umjerenu sklonost kompulzivnom prejedanju (Božić i Macuka, 2017).

Nagrada koju mnogi pronalaze u hrani, a ne osjećaj gladi, postala je glavni pokretač koje potiče ljude da se prejedaju u modernom društvu. Užitak koji im hrana pruža proporcionalan je udjelu masti, šećera i soli te učestalo konzumiranje hrane bogate tim tvarima potiče nakupljanje viška kilograma (Alsio, Olszewski, Levine i Schioth, 2012). Kompulzivno prejedanje predstavlja problem, te ukoliko se ne liječi može se razviti u ozbiljan poremećaj hranjenja (Stice i Whitenton, 2002; prema Božić i Macuka, 2017). Trenutno se višak kilograma i pretilost smatraju jednim od najvećih problema zdravstvenog sustava, a koji se mogu prevenirati (Caballero, 2007; prema Davis, 2013). Pronađena je povezanost između indeksa tjelesne mase i učestalosti kompulzivnog prejedanja na način da kompulzivno prejedanje predstavlja prediktor nakupljanja viška kilograma (Fairburn, Cooper, Doll, Norman i O'Connor, 2000; prema Higgins i sur., 2013) dok se učestalost poremećaja među pretilima kreće od 3.3-5.5% (Herpertz i sur., 2006; prema Mitchell, 2016). Dakle, neki pojedinci s dijagnozom poremećaja kompulzivnog prejedanja su pretili što ih stavlja u rizik za razvijanje zdravstvenih komplikacija povezanih s pretilosti. Istraživanja su pokazala kako su osobe koje boluju od kompulzivnog prejedanja sklonije izjavljivati o nezadovoljstvu vlastitim zdravljem te su sklone visokom krvnom tlaku, astmi, respiratornim poteškoćama i kardiovaskularnim bolestima (Bulik, Sullivan i Kendler, 2002).

Mnoge teorije i modeli zastupaju stajalište da je obrazac kompulzivnog prejedanja negativno potkrepljujuć, pri čemu prejedanje pruža privremeno uklanjanje negativnog stanja što povećava vjerojatnost da će se ono ponoviti u sličnim ili istim okolnostima (De Young, Zander i Anderson, 2014) stoga se može reći da kompulzivno prejedanje prati začarani krug.

## **2.1. Teorija izbjegavanja**

Teorija izbjegavanja (engl. *Escape theory*) Heathertona i Baumeistera (1991) predstavlja najobuhvatniju teoriju koja objašnjava kompulzivno prejedanje. Temeljna pretpostavka ove teorije je da prejedanje obično proizlazi iz motivacijskog nastojanja pojedinca

da izbjegne svijest o sebi. S obzirom da je ponekad teško odjednom prestati usmjeravati pozornost na sebe pojedinci to pokušavaju ostvariti smanjivanjem pozornosti na trenutno prisutan i neposredan podražaj u okruženju (Heatherton i Baumeister, 1991). Posljedično, ova strategija omogućava smanjenu pozornost na svijest o sebi te ju drži na niskoj razini. Prema ovoj teoriji postoje različite razine koje se odnose na pojedinčevu svjesnost sebe i vlastitih postupaka. Za visoku svjesnost o sebi karakteristična je sposobnost usporedbe samog sebe s normama i očekivanjima (Carver i Scheier, 1981; Duval i Wicklund, 1972; prema Heatherton i Baumeister, 1991). Prelazak na nisku razini svijesti omogućava pojedincima uklanjanje dugotrajne zabrinutosti koristeći neadekvatne strategije (Heatherton i Baumeister, 1991) odnosno, kompulzivno prejedanje.

Osobe koje pate od kompulzivnog prejedanja karakterizira motivacija za bijegom od svijesti o sebi jer se uspoređuju s izrazito visokim standardima koje sami sebi nameću ili su im nametnuti od okoline, a koje ne mogu dostići. Upravo ta usporedba s visokim idealima obilježava perfekcionizam koji zauzima središnje mjesto u teoriji izbjegavanja (Prpić, Mlačić i Milas, 2013). Perfekcionizam je usko povezan s velikim rasponom poremećenog obrazaca hranjenja kod žena, uključujući i kompulzivno prejedanje (Forbush, Heatherton i Keel, 2006). Prema teoriji, takvi pojedinci imaju averziju prema svijesti o sebi, osjećaju negativne emocije, njihovo kognitivno funkcioniranje se sužava nakon čega slijedi javljanje iracionalnih vjerovanja (Heatherton i Baumeister, 1991). Specifično, osoba ima nametnutu želju da bude vitka, ne može uspjeti u namjeri da smršavi, počinje imati negativnu sliku o sebi i negativne emocije koje pokušava ukloniti samodestruktivnim ponašanjima. Navedeno zajedno sa suženim kognitivnim funkcioniranjem povećava vjerojatnost nepridržavanja plana prehrane te okretanje prejedanju (Heatherton i Baumeister, 1991). U skladu s tim, autori Pokrajac-Bulian, Tkalčić, Kardum, Šajina i Kukić (2008) pokazali su kako je perfekcionizam zajedno s averzivnom svijesti o sebi, negativnim afektom te strategijama izbjegavanja predstavljao uzrok javljanja kompulzivnog prejedanja. Boone, Vansteenkiste, Soenens, Van der Kaap-Deeder i Verstuyf (2014) su ispitivali povezanost samokritičnog perfekcionizma s patološkim obrascima hranjenja te utvrdili kako je samokritični perfekcionizam pozitivno povezan s frustracijom te negativno povezan sa zadovoljavanjem osobnih potreba. Autori smatraju kako postoji mogućnost da ovakvi pojedinci doživljavaju frustraciju zbog aktivnosti u kojima sudjeluju te načina na koji ih obavljaju. S obzirom da perfekcionista teže nerealnim standardima i rigidno ih se drže, vjerojatnije je da će doživjeti neuspjeh. Nadalje, perfekcionista su kritičniji prema vlastitom ponašanju u odnosu na neproperfekcionista te se doživljavaju negativnije (Blatt, 1995;

prema Boone i sur., 2014) što za posljedicu može imati kompulzivno prejedanje kao pokušaj rješavanja ovakvog stanja.

Istraživanje koje su proveli Blackburn, Johnston, Blampied, Popp i Kallen (2006) ispitivalo je individualne sastavnice teorije izbjegavanja: (1) perfekcionizam, (2) negativnu svijesti o sebi, (3) negativan afekt i (4) usko kognitivno funkcioniranje te njihovu povezanost s kompulzivnim prejedanjem na uzorku zdravih žena rane odrasle dobi. Žene koje su imale jake perfekcionistačke ideale također su imale više razine averzivne svijesti o sebi što je pak vodilo višem negativnom afektu. Taj negativan afekt je pridonio kognitivnom sužavanju jer su se pojedinci na taj način nastojali osloboditi posljedica negativnog afekta. Naposljetku, kognitivno sužavanje se pokazalo prediktorom kompulzivnog prejedanja. Pretpostavlja se kako proces čišćenja kod onih koji to čine, vjerojatno potiče osjećaj praznine i čistoće što smanjuje negativan afekt, kognitivno sužavanje i u konačnici kompulzivno prejedanje (Blackburn i sur., 2006)

Nadalje, u istraživanjima je pokazano kako sudionice koje pate od kompulzivnog prejedanja, iako nemaju dijagnozu poremećaja kompulzivnog prejedanja i nisu izložene terapiji za njega, imaju gotovo jednaku zabrinutost o obliku i težini tijela, jedenju i restrikciji hrane kao i oni s tom dijagnozom (Wilfley, Schwartz, Spurrell i Fairburn, 1997; prema Deaver, Miltenberger, Smyth, Meidinger i Crosby, 2003). La Mela, Maglietta, Castellini, Amoroso i Lucarelli (2010) su pronašli da oboljeli od poremećaja hranjenja i skloni kompulzivnom prejedanju imaju opsjednutosti izgledom i oblikom vlastitog tijela te se kod njih čak utvrdila povezanost epizoda prejedanja s nekim disocijativnim iskustvima npr. konfuziji identiteta, gubitku kontrole i amneziji. Dakle, zbog nemogućnosti ostvarivanja visokih kriterija koje osoba postavlja samom sebi doživljava negativan afekt te nižu svjesnost. Posljedično, dolazi do kognitivnog sužavanja, bijega od negativne samosvijesti i gubitka kontrole zbog potiskivanja normalnih obrazaca rasuđivanja te se javlja iracionalna misao koja potiče potisnuta ponašanja, u ovom slučaju kompulzivno prejedanje (Heatherton i Baumeister, 1991).

## **2.2. Teorija regulacije afekta**

Kada se govori o ponašanjima vezanima za prehranu može se reći kako je konzumacija hrane uvelike pod utjecajem emocija jer često izbor hrane, količina i učestalost jedenja ovise i o drugim čimbenicima osim fiziološke potrebe (Canetti i sur., 2002). Većina psiholoških poremećaja koji se nalaze u DSM-5 uključuje neregulirani afekt (Haedt-Matt i Keel, 2011). Iako regulacija afekta obuhvaća porast, održavanje i smanjenje ugodnih i neugodnih emocija,

modeli regulacije afekta u psihopatologiji uobičajeno predlažu da maladaptivna ponašanja služe smanjivanju neugodnih emocija (Gross, 2007; prema Haedt-Matt i Keel, 2011). Model regulacije afekta (engl. *Affect regulation theory*, Hawkins i Clement, 1984; prema Haedt-Matt i Keel, 2011) ukazuje da pojedinci podliježu prejedanju kada dožive neugodne emocije jer im upravo hrana pruža privremeno smanjenje visoke razine neugodnih emocija te osigurava utjehu i distrakciju. Kompulzivno prejedanje služi kao odgovor na neugodne emocije te postaje uvjetovani odgovor koji se održava pomoću negativnog potkrepljenja (Haedt-Matt i Keel, 2011).

U prikupljanju podataka o kompulzivnom prejedanju u sklopu ovog modela korisnom se pokazala takozvana *trenutna ekološka procjena* (engl. *ecological momentary assessment*, EMA). Ona omogućuje osobi: (1) procjenu stupnja prejedanja i doživljenih emocija u stvarnom vremenu smanjujući vjerojatnost pogrešnog prisjećanja, (2) prikupljanje podataka u prirodnim uvjetima te (3) omogućuje ponavljane procjene tih varijabli više puta tijekom dana ili dužih vremenskih perioda (Berg i sur., 2015).

U sklopu modela regulacije emocija ispituju se dvije pretpostavke: (1) prethodi li kompulzivnom prejedanju povišena razina negativnog afekta i (2) je li kompulzivno prejedanje povezano s neposrednim smanjenjem negativnog afekta (Haedt-Matt i Keel, 2011).

Što se tiče prve pretpostavke, ponašanje kompulzivnog prejedanja sa stajališta teorije regulacije afekta može se objasniti kao neučinkovito nošenje sa stresom usmjereno na emocije (Whiteside i sur., 2007). Neugodne emocije poput ljutnje, tuge i straha povećavaju impulzivno jedenje i jedenje u svrhu regulacije emocionalnog stanja (Macht, 2007). U istraživanju Božić i Macuka (2017) pokazano je da su studentice s visokom razinom uzbuđenosti pri doživljavaju negativnog raspoloženja karakteriziranog ljutnjom i osjećajem gađenja prema sebi bile sklonije kompulzivnom prejedanju. Nadalje, poznato je da zadirkivanje uzrokuje emocionalnu potresenost koje se pojedinci nastoje riješiti prejedanjem. Za mlade koji često doživljavaju zadirkivanje zbog njihove težine pokazalo se kako je bilo dva puta vjerojatnije da će se uključiti u nezdrava ponašanja vezana uz kontrolu vlastite težine i kompulzivno se prejedati (Haines Neumark-Sztainer, Eisenberg i Hannan, 2006; prema Aubie i Jarry, 2009). Schwarze, Oliver i Handal (2003; prema Aubie i Jarry, 2009) su pronašli da su više rezultate na mjerama depresije, preokupacije samim sobom te korištenje strategija izbjegavanja imali oni koji se kompulzivno prejedaju. Slično, nezadovoljstvo izgledom i ruminacija prediktori su kompulzivnog prejedanja na uzorku studenata (Gordon, Holm-Denoma, Troop-Gordon i Sand, 2012). Utvrđeno je kako

je kompulzivno prejedanje prisutno ukoliko je prisutan izrazito negativan afekt, dok se normalni obroci konzumiraju ukoliko je afekt neutralan (Deaver i sur., 2003).

Potvrda modela afektivne regulacije u sklopu kompulzivnog prejedanja se očituje i u nalazima Berga i suradnika (2015) prema kojima postoje relativno visoke ili povišene razine negativnog afekta prije kompulzivnog prejedanje kao i relativno niske ili smanjene razine negativnog afekta nakon kompulzivnog prejedanja što je u skladu s drugom pretpostavkom ovog modela. U određenoj mjeri osobe tijekom epizode prejedanja osjećaju olakšanje s obzirom da u tom trenutku njihove misli nisu usmjerene na probleme te posljedično doživljavaju nižu razinu anksioznosti i manje neugodnih emocija (Američka psihijatrijska udruga, 1994; Craighead, 1996; Heatherton i Baumeister, 1991; Hsu, 1990; McManus i Waller, 1995; prema Deaver i sur., 2003). Istraživanja pokazuju kako neke žene sklone kompulzivnom prejedanju koriste takvo ponašanje kao mehanizam kratkoročnog olakšanja od neugodnih emocija (Arnou, Kennedy i Agras, 1992; prema Whiteside i sur., 2007). No rezultati također pokazuju da usprkos smanjenju negativnog afekta tijekom prejedanja, po njegovu završetku negativan afekt postaje veći nego što je bio prije. Iz toga se može zaključiti da epizoda prejedanja samo privremeno smanjuje negativan afekt.

Osobe koje se kompulzivno prejedaju možda imaju poteškoće u emocionalnoj regulaciji koje nisu isključivo povezane s vremenom koje prethodi prejedanju. Postoji mogućnost da su takve osobe općenito emocionalno osjetljive tj. da doživljavaju snažnije, trajnije emocije, imaju manje vještina za njihovo razumijevanje i regulaciju te da ih ta osjetljivost čini sklonijima upotrebi nefunkcionalnih ponašanja u svrhu reguliranja raspoloženja (Whiteside i sur., 2007). Posljedično, osobe se zbog poteškoća u regulaciji emocija oslanjaju na ono što im kratkoročno osigurava ugodne emocije iako dugoročno takvo ponašanje može imati negativne posljedice. Wiser i Telch (1999; prema Whiteside i sur., 2007) pretpostavljaju kako osobama koje se kompulzivno prejedaju nedostaju vještine ili ne koriste adekvatne strategije rješavanja problema čime postaju podložniji prejedanju. Nadalje, takve osobe i same navode da su bile uzrujane i imale poteškoće u regulaciji negativnog raspoloženja što se može objasniti time da se oslanjaju na neučinkovite strategije nošenja s problemima te se prepuštaju prejedanju (Whiteside i sur., 2007).

Pojedinci koji su imali očekivanja da će im prejedanje pomoći u smanjivanju negativnog afekta nisu bili skloni očekivati da će im jedenje donijeti ugodu i služiti kao nagrada. Dakle, iako nisu percipirali hranu kao izvor ugore i nagrade, samo očekivanje da će prejedanje ukloniti

negativan afekt činila je pojedince sklonijima kompulzivnom prejedanju. Može se reći da je takvo promatranje hrane gdje ona nije izvor ugone i nagrade pojedince zapravo štitila pa se su manje upuštali u kompulzivno prejedanje kada se ono jednom pojavilo (De Young i sur., 2015). Ako se utvrdi da ova očekivanja o hrani kao sredstvu koje uklanja negativan afekt stvarno postoje, terapija bi trebala biti usmjerena na utvrđivanje konkretnih očekivanja te na razvoj alternativnih metoda regulacije negativnog afekta (Safer, Telch i Chen, 2009; prema De Young i sur., 2015).

### **2.3. Kompulzivno prejedanje kao ovisnost o hrani**

Visokokalorična prehrana bogata mastima i šećerom postala je svakodnevnicom. Ona je sklona povisiti raspoloženje otpuštanjem neuropeptida koji potiču selektivnu preferenciju prema toj hrani (Kelley, Baldo, Pratt i Will, 2005; prema Davis i Carter, 2009). Smatra se da su ljudi biološki predisponirani prejedanju kada imaju priliku za to, to jest, kada su im na raspolaganju velike količine hrane, posebno ona njima privlačna okusom (Brown, 2012; prema Davis, 2013). Evolucionarni biolozi smatraju kako je ova žudnja za ukusnom hranom ljudima u prošlosti omogućavala stvaranje zaliha energije u nepredvidivim okolnostima (Gerber, Williams i Gray 1999; prema Davis i Carter, 2009). Ovakav, nekad adaptivni biološki nagon, danas samo pridonosi pretjeranom unosu hrane kada za to nema potrebe, a prvenstveno je potaknut ekonomskim porastom te velikom dostupnošću hrane čime se često dovodi u pitanje predstavlja li pretjerana konzumacija hrane rizik za razvijanje ovisnosti o njoj (Davis, 2013).

Na ovom pitanju se temelji rastući broj empirijskih dokaza koji pokazuju sličnosti u neurobiološkom, ponašajnom i psihološkom funkcioniraju između kompulzivnog prejedanja i ovisnosti poput ovisnosti o alkoholu ili drogama (Bégin i sur., 2012). Istraživanja počivaju na premisi da hrana bogata mastima, šećerom i solju ima potencijal potaknuti pretjeranu konzumaciju i ovisnost (Gearhardt i sur., 2011; Davis i Carter, 2014; prema Davis, Levitan, Kaplan, Kennedy i Carter, 2014). Iako nema konkretnog dogovora oko dijagnostičkog kriterija, pojam hrane koja stvara ovisnost dobiva pažnju kako među kliničarima, tako i u općoj populaciji u kojoj ideja da prejedanje može biti neki oblik ovisničkog ponašanja postoji već nekoliko godina, a jedan primjer toga su „Anonimni ovisnici o hrani“ osnovani 1987. godine (Davis, 2013).

S obzirom da su istraživanja pokazala postojanje sličnosti između kompulzivnog prejedanja i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima dovelo je do toga da istraživači upotrebljavaju izraz *ovisnost o hrani* pri opisivanju prejedanja. Dakle, pretpostavka je da biokemijski sastav

određene hrane može prouzrokovati ovisnost vodeći ponašajnim problemima koji kod pojedinaca nameću javljanje poremećaja i stres. Stoga, ova teorija počiva na dvije pretpostavke: (1) postoji hrana koja se klasificira kao ovisnička tvar te (2) neki pojedinci skloniji su postati ovisni o njoj (Finlayson, 2017).

Kada se kompulzivno prejedanje uspoređuje s ovisnosti važno je napomenuti da se ne može svako ponašanje koje je povezano s prejedanjem smatrati ovisnošću. Za neke ljude prejedanje predstavlja pasivno ponašanje koje se događa ponekad i obilježeno je većim količinama hrane no za druge takvo ponašanje stvarno može postati pretjerano i kompulzivno (Davis i Carter, 2009).

Jedno od najočitijih obilježja kompulzivnog prejedanja kao i ovisnosti je gubitak kontrole nad količinama koje se konzumiraju iako postoji svjesnost o zdravstvenim posljedicama koje takvo ponašanje može izazvati (Davis i Carter, 2009). Pojedinci koji pate od kompulzivnog prejedanja osjećaju krivnju, nelagodu i gubitak kontrole nad svojim ponašanjem iako dobivaju na težini i dano im je do znanja o njihovim zdravstvenim problemima (Colles, Dixon i O'Brien, 2008; prema Davis i Carter, 2009). Može se pretpostaviti kako su oni dobro upoznati s posljedicama prejedanja no i dalje se upuštaju u takvo ponašanje jer mu se ne mogu oduprijeti.

Drugo obilježje ovisnosti je stvaranje tolerancije, što potiče još veću konzumaciju sredstva koje se konzumira (Davis i Carter, 2009). Ovo stvaranje tolerancije na hranu vidljivo je kod pretilih osoba s poremećajem kompulzivnog prejedanja pri čemu se učestalost i snaga epizoda prejedanja stalno povećava (Picot i Lilenfeld, 2003; prema Davis i Carter, 2009). Kada se hrana bogata šećerom koja je dugotrajno bila konzumirana u velikim količinama odjednom prestane konzumirati pojedinci mogu osjećati iritabilnost, glavobolje i simptome slične gripi (Davis i Carter, 2009). Ovakvo ponašanje je tipično i za ovisnike o drogama te se naziva *apstinencijskim sindromom*. Potrebno je provesti dodatna istraživanja kako bi se mogli donijeti zaključci o tome postoji li u podlozi kompulzivnog prejedanja tolerancija na određenu hranu. Ono što se zna je da osobe koje se kompulzivno prejedaju osjećaju žudnju za određenom hranom te njezina konzumacija samo produljuje i povećava vjerojatnost ponovnog javljanja prejedanja (Davis i Carter, 2009). Impulzivnost, kao osobina ličnosti, koju karakterizira smanjena sposobnost inhibicije ponašanja kada je suzdržavanje najprikladniji odgovor na neku situaciju, nedostatak je koji obilježava proces donošenja odluka. Impulzivni pojedinci pokazuju slabiju sposobnost učenja prikladnih povezanosti između nagrade i kazne što je nužno kada se

mora donijeti odluka čemu dati prednost (Franken, van Strien, Nijs i Muris, 2008; prema Davis i Carter, 2009). Upravo je zbog toga impulzivnost, koja doprinosi većem porivu ostvarivanja nagrade, povezana s kompulzivnim prejedanjem (Streiger i Bruce, 2007; prema Davis i Carter, 2009).

Istraživanja gdje se koristilo snimanje mozga su pokazala kako kod nekih pojedinaca, posebno onih sklonih kompulzivnom prejedanju i pretilosti, vrlo ukusna hrana odnosno, hrana bogata mastima i šećerom stimulira određena područja mozga i potiče ponašajne odgovore slične onima prouzrokovanim opojnim sredstvima (van Elburg Treasure, 2013; prema Davis i Carter, 2014). Nadalje, pronađeno je da ukusna hrana izaziva isti hiperaktivni odgovor u krugu nagrađivanja sličan onima koji izazivaju psihoaktivne tvari (Grill, Skibicka, Hayes, 2007; prema Davis i Carter, 2014). Prerađena hrana, kao i ovisničke tvari, aktiviraju nagradni sustav u mozgu (Berridge, 2009; prema Carlier, Marshe, Cmorejova, Davis i Müller, 2015).

Meta-analize istraživanja pomoću funkcionalne magnetske rezonance (fMRI) pokazala su kako su prefrontalna područja mozga, inače povezana s procesima kognitivne evaluacije, aktivirana pri gledanju slika hrane te je aktivacija tih dijelova izraženija kod pretilih pojedinaca (Brooks, Cedernaes i Schioth, 2013; prema Davis i Carter, 2014). Osjetljivost ili reaktivnost „puteva za nagrađivanje“ pod utjecajem je pojedinih bioloških čimbenika poput gustoće dopaminskih receptora i količine dopamina koji se otpušta u sinapse tih dijelova (Davis i Carter, 2009). Razlike u osjetljivosti na nagradu pridonose različitom stupnju rizika od kompulzivnog prejedanja (Davis i Woodside, 2002; prema Davis i Carter, 2009). Pretpostavlja se kako je *sindrom nedostatka nagrade* (engl. reward deficiency syndrom, Blum i sur., 2000; prema Davis i Carter, 2009), za koji je karakteristična niža aktivnost dopaminergičkog sustava, glavni razlog u razvijanju ovisničkih poremećaja. Tvari poput ukusne hrane često se koriste u svrhu samoizlječenja kako bi se potaknuo spori dopaminski sustav i povećalo uživanje (Davis i Carter, 2009). No, s druge strane, postoje i nalazi kako preosjetljivost na nagradu pridonosi povećanom riziku za razvijanje ovisničkog ponašanja zbog pretjerane motivacije za uključivanjem u aktivnosti koja stvaraju ugodu poput jedenja hrane bogate mastima te kompulzivnog i emocionalnog prejedanja (Davis i sur., 2007; prema Davis i Carter, 2009).

Rezultati istraživanja pokazuju kako je ovisnost o hrani ponašanje koje može biti dio svih poremećaja hranjenja, a posebno je izražen kod pretilih osoba (Speranza i sur., 2012; prema Imperatori i sur., 2016). Stoga pitanje o tome treba li konstrukt „*ovisnosti o hrani*“ postati



zaseban poremećaj i dalje prisutno te su potrebna dodatna istraživanja čiji bi nalazi trebali odgovoriti na ovo pitanje (Imperatori i sur., 2016).

### **3. Terapije kompulzivnog prejedanja**

#### **3.1. Kognitivno bihevioralna terapija**

*Kognitivno bihevioralna terapija* (KBT) najviše je proučavani i najobuhvatniji psihološki tretman za kompulzivno prejedanje (Wilson i Shafran, 2005; prema Iacovino, Gredysa, Altman i Wilfley, 2012). Istraživanja pokazuju kako su individualni i grupni oblici KBT-a značajno povezani s višim razinama apstinencije od prejedanja u odnosu kada tretman izostane (Agras i sur., 1997; Telch i sur., 1990; prema Iacovino i sur., 2012). KBT za kompulzivno prejedanje počiva na pretpostavci da nisko samopoštovanje uzrokuje ekstremnu brigu o obliku i težini tijela koja posljedično vodi strogim režimima prehrane kojih se osoba ne može držati te podliježe prejedanju. Ova terapija usredotočena je na rješavanje problematike kompulzivnog prejedanja, restrikcije, vjerovanja o izgledu tijela te niskog samopoštovanja za koje se pretpostavlja da održavaju prejedanje (Iacovino i sur., 2012).

Fairburn, Marcus i Wilson (1993; prema Grubb, 2016) opisuju da tretman počinje nadziranjem vlastite prehrane i jedenja, tjednim vaganjem težine te edukacijom o težini i prehrani. Većina pojedinaca koji se uključe u tretman za poremećaj kompulzivnog prejedanja ima cilj smanjenje tjelesne težine. Terapeut bi trebao takav cilj zamijeniti time da osobi glavna usredotočenost bude uklanjanje kompulzivnog prejedanja (Grubb, 2016). KBT se uglavnom organizira tijekom 16 sastanaka od 60 minuta tijekom vremenskog perioda od 24 tjedana (Fairburn, Marcus i Wilson, 1993; prema Grilo, Masheb, Wilson, Gueorguieva i White, 2011). Ovaj tretman sastoji se od tri protokola koja se preklapaju.

Prvu fazu terapije čini uspostavljanje kvalitetnog odnosa terapeut-klijent istodobno se usmjeravajući na edukaciju klijenta o čimbenicima koji potiču i održavaju kompulzivno prejedanje (Grilo i sur., 2011). Kako bi se klijentu pomoglo u identifikaciji obrazaca patološkog prehrambenog ponašanja i kreiranju onih normalnih i strukturiranih naglašava se važnost razvijanja specifičnih ponašajnih strategija poput samopraćenja i vođenja evidencije (Grilo i sur., 2011).

Drugo, uspostavlja se plan redovne prehrane i tjelesne aktivnosti te se osobu upoznaje s bihevioralnih tehnikama kontrole podražaja koja se tiču mjesta jedenja, svrhe jedenja, kupovine i skladištenja namirnica (Grubb, 2016).

Nadalje, nastoji se provesti procedure kognitivnog restrukturiranja tijekom kojeg klijenti identificiraju i nastoje promijeniti neprilagođene stavove o hranjenju i misli o izgledu i obliku vlastita tijela koje izazivaju epizode prejedanja (Grilo i sur., 2011).

Kognitivno restrukturiranje ima za cilj motivirati stvaranje zdravog odnosa s hranom, potaknuti uklanjanje omalovažavanja fizičkog izgleda i povećanje samopoštovanja (Grubb, 2016). Kako bi se pomoglo osobama da nauče konzumirati hranu koju su prije izbjegavali koristi se izlaganje i prevencija nepoželjne reakcije (Grubb, 2016). Nadalje, osoba se uči adekvatnim strategijama za nošenje s problemima kako bi se spriječila upotreba kompulzivnog prejedanja u svrhu rješavanja neugodnih emocija. Konačno, pokušavaju se održati promjene u životnom stilu i prevenirati potencijalno odustajanje od terapije (Grilo i sur., 2011). Poželjno je napraviti preventivni plan u slučaju da dođe do povratka na staro stanje te prepoznati problematična ponašanja vezana uz hranjenje i naučiti osobu što da poduzme ukoliko se ona dogode. Iako se osobu može unaprijed pripremiti da će povremeno pokleknuti tijekom tretmana, ne preporuča se provođenje dijete ni u kojem slučaju. Potiče se usmjerenje na promjenu životnog stila što uključuje izvođenje tjelesnih aktivnosti koje osoba preferira te upuštanje u druge aktivnosti koje osobi pružaju zadovoljstvo (Grubb, 2016).

### **3.2. Interpersonalna terapija**

*Interpersonalna terapija* (engl. Interpersonal Therapy- IPT, Klerman, Weissman, Rounsaville i Chevron, 1984; prema Agras i sur., 1995) temelji se na nalazima koji pokazuju kako su poremećaji prehrane povezani s narušenim interpersonalnim funkcioniranjem (Almeida, Savoy i Boxer, 2011; prema Iacovino i sur., 2012). Terapija se usmjerava na trenutne probleme u područjima interpersonalnih poteškoća poput postojećeg sukoba s drugima i osjećaja tuge zbog postojećeg stanja (Tanofsky-Kraff i Wilfley, 2010; prema Grubb, 2016). Klijentu se pripisuje poremećeno funkcioniranje te mu se daje formalna dijagnoza kako bi se naglasila važnost klijentove potpune posvećenosti i uključenosti u tretman. Važno je napomenuti smanjivanje uključivanja u druge aktivnosti tijekom trajanje terapije od 20 tjedana kako bi se osigurala maksimalna posvećenost (Grubb, 2016). Dakle, ovaj model kompulzivnog prejedanja pretpostavlja kako socijalni problemi kojima je pojedinac izložen stvaraju potencijal za razvoj prejedanja, a ono se nastavlja pojavljivati jer se njime nastoji ukloniti negativan afekt koji je nastao zbog narušenih socijalnih interakcija (Rieger i sur., 2010; prema Iacovino i sur., 2012). Tijekom terapijskih sastanaka, empatizirajući i podržavajući terapeut uči klijenta načine rješavanja postojećih interpersonalnih poteškoća, a kasnije mu samo po potrebi osigurava usmjerenje pažnje od prejedanja i brige o težini (Grubb, 2016). S obzirom na javljanje

osjećaja krivnje i srama nakon prejedanja pretpostavlja se da će takvo stanje još više pogoršati probleme jer se pojedinci mogu početi socijalno izolirati stvarajući začarani krug između loših međuljudskih odnosa i epizoda prejedanja.

Ova terapija pomaže pojedincima prepoznati, prihvatiti i na prikladan način izraziti trenutno afektivno stanje kako bi mogli bolje upravljati neugodnim emocijama bez traženja utjehe u hrani (Iacovino i sur., 2012). Također, stavlja se naglasak na razvijanju zdravih interpersonalnih vještina za koje se smatra da mogu zamijeniti neprilagođeno ponašanje i potaknuti pozitivnu sliku o sebi (Wolfe, Baker, Smith i Kelly-Weeder, 2009; prema Iacovino i sur., 2012). Provedba ovakvog oblika terapije u svrhu liječenja kompulzivnog prejedanja je u svom početnom obliku bila namijenjena grupnom formatu i često se provodi na takav način. Na taj način se izravno pruža mogućnost za uvježbavanje uspostavljanja i održavanja socijalnih odnosa kao i prilika za oslobađanje osjećaja srama i samostigmatizacije (Grubb, 2016).

### **3.3. Učinkovitost kognitivno bihevioralne i interpersonalne terapije**

Ricca i suradnici (2010) pronašli su kako individualni, ali i grupni KBT značajno pomažu u smanjenju epizoda prejedanja i blagom smanjenju indeksa tjelesne mase (ITM). Što se tiče promjena u ITM-u, kod sudionika obje vrste tretmana uočeno je smanjenje tjelesne težine koje je održano i tri godine nakon završetka tretmana. Pretpostavlja se kako je ustrajanje u održavanju nove tjelesne težine uvjetovano promjenama životnog stila koje je tretman potaknuo (Ricca i sur., 2010). Nadalje, pronađeno je kako su obje vrste KBT-a bile učinkovite u smanjenju opće psihopatologije i emocionalnog prejedanja, no individualni KBT je bio učinkovitiji u uklanjanju briga oko oblika i izgleda tijela od grupnog KBT-a. Što se tiče opće psihopatologije, oba tretmana pokazala su se učinkovitim u smanjivanju depresije i anksioznosti (Ricca i sur., 2010).

Iako neki autori pretpostavljaju da uključivanje supružnika u tretman povećava njegovu učinkovitost (Woodside, Shekler-Wolfson, Brandes i Lackstrom, 1993; prema Gorin, Grange i Stone, 2002) ta pretpostavka u jednom istraživanju nije potvrđena. Gorin i suradnici (2002) pokazali su kako je grupa žena oboljelih od poremećaja kompulzivnog prejedanja, koje su zajedno sa svojim supružnicima sudjelovale u tretmanu, a koji su bili razumijevajući prema njihovim problemima, više izjavljivale o podržavajućem bračnom odnosu. Iako su ovi nalazi poželjni, nije pronađeno da je uključenost supružnika nužna za značajno povećanje učinkovitosti tretmana. Razlog tomu može biti priroda samog poremećaja koju karakterizira odsutnost neposrednih posljedica odnosno, nakupljanje viška kilograma kao vidljiva posljedica

prejedanja može trajati mjesecima i godinama. Osim toga, patološko prejedanje se obično skriva od partnera. Dakle, pretpostavlja se kako tajnost epizoda prejedanja zajedno s nedostatkom neposredne negativne posljedice umanjuje motivaciju supružnika (Gorin i sur., 2002). Nadalje, postoji i ta mogućnost da su supružnici koji su pretjerano kritizirajući po pitanju novih prehrambenih navika supruge uzrokovali suprotan efekt. Pretjerane kritike supruge su mogle negativno utjecati na suprugin izbor hrane, a potom i povećati vjerojatnost nepridržavanja pravila zadana tretmanom.

Wilfley i suradnici (2002) su pronašli kako su IPT i KBT bile jednako učinkovite pokazujući kratkoročne i dugoročne učinke po pitanju poboljšanja glavnih simptoma i problematičnog psihosocijalnog funkcioniranja koje se veže uz kompulzivno prejedanje. Učinkovitost oba tretmana najveća je neposredno nakon njegova primjenjivanja, s minimalnim porastom kompulzivnog prejedanja tijekom praćenja u razdoblju od 12 mjeseci (Wilfley i sur., 2002). Pokazalo se kako je osobama koje su sudjelovale u IPT trebalo duže vremena odnosno dva sastanka više da ostvare puni potencijal u usporedbi s KBT-om (Wilfley i sur., 2002). Kod pojedinaca koji su završili ove oblike terapija, kompulzivno prejedanje se smanjilo u odnosu na stanje prije i poslije tretmana i to za 96% kod onih koji su sudjelovali u KBT-u i 94% za one koji su sudjelovali u IPT-u. Nakon praćenja od 12 mjeseci pronađeno je da su ovi postotci i dalje ostali vrlo visoki; za KBT 90%, a za IPT 93% (Wilfley i sur., 2002).

U provedbi IPT-a ili KBT-a važno je uzeti u obzir karakteristike pojedinaca koje mogu rezultirati slabijom učinkovitošću terapije. Hilbert i suradnici (2007) su pronašli kako kod pojedinca s većim interpersonalnim problemima i većom zabrinutosti o izgledu i obliku tijela tretman dosljedno nije bio učinkovit te nije smanjio patološko prejedanje. Nadalje, i percipirana manja grupna kohezija na početku tretmana također se pokazala prediktorom neučinkovitosti tretmana. No, unatoč tomu, sveukupno gledano osobe podvrgnute ovim terapijama osjetile su značajne pozitivne pomake i poboljšanje navedenih problema, ali i druge psihološke simptome koji se vežu uz prejedanje (Wilfley i sur., 2002; prema Hilbert i sur., 2007). Pendleton, Goodrick, Carlos Poston, Reeves i Foreyt (2002) su u tretman uz KBT uključili i tjelovježbu te su rezultati pokazali kako oni koji su vježbali nasuprot onima koji nisu, imali manje epizoda prejedanja što je održano i nakon perioda od 16 mjeseci.

Istraživanje Hilberta i suradnika (2012) pokazalo je kako je 64.4% sudionika ova dva tretmana postiglo potpuni oporavak od poremećaja kompulzivnog prejedanja te su oba tretmana smanjila kompulzivno prejedanje na subkliničku razinu odnosno na prejedanje jednom tjedno i

to čak kod 80% klijenata. Apstinencija od kompulzivnog prejedanja bila je stabilna tijekom perioda praćenja osoba iz IPT grupe, dok su osobe iz KBT grupe bile sklonije pokleknuti (Hilbert i sur., 2012). Samim tim, bilo je očekivano utvrditi i to da je smanjenje patološkog obrasca hranjenja u IPT grupi bilo održavano ili ponekad bolje tijekom perioda praćenja u razdoblju od četiri godine. U KBT grupi patološko ponašanje se s vremenom pogoršalo. Uzimajući u obzir osnovne pretpostavke teorija na kojima počivaju ova dva tretmana, autori pretpostavljaju kako je usmjeravanje na poboljšavanje međuljudskih odnosa, kao što je slučaj kod IPT-a, sveobuhvatnija priprema pojedinca za svakodnevne socijalne izazove nego KBT koja je više usmjerena na patološko prejedanje, te iako postiže brže rezultate od IPT-a oni nisu dugoročno bolji (Hilbert i sur., 2012). U istraživanju Agrasa i suradnika (1995) osobe kojima KBT nije donijela poboljšanje u patološkom prejedanju bile su uključene u IPT. No na kraju se pokazalo kako ni takav oblik terapije nije bio učinkovit za tu grupu oboljelih. Stoga se postavlja pitanje mogu li drugi pristupi liječenja kompulzivnog prejedanja recimo korištenje psihofarmaka, biti korisni onima koji ne pokazuju napredak nakon psihoterapije.

#### **4. Zaključak**

Kompulzivno prejedanje predstavlja realan problem, te ukoliko se ne liječi može se razviti u ozbiljan poremećaj hranjenja (Stice i Whiteman, 2002; prema Božić i Macuka, 2017). Postojeće teorije o kompulzivnom prejedanju ističu ulogu nezadovoljstva izgledom i oblikom tijela, perfekcionizam, stvaranje nerealnih očekivanja o fizičkom izgledu, restriktivne oblike hranjenja, negativan afekt i neadekvatne strategije suočavanja s problemima u obolijevanju od kompulzivnog prejedanja.

S obzirom da je poprilično velik postotak, posebno mladih ljudi, sklon kompulzivnom prejedanju (Whiteside i sur., 2007) bilo bi korisno intervenirati čim osobe počnu pokazivati simptome. Rana intervencija, posebno u adolescenciji, nužna je kako bi se spriječilo pogoršanje trenutnih simptoma. Uzimajući u obzir raširenost društvenih mreža i zagovaranja idealnog oblika i veličine tijela, posebno u ranjivoj adolescentnoj dobi, prevencija bi najviše trebala biti usmjerena na tu dobnu skupinu. Korisno bi bilo ispitati adolescente kakve stavove imaju o fizičkom izgledu, doživljavaju li pritisak od strane medija, vršnjaka ili okoline za održavanje određene tjelesne težine, kakve obrasce hranjenja imaju te kakva je njihova prehrana. Nadalje, bilo bi korisno saznati kakve strategije suočavanja s problemima koriste te ovisi li količina i čestina konzumiranih obroka o njihovom emocionalnom stanju. Navedenim se mogu dobiti informacije koje bi omogućile ranu intervenciju ukoliko se ona pokaže potrebnom, u kojoj bi

školski psiholozi, uz roditelje, imali ključnu ulogu. Svakako bi bilo korisno mlade osobe potaknuti na prihvaćanje vlastitog izgleda te im pojasniti važnost zdrave i uravnotežene prehrane, kao i redovite tjelesne aktivnosti koja ima povoljne učinke na mentalno i tjelesno zdravlje.

Prevenција prvenstveno treba biti usmjerena na razvijanje adekvatnih strategija suočavanja s problemima kako ne bi došlo do izbjegavanja nošenja s problemima, doživljavanja negativnog afekta i kompulzivnog prejedanja koje se smatra izvorom utjehe i distrakcije od problema. Terapije koje su se pokazale učinkovitima su KBT i IPT koje stavljaju naglasak na kognitivno restrukturiranje, zamjenu patološkog obrasca prehrambenog ponašanja s onim zdravim, učenje prikladnog načina izražavanja doživljenih emocija i poboljšanje međuljudskih odnosa za koje se smatra da mogu biti izvor frustracije i nezadovoljstva koje rezultira kompulzivnim prejedanjem.

S obzirom da se pojedinci često prejedaju skrivajući to od drugih, smanjuje se mogućnost da obitelj i prijatelji to uoče i pomognu oboljelom. Stoga je nužno educirati i osvijestiti opću populaciju o posljedicama kompulzivnog prejedanja i obrascu ponašanja oboljelih kako bi prejedanje bilo što prije prepoznato te onima kojima je pomoć potrebna omogućiti odgovarajuću terapiju.

## **5. Literatura**

Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M. J., Henderson, J. i Marnell, M. (1995). Does Interpersonaly Therapy Help Patients With Binge Eating Disorder Who Fail to Respond to Bihevioral Cognitive Therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 356-360.

- Alsio, J., Olszewski, P. K., Levine, A. S. i Schioth, H. B. (2012). Feed-forward Mechanisms: Addiction-like behavioral and molecular adaptations in overeating. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 33(2) 127-139.
- Američka psihijatrijska udruga (2013). Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja (5. izdanje). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Amianto, F., Ottone, L., Daga, G. A. i Fassino, S. (2015). Binge eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-22.
- Aubie, C. D. i Jarry, J. L. (2009). Weight-Related Teasing Increases Eating In Binge Eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(7), 909-936.
- Bégin, C., St-Louis, M. E., Turmel, S., Tousignant, B., Marion, L. P., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Gagnon-Girouard, M. P. (2012). Does food addiction distinguish a specific subgroup of overweight/obese overeating women? *Health*, 4(12), 1492-1499.
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A. i Peterson, C. B. (2015). Negative Affect Prior to and Following Overeating-Only, Loss of Control Eating-Only, and Binge Eating Episodes in Obese Adults. *International Journal of Eating Disorders* 48(6), 641–653.
- Blackburn, S., Johnston, L., Blampied, N., Popp, D. i Kallen, R. (2006). An Application of Escape Theory to Binge Eating. *European Eating Disorders Review* 14(1), 23–31.
- Boone, L., Vansteenkiste, M., Soenens, B. Van der Kaap-Deeder, J. i Verstuyf, J. (2014). Self-critical Perfectionism and Binge Eating Symptoms: A Longitudinal Test of the Intervening Role of Psychological Need Frustration. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 1-39.
- Božić, D. i Macuka, I. (2017). Uloga osobnih čimbenika u objašnjenju kompulzivnog prejedanja. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 53(2), 1-16.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F. i Kendler, K.S. (2002). Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 32(1), 72– 78.
- Canetti, L., Bachar, E. i Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157-164.
- Carlier, N., Marshe, V. S., Cmorejova, J., Davis, C. i Müller, D. J. (2015). Genetic Similarities between Compulsive Overeating and Addiction Phenotypes: A Case for “Food Addiction”? *Current Psychiatry Report*, 17(12), 1-11.
- Davis, C. (2013). From Passive Overeating to “Food Addiction”: A Spectrum of Compulsion and Severity. *International Scholarly Research Network*, 1-20.
- Davis, C. i Carter, J. C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, 53(1), 1-8.

- Davis, C. i Carter, J. C. (2014). If Certain Foods are Addictive, How Might this Change the Treatment of Compulsive Overeating and Obesity? *Current Addiction Reports*, 1, 89-95.
- Davis, C., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Kennedy, J. L. i Carter, J. C. (2014). Food cravings, appetite and snack food consumption in response to a psychomotor stimulant drug: moderating effect of „food addiction“. *Eating behavior*, 5, 1-8.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J. Meidinger, A. i Crosby, R. (2003). An Evaluation of Affect and Binge Eating. *Behavior Modification*, 27(4), 578-599.
- De Young, K. P., Zander, M. i Anderson, D. A. (2014). Beliefs about the emotional consequences of eating and binge eating frequency. *Eating Behaviors*, 15(1), 31-36.
- Finlayson, G. (2017). Food addiction and obesity: unnecessary medicalization of hedonic overeating. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(8), 493-498.
- Forbush, K., Heatherton, T. F. i Keel, P. K. (2006). Relationships Between Perfectionism and Specific Disordered Eating Behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 37–41.
- Frankel, E. i Matz, J. (2014). *Beyond a shadow of a diet: the comprehensive guide to treating binge eating disorder, compulsive eating, and emotional overeating*. New York, NY: Routledge
- Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W. i Sand, E. (2012). Rumination and body dissatisfaction interact to predict concurrent binge eating. *Body Image*, 9(3), 352-357.
- Gorin, A. A., Le Grange, D. i Stone, A. A. (2002). Effectiveness of Spouse Involvement in Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 33(4), 421-433.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., Wilson, G. T., Gueorguieva, R. i White, M. A. (2011). Cognitive–Behavioral Therapy, Behavioral Weight Loss, and Sequential Treatment for Obese Patients With Binge-Eating Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 675-685.
- Grubb, M. L. (2016). *Concurrent Psychotherapy and Twelve-Step Recovery for Compulsive Overeating: An Interpretative Phenomenological Analysis*. Carpinteria, CA: Pacifica Graduate Institute.
- Haedt-Matt, A. A. i Keel, P. K. (2011). Revisiting the Affect Regulation Model of Binge Eating: A Meta-Analysis of Studies Using Ecological Momentary Assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660–681.
- Heatherton, T. E. i Baumeister, R. F. (1991). Binge Eating as Escape From Self-Awareness. *Psychological Bulletin* 110(1), 86-108.



- Higgins, D. M., Dorflinger, L., MacGregor, K. L., Heapy, A. A., Goulet, J. L. i Ruser, C. (2013). Binge Eating Behavior Among a National Sample of Overweight and Obese Veterans. *Obesity*, 21(5), 900-903.
- Hilbert, A., Bishop, M. E., Stein, R. I., Tanofsky-Kraff, M., Swenson, A. K., Welch, R. R. i Wilfley, D. E. (2012). Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 232–237.
- Hilbert, A., Saelens, B. E., Stein, R. I., Mockus, D. S., Welch, R. R., Matt, G. E. i Wilfley, D. E. (2007). Pretreatment and Process Predictors of Outcome in Interpersonal and Cognitive Behavioral Psychotherapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 645-651.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G. i Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M. i Wilfley, D. E. (2012). Psychological Treatments for Binge Eating Disorder. *Current Psychiatry Report*, 14(4), 432–446.
- Imperatori, C., Fabbriatore, M., Vumbaca, V., Innamorati, M., Contardi, A. i Farina, B. (2016). Food Addiction: Definition, Measurement and Prevalence in Healthy Subjects and in Patients With Eating Disorders. *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 60-65.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L. i Lucarelli, S. (2010). Dissociation, in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393–400.
- Macht, M. (2007). How emotions affect eating: A five-way model *Appetite*, 50(1), 1-11.
- Mitchell, J. E. (2016). Medical Comorbidity and Medical Complications Associated with Binge-Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders* 49(3), 319–323.
- Moore, C. F., Sabino, V., Koob, G. F. i Cottone, P. (2016). Pathological Overeating: Emerging Evidence for a Compulsivity Construct . *Neuropsychopharmacology*, 42(7), 1375-1389.
- Moore, C. F., Sabino, V., Koob, G. F. i Cottone, P. (2017). Neuroscience of Compulsive Eating Behavior. *Frontiers in Neuroscience*, 11, 1-8.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E. i Loth, K. (2011). Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings From a 10-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.
- Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Carlos Poston, W. S., Reeves, R. S. i Foreyt, J. P. (2002). Exercise Augments the Effects of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Binge Eating. *International Journal of Eating Disorder*, 31(2), 172-184.

- Piccinni, A., Marazziti, D., Vanelli, F., Franceschini, C., Baroni, S., Costanzo, D., Baroni, S., Cremone, I. M., Veltri, A. i Dell'Osso, L. (2015). Food Addiction Spectrum: A Theoretical Model from Normality to Eating and Overeating Disorders. *Current Medicinal Chemistry*, 22(13), 1631-1638. .
- Pokrajac-Bulian, A., Tkalčić, M., Kardum, I., Šajina, Š. i Kukić, M. (2008). Perfekcionizam, privatna svijest o sebi, negativan afekt i izbjegavanje kao odrednice prejedanja. *Društvena istraživanja*, 18(1-2), 111-128.
- Prpić, R., Mlačić, B. i Milas, G. (2013). Velepatori model ličnosti, suočavanje sa slikom tijela i sklonost prejedanju. *Socijalna psihijatrija*, 41(3), 147-155.
- Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Lo Sauro, L., Ravaldi, C., Maria Rotella, C., Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*, 55(3), 656-665.
- Stelman, G. M. i Westman, E. C. (2016). *Obesity: Evaluation and Treatment Essentials*. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Sulkowski, M. L., Dempsey, J. i Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 12(3), 188-191.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., i Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating behaviors*, 8(2), 162-169.
- Wilfley, D. E., Welch, R. R., Stein, R. I., Borman Spurrell, E., Cohen, L. R., Saelens, B. E., Zoler Douchis, J., Frank, M. A., Wiseman, C. V. i Matt, G. E. (2002). A Randomized Controlled Comparison Of Grupo Cognitive-Behavioral Therapy And Group Interpersonal Psychotherapy For The Treatment Of Overweight Individuals With Binge Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721.