

Nefarmakološki pristop pri zdravljenju motenj hranjenja

Non-pharmacological approach in the treatment of eating disorders

Matjaž Copak, Saša Ucmán

Povzetek: Psihološki pristop pri pojasnjevanju motenj hranjenja (MH) sega v zgodnja sedemdeseta leta prejšnjega stoletja. Sodobni koncepti razlage temeljijo na biopsihosocialnem modelu. Empirično psihološko proučevanje pri osebah z MH je usmerjeno predvsem na raziskovanje osebnostne patologije, osebnostnih podtipov in lastnosti, samopodobe in samospoštovanja emocionalnih, kognitivnih in vedenjskih dejavnikov, telesne percepcije ter lastnosti družin oseb z MH. Psihološke ugotovitve narekujejo tudi izbiro psihoterapevtskih postopkov pri obravnavi in zdravljenju MH. Ob tem psihoterapevtski pristop v zadnjem času dobiva objektivne zaslombe tudi v raziskovanju nevrobioloških procesov v centralnem živčnem sistemu. V kontekstu psihoterapevtskega zdravljenja MH so se do sedaj kot najbolj uporabne pokazale predvsem vedenjsko kognitivna, interpersonalna, psihodinamska in družinska psihoterapija.

Ključne besede: motnje hranjenja, psihologija, družina, psihoterapija

Abstract: The psychological approach in explaining eating disorders (ED) has its roots in the early nineteen - seventies. The basis of modern etiological concepts lies in the biopsychosocial model. Empirical psychological research on people with ED is focused on studying personality disorders, personality subtypes and traits, self-image and self-esteem, emotional, cognitive and behavioral factors, body perception and family characteristics of people with ED. Psychological findings constitute the basis for the selection of psychotherapeutic procedures in the management and treatment of ED. In this respect, psychotherapeutic approach is lately gaining objective support from the research on the neurobiological processes in the central nervous system as well. To date, especially the cognitive - behavioral, interpersonal, psychodynamic and family psychotherapy were recognized as most successful strategies in the context of psychotherapeutic treatment of ED.

Key words: eating disorders, psychology, family, psychotherapy

1 Uvod

Motnje hranjenja (MH) so v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB -10) (1) obravnavane v poglavju duševnih in vedenjskih motenj, natančneje v podpoglavju Vedenjski sindromi, povezani s fiziološkimi in telesnimi dejavniki. MH etiološko določa precej zapleten skupek faktorjev, vendar so to po vsebini vsekakor čustvene motnje, ki se odražajo v specifičnih načinih mišljenja in vedenja. Hilde Bruch (2) je bila v zgodnjih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja ena prvih modernih teoretikov, ki se je ukvarjala s problematiko MH. Poudarjala je pomembnost materine pretirane vključenosti pri vzgoji in neustrezno odzivanje na otrokova samopodrditvena vedenja, kar naj bi bil vzrok za deficite v avtonomiji in v trajnih občutkih neučinkovitosti pri osebah z MH. Predpostavljala je, da osebe z MH proces hranjenja uporabljajo za zadovoljevanje številnih potreb, ki niso povezane s hrano. Zaradi okupacije s hrano in hranjenjem tako niso sposobne prepoznati lakote in jo ločiti od drugih oblik telesne napetosti oziroma emocionalnih vzbujenj. Tako vsa stanja napetosti interpretirajo kot potrebo po hrani, namesto da bi identificirale pravi izvor napetosti. V zadnjem desetletju je v ospredju integriran model razlage nastanka MH in sicer strokovnjaki obravnavajo dve skupini vzročnih faktorjev: vpliv splošne psihopatološke simptomatike ter vpliv specifičnih problemov, značilnih za MH (3). Bistvo za nastanek motenj naj bi predstavljala generalizirana

psihopatologija in ne le specifični problemi s hranjenjem. Tako se sodobni koncepti nagibajo k multidimenzionalnem, biopsihosocialnemu modelu razlage nastanka MH. V splošnem te teorije predpostavljajo, da pojav motenj hranjenja vključuje skupek bioloških faktorjev (temperament, kontrola impulzov in vpliv dednosti na razpoloženje), socialnih pritiskov (sociokulturna pričakovanja glede načina vedenja in razmišljanja), psiholoških tendenc (družinski vzorci, ki posamezniku onemogočajo razvoj avtonomije, perfekcionizem, nagnjenost k redu in kontroli, preobčutljivost za socialne potrditve, nizko samospoštovanje) in razvojnih procesov (prilagoditvene motnje zaradi prezgodnjega telesnega razvoja, menjave socialnih sredin, prilagajanje novim spolnim vlogam, večje zahteve na šolskem področju). Na psihološkem področju raziskovanja je v ospredju usmerjenost na povezavo med osebnostnim razvojem in psihopatologijo MH. Tako lahko govorimo o osebnostnih predispozicijah za MH in vplivu samih motenj hranjenja na razvoj osebnosti. Nastanek MH je torej veliko bolj povezan z disfunkcionalnostjo duševnih procesov, kar samo po sebi narekuje uporabo psihoterapije kot osnovnega, seveda pa ne edinega postopka pri zdravljenju. Resne strokovne obravnave motenj hranjenja si danes ne moremo predstavljati brez psihoterapije, še posebej zato, ker znanost vse bolj dokazuje izrazito povezanost duševnih funkcij z nevrobiološkimi spremembami v centralnem živčnem sistemu, tako v

kontekstu nastanka psihopatologije, kot v psihoterapevtskem procesu (4).

2 Psihološki dejavniki motenj hranjenja

Psihološke študije so se v veliki meri ukvarjale predvsem s povezavo osebnostne psihopatologije (osebnostnih motenj) z MH, iskanjem osebnostnih podtipov, raziskovanjem samopodobe in samospoštovanja pri MH ter kognitivnim dejavnikom, telesni percepciji in psihološkim značilnostim družin pri osebah z MH. Empirično proučevanje povezav med MH in osebnostnimi lastnostmi je bilo usmerjeno predvsem na raziskovanje perfekcionizma, obsesivnosti in impulzivnosti (5). Perfekcionizem kot osebnostna lastnost se je pokazala kot pomemben dejavnik pri razvoju MH. Predvsem je značilen za osebe z anoreksijo nervozo (AN) (6,7), čeprav se pojavlja tudi pri osebah z bulimijo nervozo (BN) (8). Pokazalo se je, da lastnost ne vztraja tudi po ozdravitvi in vzpostavitvi ustrezne telesne teže (6). Ugotovljena je bila tudi povečana stopnja perfekcionizma pri starših (posebno mamah) oseb z AN (9). Lastnost, ki je tesno povezana s perfekcionizmom je obsesivnost. Pri 30 odstotkih posameznikov z AN so bile še pred prvim pojavom motnje ugotovljene izrazite osebnostne značilnosti (10). Obsesivno kompulzivne osebnostne lastnosti v otroštvu so se pokazale kot pomemben prediktor razvoja MH. Hkrati je lastnost v precejšni meri vztrajala tudi v obdobju po zdravljenju oziroma prenehanju simptomov motnje (7). Impulzivnost kot še eno pomembno lastnost so raziskovalci bolj kot z restriktivnim (zavračanje vnosa hrane) povezovali predvsem s purgativnim tipom (vnos hrane-bruhanje) MH (11). Kot prejšnji dve lastnosti je tudi impulzivnost multidimenzionalni konstrukt, pri katerem pa so se kot pomembni pokazali le nekateri segmenti impulzivnosti kot npr. tendenca k nepremišljenim, prenapljenim reakcijam ob neugodnih emocionalnih stanjih. Hkrati so študije opozarjale na različne tipe impulzivnosti, pri čemer se je predvsem pri BN purgativnega tipa izražala multi-impulzivnost (odvisnost od drog in alkohola, ponavljajoča samopoškodbeno vedenja, seksualna dezinhibiranost, kraje ipd.), pri nepurgativnih oblikah prekomernih jedcev pa uni-impulzivnost, kjer se je kompulzivno hranjenje pojavljalo kot edini simptom impulzivnosti (12). Pri osebah z intenzivnejšim multi-impulzivnim načinom reagiranja so odkrili tudi globlje simptome motenj hranjenja (intenzivno prenažjedanje, bruhanje, zloraba odvajal ipd.), bolj popačeno telesno shemo in več pridružene psihopatologije (osebnostne in razpoloženske motnje) (13). Pri osebah z BN so se kot značilne pokazale tudi nizka stopnja samozavedanja in emocionalna afektiranost. Nekateri raziskave so se bolj kot v iskanje razlik med osebam z AN in BN, usmerile na raziskovanje razlik v osebnostnih lastnostih med purgativnimi in restriktivnimi oblikami motenj hranjenja (3). Pri tem je bilo ugotovljeno, da imajo osebe z motnjami hranjenja restriktivnega tipa izrazite osebnostne značilnosti prekomerne kontrole, rigidnosti, kompulzivnosti in emocionalne zavrtosti. Na drugi strani pa so osebe s purgativno obliko MH veliko bolj heterogena skupina kot skupina oseb z restriktivno obliko. Kljub vsemu je pri tej obliki motnje pogostejše izražena vedenjska dezinhibicija in afektivno reagiranje.

Meta-analiza študij (5), v katerih so ugotovili povezanost med osebnostnimi lastnostmi in MH je pokazala, da imajo osebe z MH pogosto pridruženo osebnostno motnjo, ki je definirana kot utrjen vzorec nefunkcionalnega oziroma okolju neprilagojenega vedenja, mišljenja in čustvovanja. Pri restriktivnih oblikah MH študije v večjem obsegu ugotavljajo osebnostne motnje izogibalnega in obsesivno kompulzivnega tipa. Osebe z izogibalno osebnostno motnjo so plahe, preobčutljive na socialno zavrnitev in negotove v medosebnih odnosih,

še posebno v intimnih odnosih (14). Obsesivno kompulzivne osebe se pretrano obremenjujejo s pravili, nepomembnimi detajli in redom, so perfekcionista in ne zmorejo izražati čustev in topline do ljudi, hkrati pa jih to omejuje pri doživljanju zadovoljstva in sproščenosti. Pri purgativnih oblikah se je kot bolj značilna pokazala borderline (čustveno neuravnovešena) osebnostna motnja (5). Te osebe so impulzivne, neprimerno izražajo jezo, imajo hitre in izrazite menjave v razpoloženju, kronične občutke dolgočasnosti in praznine ter pogoste samopoškodbe in poskuse samomora (14). Pri ostalih motnjah hranjenja raziskovalci (npr. kompulzivno prenažjedanje) poročajo o manjši meri osebnostnih motenj (5).

Samopodoba in samospoštovanje igrata pomembno vlogo pri nastanku MH. Nizko samospoštovanje je najverjetneje eden od najbolj navzočih rizičnih faktorjev med osebam z MH (15). Negativna samoevalvacija in občutki nevrednosti so bili kot izredno pomemben dejavnik pri MH zaznani že v zgodnjih sedemdesetih letih prejšnjega stoletja (2). Z nizkim samospoštovanjem pa je tesno povezana negotova in nejasno oblikovana samopodoba (16). Neugodne življenjske izkušnje (npr. spolna, fizična in emocionalna zloraba) vplivajo na razvoj samospoštovanja ter posledično onemogočajo razvoj pozitivne, stabilne samopodobe. Kadar je razvoj celostne samopodobe onemogočen, se posameznik intenzivno oprime le določenih, zanj obvladljivih področij. Tako posamezniki z MH gradijo samopodobo na osnovi hranjenja, telesne teže in forme ter s tem prikrivajo bolj bazične probleme, ki jih ne morejo kontrolirati. Kontrolo nad seboj prenesejo na področje hranjenja in s tem pridobivajo občutek ustreznosti in veljave.

Za osebe z MH so značilni tudi določeni kognitivni odkloni, kot so rigidne in obsesivne misli, motnje spomina in pozornosti, ki so prisotne predvsem zaradi zožanega fokusa na hrano, telesno težo in telesno obliko (17). Značilni so tudi prevladujoči načini miselnih distorzij (razmišljanje »vse ali nič« in črno-belo mišljenje) (18). Pomembna vloga kognitivnih distorzij pri vzdrževanju MH je vzpodbudila uporabo kognitivne psihoterapije, ki dokaj uspešno korigira neustrezne načine mišljenja.

3 Lastnosti družin oseb z motnjami hranjenja

Družina je zelo pomemben faktor pri nastanku motenj MH, zato ji je bilo kljub težavam pri raziskovanju (kompleksnost, reprezentativnost vzorca, neustrezno sodelovanje ipd.) posvečeno veliko pozornosti. Zaključki študij kažejo, da je za družine oseb z AN značilna hiperprotektivnost, separacijski problemi in omejevanje razvoja avtonomnosti, neobičajno nizko število konfliktov (izogibanje konfliktom) ter redko izražanje čustev (emocionalna hladnost) (3). Družine oseb z BN pa raziskave najpogosteje povezujejo z lastnostmi kot so družinska disharmonija in hostilnost (19). Starši v teh družinah so bolj zavračajoči, manj skrbni, izražajo manj empatije, pogosto zanemarjajo otroke in vzbujajo v njih občutke krivde. Matere so se izkazale kot izrazito dominirajoče in zahtevne. V teh družinah je bilo ugotovljeno veliko več odkritega izražanja čustev kot pri družinah oseb z AN, vendar so bila to predvsem čustva z negativno konotacijo (pogostost konfliktov, kritiziranje). Podatki o družinskih vzorcih pri osebah s kompulzivnim prenažjedanjem (KP) so redki, kar otežuje podajanje splošnih sklepov (3). Nekateri avtorji (20) zaključujejo, da naj bi bile družine oseb z KP manj kohezivne in bolj ekspresivne kot družine oseb z AN in bolj kohezivne in manj ekspresivne kot družine oseb z BN.

Tudi raziskave navezanosti so pokazale pomemben doprinos k razumevanju MH. V grobem ločimo dve vrsti navezanosti med staršem

in otrokom in sicer, varno in neustrezno, kjer varna navezanost pomeni predvsem toplino, sprejemanje in empatijo starša do otroka ter hkrati spodbujanje razvoja otrokove avtonomnosti, neustrezna pa odsotnost oziroma negativni pol katere izmed zgoraj naštetih lastnosti. Na podlagi številnih študij lahko trdimo, da so za osebe z MH bolj značilne neustrezne oblike navezanosti (3). Osebe z AN razvijejo bolj anksiozno obliko navezanosti, kar pomeni, da je v takšnem odnosu prisotne manj topline in empatičnosti ter intenziven strah pred separacijo (21). Za osebe z BN je bolj značilna odvisnostna navezanost ter navezanost s pomanjkljivimi občutki bazične varnosti (22). Pri prvi so značilni občutki praznine in nemoči za avtonomno delovanje, pri drugi pa nezaupanje do drugih, strah pred intimnostjo ter strah pred neustreznostjo oziroma javnim razkrivanjem nepopolnosti.

4 Psihoterapija in motnje hranjenja

V slabih štiridesetih letih, kolikor je minilo od prvih začetkov zdravljenja oseb z MH, so se na psihoterapevtskem področju uveljavile predvsem psihoedukacija, vedenjsko kognitivna, psihodinamska, interpersonalna in družinska (predvsem pri mladostnikih) psihoterapija (5). Vse razen zadnje se uporabljajo tako v individualnem kot skupinskem tretmaju.

Vedenjsko kognitivna terapija (VKT) in interpersonalna terapija (IPT) sta bili najpogostejše predmet raziskav o učinkovitosti posameznih psihoterapij (npr. 23, 24). Študije v večini ugotavljajo pozitivne učinke na zdravljenje in manjšo verjetnost recidiva kot v primerih, kjer so MH zdravili samo farmakološko. Najpogostejše so raziskovali učinkovitost psihoterapij pri osebah z BN (npr. 25, 26), nekoliko redkeje pa so raziskave na osebah z AN (npr. 27) in še posebej s KP, ki šele v zadnjem času dobiva mesto na raziskovalnem področju (npr. 28). Psihodinamska psihoterapija se pogosto uporablja v kombinaciji s prej omenjenima terapijama. Nekateri avtorji trdijo, da je slednja kot samostojna terapija ustrezna izbira v primeru, ko pacienti nimajo dovolj uvida za sodelovanje pri VKT ali IPT (15). Poudariti je potrebno, da raziskave ne odražajo nujno klinične realnosti, saj je raziskovanje v dejanski klinični praksi pogosto težko izvedljivo, tudi zaradi nevarnosti kršenja etičnih in moralnih načel. Izkušnje iz tujine kot tudi doma pa kažejo, da je najpogostejši terapevtski pristop kombinacija različnih psihoterapij in sicer v odvisnosti od potreb oseb, ki se zdravijo.

Najbolj pogosto uporabljena psihoterapevtska oblika, še posebej v začetnih fazah zdravljenja, je VKT. Osnovno formo, ki so jo Beck in njegovi sodelavci (29) sprva razvili predvsem za zdravljenje depresije, so kasneje prilagodili posebej za področje MH (15). Kognitivni model v svojem bistvu predvideva, da je za vse psihične motnje značilno izkrivljeno in disfunkcionalno mišljenje, ki vpliva na razpoloženje in vedenje določene osebe. Realistična evaluacija in modifikacija mišljenja povzročita izboljšanje v razpoloženju in vedenju, trajnejše izboljšanje pa je rezultat modifikacije temeljnih disfunkcionalnih verovanj. Vsekakor je za zdravljenje težje motivirati paciente z AN, še posebej tiste z restriktivno obliko motnje (8). Ego sintonost (ego skladnost) je pravzaprav bistvo narave motnje, saj oseba vidi posledice motnje kot pozitivne in zaželene. Pri AN iracionalna prepričanja glede pomembnosti telesne teže in oblike narekujejo neustrezna vedenja v smislu zniževanja telesne teže. Ker imajo osebe z AN tudi identitetne deficite in nizko samovrednotenje, je psihoterapija še toliko težja. Cilj se tako poleg zdravljenja specifične simptomatike MH razširi tudi na obravnavo temeljnega koncepta osebnosti. Kognitivno vedenjski pristop sprva vključuje spreminjanje ego sintonih prepričanj glede pozitivnosti in zaželenosti motnje. V drugi fazi sledi vključevanje novih vedenjskih oblik glede hranjenja, v tretji pa

vzdrževanje novih vedenj prehranjevanja in modifikacija prepričanj o hrani in telesni teži. Šele v četrti fazi pride na vrsto osredotočanje na osebnostni koncept, ki vzdržuje motnjo kot sestavni del identitete. Pri osebah z BN je VKT najprej usmerjena predvsem na vedenje pri hranjenju ter misli o hrani, teži in telesni shemi. V prvi vrsti je naloga terapije normalizirati vzorce hranjenja in vzpostaviti reden urnik hranjenja, da bi se preventivno izognili ekstremnim občutkom lakote in tako zmanjšali prenažanje in bruhanje. Ob tem se skuša oblikovati obvladovalne mehanizme, ki temeljijo predvsem na identifikaciji rizičnih situacij, misli in občutkov, ki sprožijo prenažanje ter na tehnikah distrakcije, preusmerjanja in zaustavljanja neugodnih porivov. Obvladovalni mehanizmi imajo predvsem vlogo preventivnega delovanja in prekinitve ustaljenega cikla prenažanja in bruhanja. Ob tem se tako kot pri osebah z AN kognitivna terapija uporablja za restrukturiranje disfunkcionalnih misli, kar prinese drugačen pogled nase in zunanji svet ter boljše počutje, ki ne zahteva več neustreznih identitetnih in kompenzatornih vedenj (30). Pri KP pa je VKT bolj usmerjena v učenje novih vedenjskih strategij za izgubo in nato vzdrževanje telesne teže (15).

IPT je za razliko od VKT, ki se usmerja na disfunkcionalna vedenja in misli v povezavi s hrano, usmerjena v obravnavo neustreznih medosebnih odnosov, ki naj bi prispevali k razvoju in vztrajanju MH (15). Ustreznejši medosebni odnosi naj bi zmanjšali občutke osamljenosti, praznine, dolgočasje, medosebnega stresa, anksioznega in depresivnega razpoloženja ter posledično tudi nefunkcionalna vedenja, povezana s prehranjevanjem.

Psihodinamska terapija kot pogosta dodatna izbira pri zdravljenju MH predpostavlja, da se simptomatika MH razvije kot posledica osebnostnega konteksta za katerega je značilna neustrezna identifikacija in regulacija emocij (31). Posledica tega je konfliktnost in težave v avtoregulaciji notranjih impulzov (slaba ali prekomerna kontrola), neustrezna predstava o sebi in drugih ter s tem neustrezna interakcija v medosebnih odnosih in primanjkljaji na področju konsolidacije identitete (31, 32). Psihodinamska psihoterapija se tako pri zdravljenju osredotoča na neugodne in nesprejemljive občutke, konflikte med občutki ter željami, medosebne odnose in posameznikovo zaznavanje le-teh, občutke v odnosih do pomembnih oseb iz preteklosti, izogibanju pomembnih medosebnih stikov in razpoloženju, identifikacijo neprilagojenih medosebnih vzorcev, misli, čustev in motivov ter obvladovanje jeze in agresivnosti. Psihoterapevt vzpodbuja analizo izražanja čustev znotraj psihoterapevtske obravnave, uporablja terapevtski odnos kot drugačen model medosebnega stika in ga skuša povezati z izkušnjami iz preteklosti. Tako pri pacinetu vzpodbuja ustrezno zadovoljevanje potreb znotraj medosebnih odnosov ter uspešno regulacijo intenzivnih čustev (33).

Pomembno mesto v obravnavi MH predstavlja tudi družinska terapija. Usmerjena je predvsem na zmanjševanje družinskih stresorjev in neugodnih komunikacijskih vzorcev znotraj družine, kar naj bi posledično vplivalo tudi na zmanjšanje simptomov MH (34). Predpostavlja soodgovornost svojcev za razvoj MH. Družinska terapija temelji na aktivnem pristopu svojcev pri obvladovanju nastalih težav s telesno težo in prehranjevanjem, izboljšanju nefunkcionalne komunikacije znotraj družine, posebno med staršema ali partnerjema ter na razjasnjevanju razlik med ustreznim in aktualnim načinom obvladovanja konfliktov v povezavi s simptomi osebe z MH.

Da psihoterapija ne bi ostala brez objektivne nevrobiološke podlage, je v zadnjih dveh desetletjih poskrbela nevroznanost. Z utemeljevanjem nevropsihoanalize sta konec devedesetih let prejšnjega stoletja nove temelje povezave psihičnega in nevrobiološkega postavila Marks Solms in Eric Kandel (35). Raziskave v zadnjih petnajstih letih

ugotavljajo predvsem, da so psihiatrične motnje rezultat kompleksnih interakcij genetike in okolja, da za nobeno od psihiatričnih bolezni ni bila odkrita izključno genetska podlaga ter da je izraznost genov pogojena z dejavniki okolja kot so zgodnje izkušnje, travme, učenje in spominski procesi (4). Slikovne tehnike (PET, fMRI) so pokazale merljive učinke psihoterapije (kognitivne in dinamske) na možganih ter ugotovile, da psihoterapija v določeni meri lahko spremeni delovanje in metabolizem določenih predelov možgan.

5 Literatura

1. MKB-10: Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 1995.
2. Bruch, H. Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, 1975.
3. Steiger, H., Bruce, K.R., Israel, M. Eating disorders. In: Sticker, G., Widiger, T.A., Weiner, I. B. Handbook of psychology. Volume 8, Clinical psychology. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2003:173-194. 1
4. Mundo, E. Neurobiology of dynamic psychotherapy: an integration possible? J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2006; 34(4):679-91.
5. Stice, E., Peart, J., Thompson-Brenner, H., Martinez E., Westen, D. Eating disorders. In: Andrasik, F., Hersen, M., Thomas, J.C. Comprehensive handbook of personality and psychopathology. Volume 2, Adult psychiatry. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2006: 389-408.
6. Bastiani, A., Rao, R., Weltzin, T., Kaye, W. Perfectionism and Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1995;17:147-152.
7. Strober, M. Personality and symptomatological features in young nonchronic anorexia nervosa patients. Journal of Psychosomatic Research, 1980; 24: 353-359.
8. Vitousek, K., Manke, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Abnormal Psychology, 1994; 103: 137-147.
9. Woodside, D., Bulik, C., Halmi, K., Fichter, M., Kaplan, A., Berettini, W., et al. Personality, perfectionism, and attitudes towards eating in parents of individuals with eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 2002; 31: 290-299.
10. Thornton, C., Russell, J. Obsessive compulsive comorbidity in the dieting disorders. International Journal of Eating Disorders, 1997; 21: 83-87.
11. Casper, R., Hedeker, D., McClough, J. Personality dimensions in EDs and their relevance for subtyping. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1992; 31: 830-840.
12. Lacey, J., Evans, C. The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. British Journal of Addicition, 1986; 81: 641-649.
13. Fichter, M., Quadflieg, N., Rief, W. Course of multiimpulsive bulimia. Psychological Medicine, 1994; 24: 591-604.
14. Yudofski, S.C. Fatal flaws. Washington, London: American Psychiatric Publishing Inc, 2005.
15. Polvy, J., C.P. Herman, Boivin, M. Eating disorders. In: Maddux, J.E., Winstead, B.A. Psychopathology. Foundations for a contemporary understanding. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Associates, 2004: 229-254.
16. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Welch, S.L., Doll, H.A. Risk factors for anorexia nervosa: Three Integrated case control comparisons. Archives for general psychiatry, 1999; 56: 468-476.
17. Polvy, J., Herman C.P. Causes of eating disorders. Annual Review of Psychology, 2002; 53: 187-213.
18. Szmukler, G.L., Andrewes, D., Kingston K., Chen, L., Stargatt, R, Stanley, R. Neuropsychological impairment in anorexia nervosa: Before and after refeeding. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 1992; 14: 347-352.
19. Humprey, L.L. Object relations and the family system: an integrative approach to understanding and treating eating disorders. In: Johnson, C. Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. New York: Guilford Press, 1991: 321-353.
20. Brewerton, T., Hand, L., Bishop, E. The Tridimensional Personal Questionnaire in eating disorder patients. International Journal of Eating Disorders, 1991; 14: 213-218.
21. Rodes, B. Kroger, J. Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescents eating disorders women. Child Psychiatry and Human Development, 1992; 22: 249-263.
22. Jacobson, R., Robins, C.J. Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic woman. International Journal of Eating Disorders, 1989; 8: 665-670.
23. Fairburn, C.G., Doll, H.A., O'Connor, M.E., Bohn, K., Hawker, D.M., Wales, J.A., Palmer, R.L. Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Therapy for Patients with Eating Disorders. A Two-Site Trial With 60-Week Follow-Up. American Journal of Psychiatry, 2009; 3: 311-319.
24. Wilson, G.T. Psychological treatment of eating disorders. Annual Review of Clinical Psychology, 2005; 1: 439-465.
25. Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E., Fujisaki, M., Iyo, M. An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: Combination program of CBT with assertive self-esteem enhancement. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2005; 59(6): 690-696.
26. Arcelus, J., Wight, D., Langham, C., Baggott, J., McGrain, L., Meadows, L., Meyer, C. A Case Series Evaluation of A Modified Version of interpersonal Psychotherapy. European Eating Disorders Review, 2009; 17: 260-268.
27. Carter, J.C., McFarlane, T.L., Bewell, C., Olmsted, M.P., Woodside, D.B., Kaplan, A.S., Crosby, R.D. Maintenance treatment for anorexia nervosa: A Comparison of CBT and Treatment as usual. International Journal of Eating Disorders, 2009; 42(3): 2020-207.
28. Guzman, G.A.R., Lemus, C.A.D., Garcia, R.R., Agraz, F.P. Cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. Psiquiatria, 2005; 21(1).
29. Beck, A.T., Rush, A.I., Shaw, B.E., Emery, G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford, 1979.
30. Wilson, G., Fairburn, C. G. Treatments for eating disorders. In P. E. Nathan, Gorman, J. M. (Eds.). A guide to treatments that work. London: Oxford University Press, 1998: 501-530.
31. Westen, D. Social cognition and object relations. Psychological Bulletin, 1991; 10: 429-455.
32. Waller, G., Dicson, C., Ohanian, V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. Eating Behaviors, 2002; 3: 171-178.
33. Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baity, M., Mooney, M. Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An evaluation of statistical, clinically significant, and technique specific change. Journal of Nervous and Mental Disease, 2003; 191, 349-357.
34. Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R., Katzman, D. K. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. Canadian Journal of Psychiatry—Revue Canadienne de Psychiatrie, 2000; 45, 173-178.
35. Erić, L. Psihodinamička psihijatrija. Beograd: Službeni glasnik, 2008.