

Objadać się czy nie objadać? Oto jest Pytanie

ebook.ecog-obesity.eu/pl/objadac-sie-czy-nie-objadac-oto-jest-pytanie



Lien Goossens

Lien Goossens uzyskała tytuł Psychologa Klinicznego w lipcu 2004 na Uniwersytecie w Ghent (Ghent, Belgia)

Caroline Braet

Caroline Braet, Ph.D., jest profesorem na Wydziale Rozwoju, Osobowości I Socjologii na Ghent University w Belgii

Redakcja i tłumaczenie polskiego wydania:

Aleksandra Kędzior, Ewa Gramatyka-Drażek, prof. Artur Mazur

Szczególne podziękowania za pomoc w tłumaczeniu dla grupy studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego: Daniel Sokół, Magdalena Rajchel, Aleksandra Jeziorkowska, Julia Zarańska, Adriana Liszka, Anna Janicka, Patrycja Karnas i inni.

Jedzenie kompulsywne (BE) jest najbardziej rozpowszechnionym typem patologii behawioralnej odżywiania pośród otyłych dzieci i nastolatków. Ze względu na powiązanie z podwyższonym poziomem stresu, doświadczanie ataków kompulsywnego jedzenia dodatkowo obciąża osoby dotknięte otyłością. W tym rozdziale postaramy się przedstawić zarys problemu, jego rozpowszechnienie, rozwój oraz przebieg wśród otyłej młodzieży.

Koncepcja jedzenia kompulsywnego

Behawioralne zaburzenia odżywiania u otyłych dzieci są bardziej złożone niż pierwotnie przypuszczano. Zaobserwowano, iż otyłe osoby mogą prezentować zróżnicowane zachowania związane z odżywianiem się przy braku odczuwania głodu, jak np.: jedzenie przekąsek po posiłku, jedzenie w celu złagodzenia emocjonalnego smutku, jedzenie w nocy, przyjmowanie zbyt dużych objętości jedzenia, po którym następowały wymioty, ograniczenie przyjmowania pokarmu i opuszczanie poszczególnych posiłków. Jeśli takie odstępstwa od normy pojawiają się z wystarczającą regularnością, można zacząć je określać zaburzeniami odżywiania (1). Jednym z najintensywniej badanych zaburzeń jest tak zwane „jedzenie kompulsywne”.

Dwa kryteria definiujące jedzenie kompulsywne

Jedzenie kompulsywne (BE) jest definiowane, jako spożywanie dużych ilości jedzenia w stosunkowo krótkim czasie, przy jednoczesnym poczuciu utraty kontroli nad ilością spożywanego jedzenia (LC) (2). American Psychiatric Association (APA) (Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne) wymaga spełnienia obu kryteriów, aby móc rozpoznać u osoby zespół kompulsywnego jedzenia. Obecność obu wymienionych kryteriów jest również opisywana jako epizody „obiektywnego objadania się”, gdzie słowo „obiektywne” odnosi się do obiektywnie dużych ilości jedzenia spożytych podczas epizodu jedzenia kompulsywnego. Poczucie braku kontroli może być opisane jako poczucie, że objadająca się osoba nie jest w stanie przestać jeść, gdy już zacznie lub też że osoba jest ‘zmuszona’ by jeść (3).

Jedzenie kompulsywne (BE) może się objawiać, jako symptom, lub jako część zespołu. Jeśli napady objadania się zaczynają się pojawiać regularnie, to jest, co najmniej raz w tygodniu przez minimalny okres trzech miesięcy, może prowadzić to zaburzeń takich jak bulimii (BN), zespół jedzenia kompulsywnego (BED) czy zespołu nocnego jedzenia (NES) (specyficzne kryteria zawarto w :2). Kompulsywnemu jedzeniu u osób z nadwagą rzadko towarzyszą mechanizmy kompensacji (tj. np. prowokowanie wymiotów po epizodzie). Z tego względu, w tym rozdziale skupimy się na kompulsywnym jedzeniu wyłącznie w wymiarze objawu.

W latach 90. na podstawie badań prowadzonych na osobach dorosłych pojawiło się coraz więcej dowodu na to, że jedzenie kompulsywne komplikuje problem otyłości, ale samo zdefiniowanie jedzenia kompulsywnego okazało się być trudne, ponieważ skala ilości przyjmowanych kalorii podczas epizodu objadania się jest bardzo szeroka (4; 5). Przez długi czas przypadki pacjentów zgłaszających utratę kontroli, bez konsumpcji obiektywnie dużej ilości pokarmu, czyli tzw. subiektywne jedzenie kompulsywne (SBE; ilość jedzenia, którą pacjent subiektywnie uznawał za zbyt dużą), nie były uznawane za patologiczne w wymiarze klinicznym. Jednakże naukowcy postanowili podjąć próbę wyjaśnienia tych ustalonych kryteriów. Możemy stwierdzić, iż u dorosłych stwierdzenie utraty kontroli jest najważniejszym kryterium

dla określania przypadków objadania się, gdyż poczucie utraty kontroli (LC), jest silniej powiązane psychopatologicznie, w porównaniu z faktem czy została spożyta duża ilość jedzenia (6; 7).

Jedzenie kompulsywne u dzieci i młodzieży

U dzieci i młodzieży skala badań nad przedstawieniem pojęcia jedzenia kompulsywnego, wzrosła w przeciągu ostatniej dekady. Marcus i Kalarchian podjęli jedno z pierwszych próby ustalenia kryteriów określających BE(D) u młodzieży w wieku lat 14 i młodszych (8). Ponownie, kryterium LC grało ważną rolę podczas określania BE, gdzie jednocześnie kryterium ilości spożytego jedzenia, zostało wykluczone. Autorzy argumentowali, że ze względu na zróżnicowaną ilość jedzenia spożywaną przez dzieci na różnych etapach rozwoju, LC stanowi bardziej istotną cechę, pomocną przy ocenianiu patologii żywieniowych. Również istnieje możliwość, iż niektóre dzieci doświadczają LC, bez spożywania obiektywnie dużych ilości jedzenia, ze względu na fakt, iż zwyczajnie nie mają do nich dostępu. Z tego względu, mimo iż doświadczają utraty kontroli, nie mogą same zdecydować o ilości spożywanego jedzenia i ich przypadki są niesłusznie oceniane, jako łagodne.

Ważne jest by pojąć znaczenie wykrywania BE u dzieci, ponieważ wiele programów do walki z otyłością nie jest dostosowanych do leczenia objawów zaburzeń odżywiania (9). Krótkoterminowo, w niektórych badaniach interwencyjnych zaobserwowano redukcję w rozmaitych miernikach zaburzeń odżywiania (10), jednak te działania nigdy nie okazywały się mieć wpływów długofalowych (11). Jednocześnie dla wielu profesjonalistów tj. dietetyków, lekarzy rodzinnych i pediatrów rozumienie i leczenie tych problemów związanych z napadami kompulsywnego jedzenia okazywało się problematyczne, zwłaszcza, gdy powiązane było z innymi czynnikami psychologicznymi.

W ostatnich latach, badacze skupiali się na wadze czynnika LC podczas klasyfikacji patologii żywieniowych u młodzieży. Konkluzja przedstawiała, iż obecność LC, nawet przy braku spożycia obiektywnie dużych ilości jedzenia jest powiązana z podwyższonymi zaburzeń odżywiania, wraz z obniżoną, jakością życia w sektorach zdrowia, zaburzeń ruchowych oraz poczucia własnej wartości (12-18). Innymi słowy, w celu zidentyfikowania zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży, musimy zdać sobie sprawę z faktu, iż każdy epizod LC ma ważne znaczenie kliniczne. Children's Eating Disorder Examination Questionnaire (ChEDE-Q) jest sprawdzonym narzędziem do wykrywania zaburzeń odżywiania z wyszczególnieniem BE (19). W razie wysokiego wyniku w kwestionariuszu wymagany jest wywiad kliniczny dla dalszego badania pod kątem obecności zaburzeń odżywiania (20).

Mimo że zatwierdzono LC, jako najważniejsze kryterium używane do klasyfikowania BE, niektóre wyniki nasuwają wnioski, iż określanie ilości spożytego jedzenia może mieć znaczenie. Na przykład, na podstawie kryterium ilości spożytego jedzenia, w grupach LC powstają różne, grupy kliniczne. W szczególności, badania potwierdziły, iż u młodzieży otyłej, raportującej OBE stwierdzano wyższy poziom spożywania pokarmu a także towarzyszenie innych psychopatologii. U młodzieży z subiektywnymi przypadkami objadania się stwierdzano patologie z zakresu obejmującego przypadki bez LC do przypadków z OBE (12; 15). Ponadto, fenomen LC został szerzej zbadany w wielomiejscowym nadaniu na grupie 445 nastolatków z Europy i Ameryki przy pomocy metodologii wywiadu klinicznego. LC było związane z jedzeniem zakazanego jedzenia przed epizodem, jedzeniem przy braku uczucia głodu, jedzenia w samotności, doświadczaniem lub negatywnych emocji a także uczucia odrętwienia w czasie jedzenia (21). Na podstawie wyżej wspomnianych odkryć naukowcy stworzyli tymczasowe kryteria dla nowej diagnozy zespołu utraty

kontroli nad jedzeniem (LOC-ED) u dzieci. W tych kryteriach diagnostycznych, kryterium objętości spożytego pokarmu podczas napadu jest zawarte jako możliwa składowa LC, jednak nie jako konieczny warunek dla postawienia diagnozy LOC-ED u dziecka (1). Przez to, chociaż LC wydaje się być najważniejszym kryterium dla identyfikacji zaburzeń odżywiania, kryterium objętości spożytego pokarmu w czasie napadu nie powinno być całkiem pomijane.

Częstość występowania jedzenia kompulsywnego

Wskaźniki rozpowszechnienia jedzenia kompulsywnego u dzieci i młodzieży różnią się w zależności od badań. Różnice zależą od tego, która definicja jedzenia kompulsywnego jest stosowana (ogólnie oceniając LC lub koncentrując się wyłącznie na OBE), jakich narzędzi użyto do oceny BE (wywiad kliniczny w porównaniu z kwestionariuszem samooceny w porównaniu laboratoryjnym testem), a w końcu, którą próbę się bada (osoby z nadwagą lub prawidłową masą ciała, osoby starające się o leczenie w porównaniu do osób, które nie stosują leczenia). Niemniej jednak, pomimo ogólnych różnic między badaniami, należy zauważyć kilka interesujących trendów.

Przede wszystkim badania wskazują, że BE jest zgłaszane przez znaczną część młodzieży w populacji ogólnej. Na przykład u nastolatków australijskich i amerykańskich stwierdzono, że nawet do 25% zgłasza epizody OBE. Również w europejskich badaniach dzieci (8-11 lat) i nastolatków (12-16 lat) odpowiednio 12% i 17% zgłosiło, że doświadczyło, co najmniej jednego epizodu utraty kontroli nad ilością spożytego pokarmu ciągu ostatniego miesiąca (16; 24).

Po drugie, wśród grupy dzieci i młodzieży wydaje się, że osoby z nadwagą są bardziej narażone na rozwój BE. Naukowcy przebadali próbę dzieci z nadwagą, które nie były leczone (w wieku 6-10 lat) za pomocą kwestionariusza samooceny i stwierdzili, że 33,1% doświadczyło niekontrolowanego napadu LC (25). Inni naukowcy zbadali grupę dzieci z nadwagą i prawidłową masą ciała (w wieku od 6 do 13 lat) za pomocą wywiadu klinicznego i doszli do wniosku, że dzieci z nadwagą (14,6%) zgłosiło znacznie więcej LC w porównaniu z dziećmi o prawidłowej masie ciała (3,8%) (17%). Częstsze raporty o LC są szczególnie widoczne wśród grup młodzieży z nadwagą, które były na początku swej terapii. Dokładniej stwierdzono, że odpowiednio 36% i 30% osób poddanych leczeniu zgłaszało napady objadania się (12; 13). Ponadto ci, którzy takowe zgłaszają, charakteryzują się wyższym stopniem nadwagi (26).

Po trzecie, w przypadku młodzieży z nadwagą, LC jest generalnie częściej zgłaszane przez te dzieci i młodzież, które szukają leczenia (40%) w porównaniu do tych, którzy nie szukają leczenia z powodu nadwagi (20%) (26).

Wreszcie wśród młodzieży z nadwagą różnice płci i wieku w odniesieniu do występowania LC wydają się mniej wyraźne (12, 13).

Rozwój i utrzymywanie się jedzenia kompulsywnego

W odniesieniu do przyczyn BE, literatura wskazuje na złożoną równowagę między badaniami nad rolą konkretnych domniemanych czynników przyczynowych a teoriami, które próbują połączyć te czynniki w kompleksowy model. Ogólnie przyjmuje się, że czynniki na poziomie społeczno-kulturowym, rodzinnym i indywidualnym mogą przyczyniać się do rozwoju tych zaburzeń (27).

Do tej pory istnieje niewiele teoretycznych modeli opisujących rozwój i utrzymanie psychopatologii (a dokładniej w tym przypadku patologii BE) u dzieci i młodzieży. Dlatego naukowcy zajmujący się dziedziną pediatrii są zmuszeni polegać na modelach dorosłych. W poniższej sekcji nakreślono dwie ważne teorie etiologiczne mogące posłużyć do wyjaśnienia zjawiska napadów jedzenia kompulsywnego.

Teoria poznawczo-behawioralna (CBT)

Teoria poznawczo-behawioralna (28) zakłada kluczową rolę procesu dysfunkcyjnego dla oceny własnej wartości. W przeciwieństwie do większości osób, które oceniają siebie na podstawie ich sukcesów w różnych dziedzinach życia (relacje z innymi, praca, rodzicielstwo itp.), ludzie z zaburzeniami odżywiania oceniają się w dużej mierze, a nawet wyłącznie przez sylwetkę, masę ciała i nawyki żywieniowe oraz zdolność do ich kontrolowania. W wyniku tej nadmiernej troski całe ich życie koncentruje się na wysiłkach zmierzających do kontrolowania diety, dążenia do utraty masy ciała i unikania przejadania się i przyrostu masy ciała. Ten dysfunkcyjny system samooceny i poczucia własnej wartości jest również określany, jako podstawa psychopatologii zaburzeń odżywiania.

BE jest pośrednio powiązane z tą osiową psychopatologią i rozwija się w wyniku nieudanej próby ograniczenia jedzenia. Zgodnie z tą teorią inną ważną cechą BE są ograniczenia dietetyczne. Pojęcie ograniczeń dietetycznych odnosi się do indywidualnej próby ograniczenia jedzenia w celu kontrolowania masy ciała (29). W ramach tego często przestrzega się sztywnych zasad żywieniowych. Jednak w momencie słabości te sztywne zasady mogą zostać zakłócone, w wyniku czego dana osoba może całkowicie stracić kontrolę nad swoim sposobem odżywiania. Z kolei jedzenie kompulsywne jest oceniane przez tą osobę jako porażka, a to podtrzymuje, a nawet nasila zaburzenie, tym bardziej, że kolejne próby ograniczenia odżywiania wciągają osobę w błędne koło.

Niedawno wśród młodzieży z nadwagą wykazano związek między wspomnianą osiową psychopatologią i występowaniem zaburzonych schematów poznawczych wskazując tym samym, że podstawą patologii odżywiania może być również słabość poznawcza u młodzieży z nadwagą. Co więcej, stwierdzono, że utrata kontroli nad jedzeniem (LC) jest związana z większą ilością obaw dotyczących jedzenia, masy ciała i sylwetki zarówno w przypadku szukających leczenia dzieci i nastolatków z nadwagą jak i w przypadku tych nie szukających leczenia (30). Ponadto znaleziono dowody na związek między LC a większymi obawami związanymi z jedzeniem, masą ciała i sylwetką w obydwu grupach nastolatków z nadwagą: szukających i nie szukających pomocy lekarskiej (12; 13). Dowód ten świadczący o związku pomiędzy systemem nadmiernej oceny oraz LC u młodzieży z nadwagą pokazuje, że obawy związane z odżywianiem się, masą ciała i sylwetką nie są po prostu cechą nadwagi, ale muszą być rozważane jako ważna charakterystyka patologii zaburzeń odżywiania. Wśród osób z nieleczoną nadwagą (31) oraz dzieci z

prawidłową masą ciała (17) stwierdzono, że osoby zgłaszające LC charakteryzowały się podwyższonym poziomem ograniczeń żywieniowych.

Aby zbadać, w jaki sposób trzy podstawowe cechy CBT, czyli system nadmiernej oceny, ograniczenia dietetyczne i LC, działają wspólnie, przebadano dużą liczbę zarówno młodzieży poszukującej leczenia nadwagi, jak i osób nieleczonych. Po uwzględnieniu możliwych różnic między osobami starającymi się o leczenie a osobami nieleczonymi, okazało się, że nadmierne przywiązywanie wagi do jedzenia, masy ciała i sylwetki było dodatnio skorelowane z ograniczeniami dietetycznymi, a ograniczenia żywieniowe z kolei dodatnio związane z LC, potwierdzając w ten sposób znaczenie tych powiązań wśród młodzieży z nadwagą (32). W związku z tym zaleca się ocenę odpowiednich zmiennych tego modelu za pomocą metod psychologicznych po zgłoszeniu BE (na przykład za pomocą ChEDE-Q).

Teoria Wrażliwości Interpersonalnej (IPT).

Według Teorii Wrażliwości Interpersonalnej (33; 34), zaburzenia więzi na wczesnym etapie w relacji dziecko-opiekun prowadzą do niepewnego wzorca przywiązania, co z kolei może prowadzić do zaburzeń rozwoju społecznego, poczucia osamotnienia i niskiej samooceny. Może to spowodować rozregulowanie afektywne, które w końcu może skutkować jedzeniem kompulsywnym (BE), jako sposobem radzenia sobie z awersyjnym stanem emocjonalnym.

Wśród przypadków nadwagi, zostały dostrzeżone znaczące związki pomiędzy jedzeniem w celu poprawienia nastroju, lękiem i depresją z jednej strony i LC z drugiej strony (12; 13; 15). Również w laboratorium został odkryty swobodny związek pomiędzy doświadczeniem negatywnych emocji i BE u osób młodocianych (35).

W młodszych populacjach, założenia Insulin Potentiation Therapy (IPT) zbadano w grupie 8- do 17-latków niezabiegających o opiekę medyczną i znaleziono powiązanie między problemami społecznymi i LC. Związek ten zachodził za sprawą negatywnego afektu i zapewnił tym samym początkowe poparcie dla IPT (36). Również w badaniu przekrojowym wśród wybranych 8 — 11— Latków naukowcy odkryli, że ci, którzy cierpią na LC charakteryzowali się obniżonym poczuciem własnej wartości i małą ilością uwagi poświęcanej im przez rodziców. Za związek pomiędzy poczuciem własnej wartości i LC całkowicie odpowiada przywiązanie do matki i częściowo do ojca (37). Co więcej, ostatnie badanie wykazało związek pomiędzy odrzuceniem przez rodziców i jedzeniem z powodów emocjonalnych u otyłych nastolatków, czego powodem są źle uregulowane, niestające reakcje emocjonalne nastolatków.

To sugeruje, że odrzucenie przez rodziców może nadszarpnąć zdolność dziecka do prawidłowej regulacji emocji. Następnie dziecko może używać jedzenia jako środka zapobiegania negatywnym emocjom, co z kolei może prowadzić do przyrostu masy ciała i ewentualnie do otyłości (38). W końcu, naukowcy zaobserwowali również mniejsze zaangażowanie, uczestnictwo w kontaktach z ludźmi i coraz gorsze funkcjonowanie rodziny podczas posiłków w środowisku rodzinnym z dziećmi w wieku 8-13 lat chorym na LC w porównaniu z tymi, którzy nie doświadczają LC (39). W rezultacie, kiedy mamy do czynienia z BE poleca się, aby ocenić te odpowiednie czynniki również przy użyciu metod psychologicznych.

Przebieg i diagnostyka jedzenia kompulsywnego

Obecnie istnieje niewielka ilość badań długofalowych, które zajmowały się wpływem psychologicznym i przebiegiem LC u młodocianych pacjentów. Rezultaty badania prospektywnego wskazują, że u cierpiących na LC nastolatków przewiduje przyrost masy ciała w czasie (40). Ostatnio naukowcy zbadali LC wśród dzieci w wieku 6-13 lat i doszli do wniosku, że LC w punkcie wyjściowym badania było związane z rozwojem częściowego albo nawet pełnego zespołu jedzenia kompulsywnego 4.7 lat później. Co więcej, 52,2% dzieci, które doświadczyły LC w punkcie wyjściowym badania, wciąż cierpiało na to zaburzenie po zakończeniu obserwacji. Obecność LC w punkcie wyjściowym badania ciągnie za sobą wzrost zaburzeń odżywiania i jeszcze większy niepokój w follow-up badania. Dodatkowo, w porównaniu z dziećmi, które nigdy nie doświadczyły LC albo tymi, które cierpiały na to zaburzenie w punkcie wyjścia badania, ale po obserwacjach nie wykazywały już takowych tendencji, dzieci, u których LC ciągle nie ustępowało wykazywały nasilenie zaburzeń odżywiania i silniejsze symptomy depresji (41). Zgodnie z przedstawionymi rezultatami, inni naukowcy wywnioskowali z własnych długofalowych badań na nieletnich niezabiegających o opiekę medyczną, że LC ma umiarkowaną stabilność u prawie połowy chorych wykazujących tendencję do przetrwałych albo przemijających problemów z odżywianiem przez okres 2 lat (42).

6 — Ietnie badanie follow-up nastolatków z nadwagą, którzy korzystali z leczenia szpitalnego wykazało, że LC jest stosunkowo stałym elementem wśród 25% nastolatków z nadwagą. Co więcej, szczególnie starsi nastolatki i ci, których od początku charakteryzował wysoki poziom obaw dotyczących własnej sylwetki w punkcie wyjściowym badania, mieli skłonność do przetrwania LC sześć lat później. Kiedy podzielono LC na SBE i OBE, rezultaty pokazały, że OBE reprezentowało najbardziej stałe typy epizodów nieprawidłowego odżywiania się. Ponadto, w podgrupie nastolatków, którzy doświadczyli LC w T1 ogólne średnie wyniki w podskali zaburzeń odżywiania nie zmniejszyły znacząco przez okres 6 lat, pokazując ponownie, że nastolatki z nadwagą cierpiące na LC mogą być uważani za specyficzną grupę ryzyka (11).

Wnioski i implikacje

Jedzenie kompulsywne może być określone jako poczucie utraty kontroli nad jedzeniem i może mu towarzyszyć spożywanie dużych ilości pokarmu. W porównaniu z młodzieżą o prawidłowej masie ciała, dzieci z nadwagą wydają się być narażone na większe ryzyko wystąpienia epizodów napadowego objadania się. Ze względu na wysoki wskaźnik rozpowszechnienia, jego stabilność w czasie, związek z innymi zaburzeniami odżywiania (jak sztywna dieta), a także inne psychopatologie (np. depresja) i przyrost masy ciała w czasie, BE może służyć jako ważny składnik skринingu i terapii nadwagi u dzieci i młodzieży.

Możemy wyciągnąć wniosek, że specjaliści zajmujący się otyłością muszą być zawsze wyczuleni na objawy jedzenia kompulsywnego. Jeśli nie rozpoznają nastawienia dietetycznego swych młodych pacjentów, może to doprowadzić do nasilenia tego zaburzenia, co z kolei może skutkować psychicznymi efektami ubocznymi i utratą kontroli nad rozmiarem spożywanych posiłków. Z drugiej strony, istotne są takie czynniki, jak jedzenie emocjonalne, niskie poczucie własnej wartości, negatywny nastrój czy izolacja społeczna, ponieważ może to pomóc w zrozumieniu drugiej ścieżki, która prowadzi do zaburzeń odżywiania. Kiedy napady jedzenia kompulsywnego zostaną zidentyfikowane podczas wstępnych

konsultacji, gdy wydaje się, że w środowisku dziecka lub w środowisku domowym występują trudności, które mogą zakłócać leczenie oraz gdy klinicysta nie czuje się odpowiednio wykwalifikowany, należy omówić z rodzicami opcję skierowania dziecka i rodziny do odpowiednio wykwalifikowanego psychologa dziecięcego celem łagodniejszej oceny klinicznej. W związku z tym zaleca się nie tylko zdiagnozowanie jedzenia kompulsywnego i jego cech psychospołecznych, ale także odniesienie się do specjalistycznego leczenia, w którym elementy psychologiczne mogą zostać rozdzielone.

References

1. Tanofsky - Kraff M, Marcus M, Yanovski S, Yanovski, J. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: Proposed research criteria. *Eat Behav* 2008; 9: 360-365.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM* Washington, USA: American Psychiatric Association, 2013.
3. Fairburn C, Wilson, GT. *Binge eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York, USA: Guilford Press, 1993.
4. Niego S, Pratt E, Agras W. Subjective or objective binge: Is the distinction valid? *Int J Eat Disord* 1997; 22: 291-298.
5. Pratt E, Niego S, Agras W. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Disord* 1998; 24: 307-312.
6. Keel P, Mayer S, Harnden-Fischer J. Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 294-301.
7. Latner J, Hildebrandt T, Rosewall J, Chisholm A, Hayashi K. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2203-2211.
8. Marcus M, Kalarchian M. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord* 2003; 34: S47-S57.
9. Epstein LH, Paluch RA, Saelens BE, Ernst MM, Wilfley DE. Changes in eating disorder symptoms with pediatric obesity treatment. *J Pediatr* 2001; 139: 58-65.
10. Braet C, Tanghe A, Decaluwe V, Moens, E, Rosseel, Y. Inpatient treatment for children with obesity: Weight loss, psychological well-being, and eating behavior. *J Pediatr Psychol* 2004; 29: 519-529.
11. Goossens L, Braet C, Verbeken S, Decaluwe V, Bosmans G. Long-Term Outcome of Pediatric Eating Pathology and Predictors for the Onset of Loss of Control over Eating Following Weight-Loss Treatment. *Int J Eat Disord* 2011; 44(5): 397-405.

12. Eddy K, Tanofsky-Kraff M, Thompson-Brenner H, Herzog D, Brown T, Ludwig D. Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: Clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behav Res Ther* 2007; 45: 2360-2371.
13. Glasofer D, Tanofsky-Kraff M, Eddy K, et al. Binge eating in overweight treatment-seeking adolescents. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 95-105.
14. Goldschmidt A, Jones M, Manwaring J, et al. The clinical significance of loss of control over eating in overweight adolescents. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 153-158.
15. Goossens L, Braet C, Decaluwé V. Loss of Control over eating in obese youngsters. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1-9.
16. Goossens L., Soenens B, Braet, C. Prevalence and characteristics of binge eating in an adolescent community sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009; 38: 342-353.
17. Tanofsky-Kraff M, Yanovski S, Wilfley D, Marmarosh C, Morgan C, Yanovski J. Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 53-61.
18. Ranzenhofer LM, Columbo KM, Tanofsky-Kraff M, et al. Binge Eating and Weight-Related Quality of Life in Obese Adolescents. *Nutrients* 2012; 4: 167-180.
19. Goossens L, Braet C. The screening for eating pathology in the pediatric field. *Int J Pediatr Obes* 2010;5: 483-490.
20. Bryant-Waugh R, Cooper P, Taylor C, Lask B. The use of the Eating Disorder Examination with children: A pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19(4), 391-397.
21. Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy K, et al. A Multi-Site Investigation of Binge Eating Behaviors in Children and Adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 901-913.
22. Johnson W, Rohan K, Kirk A. Prevalence and correlates of binge eating in white and African American adolescents. *Eat Behav* 2002; 3:179-189.
23. Neumark-Sztainer D, Hannan P. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys – Results from a national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154(6):569-577.
24. Goossens L, Braet C, Van Durme K, Decaluwé V, Bosmans, G. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012; 41: 445-457.
25. Morgan C, Yanovski S, Nguyen T, et al. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *Int J Eat Disord* 2002; 31(4): 430-441.

26. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of Control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009; 17, 68-78.
27. Polivy J, Herman C. Causes of eating disorders. *Annu Rev Psychol*. 2002; 53:187-213.
28. Fairburn C, Brownell K. *Eating disorders and obesity: a comprehensive textbook* (Second Edition ed.). New York, USA: Guilford Press, 2002.
29. Polivy J, Herman CP. Dieting and binge eating: A causal analysis. *Am Psychol* 1985; 40: 193–204.
30. Van Vlierberghe L, Braet C, Goossens L. Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case control study. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 437-442.
31. Tanofsky-Kraff M, Faden D, Yanovski SZ, Wilfley DE, Yanovski JA. The perceived onset of dieting and loss of control eating behaviors in overweight children. *Int J Eat Disord* 2005; 38: 112-122.
32. Goossens L, Braet C, Bosmans G. Relations of dietary restraint and depressive symptomatology to loss of control over eating in overweight youngsters. *Eur Child Adolesc Psych* 2010; 19: 587-596.
33. Sullivan H. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, USA: WW Norton, 1953.
34. Wilfley D, Pike K, Striegel-Moore R. Toward an integrated model of risk for binge eating disorder. *J Gend Cult Health* 1997; 2: 1-31.
35. Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Czaja J. Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *Am J Clin Nut* 2010; 91(3): 510–518.
36. Elliot C, Tanofsky - Kraff M, Shomaker L, et al. An examination of the interpersonal model of loss of control eating in children and adolescents. *Behav Res Ther* 2010; 48: 424-428.
37. Goossens L, Braet C, Bosmans G, Decaluwé V. Loss of control over eating in pre-adolescent youth: the role of attachment and self-esteem. *Eat behav* 2011; 12 : 289-295.
38. Vandewalle J, Moens E, Braet C. Comprehending emotional eating in obese youngsters: The role of parental rejection and emotion regulation. *Int J Obes* 2014; doi: 10.1038/ijo.2013.233
39. Czaja J, Hartmann AS, Rief W, Hilbert A. Mealtime family interactions in home environments of children with loss of control eating. *Appetite* 2011; 56: 587-593.

40. Tanofsky-Kraff M, Yanovski SZ, Schvey NA, Olsen CH, Gustafson J, Yanovski JA. A Prospective Study of Loss of Control Eating for Body Weight Gain in Children at High Risk for Adult Obesity. *Int J Eat Disord* 2009; 42(1): 26-30.
41. Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, Roza CA, et al. A Prospective Study of Pediatric Loss of Control Eating and Psychological Outcomes. *J Abnorm Psychol* 2011; 120: 108-118.
42. Hilbert A, Hartmann AS, Czaja J, Schoebi D. Natural course of preadolescent loss of control eating. *J Abnorm Psychol* 2013; 22(3): 684-693

~ O autorach ~

Lien Goossens



Lien Goossens otrzymała tytuł psychologa klinicznego w lipcu 2004 na Uniwersytecie w Ghen (Belgia). Od października 2004 do września 2009 pracowała jako doktorantka na Wydziale Rozwoju, Osobowości i Socjologii (Katedra Psychologii i Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet w Ghent). W marcu 2009 obroniła swoją pracę doktorską „Utrata kontroli nad jedzeniem u otyłej młodzieży” (promotorem była Prof. Dr. Caroline Breat, badania ufundowało Special Research Funds na Uniwersytecie w Ghent).

Od października 2009 pracuje jako naukowiec na tym samym oddziale nad projektem zatytułowanym „Środowiskowe oraz interpersonalne wpływy na rozwój zaburzeń odżywiania u młodzieży”. Obok swojej pracy badawczej prowadzi praktyczne kursy dla studentów psychologii na temat oceny i terapii otyłości i zaburzeń odżywiania oraz jako kliniczny psycholog jest członkinią Child Mental Health Centre na Uniwersytecie w Ghent.

Caroline Breat



Profesor na Wydziale Rozwoju, Osobowości i Socjologii na Uniwersytecie w Ghent w Belgii.

Domeną jej badań i tematem prowadzonych przez nią wykładów jest psychopatologia rozwojowa. Ponadto pracuje także jako osoba nadzorująca pracę wielu klinik. Caroline Breat utrzymała tytuł doktorski w 1993 na Uniwersytecie w Ghent, ze specjalnością w badaniu aspektów psychologicznych otyłości dziecięcej. Jest autorką i współautorką ponad 100 publikacji naukowych.

~ Jak korzystać z tego artykułu ~

Możesz **używać, udostępniać i kopiować te treści**, cytując ten artykuł w następujący sposób:

L. Goossens, C.Breat. Objadać się czy nie objadać? Oto jest Pytanie. The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity. Źródło: ebook.ecog-obesity.eu

Upewnij się również, że podczas korzystania z tej treści masz **odpowiedni kredyt**. Odwiedź ebook.ecog-obesity.eu/terms-use/summary/, aby uzyskać więcej informacji.

~ Słowo końcowe ~

Dziękuję Ci za przeczytanie tego artykułu.

Jeśli uważasz, że ten artykuł jest wartościowy, udostępnij go komuś, kto może być nim zainteresowany.

Odwiedź także ebook.ecog-obesity.eu, aby przeczytać i pobrać więcej informacji związanych z otyłością dziecięcą.

